

NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen VII N°29 Octubre 2007



“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.

Autora de portada: Lorena Lage Montenegro • bitxolore@gmail.com

Se ha elegido la forma de un árbol y sus raíces como elemento principal de la portada, porque además de presentar un elemento vivo y natural como el árbol, se da una metáfora entre la vida y lo que oculta, es decir todos esos problemas que afloran dentro de cada ser, se hace referencia a las raíces como la parte interna, lo que no se ve, pero que es parte fundamental para la vida.

En la portada también aparecen pájaros, representan la libertad y las ganas de seguir adelante.

El color rojo es el color de la vida, es un color fuerte y energético.

Volumen VII



N°27



N°28



N°29

Volumen VI



N°22



N°23



N°24



N°25



N°26

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.
Erkizia, B.
Filgueira, J.
Gonzalez-Pinto, R.
Gutierrez Fraile, M.
Lasa, A.
Marijuan, M.
Marina, P.
Morchan, J.
Pardo, N.
Redero, JM.
Sanchez, A.E.
Thornicroft, G.
Vega, A.
Ylla, L.

Aparicio, V.
Ayerra, JM.
Ballesteros, J.
Candina, A.
Elortegi, I.
Esteban, R.
Garnica, E.
Guimón, J.
Hernanz, M.A.
Levav, I.
Marín, M.
Marquínez, F.
Palomo, Ch.
Póo, M.
Rendueles, G.
Susparregui, JM.
Totorika, K.
Verdejo, M.
Zuazo, JI.

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 VII nº29, Octubre 2007

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 nº12, 48950 Erandio. Bizkaia. Tlf: 94 467 49 79

E-mail: ekimen@euskalnet.net

Autora de la portada:

Lorena Lage Montenegro

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:

**Bristol-Myers-Squibb, Ferrer Internacional, Janssen-Cilag,
Pfizer, Sanofi-Aventis, Wyeth.**

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



Asociación Española de Salud Mental



Asociación de Salud Mental e Psiquiatría Comunitaria

www.ome.aen.org



www.pulso.com/aen/index.htm

S U M A R I O

PRESENTACIÓN

6

ORIGINALES Y REVISIONES

- Fundamentos Biológicos y Sociales del desarrollo Emocional. Una Contribución Empírica derivada de la Teoría del Apego y de la del Carácter Social** 8
Sonia Gojman de Millán y Salvador Millán
- Consumo terapéutico y extraterapéutico de Benzodiazepinas en pacientes con dependencia a opiáceos incluidos en el ensayo PEPSA: Notas metodológicas** _ 18
Salvador Rodríguez, Ioseba Iraurgi, Eugenia Oviedo, Antonio Ceverino,
Joan Carles March y Francisco Carrasco
- Material escrito para la psicoeducación. Su utilización en Gipuzkoa** 32
Juan Carlos Irurzun y Maite Bastida
- Resultados del estudio ESEMeD: ¿Estamos preparados?** 44
Ander Retolaza
- A cada paciente una respuesta** 51
José Ignacio Ibáñez
- Drogas, adicciones y subjetividad** 58
Fabiana Cantero

PARA LA REFLEXIÓN

- Epílogo a un prólogo póstumo de S. H. Foulkes** 63
Juan Campos y Hanne Campos
- Memorandum sobre la terapia de grupo** 78
S.H. Foulkes
- Los experimentos de Northfield y el Memorandum de S.H. Foulkes** 88
Oscar Martínez Azumendi

METÁLOGOS

- Historias del grupoanálisis. Entrevista al Profesor Juan Campos** 94
Iñaki Markez

FORMACIÓN CONTINUADA

- Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada** ____ 109
Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor
- Valoración del Paciente Suicida. Riesgos y Prevención** 115
Imanol Querejeta
- Caso clínico: Una psicosis cicloide** 121
Eva Garnica, Ederne Basterreche y Ramiro Merino

HISTORIA

- Incertidumbres asistenciales. De Manicomio a Seminario de Derio** 124
Iñaki Markez

ACTUALIZACIONES

- Comunicación terapéutica en enfermería.** Clara Valverde 129
- Psicofarmacología aplicada en atención primaria.** Editores: Luis Pacheco y Juan Medrano _ 130

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. 12, 48950 Erandio. ekimen@euskalnet.net)

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

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

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

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

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

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



Normas de publicación

Artículos de revistas

Artículo normal

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

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

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

Autor institucional

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

Sin nombre de autor

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

Libros y otras monografías

Indicación de autores personales

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

Indicación de directores de edición o compiladores como autores

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

Indicación de una organización como autor y editor

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

Capítulo de un libro

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

Actas de congresos

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

Original presentado en un congreso

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

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

Tesis doctoral

Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization*. 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>.



Presentación

Dedicamos varios artículos al grupoanálisis, a la figura de **S.H. Foulkes**, fundador en Londres de la Sociedad Grupo Analítica y entusiasta impulsor de la utilidad terapéutica de los abordajes grupales y las estrategias de organización que impregnaron el funcionamiento de un gran número de instituciones asistenciales. ¿Qué sucedería —se preguntaba Foulkes—, si juntara a todos estos pacientes que están en tratamiento conmigo y nos pusiéramos a discutir todos libre y francamente lo que allí suceda? Lo hizo y la experiencia fue un éxito. Cuando, en marzo de 1943, se incorpora al Northfield Neurosis Rehabilitation Center, llevaba ya tres años trabajando como psicoanalista con grupos psicoterapéuticos. El Grupo-Análisis había nacido. Psicoterapeutas de grupo, comunidades terapéuticas y clubes sociales —hoy hospitales de día— tuvieron sus orígenes allí.

Al contemplar retrospectivamente la obra de Foulkes uno se queda impresionado por el coraje de su esfuerzo pionero y por la fecundidad, eficacia y solidez de la tarea por él emprendida: su introducción a la Psicoterapia Grupoanalítica, tomar la antorcha de las manos de Freud, donde éste la había dejado como psicólogo grupal, y desde la Psicología del Yo llegar al Análisis del Grupo. Nada menos. El Grupo Análisis constituye a la vez un método de investigación, una teoría y una forma de terapia que

cabe ser aplicada a individuos sanos o enfermos, a grupos primarios o secundarios o a organizaciones sociales de mayor o menor complejidad y ello con fines terapéuticos, de formación, de aprendizaje o llanamente de solución de problemas vitales.

En este ejemplar de *Norte de salud mental* nos hemos acercado a Foulkes a través de varias aportaciones, una de ellas de **Juan Campos**, impulsor del grupoanálisis con numerosas iniciativas en Barcelona, Bilbao, Madrid, Alicante, como antes lo hiciera en Londres. A él también nos hemos acercado.

Tampoco hemos querido dejar de lado diferentes líneas de **investigación** en curso, siendo buen reflejo los artículos que aparecen en este número que ahora editamos. Trabajos sobre el desarrollo emocional en relación a las teorías del apego y del carácter social. O los estudios del ESEMeD, el consumo de benzodiazepinas en pacientes con dependencia a opiáceos incluidos en el ensayo PEPSA de Andalucía, sobre la psicoeducación en su interés en la atención a la salud mental, las adicciones y otros varios.

Seguimos a vueltas con la **falta de médicos**. Desde la primavera se ha producido una interpelación al Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco, quien declaró “*que la responsabilidad del problema del déficit de especialistas era del*



gobierno central”. Por su parte, y como si se hubiera sentido aludido, el recientemente nombrado Ministro de Sanidad, Dr. Bernat Soria, en una conferencia del 1 de octubre en el Foro Nueva Economía, declaraba que “*dado que desde el ingreso en la universidad hasta la finalización de la especialidad transcurren diez años, habría que preguntarse quién gobernaba entonces*”, en clara alusión a la responsabilidad del PP (al redactar estas líneas aún no se habían manifestado los políticos del PP culpando, quizá, al gobierno de la II República).

Siguiendo con el tema, el 24 de septiembre se presentó en Bilbao el libro *Recursos Humanos para la Salud: suficiencia, adecuación y mejora*, acto organizado por la Sociedad Española de Directivos de la Salud, en el que participaron la Directora General de Osakidetza, D^a. Gloria Quesada, y el Director de Recursos Humanos, D. José Andrés Blasco. La presentación sirvió de marco para un debate sobre la situación de los empleados de la sanidad pública, en el transcurso del cual se analizaron algunas de las causas del problema de la falta de médicos y se esbozaron posibles soluciones.

Beatriz González López–Valcárcel, catedrática de Economía Aplicada de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y coautora del libro, planteó la ausencia histórica de planificación del número de especialistas necesario. Es más, expresó la dificultad existente para conocer siquiera su número. Expuso asimismo la dificultad que supone el *numerus clausus* en el acceso a las facultades de medicina que considera que no guarda relación con las necesidades sino con intereses corporativistas. Se da la paradoja de que actualmente el número de plazas MIR que se convocan es superior al de alumnos que finalizan la carrera de medicina.

En esta situación de “recursos limitados para una creciente demanda”, se apuntó la necesidad de implementar políticas de reconocimiento e incentivación que eviten la fuga del personal sanitario, y en este sentido parece que

Osakidetza ha ofrecido un contrato de un año a los MIR que han terminado este año la especialidad. Obviamente no es la solución pero es un comienzo. Seguiremos atentamente los acontecimientos.

Realmente hay motivos para reflexionar y debatir sobre la confusa **situación actual** y las perspectivas que se nos presentan. Podríamos haber intentado obtener varios artículos sobre las políticas de salud mental así como sobre los modelos y dificultades organizativas. El abandono —sin sustitución— de gran número de jefaturas; la situación de indefinición sobre la hoja de ruta de la salud mental; del “proceso de jerarquización” nadie sabe nada; sobre el Plan Estratégico de Salud Mental... sabemos que se está terminando el período para el cual fue elaborado; se convoca el Consejo Asesor en el área de salud mental pero se desconocen sus objetivos, funciones y tareas. Quizá el otoño sea época más oportuna para la reflexión, suele ser un período de mayor movimiento. Por eso desde estas páginas vamos a tratar de prestar mayor atención a estas cuestiones.





Fundamentos Biológicos y Sociales del desarrollo Emocional.

Una Contribución Empírica derivada de la Teoría del Apego y de la del Carácter Social

Sonia Gojman de Millán

Secretaria general de la Federación Internacional de Asociaciones Psicoanalíticas

Salvador Millán

Seminario de Sociopsicoanálisis A.C.¹

John Bowlby presenta una casuística clínica singular en su artículo **“Saber lo que se supone que no debemos saber y Sentir lo que se supone que no debemos sentir”** (Bowlby 1979). Los pacientes presentados eran adultos con sintomatología diversa respecto a sus formas de relación, que sufrieron pérdidas tempranas. Sólo la investigación terapéutica cuidadosa les hizo descubrirse y reconocerse como testigos presentes en el suicidio de alguno de sus padres. Los sujetos recuperaron los recuerdos fragmentarios, por mucho tiempo reprimidos, de las escenas en las que estuvieron indudablemente presentes. Sorprendidos ellos mismos, encontraron en la investigación terapéutica, los indicios de haber sido testigos de los tan dramáticos como secretos hechos (elementos que se pudieron confirmar con los testimonios de quienes participaron en su vida infantil temprana). Como niños, hubo un momento en el que aceptaron, creyeron y endosaron las versiones amables pero distorsionadas de los acontecimientos sobre la muerte de sus respectivos progenitores, que les fueron impuestas por

quienes los criaron, con el afán de protegerlos mitigando los hechos.

En el documento, de valor incalculable, Bowlby ilustra con esa serie de casos, lo maleable de la conciencia humana; las raíces emocionales de muchos de nuestros recuerdos y de nuestros olvidos; la imperativa necesidad de compartir la visión “cuerda” del mundo, los orígenes interpersonales del significado, un marco relacional originario.

Se resalta también, como en el resto de la obra de Bowlby, fundador de la Teoría del Apego (1969, 1973, 1980), la trascendencia que tienen las experiencias de pérdida (1980). La importancia de los procesos de elaboración del duelo, se comprenden como manifestaciones de búsqueda y de reorientación mental general y paulatina frente a la ausencia (1960b); Las reacciones de ansiedad, la inestabilidad, la confusión y desorientación durante el proceso de duelo como la expresión de los imperativos relacionales que otorgan estabilidad a los procesos mentales.

¹ El Seminario de Sociopsicoanálisis A.C. es un grupo de profesionales (psicólogos, psiquiatras, psicoanalistas, antropólogos, sociólogos y otros) que realiza proyectos de investigación participativa en comunidades con el propósito de ampliar la conciencia como una herramienta clave para favorecer procesos auto-gestivos de desarrollo (ver Reining et al 1977, Gojman 1991, 1992, 1993, 1997, 2000, Gojman & Millán 2004, Millán 1992, 1993, 1996, Millán & Gojman 1997).



En muchos otros escritos desarrolla y fundamenta el autor (1958,1979) las bases etológicas que sustentan a esos requerimientos y que explican la importancia del vínculo primario del infante con su madre (o “cuidador principal”) como prioritario, más relevante incluso que el de ser alimentado. La presencia y proximidad protectora de un adulto de la especie, puede ser crucial para la supervivencia más inmediata frente a posibles ataques de los “depredadores”. Los efectos tranquilizadores que ofrece la compañía de personas significativas ante experiencias estresantes es una de las manifestaciones adultas de esos mismos requerimientos.

Derivaciones observables de los planteamientos psíquico-etológicos de la teoría del apego han desembocado en la creación de sistemas empíricos de investigación (Cassidy J & Shaver P.R.1999, Sroufe 1989, 1990, 1997) que sirven como instrumentos para observar sus sutiles manifestaciones:

- a) En el caso de los infantes, la Situación Extraña de Ainsworth (Ainsworth 1978), es un procedimiento que codifica las respuestas frente a separaciones breves y reuniones con sus cuidadores principales.
- b) En el de los adultos, Observaciones en Casa video grabadas (Ainsworth 1985) y la Entrevista de Apego Adulto (Main M & Goldwyn R 1985–1996, 1998) que valora a los patrones o formas que sus narrativas adoptan al referirse a sus experiencias durante la infancia.

La Situación Extraña, es un procedimiento que fue ideado por Mary Ainsworth y colaboradores (Ainsworth et al 1978 Ainsworth 1985) y que consta de una video-filmación estructurada de laboratorio de aproximadamente 20 minutos que se centra en las respuestas del infante a dos separaciones y reuniones con su progenitor o progenitora a través de 8 episodios, de tres minutos cada uno. Las respuestas de los infantes conducen a una

de tres categorías tradicionales de apego con respecto a ese progenitor en particular:

- a) Seguro.
- b) Inseguro Evitativo.
- c) Inseguro Resistente–Ambivalente.

Una cuarta categoría:

- d) Desorganizada–Desorientada ha sido subsecuentemente agregada (Hesse 1999b; Hesse & Main 2001).

Cada una de estas categorías de apego infantil ha demostrado estar fuertemente relacionada con la forma en que la cuidadora trata al infante durante Observaciones en casa, que se pueden calificar en tanto que también son videograbadas; se ha encontrado sistemáticamente que la responsividad sensible de un progenitor a través del primer año de vida, es el mejor predictor del Apego Seguro de la Infante al año de edad (Bretherton 1985, Isabella 1993, Smith y Pederson 1988). El rechazo parental a la conducta de apego del infante y en particular del contacto físico con éste predice el apego inseguro–evitativo (Ainsworth et al 1978, Main & Stadtman 1981) mientras que la responsividad inconsistente acompañada de una tendencia a desalentar la autonomía y la independencia predice el patrón de respuesta inseguro resistente–ambivalente–del infante (Main M & Stadtman J 1981).

La Entrevista de Apego Adulto ideada por Mary Main (George, Kaplan and Main 1984, 1985, 1996) “es un protocolo semiestructurado que se enfoca sobre las descripciones y evaluaciones del individuo de sus principales y tempranas experiencias en la infancia y los efectos de estas experiencias sobre su personalidad actual y su funcionamiento”.

La entrevista es analizada a través de un manual que guía acerca de su calificación y codificación (Main & Goldwin, 1985–1996, 1998, en Español: Gojman S. 2004) incluye una serie de categorías generales para “identificar 5 diferentes Estados Generales de la Mente con respecto al Apego”:



- a) Seguro–Autónomo.
- b) Descartante.
- c) Preocupación–Furia envolvente preocupada.
- d) No–resuelto.
- e) No Clasificable. También ofrece escalas continuas para calificar el texto tanto de los estado mentales del entrevistado como de sus experiencias inferidas durante su infancia” (Hesse 1999a; Hesse y Main 1990, 2001; Main 1994).

Al analizar estas narrativas, el investigador no se centra en el contenido de lo dicho sino en la manera en que es dicho, la forma en que el discurso o comunicación con la entrevistadora es estructurado, en “el grado en que es colaborador–consistente, dando una visión unificada pero al mismo tiempo fluida de las experiencias, sentimientos y puntos de vista del sujeto durante la entrevista”, o por el contrario es inconsistente o no colaborador (Main & Stadtman 1981; Main, Kaplan, Cassidy 1985; Main & Solomon 1986; Main & Hesse 1990; Main 1993; Hesse 1999a; Lyons–Ruth & Jacobvitz 1999).

Siendo la entrevista de Apego Adulto (George, Kaplan y Main), capaz de predecir en un 75% el tipo de apego con la madre que mostrará el infante en la situación extraña, aún si la entrevista se realiza durante la gestación, es decir, antes del nacimiento del infante, y lo que se ha confirmado en un meta–análisis de 14 muestras (van Ijzendoorn 1995).

Resulta especialmente interesante —para la clínica— cuando se detectan alteraciones en la congruencia de los patrones o estrategias, sea en los infantes o en los adultos, que parecen estar sistemáticamente relacionadas con experiencias potencialmente traumáticas, como lo son las pérdidas o el abuso.

Los instrumentos han logrado detectar de manera consistente patrones estables y también documentar las consecuencias más

comunes, a muy largo plazo, por medio de estudios longitudinales. El más notable (Sroufe et al 2005) confirma la transmisión generacional de los patrones de apego claramente diferenciados. La investigación se encuentra ahora a 30 años de haberse iniciado con el estudio de las madres en gestación de los infantes de la muestra.

Sroufe y colaboradores (Sroufe & Waters, 1977; Sroufe & Wards, 1980; Aguilar & Sroufe, 2000; Sroufe & Rutter, Sroufe & Fleeson, 1986; Sroufe et al, 1999, 2005), estudiaron a 189 niños, en la Situación Extraña con sus madres a los 12 y 18 meses de edad, y por medio de calificadores a ciegas, en campamentos anuales sucesivos —desarrollados en el Instituto de Desarrollo Infantil de la Universidad de Minnesota— y lograron documentar resultados mucho más favorables en los niños que habían sido infantes seguros en la situación extraña. Tales ventajas son sostenidas en las etapas posteriores de su desarrollo hasta llegar incluso a la temprana juventud. Los seguros aventajando a los demás en: interacciones entre compañeros y expresiones afectivas generales, en interacciones con maestros, en calificaciones escolares, sin que hubiese diferencias en coeficiente intelectual y menos vulnerabilidad a psico–patología (Carlson, 1998) captada en entrevistas similares al DSM.

EL CARÁCTER SOCIAL

Desde su visión original y crítica del psicoanálisis, Erich Fromm (1932, 1941, 1947, 1962, 1970, Funk 1982, 1992) también resaltaba las bases relacionales de la conciencia.

Su mirada social del psicoanálisis, con la teoría del “carácter social”, se fundamentó en la trascendencia que tienen los vínculos emocionales con los padres. Sobre la base de esa imperativa necesidad de relación, los padres se destacan como transmisores por excelencia de la cultura, de los valores, de las costumbres y de su visión compartida del mundo. No siempre y no solo las omisiones y distorsiones ofre-



cidas a los niños por parte de sus padres y figuras significativas, son el producto de una intención conciente y elaborada de protegerlos, como en los casos arriba citados del trabajo de Bowlby. Las ideas, todas ellas, más verdaderas o más falsas, con sus distorsiones y omisiones corresponden a las formas que el sistema social les exige, e impone, en función de su rol y de su ubicación específica; como agentes sociales, con sus modos de funcionar y participar; tal y como son requeridos por las condiciones cotidianas y materiales de la existencia.

El cuestionario interpretativo de carácter social, fue desarrollado originalmente por Erich Fromm (1932, 1970, 1986, Fromm & Maccoby 1970, 1996) como un recurso práctico para estudiar las interrelaciones entre las actitudes emocionales de una persona, enraizadas en su carácter (Freud 1908, 1914) y la condición global económica en la que vive. La meta del concepto de carácter social es aplicar categorías psicoanalíticas a la investigación social. Ninguna respuesta suelta manifiesta una orientación particular del carácter social. El cuestionario comprende una serie de preguntas abiertas que conducen a interpretación psicoanalítica. Las respuestas se toman no como un material crudo o clasificable de acuerdo a expresiones textuales y no se analizan en términos de las frecuencias de cada respuesta suelta o por medio de su análisis factorial, en tanto que no se busca como algo central la elaboración estadística. Estos pasos, se llevan más bien a cabo después de analizarlas, enfocándose en la interpretación inconsciente o el significado no intencional. (Fromm y Maccoby, 1970, 1996). La interpretación del cuestionario puede contradecir lo que la persona cree conscientemente o lo que piensa de sí misma. Las respuestas se califican en base al contexto del cuestionario como un sistema completo. (Millán 1993). No solo comprende las condiciones externas sino las motivaciones, actitudes y valores internalizados e inconscientes que son integrados a través de las relaciones tempranas del sujeto con los otros significativos.

La comprensión dinámica socialmente enraizada de los procesos sociales como fue concebida por Fromm, reconoce que las experiencias personales individuales son afectadas por las instituciones sociales, la familia, la escuela, la religión, en las que son forjados.

La historia de desarrollo y las experiencias tempranas son influidas por las condiciones socioeconómicas que son cruciales para el funcionamiento del sistema social como un todo y las respuestas de adaptación que imponen a sus miembros.

Existe un terreno común y compartido por las perspectivas del psicoanálisis social y de la investigación empírica del apego:

- a) La del psicoanálisis clínico y social atento a las alteraciones mentales que se repiten, generan de modo inconsciente y pueden ser rastreadas en las experiencias tempranas con figuras significativas, recuperándolas para la conciencia.
- b) La empírica–metodológica resultante de la teoría del apego, que registra sistemáticamente las manifestaciones observables más sutiles de experiencias interpersonales, detectando los patrones (mentales) que tienden a repetir, reproducir y generar relaciones interpersonales consecuentes.

Este terreno común es, desde nuestro punto de vista, muy fértil y puede enriquecer, de modo muy significativo, el trabajo en ambas direcciones. Los planteamientos teóricos originarios, no fueron realmente tan divergentes como pareció en el desarrollo histórico de ambas escuelas y menos aún en el caso de las vertientes psicoanalíticas relacionales e interpersonales (Greenberg & Mitchel 1983; Mitchel 1993).

VIÑETA CLÍNICA

Presentamos a continuación el caso de una mujer de 40 años de edad, a la que llamaremos Jimena, para ilustrar como algunos aspectos de las perspectivas presentadas había informado



nuestra práctica clínica. Así vemos a los pacientes dentro de un amplio contexto socio-económico y cultural y dentro del contexto social de la vida familiar, las relaciones de apego, las pérdidas y los traumas.

Jimena, era una ejecutiva eficiente y exitosa con una mirada particularmente dura, que proviene de un origen humilde. Había participado (sin darse plenamente cuenta de ello) en la confrontación de géneros de una desgarrada familia campesina tradicional que tuvo que migrar a la ciudad. Su padre era un trabajador que había establecido dos familias simultáneas para compensar, con machismo, su orgullo perdido y su dependencia, debilidad y sumisión a un ambiente matriarcal.

Jimena entró a tratamiento con una analista mujer, tratando de recuperarse de la pérdida de su madre, acontecida dos años antes. Había acudido una sola vez antes del suceso y logró tratarse con un analista hombre, como se le había recomendado 'para trabajar sobre sus dificultades en desarrollar relaciones estables con hombres'. Poco después de esa consulta preliminar vino la repentina y completamente inesperada muerte de su madre por una enfermedad infecciosa fulminante. Su padre, quien la había contraído antes, pudo sobrevivir.

Jimena estaba deprimida, llena de sentimientos de culpa por 'no haber estado más consciente de la condición crítica de salud de su madre y por 'no haberla hospitalizado cuando suplicaba que lo hiciera'. Al hablar de estos eventos, repetidamente moderaba su culpa diciendo que solamente estaba 'cumpliendo con las instrucciones médicas' y que pensó que su madre mejoraría tal y como lo hizo su padre.

El trabajo inicial trató acerca de su incontrolable odio hacia su padre, su relación sobrecargada de ambivalencia con su madre y la amargura imperante en el matrimonio de éstos. También de su papel como especie de

consorte de su madre cuando su padre se ausentaba. Tomó conciencia además de como había adoptado el papel de su madre, desde que ésta había fallecido, sustituyéndola no solo en toda la responsabilidad de la casa, sino también identificándose con su madre e involucrándose en escenas impresionantes de resentimiento y celos hacia su padre. Se percató de que estaba repitiendo y reviviendo las recriminaciones eternas de su madre contra su padre experimentando angustia respecto a la larga relación extramarital de éste y en la que había procreado varios hijos. A través del proceso terapéutico la identificación de Jimena con su madre y su odio hacia su padre empezó gradualmente a temperare.

Aliviada de sus sentimientos conflictivos hacia su padre y hacia la muerte de su madre, Jimena se involucró en una relación con un hombre que era amable con ella. Se casó un tanto precipitadamente con él, aun cuando era consciente de que estaba corriendo un riesgo importante por no haberlo conocido suficientemente o haber tenido el tiempo para consolidar la relación. Poco después del matrimonio y a pesar de la edad avanzada de Jimena tuvieron una niña. Jimena empezó entonces a experimentar crisis de angustia severas con temores sobrecogedores y desproporcionados centrados en 'eventos fatales que podrían ocurrirle a la bebe'. Aunque la Entrevista de Apego Adulto no fue aplicada a Jimena, debemos decir que este "temor a la pérdida del hijo" si se hubiera manifestado durante la entrevista, la hubiera ubicado en una subcategoría muy poco frecuente llamada 'Temor a la Pérdida de origen Desconocido'.

En una sesión, después de que la analista había empezado a integrar sus conocimientos y su trabajo con la Entrevistas de Apego Adulto, empezó a escuchar de manera diferente las expresiones de Jimena acerca de un evento de su infancia que nos llevó a incluir esta viñeta en el presente trabajo. Había indudablemente hecho menciones previas de la muerte de su



hermano de nueve meses de edad cuando ella tenía 7 años y cómo el duelo de su madre parecía no llegar nunca a terminarse, agravando su infelicidad.

La analista notó ahora cuando Jimena hablaba de esta experiencia, que lo hacía en forma “desorganizada desorientada”, una “desorientación espacial alrededor de una pérdida”, como se calificaría dentro del sistema de la Entrevista de Apego Adulto si hubiera hecho así el relato durante la aplicación de la misma.

Mientras Jimena describía las circunstancias de la muerte, aludió a las imágenes del bebé como si ella hubiera estado en dos sitios al mismo tiempo: en la primera imagen se encontraba en el cuarto en el que estaba postrado el cuerpo del bebé. Su madre le había prohibido entrar a ese cuarto y por tanto era poco probable que hubiera estado en él. Una segunda imagen aludía a estar viendo el cuerpo del bebé desde el cuarto contiguo, que como había comentado antes, era el cuarto al que tanto ella como sus hermanos estaban confinados.

Esta vez la terapeuta insistió a Jimena en que fuera más allá de sus afirmaciones previas de los hechos de que ‘el bebe se enfermó de una enfermedad estomacal que empeoraba y empeoraba cada día, sin responder al tratamiento médico’. Jimena recordó entonces claramente, y por primera vez, que su madre la culpó recriminándole la muerte del bebé.

Unos días antes, cuando su madre salió Jimena y sus dos hermanos mayores habían permanecido solos en casa con el bebé. Ella por ser ‘la mujercita de la casa’ era quien se esperaba que cuidara al bebé, lo que ella recuerda haber hecho. Nada pareció ir mal hasta después de la muerte del bebé, se supo ‘la causa del evento fatal’. El infante había ingerido un pedazo de globo del piso mientras gateaba.

En suma, Jimena sufría de un inicial “temor a la pérdida” de su propia hija. Al escuchar su

discurso acerca de la muerte de su hermano cuando tenía 7 años de edad, observamos “desorientación espacial” de un tipo que se hubiese llamado “no-resuelta /desorganizada” en la Entrevista de Apego Adulto. Finalmente rastreando esto respecto a las experiencias pasadas, se encontró a sí misma recordando, por primera vez durante la hora analítica, que su madre la culpó por la muerte de su hermanito. Esta experiencia externa y “potencialmente real” (por supuesto que no podemos saber ‘el evento real’) pudo haber ocasionado la ansiedad extrema de Jimena, aunque ella no lo recordara hasta que la analista y ella trabajaron juntas sobre los recuerdos respecto al evento que estaba detrás de la “caída de su razonamiento” como se suele llamar dentro del sistema de la calificación de la Entrevista de Apego Adulto.

Pensamos que prestar atención a estos eventos, aun cuando se refieren a experiencias de eventos externos y del mundo real, es esencial para la reconstrucción que hace el clínico de la historia del desarrollo temprano del paciente. Esas experiencias en el mundo de afuera se llegan a establecer y a entretener con las representaciones internas de la mente (Gargiulo 1997, Millán 1996, Gill 1982). La historia previa se vuelve parte de y confirma así el significado atribuido al contexto corriente.

Explorar cuidadosamente las experiencias individuales así como apreciar sus significados sociales contribuyó significativamente a comprender eventos cruciales de la vida temprana de Jimena. Estas experiencias que habían permanecido inconcientes jugaban un papel central en la dinámica de su psique.

Las condiciones sociales y culturales de su crianza son comunes en México (Millán 1992, Millán & Gojman 2000) como un sistema básicamente feudal que empieza a ser transformado en un sistema capitalista moderno (Millán & Gojman 1997; Gojman 1997; Sánchez 2001; Barroso 2001; Sierra 2001 y Bustamante 2001). La transición dinámica del papel de la mujer de



una sociedad basada en antiguas estructuras matriarcales y estructuras feudales patriarcales hacia los papeles modernos de géneros (Sanchez & Almeida 1991, 1992), plantea elecciones críticas y contradicciones importantes. Estos afectan todos los aspectos de la vida cotidiana: la socialización de sus hijos, el tipo de organización familiar que está siendo forjada y el tipo de trabajo accesible a las mujeres fuera de sus hogares. Si esta modernización favorece el desarrollo de las mujeres y conlleva una mejoría para sus vidas, o si tiene el efecto contrario, depende de que tan flexible es el carácter de una mujer (Fromm, 1947), o en términos de la teoría del apego que tan autónomos son sus estados de la mente. Son estas estrategias, emocionalmente cargadas, las que determinan si se pueden adaptar y responder al proceso de cambio, y qué uso le pueden dar a los recursos que tienen a su disposición. Las experiencias previas de las mujeres y las oportunidades corrientes que están a su alcance tienen un efecto en el desarrollo de la estructura de su carácter y de la manera en que contienden con los muchos dilemas que enfrentan.

Este caso muestra como el entrenamiento en el sistema de la Entrevista de Apego Adulto puede favorecer que los clínicos escuchen ciertas formas específicas de recordar eventos traumáticos. Con sus postulados acerca de la pérdida y la relevancia de los procesos de duelo y elaboración, la teoría del apego está encontrando su lugar en la práctica clínica.

La teoría del apego tuvo su origen con el establecimiento del sistema biológico como el regulador más temprano de la supervivencia: cuando el individuo está físicamente en riesgo,

la tendencia a buscar una figura de apego toma precedencia sobre cualquier otra (Main, 1999). La liga emocional a los cuidadores primarios y la urgencia por encontrar alivio a través de estar en contacto con ellos, puede transformar los recuerdos, los significados de los eventos, y las posibilidades o limitaciones de la conciencia (Bowlby 1979). El establecimiento de una relación de apego también afecta al sistema de valores adoptado, las creencias y la formación de los rasgos de carácter (Fromm 1947).

A Manera de Invitación para estudiosos que trabajan en la clínica de la Salud Mental:

Ser testigos y observar repetidamente los sutiles y no verbales impactos de los intercambios bebe-madre a través de la valoración de la Situación Extraña y las Observaciones en casa video-grabadas, desarrollando proyectos de investigación como práctica complementaria a la formación clínica²; revisar, el rango tan amplio de las diversas formas en que los adultos describen sus experiencias tempranas con sus progenitores en las transcripciones de las Entrevistas de Apego Adulto, y el tener la oportunidad de observar y comparar posteriormente estas diversas perspectivas entre sí; Hacerlo conscientes de los efectos al futuro que éstas tienen en el desarrollo emocional, permite afinar la comprensión de los procesos interactivos y de las formas de comunicación. Suele ofrecer además a los clínicos una oportunidad única de estar expuestos a procesos vitales tempranos y de experimentar y confrontar las fuertes reacciones emocionales que éstas frecuentemente provocan en ellos mismos como observadores, sensibilizándose y acrecentando, seguramente, la capacidad empática requerida.

2 El Seminario de Sociopsicoanálisis A.C ha agregado en la formación de analistas y psicoterapeutas a la práctica clínica, la participación en investigación sobre apego y un año de Observación de bebés con el sistema de Ester Bick (Bick 1964, Pérez Sánchez 1981) que atiende a las reacciones 'contratransferenciales' del observador (Devereux 1967). Hacia el final del año de observación las diadas son estudiadas por medio de los instrumentos de Apego y de Carácter Social. Los instrumentos son calificados a ciegas unos respecto a los otros y de la observación del bebé como es discutida en el sistema de Bick. Las comparaciones resultantes dando —por tanto— una visión desde distintas perspectivas, constituyéndose en sistema multifacético de corroboración recíproca.



La relación entre los diferentes instrumentos de valoración del apego y del cuestionario de carácter social, de los bebés y de los padres de las díadas, permite complementar las dos perspectivas de investigación, la retrospectiva analítica y la prospectiva de la investigación empírica, sensibilizando a ambas aproximaciones al desarrollo humano.

De los instrumentos metodológicamente sofisticados de la teoría del apego hacia la visión clínicamente orientada de la dinámica del carácter, e igualmente desde el trabajo en la clínica, la posibilidad de enriquecerse con la comprensión ofrecida por el enfoque sistemático de las valoraciones sutiles de los instrumentos

del apego, que vívidamente ilustran los intercambios primarios y no siempre concientes de las díadas.

El significado que asignamos a los eventos, es en muy buena parte el resultado de la historia de nuestras relaciones con los demás. No debemos olvidar que el proceso de socialización gira sobre el eje central de las relaciones primarias de crianza.

La represión de la conciencia, está enraizada en la necesidad de relación (Fromm, 1993) constituyendo los fundamentos biológicos y sociales del desarrollo emocional.



BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar B. Sroufe A, Egeland B, Carlson E. (2000), Distinguishing the early-onset and persistent adolescence-onset antisocial behavior types: From birth to 16 years. *Development and Psychopathology* 12:109–132.
- Ainsworth, M. D. Blehar, M. C. Waters, E. & Wall, S. (1978), *Patterns of Attachment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Ainsworth M. (1985), Patterns of mother–infant attachment: Antecedents of development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 61:771–790.
- Barroso A.M. (2001). In the theater of confusion: Mourning and its consequences for a four year old child. *International Forum of Psychoanalysis*. 10: 35–55.
- Bick E. (1964), Notes on infant observation in psychoanalytical training. *International Journal of Psychoanalysis*. 45: 23–56.
- Bretherton I. (1985), Attachment Theory: Retrospect and Prospect. In: *Growing Points of Attachment Theory and Research*. Eds I Bretherton & E. Waters *Monographs of the Society for Research in Child Development* Vol. 50: pp 66–104.
- Bustamante (2001), Understanding hope. Persons in the process of dying. *International Forum of Psychoanalysis*. 10:1–15.
- Bowlby, J. (1958), The Nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-analysis*, 39: 350–373.
 - (1960a) Separation anxiety. *International Journal of Psycho-analysis*, 41: 1–25.
 - (1960b) Grief and mourning in infancy. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15: 3–39.
 - (1969) *Attachment*, Vol 1, New York: Basic Books.
 - (1973) *Separation*, Vol 2. New York: Basic Books.
 - (1979), On Knowing what you are not Supposed to Know and Feeling what you are not Supposed to Feel *Canadian Journal of Psychiatry*, 24 :120 135.
 - (1980), *Loss*, Vol 3. New York: Basic Books.
 - (1988a) *A Secure Base*. New York: Basic Books.
 - (1988b) *A Secure Base. Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge.
- Cassidy J & Shaver P.R. (1999). *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press.
- Devereux G. (1967), *From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences*. Mouton and Co. and Ecole Practique de Hautes Etudes.
- Freud S. (1908), Character and Anal Eroticism. *The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud*, Vol. 9, London: Hogart Press 1958, pp. 9–: 157.
 - (1914), Remembering, repeating and working through in *The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud*, Vol. 12, London Hogart Press 1958, pp. 109–120.
- Fromm E (1932), Ueber Methode und Aufgabe Einer Analytischen Sozialpsychology. *Zeitschrift für Sozialforschung*, Hirschfeld–Leipzig. Published in English as: *The Method and Function of an Analytic Social Psychology*. In: E. Fromm. *The Crisis of Psychoanalysis, Essays on Freud, Marx and Social Psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston 1970, pp. 110–134.



- (1941), *Escape from Freedom*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- (1947), *Man for Himself*. New York: Rinehart.
- (1962), *Beyond The Chains of Illusion, My Encounter with Freud and Marx*. A Trident press Book, Simon and Schuster New York.
- (1970) *The Crisis of Psychoanalysis, Essays on Freud, Marx and Social psychology*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- (1984) *The working Class in Weimar Germany*. Cambridge MA Harvard University Press.
- (1993), *El Arte de Escuchar* Obra póstuma IV a cargo de Rainer Funk. Píados.
- Fromm, E. & Maccoby M. (1970) *Social Character in a Mexican Village*. Prentice Hall Inc, Englewood Cliffs, NJ —also published in Spanish :Sociopsicoanálisis del Campesino Mexicano (1970), by Fondo de Cultura Económica México.
 - Fromm, E. & Maccoby, M. (1996), *Social Character in a Mexican Village* Transactions Publishers. New Brunswick USA and London UK (Originally published in 1970 by Prentice–Hall, Inc).
 - Funk R. (1982), *Erich Fromm: The Courage to be Human*. New York: Continuum Publishing Co.
 - (1992), Fromm's approach to psychoanalytic theory and it's relevance to therapeutic work. Cuadernos IV: Social Character, its Study an experiential Interchange 1992. Ed. Seminario de Sociopsicoanálisis Mexico: I MPAC, pp. 17–42.
 - Gargiulo G. (1997), Inner Mind/Outer Mind and the Quest for the "I" In: C. Spezzano & G. Gargiulo Eds. *Soul On the Couch. Spirituality, Religion, and Morality in Contemporary Psychoanalysis*. The Analytic Press. Hillsdale NJ, London, pp. 1–9.
 - Gill M. (1982) "Analysis of Transference" Volume I: Theory and Technique. International Universities Press. Inc. Madison Connecticut. Psychological Issues. Monograph 53.
 - Gojman S (1992). A Socio–psychoanalytic Intervention Process in a Mexican Mining Village. *Science of Man. Yearbook of the International Erich Fromm Society; Wissenschaft Vom Menschen, Jahrbuch der Internationalen Erich Fromm Gessellschaft*, Band 3., Munster: Lit–Verl, pp. 47–56.
 - (1993), An Overview of the Mexican Project of Sociopsychanalytic Participative Research in a Mining Community. In: *Cuadernos IV: Social Character, its study: An experiential Interchange* Ed. Seminario de Sociopsicoanálisis Mexico: I MPAC. 59–84.
 - (1996), The analyst as a person: Fromm's approach to psychoanalytic training and practice. In: M. Cortina & M. Maccoby. Eds. *A Prophetic Analyst, Erich Fromm's Contribution to Psychoanalysis* J. Aronson Inc. Northvale, New Jersey, London, pp. 235–238.
 - (1997), A Socioeconomic Dimension of the Therapeutic Relationship, *International Forum of Psychoanalysis*, 6: 241–252.
 - (2004) Traducción Oficial de: *Sistemas de Calificación y Clasificación de la Entrevista de Apego Adulto: Main, Goldwyn, Hesse; Versión 7.1* Manuscrito no publicado. Nuevo México. UNAM. SEMSOAC México ISBN 970–94359–0–6.
 - Gojman S & Millan S (2000). Attachment patterns and social character in a Nahuatl village. *Socialization processes through social character interviews and videotaped attachment current methodology. Fromm Forum*. International Erich Fromm Society. Germany
 - Gojman S & Millan S. (2004) Identity in the Asphalt Jungle, *International Forum of Psychoanalysis*, Vol 13, # 4, 2004. Taylor & Francis, BrunnerRoutledge, Health Sciences
 - Greenberg J. & Mitchel S. (1983) *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Harvard University Press. Cambridge Mass.
 - Hesse E. (1999a), The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. In: *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. Eds. J. Cassidy & P. Shaver. The Guilford Press. London, pp. 395–433.
 - (1999b) *Unclassifiable and Disorganized Responses in the Adult Attachment Interview and in the Infant Strange Situation Procedure: Theoretical proposal and Empirical Findings*. Doctoral Dissertation, Leiden University.
 - & Main M. (2001), Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American psychoanalytic Association* 48: 1097–1127.
 - Isabella R.A. (1993) Origins of Attachment: Maternal Interactive Behavior Across the first Year. *Child Devel* Vol 64: pp 605–6.
 - Lyons–Ruth K & Jacobovitz D (1999), Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence and lapses in behavior and attentional strategies. In: *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Application*. Eds. J Cassidy & P Shaver. The Guilford Press. London pp. 520–554.
 - Main M. (1991), Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular (coherent) vs multiple (incoherent) models of attachment: Findings and directions for future research. In C.M. Parkes, J. Stevenson–Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp 127–159) London: Routledge.
 - (1993), Discourse prediction and recent studies in attachment: Implications for psychoanalysis. *Journal of the America Psychoanalytic Association* 41: 209–244.
 - (1994). A move to the level of representations in the study of attachment organization: Implications for psychoanalysis. Annual Research Lecture of the British Psychoanalytic Society. London. July 6.
 - (1999), Mary D. Salter Ainsworth: tribute and portrait. *Psychoanalytic Inquiry*. 19: 682–736.
 - Main M & Hesse E (1990), Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is Frightened and/or Frightening Parental Behavior the Linking Mechanism? In: *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*. Ed. M.T. Greenberg, D Cicchetti and M.G. Comings University of Chicago Press. 161–182.
 - Main M & Goldwyn R (1985–1996, 1998), *Adult Attachment Scoring and Classification System*. Unpublished Manuscript, University of California at Berkeley, Version 6.3.
 - Main, M, Kaplan N & Cassidy, J. (1985), Security in infancy, childhood and adulthood. A move to the level of representations. In: *Growing Points in Attachment Theory and research. Monographs in the Society for Research in Child Development*, 50: Ed I. Bretherton and E. Waters, pp 66–104.
 - Main M & Solomon J (1986), Discovery of a new insecure, Disorganized/Disoriented attachment pattern. In: *Affective Development in Infancy*, Ed T.B. Brazelton and M. Yugman, Norwood, NJ: Ablex, pp 95–124.
 - Main M & Stadtman J (1981), Infants response to physical rejection by the mother: Aggression avoidance and conflict. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 20: 292–307.
 - Millán S (1992), The Third World and Social Character. *Science of Man, Yearbook of the International Erich Fromm Society; Wissenschaft Vom Menschen, Jahrbuch der Internationalen Erich Fromm Gessellschaft*, Band 3., Munster: Lit–Verl, pp. 57–68.
 - (1993), Methodology for the evaluation of the interpretative questionnaire used during the sessions of the Mexican seminar of Sociopsicoanálisis. In: *Cuadernos IV: Social Character, its Study an experiential Interchange* Ed. Seminario de Sociopsicoanálisis México: I MPAC, 107–124.



- (1996), The social dimension of transference. In: M. Cortina & M. Maccoby, *A Prophetic Analyst, Erich Fromm's Contribution to Psychoanalysis*, J. Aronson Inc. Northvale, New Jersey, London, pp. 325–340.
- Millán S & Gojman S (1997), The Weekly Clinical Group Supervision Chaired by Erich Fromm in *Erich Fromm—Psychoanalyst and Supervisor. International Conference April 4–5 in Ascona Switzerland*. International Erich Fromm Society, Tübingen Germany.
 - (2000) The legacy of Fromm in México. *International Forum of Psychoanalysis* Vol 9: 3–4. 207–216.
 - Mitchell S. (1993) *Hope and Dread in Psychoanalysis*. NY. Basic Books
 - Reining P, Cámara F, Chifias B, Fanale R, Gojman de Millán, Lenkerd B, Shinohara I & Tinker I. (1977) *Village Women, Their Changing Lives and Fertility. Studies in Kenya, México and Philippines*. American Association for the Advancement of Sciences. Washington D.C.
 - (1991), Revaloración del Cuestionario Interpretativo en una Comunidad Minera después de Tres Años de Trabajo Comunitario (Diseño Experimental Pre y Post Aplicación a la Experiencia de Trabajo de Grupo). The Final Report to the National Council of Sciences and Technology (CONACYT) México.
 - Sanchez G. (2001), Mother as messenger of love and death. *International Forum of Psychoanalysis* Vol 10:1. 57–63.
 - Sanchez & Almeida (1991) La Relación Humana Simétrica: Fuente de Acción y de Conocimiento. In *Cuadernos II*. Ed. Seminario de Sociopsicoanálisis México: IMPAC. 30–43.
 - (1992), Synergistic Development and Participatory Action Research in a Nahuatl Community. In *American Sociologist* Vol. 23:4. 83–99.
 - Sierra C. (2001), A Story of Losses and the Creation of an Alternate World. *International Forum of Psychoanalysis* Vol 10:1. 64–71.
 - Smith P.B. & Pederson D. (1988), Maternal Sensitivity and Patterns of Infant–Mother Attachment. *Child Devel* Vol 59: pp 1097–1101.
 - Sroufe A. (1989), Pathways to adaptation and maladaptation: Psychopathology as developmental deviation in Cicchetti Ed. *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*. Lawrence Erlbaum, pp. 13–41.
 - Sroufe A (1990), An organizational perspective on the self. In: D. Cicchetti and M. Beeghly (eds.), *The Self in Transition: Infancy to Childhood..* Chicago: University of Chicago Press, pp 281–307.
 - Sroufe A (1997), Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology* #9. Cambridge University Press NY, NY. USA, pp. 251–268.
 - Sroufe A, Carlson E, Levy A.K., & Egeland B (1999), Implications of attachment theory for developmental psychopathology, *Development and Psychopathology* Vol. 11:1, Cambridge University Press, NY, NY. USA. Pages 1–14.
 - Sroufe A, Egeland B, Carlson E, Collins W (2005) *The Development of The Person. The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. The Guilford Press. New York London.
 - Sroufe A & Fleeson J (1986), Attachment and the construction of relationships. In: W. Hartup & Z. Rubin Eds. *Relationships and Development* Erlbaum Assoc & Hillsdale, NJ Erlbaum, pp. 51–72.
 - Sroufe A & Rutter, M. (1984), The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 54: 173–181.
 - Sroufe A & Waters, E. (1977), Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184–1199.
 - Sroufe A & Wards J (1980), Seductive behavior of mothers of toddlers: Occurrence, correlation and Family Origins. *Child Development*, 51: 1223–1227.
 - Van Ijzendoorn, M.H. (1995) Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117 (3), 387–403.



Consumo terapéutico y extraterapéutico de Benzodiacepinas en pacientes con dependencia a opiáceos incluidos en el ensayo PEPSA: Notas metodológicas sobre el proyecto de investigación*

Salvador Rodríguez Rus

Centro Provincial de Drogodependencias, Jaén

Ioseba Iraurgi Castillo

Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde, Bizkaia.

Asesor Técnico de la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco

Eugenia Oviedo Joekes

Center for Health Evaluation & Outcomes Sciences.

University of British Columbia, Canadá

Antonio Ceverino Domínguez

Centro de Salud Mental Hortaleza, Fundación Jiménez-Díaz, Madrid

Joan Carles March Cerdá

Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

Francisco Carrasco Limón

Centro Comarcal de Drogodependencias de Bédar, Almería

RESUMEN

El uso de sustancias no prescritas durante los programas de tratamiento con agonistas opiáceos es un fenómeno contrastado en la práctica clínica diaria y avalado por numerosos estudios publicados nacional e internacionalmente. Entre estas sustancias, el uso de benzodiacepinas (BZDs) presenta una alta prevalencia y pueden ser utilizadas bien bajo prescripción médica o por decisión del propio usuario. En este artículo se realiza una revisión bibliográfica del estado de la cuestión y expone el procedimiento metodológico que se ha utilizado en un subestudio del ensayo clínico Programa Experimental de Prescripción eStupefacientes en Andalucía (PEPSA), llevado a cabo en Granada, sobre el consumo terapéutico y extraterapéutico de benzodiacepinas en pacientes adscritos a dicho programa.

Palabras Clave: Benzodiacepinas, Uso, Abuso, Programas de Metadona, Tratamiento.

* Este estudio ha sido financiado por la "Fundación Progreso y Salud" de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Código expediente 42026.



ABSTRACT

The non-prescribed substances abuse or misuse during the opiate agonist treatment is a phenomenon contrasted in the daily clinic practice and analysed by numerous national and internationally studies. In this context, the use of benzodiazepines (BZDs) presents a high prevalence and can be used well under medical prescription or by decision of the own user. In this article is accomplished a bibliographical review of the state of the art and exposes the methodological procedure that it has been used in a substudy of the clinical trial carried out in Grenada (the Experimental Drug Prescription Program in Andalusia – PEPSA) over therapeutic and non-therapeutic use of benzodiazepines in patients assigned to the program.

Key Words: Benzodiazepines, Use, Misuse, Methadone Programs, Treatment.

INTRODUCCIÓN

La elevada frecuencia en la que se presenta simultáneamente la dependencia de opiáceos con la de otras sustancias (fenómeno conocido con el nombre de *politoxicomanía*) constituye un problema para el desarrollo de los programas terapéuticos, y, por desgracia, la investigación en este campo es insuficiente. La consecuencia más grave de la politoxicomanía es el aumento de la mortalidad secundaria al consumo incontrolado de diferentes combinaciones tóxicas. En el caso concreto de los Programas de Mantenimiento con Metadona (aquellos que acogen a un mayor número de adictos en tratamiento), la principal causa de mortalidad la constituye la combinación de consumo de opiáceos y alcohol, tanto durante como después del tratamiento. Además, el abuso de alcohol se asocia con una disminución significativa de la supervivencia a diez años de los pacientes mantenidos con metadona. Parrino¹ refiere que el consumo de alcohol combinado con cocaína y heroína, y el consumo de cocaína asociado con heroína constituyen, respectivamente, la segunda y la tercera causa de sobredosis atendidas en los servicios de urgencias. Además, el consumo de alcohol se ha demostrado como una de las principales causas de interrupción del tratamiento en estos programas².

En lo que respecta a las benzodiazepinas³ (BZDs), su prescripción se ha extendido considerablemente en los últimos años^{4,5}. Esta práctica resulta preocupante debido al potencial de abuso/dependencia de estos fármacos, al deterioro cognoscitivo y motor asociado, y las complicaciones inherentes a la discontinuación de tratamiento⁶. La interrupción (mediante proceso de desintoxicación adecuado) de estos tratamientos es deseable por diversas razones, entre las que se incluyen el rechazo de muchos sujetos a someterse a tratamientos a largo plazo, la incertidumbre sobre la seguridad de los tratamientos crónicos sobre todo en ancianos⁷ o embarazadas⁸, y la necesidad de reevaluar la medicación ansiolítica en pacientes que han mejorado del trastorno que lo motivó⁹. Por otro lado, las ventajas de las BZDs de elevada potencia incluyen el rápido inicio de acción del efecto ansiolítico y la mayor tolerancia durante los tratamientos de corta duración¹⁰. Los intentos de desintoxicación de BZDs se asocian con la aparición de un síndrome de abstinencia específico, así como con una elevada tasa de recaídas¹¹⁻¹⁴. Por estos y otros motivos, la mayoría de los pacientes encuentran muchas dificultades para reducir la dosis de BZDs, sobre todo cuando el proceso de desintoxicación es muy



rápido o muy lento¹⁵, o cuando las BZDs son de vida media corta o larga¹⁶⁻¹⁷.

A pesar de su potencial de abuso, estas sustancias no generan problemas de dependencia especialmente prevalentes en la población general¹⁸, salvo en pacientes con trastornos médicos o psiquiátricos severos¹⁹⁻²⁰. De hecho, las mayores prevalencias de consumo perjudicial / dependencia de BZDs se han encontrado en los adictos a opioides en Tratamiento de Mantenimiento con Metadona²¹, en los que algunos trabajos sostienen que constituyen la segunda droga en importancia en el repertorio tóxico de los pacientes²², superando incluso al cannabis y la cocaína²³.

En lo que respecta a las motivaciones para el policonsumo, los adictos a opiáceos que consumen otras drogas de forma concomitante se distribuyen en dos grupos. Por una parte, aquellos que consumen drogas para obtener, como ya lo hacían antes de entrar en tratamiento, un estado de euforia (para ello consumen, la mayoría de las veces, cocaína, alcohol, BZDs, cannabis y, ocasionalmente, antidepresivos tricíclicos). En el caso de los programas de sustitución, la vida media prolongada de la metadona y su acción inhibitoria de los efectos euforizantes de los opiáceos hacen que no se produzca en la mayor parte de los pacientes cambio de humor alguno, con lo que éstos perciben que han perdido la capacidad de modular el humor con los consumos de opiáceos procedentes del mercado ilegal. Este es el motivo por el que, a veces, los heroínómanos recurren a otras sustancias para reemplazar a la heroína en esta función, y, así, se encuentra que casi la mitad de los pacientes que entran en tratamiento sustitutivo sin historia previa de consumo de otras sustancias iniciará o incrementará su uso a lo largo del primer año de tratamiento. La popularidad de determinadas combinaciones refleja la existencia de una potenciación entre opiáceos e hipnosedantes. También otros medicamentos, como los antihistamínicos, los barbitúricos y las BZDs, pueden incrementar los efectos

opioides de la metadona (debido a interacciones de tipo farmacocinético o farmacodinámico), técnica conocida en el argot americano como *boosting* (*hacer subir la metadona*). Sin embargo, el efecto más importante de la potenciación, debido a la prolongada vida media de la metadona, es probablemente incrementar el efecto primario de la segunda droga²⁴.

De hecho, en algunas muestras clínicas de adictos en PMM se encuentra un porcentaje de pacientes que se inicia en el hábito del consumo de BZDs en el curso del tratamiento sustitutivo. Esto podría ser explicado por un efecto de contaminación, de forma que los adictos se exponen a otros usuarios de estos programas que ya eran consumidores de estos fármacos, o bien por un intento de automedicar ciertos estados emocionales displacenteros. Como la heroína ya no proporciona el efecto que tenía antes, y debido a la mayor disponibilidad de BZDs, se puede producir una sustitución en la droga diana, de modo que los pacientes se ven atraídos al consumo de hipnosedantes en lugar del de heroína. Por otro lado, es importante constatar que, dentro de las BZDs, las preferencias de los pacientes se dirigen, en nuestro medio, al *alprazolam* (Trankimazin®), una BZD de acción corta (<12 horas). El número de informes de problemas producidos por alprazolam durante el tratamiento y su retirada van en aumento.

En el otro lado se encuentran los adictos que consumen BZDs por razones clínicamente evidentes (dolor, insomnio, cefaleas, síntomas de abstinencia a opioides, *craving*²⁵, comorbilidad psiquiátrica, efectos no deseados de otras drogas, etc). De hecho, estas molestias son más frecuentes en la población toxicómana. Este efecto buscado en las BZDs puede explicar que en los PMM se encuentre una reducción del consumo concomitante de las mismas²⁶⁻³⁰, debido a que la estabilización con el tratamiento sustitutivo y la eliminación de los síntomas de abstinencia a opiáceos disminuye la necesidad de BZDs. En apoyo de esta hipótesis (que se



fundamenta en modelos de automedicación), los pacientes que abusan de las BZDs presentan tasas superiores de consumo de heroína, cannabis y otras drogas. Sin embargo, no consumen más cocaína o anfetaminas que otros pacientes, probablemente porque estos adictos a las BZDs no buscan los efectos sobre el humor que estos estimulantes pueden proporcionar, sino que prefieren los efectos tranquilizantes. Así, estos pacientes precisan dosis de metadona superiores que los adictos que no son consumidores de BZDs.

Esta doble distribución de los policonsumidores viene avalada por aquellos autores que explican la atracción por las drogas por fenómenos de *estimulo* o *evitación*. En el primer caso las sustancias son utilizadas por los adictos para mejorar sus “experiencias” (por ejemplo, el uso de alcohol como “lubricante social”, o de cocaína para estimularse, etc.), mientras que en el segundo se trataría de evitar ciertas experiencias desagradables.

No son frecuentes los estudios de prevalencia de poliadicción en muestras poblacionales. No obstante, los últimos resultados de *Los Jóvenes Andaluces ante las Drogas y las Adicciones*³¹ refiere un dato: el 45,6% de la muestra confiesa consumo de tabaco diariamente, y/o alcohol abusivo, y/o cannabis, cocaína, éxtasis o heroína (en los últimos seis meses). De ellos, un 16% consumió dos o más sustancias (y un 5,2% tres o más), con una media de sustancias de 1,51 por consumidor.

La literatura científica, por el contrario, refiere altos porcentajes de policonsumidores en las muestras de dependientes de opioides en tratamiento en nuestro entorno³²⁻³⁷. En la muestra de Fernández-Miranda estos porcentajes eran de 34,6% para la cocaína, el 53,1% para las BZDs extraterapéuticas y el 41,4% para el alcohol³⁸. En la de Baca y cols³⁹ el 40% reconocía el consumo de algún otro tóxico además de la droga diana. En la de Cervera y cols⁴⁰ el 18% de los pacientes consumieron

BZDs a diario durante el mes previo a la evaluación, y el 41% cocaína en el trabajo de Ochoa y cols⁴¹. El consumo concomitante de otras drogas era elevado también en los resultados referidos por Fabregat y cols⁴²: el 31% tomaba regularmente alcohol, el 42% BZDs y el 14,3% cocaína. En la muestra de Kosten y cols⁴³ se encontró que el 74% habían consumido cocaína recientemente, y, Kolar y cols⁴⁴ comunicaron una prevalencia de controles de orina positivos a cocaína del 33%, porcentaje muy similar al encontrado en pacientes en tratamiento en Marbella⁴⁵. La literatura en lengua anglosajona refiere prevalencias de abuso de BZDs en pacientes en tratamiento con metadona que van del 28% al 94%⁴⁶⁻⁴⁷. En el trabajo de Bleich y cols⁴⁸ sobre 196 pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona de al menos un año de duración, el 54,6% abusaron de las BZDs durante el primer mes de tratamiento, y, 13 meses después, el 60,7% de la muestra había presentado al menos un control toxicológico de orina positivo a BZDs en dos meses distintos del tratamiento.

El trabajo de Ceverino y cols⁴⁹ sobre 288 pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona encuentra una prevalencia de dependencia a BZDs del 43%. La comparación de estos policonsumidores con el resto de pacientes del programa arroja algunas diferencias sociodemográficas: se encuentran entre ellos menos casados (20,8% vs 42,3%) y más divorciados (33,6% vs 11,7%; $p < 0,05$), tienen menos hijos (1,4 por término medio vs 1,96; $p = 0,02$) y un porcentaje superior de adictos que viven solos (12 vs 6,7%; $p = 0,035$). Por el contrario, no se aprecian diferencias entre ambos subgrupos en lo relativo al sexo (81,6% de varones entre los policonsumidores vs 78,5%) ni la edad. La iniciación en el consumo de opiáceos fue más precoz en este subgrupo de riesgo (19,92 años vs 22,23), definido por una carrera adictiva más prolongada, mayores antecedentes de tratamientos residenciales previos (4,03 vs 2,79; $p = 0,021$). Además, estos adictos presentan una mayor severidad en las



consecuencias de su adicción, tanto desde el punto de vista médico (4% con antecedentes de TBC, frente al 0,6% entre los no policonsumidores, $p=0,046$; 22,4% VHB+ vs 14,1%; 26,4% VIH+ vs 16,6%, $p=0,042$), como psicológico (79,2% con comorbilidad psiquiátrica vs 51,5%, $p<0,05$; 16% con antecedentes de intentos de suicidio vs 8%, $p=0,032$) y legal (un 49,6% de este subgrupo de consumidores de BZDs presentan antecedentes legales vs 17,8%, $p<0,05$; 37,6% con condenas previas vs 12,3%, $p<0,05$). La presencia de mayores niveles de psicopatología justifica la instauración más frecuente de tratamientos adicionales en estos usuarios, de diverso signo: antipsicóticos (en 20% vs 7,4%; $p=0,01$), tratamientos sustitutivos con BZDs (31,2% vs 11,7%; $p<0,05$), y antidepressivos sedantes como la mirtazapina (10,4% vs 3,1%; $p=0,011$), la mianserina (9,6% vs 1,8%; $p=0,03$) e ISRSs (20,8% vs 11,7%; $p=0,034$). También la dosis media de metadona es superior en los adictos a BZDs (77,9mg/d vs 59,02mg/d; $p<0,05$).

Por otro lado, este grupo de pacientes presentan también tasas superiores de policonsumo de otros tóxicos, como cocaína (64% vs 31,9%; $p<0,005$), alcohol (32% vs 26%), cannabis (47,2% vs 23,9%; $p<0,005$), otros opiáceos por vía oral (16,8% vs 1,8%; $p<0,005$). En lo que respecta a la situación toxicológica actual, sólo un 24,8% de los consumidores de BZDs han podido mantener la abstinencia a opioides en las tres semanas previas, frente al 56,4% del subgrupo de no consumidores ($p<0,05$).

En el mencionado trabajo de Bleich y cols⁵⁰ se informa de un porcentaje más significativo de adictos del sexo masculino entre los pacientes que abusaron de las BZDs durante el tratamiento ($\chi^2=4,36$; $df=1$; $p=0,036$). En este grupo se encontraron también sobre-representados los solteros ($\chi^2=18,91$; $df=1$; $p=0,000$), los desempleados ($\chi^2=13,07$; $df=1$; $p=0,000$), y los sujetos con una historia más extensa de penas de prisión ($\chi^2=7,55$; $df=1$; $p=0,005$), una iniciación más temprana en las drogas y más anteceden-

tes de problemas de drogas entre sus padres ($\chi^2=3,96$; $df=1$; $p=0,046$). Estos pacientes tuvieron una evolución menos favorable a lo largo de los trece meses de tratamiento con metadona: continuaron consumiendo heroína y cannabis con más frecuencia que los que no tomaban BZDs, a pesar de disponer de dosis de metadona superiores. Sin embargo no se encontraron incrementados en ellos los consumos de cocaína o anfetaminas. Los resultados del cuestionario SCL-90-R y del POMS revelaron en el grupo con problemas de consumo de BZDs puntuaciones superiores en psicopatología y en trastornos del humor.

En suma, la literatura revisada revela que los pacientes que abusan de las BZDs constituyen un subgrupo de mal pronóstico: generalmente son dependientes de opiáceos que, acumulan otros policonsumos (alcohol, cocaína, etc), y utilizan las BZDs como una forma de aliviar síntomas de abstinencia a opiáceos, de mitigar efectos molestos de la cocaína (el malestar del *crash*, el insomnio, etc.) o de inducirse estados de euforia. Estos adictos acumulan consecuencias nefastas del consumo tóxico (infecto-contagiosas, legales...), y, en ellos, el abuso de hipnosedantes (sobre todo de vida media corta e inicio rápido de acción, en combinación con el alcohol) es responsable de las alteraciones conductuales más graves y perturbadoras (actos delictivos, hetero y autoagresividad, etc).

En la literatura científica sobre drogas no se ha reflexionado lo suficiente sobre el fenómeno del policonsumo. Los trabajos revisados se limitan a describirlo y a cuantificarlo, y, a lo sumo, a vincularlo a las condiciones de disponibilidad y pureza de la droga diana. Es decir, lo explican como el conjunto de consumos tóxicos que desarrolla el adicto con el objeto de sustituir una droga principal que ya no se muestra tan accesible en el mercado ilegal o que ha perdido parte de su mítica pureza original, o bien con el objeto de mitigar parte del malestar asociado a las experiencias de intoxicación o abstinencia de esta droga diana.



Por otro lado, a pesar de que los adictos a opioides con consumos concomitantes de BZDs constituyen un subgrupo de mal pronóstico y con antecedentes de resistencia a los tratamientos convencionales, carecen de un programa terapéutico específico en los Centros de Drogodependencias para su dependencia a hipnosedantes. Ciertamente, su consumo concomitante ha sido contemplado por la literatura revisada como un epifenómeno que no merecía una intervención terapéutica específica, al modo en que se aplican sobre los problemas de cocaína o alcohol, por ejemplo.

El arsenal terapéutico disponible para la dependencia a BZDs en los adictos a opiáceos es al mismo tiempo muy limitado, y se reduce a tratamientos de la eventual patología mental subyacente o a prácticas de desintoxicación (con⁵¹ o sin⁵²⁻⁵³ sustitución con barbitúricos⁵⁴ o BDZs de vida media larga como el diazepam⁵⁵ o clonazepam⁵⁶⁻⁵⁹), habitualmente de eficacia muy limitada⁶⁰⁻⁶¹. Los trabajos que presentan resultados más optimistas, en general, presentan deficiencias metodológicas importantes, como la ausencia de una evaluación objetiva de la respuesta al tratamiento⁶²⁻⁶⁴. No conocemos tampoco la existencia de intervenciones psicoterapéuticas estructuradas como las disponibles para los adictos a cocaína y alcohol.

En el escaso interés demostrado por laboratorios e investigadores por desarrollar procedimientos terapéuticos de utilidad en la codependencia a BZDs en los heroínómanos puede haber influido el hecho de que estos fármacos sean de uso legal bajo prescripción médica. De los 186 trabajos revisados por Quiles y cols⁶⁵ publicados en los diez volúmenes de la Revista Española de Drogodependencias correspondiente al periodo 1990–1999, ninguno se ocupa de la dependencia a BZDs, y sólo un 5,53% de la combinación de sustancias. No obstante, los datos anteriormente referidos demuestran que el consumo concomitante de BZDs define un perfil de adictos de mala evolución y pronóstico en lo que respecta al fun-

cionamiento socio-familiar, las alteraciones conductuales y los problemas legales, las consecuencias médicas y el estado mental. Tales conclusiones constituyen un motivo para la reflexión de clínicos e investigadores.

Consumo de benzodiacépinas en pacientes consumidores de opioides atendidos por el Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes en Andalucía (PEPSA)⁶⁶

Dentro del marco del ensayo clínico llevado a cabo en Andalucía sobre el tratamiento asistido con diacetilmorfina a personas dependientes de heroína, el llamado ensayo PEPSA, cuyos resultados ya han sido informados en otro lugar⁶⁷, se diseñó un subestudio que pretendía satisfacer los siguientes objetivos:

1. Examinar la prevalencia de consumo de BZDs en pacientes consumidores de opioides atendidos en el ensayo PEPSA.
2. Analizar la evolución del consumo de BZDs en respuesta a los tratamientos concomitantes (*antiepilépticos*: oxcarbacepina, ácido valproico, gabapentina o topiramato; *antidepresivos*: amitriptilina, paroxetina, mianserina, mirtazapina, trazodona; *antipsicóticos sedativos*: olanzapina, risperidona, amisulpride).
3. Examinar las características de los pacientes con y sin consumo de BZDs en lo que respecta a las variables sociodemográficas, salud general, situación socio-familiar, conductas de riesgo, actividad delictiva, calidad de vida, diagnóstico psicopatológico y tiempo de retención del PEPSA.
4. Analizar las diferencias en el consumo de BZDs entre el grupo que recibió diacetilmorfina por vía intravenosa más metadona oral (grupo experimental), y el que recibió sólo metadona oral (grupo control).

Para dar cobertura a este conjunto de objetivos se diseñó un procedimiento metodológico

de recogida de información y estimación de medidas que se expondrán a continuación.

Contexto del estudio: Participantes y características generales del ensayo PEPSA

El ensayo PEPSA es un estudio comparativo, aleatorizado y abierto de prescripción diversificada de agonistas opioides. El ensayo, como tal, finalizó en diciembre de 2004. El objetivo del ensayo era evaluar la eficacia de la prescripción diversificada de opioides, apoyada en la diacetilmorfina por vía intravenosa frente a la metadona oral, ambas con apoyo médico-psico-social, en la mejoría de la salud física, mental y en la integración social de personas dependientes de opioides con graves problemas médico-sanitarios, psicológicos y en situación de exclusión social, para quienes los tratamientos disponibles no han sido efectivos. Los participantes fueron personas mayores de 18 años, residentes en Granada durante el último año, dependientes de opioides por más de dos años según criterios CIE 10, con consumo por vía intravenosa, que acreditaran al menos dos tratamientos anteriores con metadona y presentaran simultáneamente al menos dos de las siguientes condiciones: presencia de enfermedades infecciosas, problemas de salud mental y desajuste social (según criterios ASI). Para las mujeres, prueba de embarazo negativa. Quedaron excluidas del estudio aquellas personas que por su situación médica, social o legal no pudiesen previsiblemente completar el seguimiento (i.e. cárcel) o desplazarse al centro de forma autónoma.

Los participantes fueron reclutados directamente desde la calle⁶⁸, acudiendo los entrevistadores a los puntos principales de reunión (plazas, lugares próximos a la venta de sustancias ilegales, zonas de prostitución, instalación ferial, farmacias dispensadoras de jeringuillas, etc.), también se colocaron carteles en centros dispensadores de metadona y se informó a los profesionales de los centros sanitarios y de los centros de drogodependencias de la puesta en marcha del ensayo.

La medicación se dispensaba a los pacientes una vez al día, si este estaba incluido en el grupo control (metadona) y dos veces al día, mañana y tarde, si estaba en el grupo experimental (DAM intravenosa). A estos últimos se les proporcionaba una dosis complementaria de metadona por vía oral para tomar aproximadamente a las 20'00 horas. Los participantes de ambos grupos, además, recibieron apoyo médico, psicológico, social y legal, por parte de un equipo especialmente formado para este ensayo.

Durante el ensayo se ha actuado específicamente sobre el consumo de BZDs: a los pacientes diagnosticados de dependencia a BZDs según criterios CIE-10, se ha intentado sustituir con otra BZD de vida media larga iniciando así un programa de mantenimiento o bien se ha intentado la deshabitación siempre supervisada por el equipo médico del centro. En otros casos se ha prescrito medicación concomitante teniendo en cuenta el estado clínico del paciente.

Tabla 1: Formas de evaluación del consumo de benzodiazepinas a lo largo del estudio.

VARIABLE	MODALIDAD	MOMENTO DE EVALUACIÓN	FUENTE DE DATOS
Auto referidas en entrevista clínica	Continua	T ₀ - T ₁ - T ₂ - T ₃	Autoinforme
Índice Q del cuestionario OTI	Continua	T ₀ - T ₁ - T ₂ - T ₃	Autoinforme
Informe clínico de prescripción de BZDs	Discotómica	T ₀ a T ₁ / T ₁ a T ₂ / T ₂ a T ₃	Historia clínica
Análíticas aleatorias quincenales	Continua	T ₀ a T ₁ / T ₁ a T ₂ / T ₂ a T ₃	Pruebas Laboratorio
Análíticas trimestrales	Discotómica	T ₀ - T ₁ - T ₂ - T ₃	Pruebas Laboratorio



Instrumentos de medida y variables de resultados

I. Consumo de benzodiazepinas

El consumo de BZDs en la muestra en estudio se ha valorado a través de diversas fuentes de información (tabla 1):

a) **Auto-referidas en entrevista clínica:** el médico pregunta al participante en el estudio por el consumo de BZDs no prescritas en el último mes. Se recoge la información ofrecida por el usuario sin aportación alguna por parte del staff clínico. Se utilizan cinco preguntas incluidas dentro del OTI: ¿Cuál fue el último día en que tomaste tranquilizantes?; ¿Cuántos comprimidos tomaste en ese día?; ¿Cuál fue el penúltimo día en que tomaste tranquilizantes?; ¿Cuántos comprimidos tomaste en ese día?; ¿Cuál fue el antepenúltimo día en que tomaste tranquilizantes?. A partir de la información auto-referida por los participantes se obtuvieron dos tipos de indicadores:

- 1a. la frecuencia de consumo: N° de veces que ha utilizado BZDs no prescritas; y
- 1b. el 'Índice Q' para BZDs del OTI⁶⁹ el cual proporciona una puntuación compuesta que pondera la relación entre la frecuencia y la cantidad del consumo sin control médico (no prescripto o tomado fuera de la pauta indicada). Es una medida de la gravedad del consumo durante el mes previo⁶⁹.

b) **Informe clínico de prescripción de BZDs:** Informe según historia clínica sobre si el paciente está recibiendo tratamiento con BZDs. Esta información es aportada por el personal sanitario participante en el ensayo, recogiendo datos sobre el tipo de BZD prescrita, y la dosis y frecuencia de uso. Mediante esta información, se ha calculado un valor homogéneo de BZD prescrita consumida a partir de la transformación a unidades equivalentes en mg de diazepam utilizando como referencia el manual de Ashton⁷⁰ y cuya tabla de equivalencias se reproduce en el anexo.

c) **Análíticas toxicológicas.** A lo largo del tiempo de duración del ensayo se recogen muestras de orina de forma aleatoria para su posterior análisis de metabolitos de sustancias de abuso. En los momentos de evaluación fijados por el protocolo del ensayo (línea base $-T_0-$, tres meses $-T_1-$, seis meses $-T_2-$, y 9 meses $-T_3-$), todos los participantes aportaban 'muestras fijas' de orina para su análisis; de aquellas otras que se recogen aleatoriamente, se toma una quincenalmente para su análisis. De todas las muestras analizadas (las muestras fijas y las quincenales o aleatorias) se obtenía una valoración cualitativa (positivo vs negativo) en función de un punto de corte fijado desde el laboratorio.

A partir de la información recogida, para cada participante se computa el número de controles realizados durante los periodos trimestrales (T_0 a T_1 ; T_1 a T_2 , y T_2 a T_3) así como el total (T_0 a T_3) y el número de determinaciones positivas resultantes en cada caso; estimándose para cada periodo observado la razón entre estas dos variables (N° positivos / N° controles), lo que nos permite considerar un índice que expresa la Proporción de Consumo (PC) de esta sustancia. Por ejemplo, un participante al que se le han realizado 10 controles de orina y ninguna de ellas ha sido positiva, mostrará una PC de 0 (0/10), lo cual expresaría que la situación del participante es de abstinencia (no consumo) respecto a esta sustancia; si, por otro lado, se hubieran registrado 8 positivos, la PC sería de 0,8 (8/10), es decir, el participante ha presentado consumo de la sustancia en un 80% de las ocasiones analizadas.

Por otra parte, de entre las 'muestras fijas' obtenidas en los momentos claves de evaluación, se aisló parte de la muestra de orina para su congelación y conservación, siendo etiquetada de forma conveniente según protocolo. Con posterioridad, estas muestras congeladas fueron analizadas en un laboratorio externo para la determinación específica de BZDs aportando

información detallada que podría contrastarse con las BZDs prescritas por el equipo médico o las utilizadas fuera de prescripción. En este caso, la determinación de BZDs en orina se ha basado en la realización de una hidrólisis enzimática a pH 5,2 con enzima β -glucuronidasa de *Helix pomatia* y con incubación a 37° C durante toda la noche. A continuación se ajusta el pH de las muestras a 8–9 con hidróxido potásico IM y se realiza una extracción en fase sólida con columnas Bond–Elut TCA. Las columnas se activan y condicionan con una mezcla de metanol/0,6% de dietilamina y con una mezcla de solución acuosa de bicarbonato potásico/10% acetonitrilo. A continuación se decantan las muestras de orina en las columnas. Después de la aplicación de las muestras, las columnas se lavan con una mezcla de agua/acetonitrilo (80:20) y seguidamente con agua. Los analitos de las columnas se eluyen utilizando metanol. El extracto resultante se evapora a sequedad, se reconstituye con acetato de etilo y con N,O-bis (trimetilsilil) trifluoroacetamida conteniendo un 1% de trimetilclorosilano y se incubaba a 70°C durante 30 minutos para formar los derivados trimetilsilil (TMS) de los com-

puestos en estudio. Los extractos resultantes se analizan por cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masas en modo de monitorización selectiva de iones (SIM), monitorizando tres iones para cada uno de los compuestos en estudio. Este procedimiento permite la determinación de las siguientes benzodiazepinas en orina (entre paréntesis el límite de detección): nordiazepam (10 ng/ml), oxazepam (10 ng/ml), diazepam (10 ng/ml), lorazepam (10 ng/ml), temazepam (25 ng/ml), 7-aminoclonazepam (100 ng/ml), 7-aminoflunitrazepam (50 ng/ml), á-hidroximidazolam (25 ng/ml), á-hidroxialprazolam (10 ng/ml) y zolpidem (25 ng/ml).

Para examinar la prevalencia del consumo de BZDs entre los participantes (objetivo 1), se han de describir los valores obtenidos en cada una de las variables mencionadas en la tabla 1, a lo largo del ensayo. Para la comparación del consumo de BZDs con las características de los pacientes y los tratamientos concomitantes (objetivo 2) se han de utilizar las analíticas aleatorias y el informe clínico de prescripción de BZDs.

Tabla 2: Criterios de valoración del tratamiento con BZDs.

PUNTUACIÓN	CRITERIO DE VALORACIÓN
-2	Introducir en el tratamiento una BZD de vida media corta cuando en el periodo previo de valoración estaba sin tratamiento BZD.
-2	Introducir en el tratamiento una BZD de vida media corta en dosis mayores o equivalentes a una BZD de vida media larga con la que venía siendo tratado.
-2	Mantener el uso de una BZD de vida media corta a dosis mayores de la de referencia (p.ej.: partir del uso de 1 mg de Alprazolam o Flunitrazepam y usar posteriormente cantidades mayores del mismo fármaco u otro del mismo espectro).
-1	Aumentar la dosis de BZD ya sea de vida corta o larga.
-1	Iniciar tratamiento con una BZD de vida media larga cuando en el periodo previo de valoración estaba sin tratamiento BZD.
-1	Cambio de una BZD de vida media corta a otra de vida media larga en dosis mayores a la equivalente (p.ej.: pasar de Alprazolam 1 mg a Clorazepato o Diazepam pero en dosis mayores a 30 mg ó 20 mg, respectivamente).
-1	Cambio de una BZD de vida media larga a otra de vida media corta en dosis equivalentes (p.ej.: pasar de 30 mg de Clorazepato ó 20 mg de Diazepam a 1 mg de Alprazolam).
0	Estabilidad en la cantidad (<i>valor de equivalencia en Diazepam</i>) y uso de la familia de BZD (<i>corta-media-larga</i>) utilizadas en el periodo de valoración previo. (p.ej.: utilizar en T1 30 mg de Clorazepato y mantener la dosis o utilizar 20 mg de Diazepam en T2; utilizar en T1 1 mg de Alprazolam y mantener la dosis o utilizar 2 mg de Lorazepam en T2 —equivalencia en Diazepam de 20 mg—).



+1	Cambiar una BZD de vida media corta a otra de vida media larga en dosis equivalentes (p.ej.: pasar de 1 mg de Alprazolam a 30 mg Clorazepato o a 20 mg de Diazepam). Puede existir o no de forma concomitante otro tratamiento sedativo con antiepilépticos, antidepresivos o antipsicóticos.
+1	Reducir la cantidad de dosis en una misma BZD o de la misma familia (p.ej.: partir del uso de 1 mg de Alprazolam y reducirlo a dosis inferiores a 1 mg de Alprazolam o a dosis inferiores a 2 mg de Lorazepam; o también, partir de 50 mg de Clorazepato y reducir a dosis inferiores de Clorazepato). Puede existir o no de forma concomitante otro tratamiento sedativo con antiepilépticos, antidepresivos o antipsicóticos.
+1	Reducir la dosis equivalente en diazepam en menos del 65% de la dosis previa.
+2	Reducir la dosis equivalente en diazepam en un 66% o más de la dosis previa.
+2	Ser tratado con otro fármaco sedativo: Antiepilépticos (Oxcarbacepina, Ácido valproico, Gabapentina o Topiramato); Antidepresivos (Amitriptilina, Paroxetina, Mianserina, Mirtazapina, Trazodona); Antipsicóticos (Olanzapina, Risperidona, Amisulpiride) y/o hipnóticos no benzodiazepínicos (Zolpidem) u otros fármacos (antiestamínicos) usados como ansiolíticos (Hidroxizina, Dexclorfeniramina, etc.).
+3	No precisar de ningún tratamiento sedativo concomitante durante el ensayo. Si en algún caso aparece de forma exclusiva la utilización de fármacos no psiquiátricos (antirretrovirales, Didanosina, Hidrosmina, Ibuprofeno, Metoclopramida, Paracetamol, Sulfametoxazol, etc.) ha de considerarse el caso como No Tratamiento Concomitante —NTC—.
9	Valor asignado a los casos perdidos o cuando no hay información de ningún tipo.

2. Criterios de ‘Respuesta al Tratamiento’

Para evaluar la evolución del uso de BZDs durante el estudio, se ha construido una variable de resultado basada en criterios de objetivos clínicos a alcanzar con el tratamiento. Partimos de la situación de resultado de ‘no cambio’ (mantenimiento del uso de una BZD de vida media corta sin alteración de la dosis) a la que le asignaremos el valor cero ‘0’, para luego progresar hacia situaciones más favorables (valores positivos) o descender hacia situaciones más perjudiciales (valores negativos). La asignación de valores numéricos a las diferentes categorías puede considerarse como una mensuración escalar, aunque no cumple los criterios de una medida de intervalo. Partiendo de un caso hipotético de consumo de 1 mg de alprazolam, las puntuaciones y situaciones de valoración se plantean en la tabla 2.

Mediante este criterio de puntuación se ha valorado para cada participante en el ensayo su situación en un tiempo de evaluación respecto al referente previo (por ejemplo, su situación de consumo prescrito de BZDs a los seis

meses respecto a como era tratado a los 3 meses) mostrándose como un indicador de la evolución en el tratamiento. Si el sujeto no ha cambiado su pauta de medicación será valorado con una puntuación ‘0’, indicando estabilidad; valores negativos serían reflejo de un retroceso en la previsión de tratamiento objetivo, y valores positivos indicarían un progreso terapéutico ya que supondrían la reducción de la cantidad de BZDs en equivalencia a diazepam, o el cambio a BZDs de vida media larga (de uso más recomendable y seguro). Asimismo, las puntuaciones pueden oscilar entre un recorrido de -2 a +3, ofreciendo un gradiente de intensidad desde lo menos a lo más adecuado terapéuticamente.

Para cada sujeto participante se especificó en una rejilla el tratamiento con BZDs o concomitante que estaba recibiendo en cada momento de evaluación (línea base, tres meses, seis meses y nueve meses; T_0 , T_1 , T_2 y T_3 , respectivamente). El sujeto era identificado con el código del ensayo de forma que permanecía oculto ante los jueces. Tres jueces, dos clínicos



participantes en el ensayo y un tercero externo al ensayo, valoraban los tratamientos aplicados y los cambios en el tiempo a partir de la codificación expuesta en la tabla 2. El acuerdo inter-jueces calculado a través del porcentaje de acuerdo, el coeficiente kappa y la correlación intraclase quedan recogidos en la tabla 3. Los valores obtenidos se sitúan por encima de

0,90 en todos los contrastes e índices, resultando una valoración óptima y dando muestra de ser un buen indicador de resultados. A partir de ello, se puede considerar la puntuación media resultante del acuerdo inter-jueces como el indicador de valoración clínica utilizado principalmente en el contraste del objetivo cuarto.

Tabla 3: Acuerdo Inter-jueces – 240 decisiones / 23 discrepancias.

	TRES JUECES	J1 – J2	J1 – J3	J2 – J3
PORCENTAJE DE ACUERDO	90,4	90,8	94,6	95,4
KAPPA	---	0,9	0,93	0,95
CORRELACIÓN INTRACLASE	0,99	0,98	0,99	0,99

CONCLUSIONES

Se ha descrito en este artículo el estado de situación respecto al consumo concomitante al tratamiento de sustancias no prescritas y como esta práctica esta asociada a un peor cumplimiento y efectividad del tratamiento. El consumo de BZDs no prescritas durante el mismo es también un fenómeno muy extendido, resistente a las intervenciones terapéuticas, y con una notable incidencia en el curso del tratamiento, haciéndose precisa la utilización de protocolos de intervención que corrijan este efecto

Además, es una práctica compleja y difícil de evaluar. Por ello, se ha planteado en la segunda parte del trabajo la metodología seguida por nuestro grupo para estimar y medir este fenómeno ofreciéndolo a investigadores interesados por si fuera de utilidad.



Dirección para correspondencia:

Salvador Rodríguez Rus. Centro Provincial de Drogodependencias. Jaén.

yayarus@gmail.com



ANEXO – Tabla de Equivalencias en mg de Diazepam (Manual Ashton sobre Benzodiazepina; Adaptado por grupo BZN-PEPSA)			
BENZODIACEPINAS	Vida media en horas [metabolito activo]	Dosis oral equivalente aproximada (en mg)	Factor multiplicador para la equivalencia en Diazepam
Alprazolam (Xanax, Alplax, ..., <i>Trankimazin</i>)	6–12	0,5	× 20
Bromazepam (Lexotanil, ..., <i>Lexatin</i>)	10–20	5–6	2
Clordiazepóxido (Librium, ..., <i>Huberplex, Omnialio</i>)	5–30 [36–200]	25	0,4
Clobazam (Frisium, ..., <i>Noiafren</i>)	12–60	20	0,5
Clonazepam (Clonopin, Rivotril, ..., <i>Rivotril</i>)	18–50	0,5	20
Clorazepato (Tranxene, Nansius, ..., <i>Tranxilium</i>)	[36–200]	15	0,66
Diazepam (Valium, ..., <i>Valium, Diazepam Prodes o Leo, Drenian</i>)	20–100 [36–200]	10	1
Estazolam (ProSom, ...,)	10–24	1–2	10
Flunitrazepam (Rohipnol, ..., <i>Rohipnol</i>)	18–26 [36–200]	1	10
Flurazepam (Dalmane, ..., <i>Dormodor</i>)	[40–250]	15–30	0,66
Halazepam (Paxipam, Alapryl, ..., <i>Alapryl</i>)	[30–100]	20	0,5
Ketazolam (Anxon, ..., <i>Sedotime, Marcen</i>)	2	15–30	0,66
Loprazolam (Somnovit, ..., <i>Somnovit</i>)	6–12	1–2	10
Lorazepam (Ativan, ..., <i>Orfidal, Idalprem, Donix, Sedicepam</i>)	10–12	1	10
Lormetazepam (Noctamid, Loramet, ..., <i>Noctamid, Loramet</i>)	10–12	1–2	10
Medazepam (Nobrium, ..., <i>Nobritol</i>)	36–200	10	1
Nitrazepam (Mogadon, ...,)	15–38	10	1
Nordazepam (Nordaz, ...,)	36–200	10	1
Oxazepam (Serax, Serenid, Serepax, ..., <i>Adumbran</i>)	4–15	20	0,5
Prazepam (Centrax, ...,)	[36–200]	10–20	1
Quazepam (Doral, Quiedorm, ..., <i>Quiedorm</i>)	25–100	20	0,5
Temazepam (Restoril, Normison, ...,)	8–22	20	0,5
Triazolam (Alcion, ..., <i>Halcion</i>)	2	0,5	20
FÁRMACOS NO BENZODIACEPÍNICOS CON EFECTOS SIMILARES			
Zaleplon (Sonata, ..., <i>Sonata</i>)	2	20	0,5
Zolpidem (Ambien, Stilnoct, ..., <i>Stilnox, Dalparan, Zolpidem EFG</i>)	2	20	0,5
Zopiclona (Zimovane, Imovane, ..., <i>Datolan, Limovan, Zopicalma</i>)	5–6	15	0,66

Nota.- en cursiva los nombres comerciales en España.



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Parrino MW. Manual de tratamiento con metadona. Grup Igia. Barcelona, 1997.
- 2.- Joseph H, Appel P. Alcohol and methadone treatment: Consequences for the patient and program. *Am J of Drugs and Alcohol Abuse* 1985; 11:37-53.
- 3.- Barlow DH. Anxiety disorders, comorbid substance abuse, and benzodiazepine discontinuation: implications for treatment. *NIDA Res Monogr.* 1997;172: 33-51.
- 4.- Roy-Byrne, PP. Benzodiazepines: Dependence and withdrawal. In: Roy-Byrne, PP, and Cowley, D.S., eds. *Benzodiazepines in Clinical Practice: Risks and Benefits.* Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., 1991.
- 5.- Tyrer, P. Dependence as a limiting factor in the clinical use of minor tranquilizers. *Pharmacol Ther* 36:173-188, 1988.
- 6.- Lader, M.H., and Petursson, H. Abuse liability of anxiolytics. In: Malick, J.B.; Enna, S.J.; and Yamamura, H.K., eds. *Anxiolytics: Neurochemical, Behavioral, and Clinical Perspectives.* New York: Raven Press, 1983.
- 7.- Lader, M.H., and Petursson, H. Abuse liability of anxiolytics. In: Malick, J.B.; Enna, S.J.; and Yamamura, H.K., eds. *Anxiolytics: Neurochemical, Behavioral, and Clinical Perspectives.* New York: Raven Press, 1983.
- 8.- Laegrid, L.; Olegand, R.; and Wahlstrom, J. Abnormalities in children exposed to benzodiazepines in utero. *Lancet* 1:108-109, 1987.
- 9.- Rosenbaum, J.F. Benefit/risk issues: Clinical perspectives. *J Psychiatr Res* 24:38-39, 1990.
- 10.- Pollack, M.H., and Rosenbaum, J.F. Benzodiazepines in panic-related disorders. *J Anxiety Disord* 2:95-107, 1988.
- 11.- Fyer, A.J.; Liebowitz, M.R.; Gorman, J.M.; Campeas, R.; Levin, A.; Davies, S.O.; Goetz, D.; and Klein, D.F. Discontinuation of alprazolam treatment in panic patients. *Am J Psychiatry* 144:303-308, 1987.
- 12.- Nutt, D.J. Pharmacological mechanisms of benzodiazepine withdrawal. *J Psychiatr Res* 24:105-110, 1990.
- 13.- Noyes, R.; Garvey, M.J.; Cook, B.; and Suelzer, M. Controlled discontinuation of benzodiazepine treatment for patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 148:517-523, 1991.
- 14.- Noyes, R.; Garvey, M.J.; Cook, B.L.; and Perry, P.J. Benzodiazepine withdrawal: A review of the evidence. *J Clin Psychiatry* 49:382-389, 1988.
- 15.- Pecknold, J.C.; Swinson, R.P.; Kuch, K.; and Lewis, C.P. Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: Results from a multicenter trial. *Arch Gen Psychiatry* 45:429-436, 1988.
- 16.- Rickels, K.; Schweizer, E.; Case, W.G.; and Greenblatt, D.J. Long-term therapeutic use of benzodiazepines. I. Effects of abrupt discontinuation. *Arch Gen Psychiatry* 47:899-907, 1990.
- 17.- Schweizer, E.; Rickels, K.; Case, W.G.; and Greenblatt, D.J. Long-term use of benzodiazepines. II. Effects of gradual taper. *Arch Gen Psychiatry* 47:908-915, 1990.
- 18.- Woods JH, Jatz JL, Winger G. Abuse liability of benzodiazepines. *Pharmacol Rev* 1987; 39:251-419.
- 19.- Brooke D. The addicted doctor: Caring professionals? *Br J Psychiat* 1995; 166: 149-153.
- 20.- Senay E. Addictive behaviors and benzodiazepines: I. Abuse liability and physical dependence. *Adv Alcohol Subst Abuse* 1989;8: 107-124.
- 21.- Gelpkopf M, Bleich A, Hayward R, Bodner G, Adelson M. Characteristics of benzodiazepine abuse in methadone maintenance treatment patients: A 1-year prospective study in an Israeli clinic. *Drug Alcohol Depend* 1999; 55:63-68.
- 22.- Bleich A, Gelpkopf M, Weizman T, Adelson M. Benzodiazepine abuse in a methadone maintenance treatment clinic in Israel: Characteristics and pharmacotherapeutic approach. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 2002; 39(2): 104-113.
- 23.- Bleich A, Gelpkopf M, Schmidt V, Hayward R, Bodner G, Adelson M. Correlates of benzodiazepine abuse in methadone maintenance treatment patients: A 1-year prospective study in an Israeli clinic. *Addiction* 1999; 94:1533-1540.
- 24.- Parrino MW. Manual de tratamiento con metadona. Grup Igia. Barcelona, 1997.
- 25.- Gelpkopf M, Bleich A, Hayward R, Bodner G, Adelson M. Characteristics of benzodiazepine abuse in methadone maintenance treatment patients: A 1-year prospective study in an Israeli clinic. *Drug Alcohol Depend* 1999; 55:63-68.
- 26.- Gelpkopf M, Bleich A, Hayward R, Bodner G, Adelson M. Characteristics of benzodiazepine abuse in methadone maintenance treatment patients: A 1-year prospective study in an Israeli clinic. *Drug Alcohol Depend* 1999; 55:63-68.
- 27.- Bleich A, Gelpkopf M, Schmidt V, Hayward R, Bodner G, Adelson M. Correlates of benzodiazepine abuse in methadone maintenance treatment patients: A 1-year prospective study in an Israeli clinic. *Addiction* 1999; 94:1533-1540.
- 28.- Fairbank JA, Duntentam GH, Condelli W. Do methadone patients substitute other drugs for heroin? Predicting substance use at 1-year follow-up. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995; 19:465-473.
- 29.- Shaffer HJ, LaSavia TA. Patterns of substance use among methadone maintenance patients: Indicators of outcome. *J Subst Abuse Treat* 1992;9: 143-147.
- 30.- Bleich A, Gelpkopf M, Weizman T, Adelson M. Benzodiazepine abuse in a methadone maintenance treatment clinic in Israel: Characteristics and pharmacotherapeutic approach. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 2002;39(2): 104-113.
- 31.- VVAA. Los jóvenes andaluces ante las drogas y las adicciones. 2002. Tomo II. Motivaciones, consecuencias, factores de riesgo y factores de protección. Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía. Sevilla, 2003.
- 32.- Madoz-Gúrpide A, Sais-Amorim A, Baca-García E, Ochoa E. Aspectos criminológicos en pacientes adictos a heroína: relación entre toxicomanía y delincuencia, sobre una muestra de 402 heroínómanos ingresados. En prensa.
- 33.- Fernández-Miranda JJ, González García-Portilla MP, Sáiz-Martínez PA, Gutiérrez CE, Bobes J. Trastornos psiquiátricos en adictos en mantenimiento prolongado con metadona y su influencia en la efectividad del tratamiento. *INTERPSIQUIS.* 2001; (2).
- 34.- Baca E, García S, Baca-García E. Calidad de vida en adictos a la heroína: un estudio comparativo. *Psiquiatría.COM* [revista electrónica] 1997 Diciembre [citado 1 Ene 1998];1(4):[24 screens].
- 35.- Ochoa E, Madoz A, Baca-García E, Ceverino A, Vicente N. Characteristics of heroin addicts with brothers also addicts.
- 36.- Cervera G, Valderrama JC, Bolinches F, Martínez J. Pauta de desintoxicación frente a estabilización y mantenimiento con metadona en adictos a opiáceos con trastorno de la personalidad. *Psiquiatría Biológica* 1997;4(5):181-187.



- 37.- Ochoa E, Arias F. Consumo de alcohol en dependientes de opiáceos en tratamiento con naltrexona. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28(4):239-249.
- 38.- Fernández-Miranda JJ, González García-Portilla MP, Sáiz-Martínez PA, Gutiérrez CE, Bobes J. Trastornos psiquiátricos en adictos en mantenimiento prolongado con metadona y su influencia en la efectividad del tratamiento. *INTERPSIQUIS*. 2001; (2).
- 39.- Baca E, García S, Baca-García E. Calidad de vida en adictos a la heroína: un estudio comparativo. *Psiquiatría.COM* [revista electrónica] 1997 Diciembre [citado 1 Ene 1998]; 1(4):[24 screens].
- 40.- Cervera G, Valderrama JC, Bolinches F, Martínez J. Pauta de desintoxicación frente a estabilización y mantenimiento con metadona en adictos a opiáceos con trastorno de la personalidad. *Psiquiatría Biológica* 1997;4(5):181-187.
- 41.- Ochoa E y N. Vicente Esquizofrenia en una población de adictos a opiáceos en tratamiento con naltrexona. *Psiquiatría Biológica* 1996; 3(3): 85-89.
- 42.- Fabregat-Navarro V, Ochoa-Mangado E, Denia-Lafuente M, Baca-García E, Soto-Ruano A, Vázquez-Vázquez JJ. Rasgos de personalidad y desintoxicación hospitalaria de la dependencia de opiáceos. *Psiquiatría Biológica* 1997;4(3): 95-100.
- 43.- Kosten TR, Rousanville BJ, Kleber HD. A 2.5-years follow-up of cocaine use among treated opioid addicts: Have our treatments helped? *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:281-284.
- 44.- Kolar AF, Brown BS, Weddington WW, Ball JC. A treatment crisis: Cocaine use by clients in methadone maintenance programs. *J Subst Abuse Treatm* 1990;7:101-107.
- 45.- Ceverino A, Cuevas-Barranquero JM, García-Vicent V, Macías I, Martínez-Peralta J. Descripción y análisis de una muestra de adictos en tratamiento. Fundación Marbella Solidaria. Marbella, 2003. En prensa.
- 46.- Gekkopf M, Bleich A, Hayward R, Bodner G, Adelson M. Characteristics of benzodiazepine abuse in methadone maintenance treatment patients: A 1-year prospective study in an Israeli clinic. *Drug Alcohol Depend* 1999; 55:63-68.
- 47.- Bleich A, Gekkopf M, Schmidt V, Hayward R, Bodner G, Adelson M. Correlates of benzodiazepine abuse in methadone maintenance treatment patients: A 1-year prospective study in an Israeli clinic. *Addiction* 1999;94:1533-1540.
- 48.- Bleich A, Gekkopf M, Weizman T, Adelson M. Benzodiazepine abuse in a methadone maintenance treatment clinic in Israel: Characteristics and pharmacotherapeutic approach. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 2002;39(2): 104-113.
- 49.- Ceverino A, Martínez-Peralta J, Cuevas-Barranquero JM, Macías-Rueda I, García-Vicent V. El abuso concomitante de benzodiazepinas en los adictos a opiáceos define un perfil de mal pronóstico y resistencia a los tratamientos convencionales del trastorno adictivo. XXX Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Valladolid 20-22 de Marzo de 2003.
- 50.- Bleich A, Gekkopf M, Weizman T, Adelson M. Benzodiazepine abuse in a methadone maintenance treatment clinic in Israel: Characteristics and pharmacotherapeutic approach. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 2002;39(2): 104-113.
- 51.- Ravi NV, Maany I, Burke WM, Dhopes V, Woody G. Detoxification with phenobarbital of alprazolam-dependent polysubstance abusers. *J Subst Abuse Treat* 1990;7:55-58.
- 52.- Joughin M, Tata P, Collins M, Hooper CE, Falkowsky J. In-patient withdrawal from long-term benzodiazepine use. *Br J Addict* 1991;86:449-455.
- 53.- McDuff D, Schwartz R, Tommasello A, Tiegel S, Donovan T, Johnson JL. Outpatient benzodiazepine detoxification procedure for methadone patients. *J Subst Abuse Treat* 1993;10:297-302.
- 54.- Ravi NV, Maany I, Burke WM, Dhopes V, Woody G. Detoxification with phenobarbital of alprazolam-dependent polysubstance abusers. *J Subst Abuse Treat* 1990;7:55-58.
- 55.- Ravi NV, Maany I, Burke WM, Dhopes V, Woody G. Detoxification with phenobarbital of alprazolam-dependent polysubstance abusers. *J Subst Abuse Treat* 1990;7:55-58.
- 56.- Albeck JH. Withdrawal and detoxification from benzodiazepine dependence: A potential role for clonazepam. *J Clin Psychiatry* 1987;48(Suppl):43-48.
- 57.- Patterson JF. Withdrawal from alprazolam dependency using clonazepam: Clinical observations. *J Clin Psychiatry* 1991; 51 (Suppl.):47-49.
- 58.- Patterson JF. Alprazolam dependency: Use of clonazepam for withdrawal. *South Med J* 1988;81:830-836.
- 59.- Bleich A, Gekkopf M, Weizman T, Adelson M. Benzodiazepine abuse in a methadone maintenance treatment clinic in Israel: Characteristics and pharmacotherapeutic approach. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 2002;39(2): 104-113.
- 60.- Joughin M, Tata P, Collins M, Hooper CE, Falkowsky J. In-patient withdrawal from long-term benzodiazepine use. *Br J Addict* 1991;86:449-455.
- 61.- McDuff D, Schwartz R, Tommasello A, Tiegel S, Donovan T, Johnson JL. Outpatient benzodiazepine detoxification procedure for methadone patients. *J Subst Abuse Treat* 1993;10:297-302.
- 62.- Patterson JF. Withdrawal from alprazolam dependency using clonazepam: Clinical observations. *J Clin Psychiatry* 1991; 51 (Suppl.):47-49.
- 63.- Patterson JF. Alprazolam dependency: Use of clonazepam for withdrawal. *South Med J* 1988;81:830-836.
- 64.- Rickels K, Case WC, Schweizer E, García-- España F, Friedman R. Long-term benzodiazepine users 3 years after participation in a discontinuation program. *Am J Psychiatry* 1991;148:757-761.
- 65.- Quiles-Sebastián MJ, Espada-Sánchez JP, Méndez-Carrillo FX. La investigación sobre drogas a través de la Revista Española de Drogodependencias (1990-1999). *Revista Española de Drogodependencias*. 25(3); 2000:242-262.
- 66.- Rodríguez Rus S, Carrasco F, Ceverino A, Iraurgi I, López MA, March JC, Oviedo E. Evolución del consumo de benzodiazepinas en pacientes consumidores de opiáceos atendidos por el Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes en Andalucía (PEPSA) – Informe de investigación. Granada; Fundación Progreso y Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2006.
- 67.- March JC, Oviedo-Joekes E, Perea-Milla E, Carrasco F. Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *J Subst Abuse Treat* 2006;31:203-11.
- 68.- March JC, Oviedo E, Romero M, Gómez M, Rodríguez S, León MI, y Equipo PEPSA. Captación de participantes en el Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes en Andalucía (PEPSA). *Gac Sanit* 2004;18(3):245-7.
- 69.- González-Sáiz FM, Salvador-Carulla L, Martínez-Delgado JM, López-Cárdenas A, Ruz-Franzi I, Guerra-Díaz D. Indicador de Tratamiento de la Adicción a Opiáceos (OTI). Cádiz. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz, 1997.
- 70.- Ashton, H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current-Opinion-in-Psychiatry* 2005; 18(3): 249-255.



MATERIAL ESCRITO PARA LA PSICOEDUCACIÓN. SU UTILIZACIÓN EN GIPUZKOA [*]

WRITTEN DOCUMENTS FOR PSICO-EDUCATION.
THEIR USE IN GIPUZKOA.

Juan Carlos Irurzun

Psiquiatra

Maite Bastida

Enfermera psiquiátrica

CSM Donostia Este (Gros). Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa

“Knowledge is power”

Francis Bacon (1561-1626)

RESUMEN

Evaluar la calidad y fiabilidad algunos de los materiales psicoeducativos escritos editados por Salud Mental Extrahospitalaria Gipuzkoa (SMEG). Obtener información sobre aceptación, grado de utilización, obstáculos para su uso y demanda de nuevos materiales entre los profesionales. Hemos utilizado el cuestionario Discern como guía para evaluar la calidad y fiabilidad de los materiales. Hemos remitido por correo electrónico una encuesta “ad hoc” a todos los profesionales de SMEG que realizan tareas clínicas.

Describimos el perfil de fortalezas y debilidades de los documentos evaluados. La encuesta fue respondida en un 45%. En general, el nivel de conocimiento, aceptación y uso de los documentos entre los profesionales es manifiestamente mejorable. Se describen los matices en función de los diferentes documentos y colectivos profesionales. Se detalla la demanda de documentos sobre un amplio rango de temas, el más mencionado es el del Alcoholismo.

Se aconseja la reelaboración de los documentos evaluados teniendo en cuenta los criterios de fiabilidad y calidad propuestos. Se aconseja la revisión por los autores del resto de materiales antes de su reedición. Son necesarias actuaciones para mejorar su conocimiento entre los profesionales y garantizar su disponibilidad. Recomendamos tener en cuenta la demanda de los profesionales a la hora de elaborar nuevos materiales.

Palabras Clave: psicoeducación, documentos escritos, Discern, Gipuzkoa.

[*] Estudio financiado mediante Contrato Programa con el Departamento de Sanidad en Gipuzkoa.



SUMMARY:

To assess the quality and reliability of some written documents that the Gipuzkoa Mental Health Trust supplies for psico-education. To gather information about their acceptance, level of use, as well as about the problems for their use and the demand of new documents among the staff. The Discern questionnaire has been used as a guide to assess the quality and reliability of the documents. An “ad hoc” questionnaire has been sent by e-mail to the clinical staff of the Trust.

The assets and weaknesses of the documents assessed are described. The survey has been answered by the 45% of the staff. As a whole, the level of knowledge, acceptance and use of the documents among the staff needs to be improved. The details are given according to the different documents and categories of staff. The demand of new materials about a wide range of subjects is detailed, the most quoted being “Alcoholism”.

The re-making of the documents assessed following the proposed criteria about quality and reliability is strongly advised. It is also advised the review by the authors of the rest of the documents before their re-edition. Actions are needed to improve the knowledge and to make sure the availability of the documents. We believe that we should take into account the demand of the staff when it comes to writing new documents.

Keywords: psico-education, written documents, Discern, Gipuzkoa.

INTRODUCCIÓN

La falta de conocimiento sobre la enfermedad mental genera sentimientos de “impotencia”, temor y vergüenza, comportamientos de ocultación y secretismo, en definitiva, estigma.

Las expectativas de los pacientes han cambiado. Quedaron atrás los tiempos del paternalismo. La mayoría de los pacientes querría que tuviésemos en consideración sus preferencias, y muchos de ellos quieren involucrarse en las decisiones que afectan a sus cuidados. Quieren ser consumidores y usuarios de servicios en lugar de receptores pasivos de tratamientos.

Necesitamos dar a nuestros pacientes la oportunidad de realizar elecciones informadas. No únicamente acerca de cuándo y por quién son atendidos, sino también sobre qué tipo de tratamiento desearían. No obstante, las decla-

raciones de intenciones, vacías de contenido, no son suficientes para cambiar un hecho simple, una persona que es mantenida en la ignorancia sobre lo que marcha mal en ella o de lo que le va a ocurrir, difícilmente estará en posición de ser un consumidor activo. Sin capacidad de elección las personas permanecen pasivas.

No podemos esperar que los pacientes realicen elecciones significativas si no tienen acceso a información de alta calidad, basada en pruebas y presentada de una manera que ellos puedan leer y entender. Calidad, fiabilidad, comprensibilidad y legibilidad serían aspectos básicos de cualquier documento que pretenda tener una finalidad psicoeducativa. Además de para facilitar elecciones informadas, desmontando mitos y enfatizando hechos, estos documentos sirven para ayudar a prevenir recaídas,



motivar a los pacientes para mejorar su nivel de autocuidado, mejorar la calidad de las consultas, ayudar a los familiares–cuidadores a entender lo que está pasando, identificar a los grupos de autoayuda y otras fuentes de información y, por último, y no por ello menos importante, instilar esperanza.

Con frecuencia creciente los pacientes acuden a Internet en busca de información, y en este contexto es en el que las variables de calidad y fiabilidad adquieren mayor importancia. En ocasiones nos encontramos con documentos en los que se advierte la incidencia de intereses espurios o simplemente escritos por académicos alejados de la práctica cotidiana.

Los materiales escritos por profesionales dedicados a la clínica, sin influencia de grupos de presión, son especialmente necesarios. Desde esta perspectiva, Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa (SMEG) inició en el año 1999, con ocasión de la puesta en marcha del programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), una línea “editorial” que, a lo largo de los años, ha incluido los mencionados TCA, la Esquizofrenia, la Ansiedad, la Ludopatía y el Uso de drogas.

Tras varios años de utilización nos ha parecido necesario iniciar un proceso de revisión del mencionado material que pueda dar lugar a un mecanismo de actualización periódica y a una ampliación del rango de temas abordados.

OBJETIVOS

Nos proponemos, en primer lugar, evaluar la calidad y fiabilidad de los materiales psicoeducativos escritos, que SMEG facilita como herramienta para el trabajo clínico cotidiano.

En segundo lugar queremos obtener información sobre su nivel de aceptación entre los profesionales de nuestra Organización, su grado de utilización, los problemas u obstáculos que puedan existir a la hora de hacer uso de dichos materiales así como su demanda de

cara al desarrollo y elaboración de materiales que aborden nuevos temas.

En tercer lugar, el presente trabajo quiere servir para facilitar la metodología y las herramientas necesarias para que los profesionales sanitarios de nuestro entorno, interesados en elaborar nuevos materiales o en revisar los ya existentes puedan hacerlo siguiendo unos estándares de fiabilidad y calidad.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio tipo auditoria del proceso de suministro de información psicoeducativa escrita en SMEG. Siguiendo el ciclo de la auditoria clínica, proponemos un estándar de calidad, obtenemos información sobre la práctica real, comparamos dicha práctica con el estándar y proponemos acciones para su mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos seleccionado para su evaluación los materiales escritos facilitados por SMEG y que no tienen un autor definido y responsable nominal de su contenido. En concreto, hemos evaluado los siguientes documentos:

- a. Entendiendo la Esquizofrenia. Una guía para las personas que sufren la enfermedad y sus familias.
- b. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Una ayuda para pacientes y familiares.
- c. Manual de autocuidado para el paciente toxicómano.

Tras examinar la bibliografía encontramos que, en el contexto anglosajón, en concreto en Gran Bretaña, los organismos profesionales que elaboran documentos psicoeducativos utilizan un instrumento de evaluación denominado DISCERN que permite valorar la fiabilidad y calidad de los materiales que incluyen opciones terapéuticas. Entre sus usos aceptados se encuentra la posibilidad de utilizarse como herramienta de revisión por parte de los proveedores de información sanitaria, como lista de comprobación para autores y redactores de información sanitaria escrita y como herra-

mienta de formación de los profesionales sanitarios, permitiéndoles mejorar su comunicación con el paciente y el proceso de toma de decisiones compartida.

El cuestionario DISCERN no ha sido elaborado para decidir sobre la precisión científica de las pruebas sobre las que se basa una publicación ya que ello requeriría evaluarla con respecto a otras fuentes. Esta característica hace que sea posible realizar valoraciones sin necesidad de poseer un conocimiento especializado sobre el tema. Consta de 16 preguntas, cada una de ellas referida a un criterio de calidad diferente, es decir a una característica o estándar fundamental para que la información sea óptima. Las 16 preguntas están divididas en 3 secciones: la Sección 1 (preguntas 1–8) evalúa la fiabilidad de la publicación, la Sección 2 (preguntas 9–15) se centra en aspectos específicos de calidad de la información desde el punto de vista de un usuario, y la Sección 3 (pregunta 16) es una valoración global del material evaluado. Cada pregunta se puntúa sobre una escala de 5 puntos, en función de si la publicación cumple con el criterio evaluado, desde el 1 si no lo cumple, hasta el 5 si lo cumple en su totalidad, pasando por puntuaciones de 2 a 4 si lo cumple parcialmente. El instrumento incluye una guía precisa para puntuar cada criterio.

Nos familiarizamos con la versión original en inglés, e hicimos un ensayo de evaluación de diferentes materiales para verificar su utilidad práctica y facilidad de uso, tras lo cual lo remitimos para su traducción al español ya que uno de nuestros objetivos es facilitar y divulgarlo como herramienta para su uso por parte de los profesionales de nuestra Organización.

Los dos evaluadores hemos examinado conjuntamente, utilizando tanto la versión original en inglés como el instrumento traducido, dos materiales diferentes a los que son objeto de nuestro estudio, con el fin de aumentar la fiabilidad entre jueces.

Los dos autores hemos evaluado posteriormente, por separado, los tres documentos psicoeducativos seleccionados. A continuación hemos efectuado una puesta en común de las valoraciones así como un análisis pormenorizado de las fortalezas y debilidades de los mismos. Hemos obtenido un índice kappa de fiabilidad interjueces.

Para conocer el nivel de utilización y otros aspectos relacionados con nuestro segundo objetivo hemos adoptado una metodología doble, por un lado nos hemos aproximado al conocimiento del nivel de utilización mediante la obtención de datos sobre la cantidad de folletos que han sido impresos por parte de nuestra Organización en los últimos años, por otra parte hemos elaborado una encuesta en la que preguntamos por el nivel de conocimiento de la existencia de materiales psicoeducativos, por la demanda de nuevos materiales que aborden otros temas, por el grado de utilización de los materiales existentes y por los motivos para su no utilización si este fuera el caso (Apéndice 1).

Remitimos la encuesta mediante correo electrónico a la dirección personal de cada uno de los profesionales de nuestra Organización que realizan tareas clínicas, para su cumplimentación y devolución por el mismo conducto. Los resultados de la encuesta han sido tabulados y tratados con métodos de estadística descriptiva.

RESULTADOS

Las puntuaciones asignadas a cada publicación tras la puesta en común aparecen reflejadas en la tabla 1. Mas allá de las puntuaciones asignadas, nuestro objetivo es realizar un análisis de las fortalezas y debilidades de cada documento, lo cual haremos en el apartado de **discusión**. Hemos obtenido un índice kappa de **0.42**, lo cual nos sitúa en una fuerza de acuerdo moderada.



Tabla 1: Puntuaciones asignadas a cada publicación.

PREGUNTA	CRITERIO	ESQUIZOF	TCA	TOXICOM
1	Objetivos claros	1	1	1
2	Cumple objetivos	–	–	–
3	Relevancia	3	3	4
4	Fuentes	1	1	1
5	Fechas	1	1	1
6	Imparcial	2	2	2
7	Fuentes adicionales	2	2	3
8	Incertidumbres	3	1	1
9	Cómo funciona	2	3	5
10	Beneficios	5	3	5
11	Riesgos	1	1	1
12	Opción no tto	1	2	2
13	Calidad vida	1	2	2
14	Alternativas	1	2	–
15	Decisión compartida	1	2	–
16	Global	2	2	2

Nota: El instrumento no obliga a puntuar todos los criterios, en ocasiones estos no son aplicables.

En la tabla 2 se refieren los datos sobre el número de folletos impresos desde el año 2000 hasta el presente, con la particularidad de que el Manual de Autocuidado para el paciente Toxicómano fue escrito y editado en 2002.

Ciertamente, los datos absolutos sin ponerlos en relación con datos epidemiológicos de inci-

dencia y prevalencia tratada, aportan escasa información pero sirven como primera aproximación.

Pasemos a detallar los resultados de la encuesta remitida y de la que hemos obtenido 50 respuestas, el 45%, lo cual parece una tasa bastante aceptable y que permite que las conclusiones tengan una buena validez. Por colectivos, hemos recibido 16 respuestas de psiquiatras (39%), 20 de psicólogos (60%), 15 de enfermeras (48%), 6 de trabajadoras sociales (50%) y una de terapeuta ocupacional (17%).

Tabla2: Número de folletos impresos.

AÑO	ESQUIZ	TCA	TOXIC	TOTAL
2000	500	500	–	1000
2001	–	–	–	–
2002	–	400	400	800
2003	–	–	–	–
2004	400	–	–	400
2005	400	400	400	1200
2006	–	–	–	–
TOTAL	1300	1300	800	3400

En la tabla 3 resumimos las respuestas a la primera pregunta, referente a las patologías o temas sobre los que tenemos documentos. Los datos están expresados en porcentajes. En la columna de medias la cifra de la derecha es la media obtenida excluyendo a los terapeutas ocupacionales (TO), que han respondido únicamente en un 17% a la encuesta.

Tabla 3: Respuestas a la pregunta sobre patologías o temas de los que hay documentos.

DOCUM	DUE	PSIQUIAT	PSICOLO	TS	TO	MEDIA
ESQUIZ	93	80	50	67	100	78-72
TCA	87	53	58	50	0	50-62
TOX	73	60	75	50	0	52-64
ANSIED	93	87	83	67	0	66-82
LUDOPA	73	40	58	33	100	61-51
MEDIA	84	64	65	53	40	61-66

Vemos que, por colectivos, es el de enfermería el que parece disponer de más información sobre los materiales psicoeducativos escritos, seguidas de psicólogos y psiquiatras en aproximadamente la misma proporción.

El documento más conocido sería el de Manejo de Ansiedad, seguido del de Esquizofrenia. El Manual de Autocuidado del paciente Toxicómano y el documento sobre Trastornos

de la Conducta Alimentaria tendrían el mismo grado de conocimiento, ambos por debajo de la media, junto con el de Ludopatía.

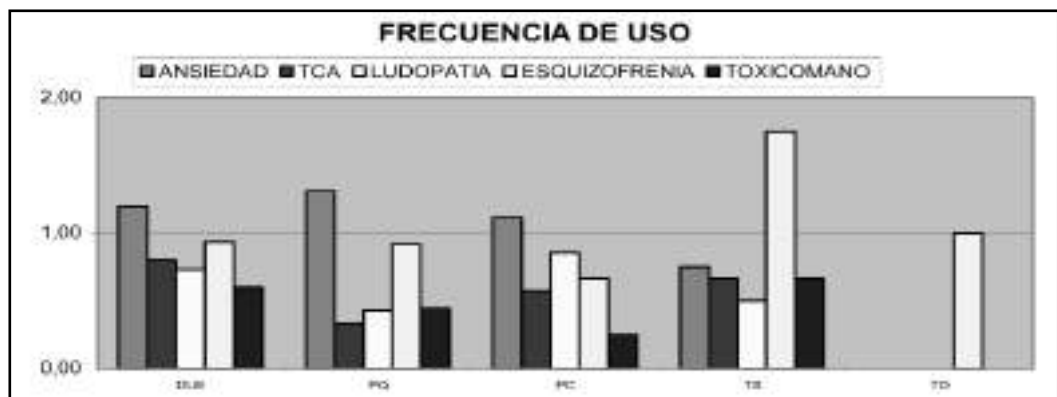
Con respecto a la frecuencia de uso, en la encuesta proponemos las opciones *nunca*, *a veces*, *bastante*, *siempre*, a las que a la hora de tabular las respuestas hemos asignado valores numéricos del 1 al 4. En la tabla 4, vemos los resultados:

Tabla 4: Frecuencia de uso.

DOCUM	DUE	PSIQUIAT	PSICOLO	TS	TO	MEDIA*
ESQUIZ	0,93	0,92	0,67	1,75	1,00	1,06
TCA	0,80	0,33	0,57	0,67	0,00	0,59
TOX	0,60	0,44	0,25	0,67	0,00	0,49
ANSIED	1,20	1,31	1,11	0,75	0,00	1,09
LUDOPA	0,73	0,44	0,25	0,67	0,00	0,63
MEDIA	0,85	0,68	0,69	0,86		

* Media calculada excluyendo la respuesta del TO.

Diagrama 1: Frecuencia de uso.



En el diagrama vemos de una forma gráfica que, en general podemos hablar de una muy baja frecuencia de utilización, siendo por colectivos los de DUEs y TSs los que más uso hacen de los materiales. Los documentos más utilizados son los de Manejo de Ansiedad y Esquizofrenia.

En la tabla 5 vemos las respuestas a la pregunta por los motivos para la no utilización de los documentos en caso de que ese fuera el caso.

Vemos que, en conjunto, psiquiatras y psicólogos son los que se muestran más críticos, pero son las razones de índole práctica o logística las más frecuentemente referidas.

Por último, en la tabla 6 detallamos toda la lista de patologías y temas sobre los que se piensa que deberíamos de tener documentos. Es una larga lista, ordenada por frecuencia de

citación, con los temas más mencionados colocados en primer lugar, y exhaustiva, sin dejar fuera ningún tema por muy bizarro que nos pueda parecer.

DISCUSIÓN

Uno de los aspectos más significativos de los resultados obtenidos es, en nuestra opinión, el hecho de que los tres documentos han obtenido la misma puntuación global, una puntuación de 2, que solo puede calificarse como pobre. Ello es debido a que comparten toda una serie de debilidades que pasamos a detallar.

En el apartado de fiabilidad, las tres publicaciones carecen de una declaración introductoria que presente de manera clara los objetivos que pretenden alcanzar. Aunque el título sea bastante descriptivo, es necesario que al inicio de la publicación el usuario pueda hacerse una

Tabla 5: Motivos para lo no utilización de los documentos.

	DUE	PSIQUIAT	PSICOLO	TS	TO	TOTAL
No sabía existían	0	2	1	1	0	4
No hay ejemplares	1	3	5	1	0	10
No me gustan	0	2	2	2	0	4
No aportan información	0	2	0	0	0	2

Tabla 6: Patologías y temas sobre los que se piensa que deberíamos de tener documentos.

	DUE	PQ	PC	TS	TO	TOTAL
ALCOHOL	5	4	4	2	–	15
TR. BIPOLAR	1	5	2	3	–	11
DEPRESIÓN	1	7	2	1	–	11
NUEVOS TÓXICOS	3	2	3	2	–	10
TRASTORNO MENTAL GRAVE	1	1	4	2	–	8
TRASTORNO DEFICIT ATENCIÓN	1	1	3	2	–	7
DEMENCIAS	–	2	2	2	–	6
OTRAS TOXICOMANIAS	1	1	3	1	–	6
TR. ADAPTATIVO	–	3	2	1	–	6
DETERIORO COGNITIVO	1	1	2	1	–	5
MALTRATO Y VIOLENCIA FAMIL.	1	1	2	1	–	5
ESQUIZOFRENIA FAMILIARES	1	1	2	1	–	5
PSICOSIS INICIAL	–	2	2	1	–	5
CARTERA DE SERVICIOS	–	1	2	1	1	5
AGORAFOBIA	–	1	3	1	–	5
HEPATITIS VIRICA	1	–	2	1	–	4
EMBARAZO, PUERPERIO Y FÁRMACOS	–	1	2	1	–	4
LITIO	–	1	2	1	–	4
T.O.C.	–	1	2	1	–	4
TR. PERSONALIDAD	–	1	2	1	–	4
RETRASO MENTAL	–	1	2	1	–	4
DISTIMIA	–	1	2	1	–	4
SOMATIZACIÓN	–	1	2	1	–	4
DUELO	–	–	1	1	–	2
PROFILAXIS SUEÑO	–	–	1	1	–	2
USO RACIONAL BENZODIACEPINAS	–	–	1	1	–	2
EJERCICIO FÍSICO	–	–	1	1	–	2
DEPRESIÓN VERSUS TRISTEZA	–	–	1	1	–	2
RELAJACIÓN	–	–	1	1	–	2
AFRONTAMIENTO ESTRÉS	–	–	1	1	–	2
FAMILIARES ALCOHOLISMO	–	–	1	1	–	2
FIBROMIALGIA	–	–	–	1	–	1



idea de lo que va y, lo que es casi más importante, lo que no va a encontrar si continúa leyendo. Si no se especifican los objetivos, el usuario no puede emitir un juicio sobre si la publicación cumple o no lo prometido.

Otra debilidad común a los tres documentos es que no se facilitan las fuentes de la información, no se declaran las fuentes en las que se basan las afirmaciones que se realizan en ellos. No se incluyen referencias en el texto ni en forma de bibliografía al final de la publicación. Tampoco se informa de la fecha en la que la publicación ha sido realizada. Aunque en determinadas áreas el paso del tiempo no reste validez a lo dicho en las publicaciones, es importante que el usuario conozca la fecha en que ha sido elaborada y, en caso de que le parezca antigua, pueda optar por buscar información más actualizada.

Con respecto a la imparcialidad, puede parecer llamativo que todos los materiales obtengan una baja puntuación y, por tanto, que sea un criterio que veamos como debilidad cuando tenemos constancia de que los materiales han sido elaborados por profesionales independientes y sin intereses “oscuros”. El hecho es que al lector no se le dice que algunos de los documentos han pasado por un proceso de revisión externa, como es su aprobación por parte del Consejo Técnico de nuestra Organización, y tampoco se le informa de las fuentes que se han utilizado para la elaboración de los documentos (criterio 4), lo cual impide demostrar la imparcialidad que se le supone. Por otra parte, se desaprovecha la oportunidad para informar de fuentes adicionales fiables de información y apoyo, diferentes a las propias de nuestra Organización, aunque en este criterio el Manual de Autocuidado para el Paciente Toxicómano aporta información adicional.

Una debilidad común a este tipo de materiales es la ausencia de referencias a las incertidumbres, a las lagunas en el conocimiento, a discrepancias entre los expertos. Tendemos a

transmitir una impresión monolítica, sin fisuras, en ocasiones abiertamente prescriptiva, lo cual enlaza con la reticencia a informar de los riesgos. Reticencia, sesgo, olvido, cualquiera que sea el motivo, el caso es que no hay intervención sin inconvenientes y estos deben ser explicitados claramente en los materiales que facilitemos.

El resto de debilidades de nuestros documentos, continuando con los criterios de calidad, tienen que ver con la ausencia de referencias a lo que ocurriría si no se sigue ningún tratamiento, a cómo afectan los tratamientos a la calidad de vida, es decir, a su incidencia sobre la vida diaria, tanto personal como de los allegados, al reconocimiento de que puede haber más de una opción de tratamiento posible y, en general, con un tono que no favorece el planteamiento de temas que el usuario pueda querer analizar y discutir, tanto con los profesionales sanitarios como con sus allegados, antes de tomar ciertas decisiones.

Las principales fortalezas de los documentos examinados tienen que ver en primer lugar con la relevancia, los materiales intentan dar respuesta a las necesidades de nuestros usuarios y no ofrecen recomendaciones poco realistas. En segundo lugar, intentan describir cómo funcionan los tratamientos y, por último, de manera coherente con el tono prescriptivo de las publicaciones, la principal fortaleza de todos ellos radica en la descripción de los beneficios del tratamiento.

Considerando uno por uno los tres documentos evaluados, vemos que denominado Entendiendo la Esquizofrenia destaca por una cierta toma en consideración de las incertidumbres, el de Trastornos de la Conducta Alimentaria por el equilibrio en los diferentes criterios, en especial por empezar a considerar aspectos de calidad en la información y el Manual de Autocuidado para el Paciente Toxicómano, que hemos contemplado como un “tratamiento” en sí mismo, por su relevancia,

dedicación a reseñar los aspectos positivos del tratamiento y por su aporte de fuentes de apoyo adicionales.

En relación a nuestro segundo objetivo, obtener información sobre conocimiento, uso, aceptación y demanda de materiales entre los profesionales de nuestra Organización, los resultados de la encuesta parecen claros a la hora de poder afirmar que, en general, el uso que hacemos de dichos materiales se reduce a utilizar “a veces” los documentos sobre Esquizofrenia y sobre Ansiedad. Son los colectivos de enfermería y trabajadores sociales los que hacen más uso de los documentos y también los que se muestran menos críticos cuando se les pregunta por las razones para su no utilización. Según las respuestas a la encuesta, merece la pena destacar el uso que el colectivo de trabajadoras sociales hace del documento sobre Esquizofrenia.

Por encima de las razones “críticas” para la no utilización de los materiales, el motivo más mencionado es el referente a la falta de disponibilidad de ejemplares. Ciertamente, el conocimiento de la existencia de diversos materiales es manifiestamente mejorable, y esperamos que la divulgación de este trabajo contribuya a ello, ya que no podemos utilizar lo que no conocemos.

No todo el mundo se muestra entusiasta con la posibilidad de compartir información con los pacientes a través de materiales escritos. En este sentido es interesante reseñar que entre los comentarios recibidos con la encuesta había varios en el sentido de considerar que la información verbal aportada en la consulta es, en su práctica, “preferible” a la información escrita, cuando ambas no son en absoluto incompatibles. También hay quien opina que este tipo de materiales es a nivel primario donde se deben ofertar.

Es llamativa la amplitud de temas sobre los que existiría una demanda de elaboración de materiales. El patrón de respuestas a esa cues-

tion sugiere que, en algunos casos, se ha dado una respuesta colectiva, en equipo, generando una “tormenta de ideas” que se ha traducido en una amplia variedad y riqueza en las respuestas.

Está claro que el tema que más demanda suscita es el de consumo, abuso, dependencia de sustancias, tanto de alcohol como de drogas ilegales diferentes de la heroína, en concreto de los “nuevos tóxicos”.

Las alteraciones del estado de ánimo, en especial el Trastorno Bipolar y la Depresión, pero también la Distimia, el Trastorno Adaptativo, el Duelo, la Tristeza, serían temas de interés. El grupo de Demencias y Deterioro Cognitivo es mencionado también con cierta frecuencia, y por último, además de una miscelánea de temas y patologías diversas, habría un grupo en torno a la Psicosis y al concepto de Trastorno Mental Grave.

Este perfil de demanda podría parecer que estuviera muy condicionado por las respuestas de enfermeras y trabajadoras sociales, que son las que más uso hacen de los materiales, pero en realidad son psiquiatras y psicólogas los que, además de mostrarse críticos con los materiales, hacen una mayor demanda e inciden en mayor medida sobre el rango de temas propuestos.

Para concluir, unas pocas palabras sobre nuestro tercer objetivo y nuestra experiencia en la utilización del instrumento DISCERN. En nuestra opinión se trata de una herramienta sencilla de utilizar y escrita en un lenguaje claro, tanto en su versión en inglés como en la traducción al español. Nosotros hemos utilizado ambas y no hemos considerado necesario y coste-eficiente seguir todo el proceso de traducción inversa y retraducción para obtener una versión en español.

Es cierto que el acuerdo entre jueces, en conjunto, sólo ha alcanzado un nivel moderado,



pero el acuerdo en las puntuaciones globales y en la mayoría de ítems de fiabilidad ha sido notablemente mayor. Las mayores dificultades nos han surgido a la hora de valorar aspectos de calidad en los que, aunque teóricamente no sean necesarios conocimientos técnicos, sí que estos conocimientos parecen incidir en la valoración de criterios como los posibles mecanismos de acción de ciertos tratamientos, así como en la valoración de los beneficios y los riesgos de los mismos.

CONCLUSIONES.

RECOMENDACIONES y LIMITACIONES

1. Los materiales psicoeducativos escritos evaluados presentan un perfil de fortalezas y debilidades que hacen aconsejable su reelaboración teniendo en cuenta los criterios de fiabilidad y calidad propuestos, en ese sentido nos consta que ya se ha iniciado el proceso de reelaboración del documento sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria.
2. Aconsejamos la revisión del resto de materiales antes de su reedición, vista la tendencia que presentamos a olvidarnos de cumplir sencillas normas que inciden sobre la fiabilidad.
3. Son necesarias actuaciones para mejorar el conocimiento entre los profesionales de nuestra Organización de los materiales escritos psicoeducativos que esta pone a su disposición.
4. Cada profesional es libre de hacer uso o no de estos materiales pero parece claro que existe un problema de disponibilidad de los mismos. Sería necesario establecer un procedimiento para garantizar el acceso inmediato a todos los materiales por parte de todos los profesionales que deseen utilizarlos.
5. Recomendamos que se tenga en cuenta la demanda de los profesionales a la hora de iniciar proyectos para la elaboración de nuevos materiales. En concreto parece

aconsejable, tras la reelaboración de los materiales ya disponibles, abordar el tema del Alcoholismo.

6. El presente trabajo presenta una serie de limitaciones, entre las que podemos destacar el hecho de que no hemos evaluado todos los materiales disponibles, aspectos relacionados con la idoneidad del instrumento DISCERN* a la hora de valorar algunos materiales en los que no se abordan “opciones” de tratamiento y, por último, de manera especial señalaríamos la necesidad de tener en cuenta también los criterios de comprensibilidad y legibilidad de los materiales escritos utilizados para la psicoeducación. Recomendamos, en aras de la comprensibilidad, utilizar un lenguaje sencillo, con frases cortas, que los estándares internacionales equiparan con una edad lectora de 12 años. La legibilidad debe cuidarse, eligiendo una tipografía adecuada y haciendo uso de dibujos e imágenes de manera apropiada. Por último, debemos mencionar una limitación importante, **NO HEMOS PREGUNTADO A LOS PACIENTES.**

Dirección de contacto:


Juan Carlos Irurzun

juancarlos.irurzunpalacios@osakidetza.net



* Las personas interesadas en recibir una copia del instrumento Discern traducido al castellano, así como para cualquier comentario, duda, crítica, aportación,... pueden dirigirse a los autores.

Apéndice 1.



Orriaren oinarriak:

Lehen testua da eta gero bertan daude 5 galdera. Galderak 5 puntu bakoitzeko puntuazioa dute. Galderak 5 puntu bakoitzeko puntuazioa dute eta gero bertan daude 5 galdera. Galderak 5 puntu bakoitzeko puntuazioa dute eta gero bertan daude 5 galdera. Galderak 5 puntu bakoitzeko puntuazioa dute eta gero bertan daude 5 galdera.

Galderak puntuazioa:

1. „Zer da psikotikoa? Zer da psikotikoa? Zer da psikotikoa?“

a) b) c) d) e) f) g) h) i) j) k) l) m) n) o) p) q) r) s) t) u) v) w) x) y) z) 00

2. „Zer da psikotikoa? Zer da psikotikoa? Zer da psikotikoa?“

a) b) c) d) e) f) g) h) i) j) k) l) m) n) o) p) q) r) s) t) u) v) w) x) y) z) 00

3. „Zer da psikotikoa? Zer da psikotikoa? Zer da psikotikoa?“

a) b) c) d) e) f) g) h) i) j) k) l) m) n) o) p) q) r) s) t) u) v) w) x) y) z) 00

4. „Zer da psikotikoa? Zer da psikotikoa? Zer da psikotikoa?“

a) b) c) d) e) f) g) h) i) j) k) l) m) n) o) p) q) r) s) t) u) v) w) x) y) z) 00

EDUKIAZKORAK:

Grazias de nuevo por tu colaboración

BIBLIOGRAFÍA

- D. Charnock. The DISCERN Handbook: Quality Criteria for Consumer Health Information: User Guide and Training Resource. 1998, Oxon: Radcliffe.
- Collin Currie, Paul Di Mambro, Anne Joice, Robin McGlip, Mike O'Neill, George E. Ralston, Robert Davidson y Jan Scott. Evaluating the quality of educational materials about schizophrenia. *Psychiatr. Bull.*, Mar 2002; 26: 96-98.
- Louise Theodosiou y Jonathan Green. Emerging challenges in using health information from the internet. *Advan. Psychiatr. Treat.*, Sep 2003; 9: 387-396.
- Philip Timms, Deborah Hart, Alexandra Cohen, Martin Briscoe y Mike McClure. "Help is at hand" on the web, what do ours readers think?. *Psychiatr. Bull.*, Jan 2005; 29:24-27.



Resultados del estudio ESEMeD: ¿Estamos preparados?

Ander Retolaza

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo promover a la difusión de resultados y realizar algunos comentarios sobre los mismos referidos a un importante estudio epidemiológico centrado en los trastornos psiquiátricos comunes. Dicho estudio ha sido realizado en varios países europeos, incluida España, en fechas recientes.

Palabras Clave: carga global de enfermedad, epidemiología, trastornos mentales, prevalencias, factores asociados.

En la era de la globalización y de la economía de mercado a gran escala, el estado de salud de las poblaciones no puede ser expresado ni juzgado correctamente en términos centrados exclusivamente en las estadísticas de mortalidad. La discapacidad juega, hoy en día, un papel fundamental a la hora de establecer el grado de salud de las personas o los costos, directos o indirectos, que genera el mantenerlo en niveles óptimos. En su estudio sobre la Carga Global de Enfermedad (1996) la OMS ya encontró que las patologías psiquiátricas emergían con una gran fuerza entre el resto de enfermedades, cuando se trataba de dar cuenta del estado de salud de las poblaciones. Los trastornos psiquiátricos, dada su mayor cronicidad en referencia a otras patologías, explican, por sí solos, más del 15% del

total de cargas por enfermedad en las economías desarrolladas de mercado. Esta cifra supera la causada por el total de casos de cáncer.

Este artículo tiene como objetivo promover a la difusión de los resultados (y realizar algunos comentarios en torno a los mismos) de un importante estudio epidemiológico centrado en los trastornos psiquiátricos comunes. Dicho estudio ha sido realizado en varios países europeos, incluida España, en fechas recientes. Centraré mis comentarios en las dos publicaciones que pueden verse en la bibliografía que acompaña al presente artículo. Ambas proceden del proyecto denominado ESEMeD, acrónimo que identifica el conocido internacionalmente como European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. El



primero de los artículos ofrece datos promediados referidos a todos los países incluidos en el estudio, mientras que el segundo desglosa los referidos a España, lo que permite realizar algunas comparaciones entre uno y otro.

I.-Resultados del estudio ESEMeD-Europa

El estudio principal se ha realizado en seis países europeos: Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia y se ha centrado en la población adulta mayor de 18 años. La selección de participantes se realizó mediante muestreo estratificado, teniendo en cuenta la población de cada país y el tamaño de los municipios de residencia de los entrevistados. A fin de facilitar la cumplimentación de las entrevistas, y para evitar errores de bulto, se excluyeron personas que manifestaron dificultades para expresarse en el idioma principal de cada país. Este criterio dejó fuera a un importante grupo de emigrantes, sobre todo de primera generación, que no dominaban la lengua en cuestión. Al objeto de facilitar la selección muestral y el trabajo de campo se decidió trabajar con poblaciones censadas por lo que las entrevistas se realizaron en los domicilios de residencia de los encuestados, lo que también excluyó a todas las personas sin domicilio fijo: transeúntes, indocumentados y personas institucionalizadas.

Tal y como se viene realizando en la mayor parte de estudios epidemiológicos de los últimos años, se optó por entrevistadores legos (es decir, no profesionales) debidamente entrenados, que manejaron un formato muy estructurado y cerrado de entrevista. Esta consistió en una nueva versión del CIDI (Composite International Diagnostic Interview) de acuerdo con diagnósticos DSM-IV referidos al último año o a toda la vida del sujeto. Por motivos de validez del estudio no se incluyeron varias categorías importantes de trastorno mental debido, entre otras cosas, a su relativamente escasa presencia en la muestra estudiada. Así no se evaluaron en este trabajo los trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos alimentarios,

abuso de drogas, trastornos infanto-juveniles, ni trastornos psicóticos. Se excluyeron también todos los casos en cuyos síntomas no podía descartarse una etiología orgánica. En consecuencia un porcentaje de personas que cumplían criterios de trastorno de ansiedad generalizada (5,06%) o trastorno de pánico (12,68%) fueron descartadas porque sus síntomas podían ser atribuidos a una enfermedad médica más que a un trastorno mental.

Se desprende de la metodología utilizada que se ha utilizado un criterio muy restrictivo para la selección de casos. Ello indica que los datos aportados, debido a las características del estudio son de *mínimos*, es decir, que aprecian un porcentaje de trastornos, probablemente más bajo que el realmente existente. Vemos que no se ha estudiado población infantil, ni adolescente y que gran parte de la población inmigrante y toda la institucionalizada no ha sido incluida.

Aún así cabe afirmar que, en general, los trastornos mentales son frecuentes entre la población (tablas 1 y 2). Aproximadamente una de cada cuatro personas había padecido algún tipo de trastorno a lo largo de su vida y una de cada diez lo sufrió en el último año. Las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de padecer cualquier trastorno del humor o de ansiedad en el último año. Los hombres tienen más probabilidades de tener trastornos derivados del abuso de alcohol. Los desempleados, las personas con discapacidad o de baja por enfermedad y las personas que nunca han estado casadas, o lo han estado previamente, pero no en el momento actual, tienen más probabilidades de padecer un trastorno mental que el resto. Las tasas más altas de trastornos fueron halladas en el grupo de población más joven (18-24 años). Estas tasas disminuyen claramente con el aumento de la edad.

A diferencia de otros estudios no se ha encontrado una asociación clara entre un bajo



nivel de educación y una mayor presencia de trastornos mentales. Las personas con mayor nivel educativo presentaron mayor probabilidad de padecer trastornos por abuso de alcohol y menor de padecer trastornos del humor. Las personas que viven en grandes áreas urbanas tuvieron un ligero, pero consistente, incremento de riesgo de padecer trastorno mental (depresión, ansiedad, abuso de alcohol) respecto a las de áreas rurales. Finalmente las personas en situación de paro se asociaron a un riesgo incrementado de padecer cualquier tipo de trastorno mental, sobre todo los trastornos del humor y los problemas relacionados con el abuso de alcohol.

Los resultados de este estudio muestran cifras algo más bajas que las aportadas por otros trabajos previos. Se han utilizado criterios más conservadores para definir el abuso de alcohol. Además la nueva versión del CIDI produce menos falsos positivos. Se trata del primer estudio de gran magnitud que se ha lle-

vado acabo simultáneamente en varios países europeos con una misma metodología, lo que permite establecer comparaciones mejor fundadas. La muestra estudiada fue de 21.425 personas entrevistadas. El universo representado es de 212 millones de personas que es la suma de la población de los países estudiados. Como vemos las estimaciones arrojan cifras impresionantes. En cifras absolutas, en este grupo de países unos 20 millones de personas han padecido algún tipo de trastorno mental durante el último año, de los cuales algo más de 12 millones experimentaron trastornos de ansiedad y más de 9 millones fueron trastornos depresivos, mientras que casi 3 millones de personas padecieron trastornos relacionados con el uso del alcohol. Unos 51 millones de personas que residen en estos seis países han experimentado algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida. De ellos más de 28 millones han sido trastornos del humor, 26 millones de ansiedad y unos 10 millones por abuso de alcohol.

PREVALENCIA VIDA % (IC 95%)			
	Varón	Mujer	Total
Cualquier trastorno Mental	21,6 (20,5–22,7)	28,1 (27,0–29,2)	25,0 (24,2–25,9)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	9,5 (8,7–10,3)	18,2 (17,3–19,1)	14,0 (13,4–14,6)
Cualquier trastorno de ansiedad	9,5 (8,7–10,3)	17,5 (16,6–18,4)	13,6 (13,0–14,2)
Cualquier trastorno por consumo de OH	9,3 (8,5–10,1)	1,4 (1,1–1,7)	5,2 (4,8–5,6)
Depresión Mayor	8,9 (8,2–9,6)	16,5 (15,6–17,4)	12,8 (12,2–13,4)
Distimia	2,6 (2,2–3,0)	5,6 (5,1–6,1)	4,1 (3,7–4,5)
Fobia específica	4,9 (4,3–5,5)	10,3 (9,5–11,1)	7,7 (7,2–8,2)
Abuso de alcohol	7,4 (6,7–8,1)	1,0 (0,8–1,2)	4,1 (3,7–4,5)

Tabla 1: Prevalencia vida de trastornos mentales en seis países europeos (2004).



PREVALENCIA 12 MESES % (IC 95%)			
	Varón	Mujer	Total
Cualquier trastorno Mental	7,1 (6,4–7,8)	12,0 (11,2–12,8)	9,6 (9,1–10,1)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	2,8 (2,3–3,3)	5,6 (5,1–6,1)	4,2 (3,8–4,6)
Cualquier trastorno de ansiedad	3,8 (3,3–4,3)	8,7 (8,0–9,4)	6,4 (6,0–6,8)
Cualquier trastorno por consumo de OH	1,7 (1,4–2,0)	0,3 (0,2–0,4)	1,0 (0,8–1,2)
Depresión Mayor	2,6 (2,2–3,0)	5,0 (4,5–5,5)	3,9 (3,6–4,2)
Distimia	0,8 (0,6–1,0)	1,5 (1,2–1,8)	1,1 (0,9–1,3)
Fobia específica	1,9 (1,5–2,3)	5,0 (4,5–5,5)	3,5 (3,2–3,8)
Abuso de alcohol	1,3 (1,0–1,6)	0,2 (0,1–0,3)	0,7 (0,6–0,8)

Tabla 2: Prevalencia año de trastornos mentales en seis países europeos (2004).

2.-Resultados del estudio ESEMeD-España

Se trata del primer estudio que ha evaluado la presencia de trastornos mentales en una muestra de población general adulta en España. Al objeto de conseguir una adecuada representación en la muestra de cada una de las Comunidades Autónomas y de las poblaciones de residencia, la selección muestral se realizó de forma estratificada por comunidad autónoma y tipo de municipio. En este último caso la tipología considerada fue el tamaño del municipio. Se estratificó la muestra en cuatro grupos: menos de 10.000 habitantes; entre 10.001 y 50.000; entre 50.001 y 250.000 y mayores de 250.000. Esta forma de proceder permite realizar una estimación adecuada sobre las posibles diferencias entre medio rural y urbano.

Vemos en las tablas 3 y 4 que los trastornos mentales son también muy frecuentes en nuestro país cuando lo observamos de forma aislada de los del resto del estudio. La mayoría de los trastornos tienen una frecuencia y distribución, en grandes líneas, similar a la encontrada

en el estudio europeo. Tampoco hubo diferencias significativas en lo referente a la mayor parte de las variables socio-demográficas asociadas a los distintos trastornos. Las mujeres, las personas jóvenes, los que tienen menor nivel educativo y los desempleados son grupos con mayor riesgo de padecer trastornos mentales y precisan una mayor cobertura sanitaria. Sin embargo la prevalencia encontrada es inferior a la que podemos observar para el conjunto de los seis países. Aproximadamente uno de cada cinco entrevistados (frente a uno de cada cuatro en el estudio general) en lo que se refiere a la prevalencia vida. El estudio ESEMeD-Italia muestra también unas cifras de prevalencia algo más bajas que el resto. Surge la hipótesis, cuya verosimilitud y alcance debe ser aún investigada, de que los trastornos mentales pudieran tener una menor prevalencia en los países mediterráneos que en los del Norte de Europa.

Este estudio también muestra una tasa de trastornos menor que las encontradas en otros

desarrollados en España con anterioridad. Aunque estas comparaciones están muy limitadas, dado que existen importantes diferencias metodológicas (selección muestral, características de la entrevista psiquiátrica, probabilidad de falsos positivos, etc...) que no permiten hacer comparaciones de una forma adecuada. Puede sorprender la baja prevalencia anual encontrada para el abuso de alcohol, muy inferior —además— a la prevalencia vida para este mismo diagnóstico. Quizá la causa pueda residir en que se ha empleado el criterio diagnóstico del DSM-IV, que es muy restrictivo y no basa sólo la definición de abuso en la cantidad consumida.

La relación entre prevalencia año y prevalencia vida puede considerarse un indicador indirecto de la duración o cronicidad de un trastorno. En este estudio se observa que los trastornos de ansiedad son algo más frecuentes que los depresivos cuando observamos la prevalencia año y ocurre a la inversa cuando lo hacemos con la prevalencia vida. Esto podría

indicar una mayor cronicidad de los trastornos de ansiedad (relación prevalencia año/vida) frente a los depresivos, que podrían tener un curso más episódico.

3.-Comentarios

El gran tamaño de la muestra estudiada y su representatividad respecto a las poblaciones de referencia son dos de los puntos fuertes de este proyecto. Junto a ello hay que destacar que la metodología empleada, al ser la misma en todos los casos, permite, por primera vez, unas comparaciones muy ajustadas. Las limitaciones del estudio derivan también de estas fortalezas. Debido a la necesidad de aquilatar costos y tratándose de una muestra tan grande, se hace casi forzada la decisión de utilizar entrevistadores legos, lo que —a su vez— obliga a utilizar entrevistas de formato muy rígido en las que el evaluador puede tomar muy pocas decisiones. Debido a ello el presente trabajo se ha limitado a recoger información sobre aquellos trastornos en los que el CIDI ha mostrado una

PREVALENCIA VIDA % (IC 95%)			
	Varón	Mujer	Total
Cualquier trastorno Mental	15,7 (13,86–17,48)	22,93 (21,09–24,78)	19,46 (18,09–20,82)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	6,71 (5,49–7,93)	15,85 (14,34–17,36)	11,47 (10,45–12,49)
Cualquier trastorno de ansiedad	5,71 (4,57–6,85)	12,76 (11,24–14,29)	9,39 (8,41–10,37)
Cualquier trastorno por consumo de OH	6,47 (5,23–7,71)	0,96 (0,52–1,40)	3,60 (2,95–4,25)
Depresión Mayor	6,29 (5,10–7,48)	14,47 (13,03–15,90)	10,55 (9,57–11,54)
Distimia	1,85 (1,22–2,48)	5,29 (4,32–6,27)	3,65 (3,06–4,24)
Fobia específica	2,32 (1,60–3,05)	6,54 (5,38–7,69)	4,52 (3,82–5,23)
Abuso de alcohol	6,38 (5,16–7,61)	0,95 (0,51–1,39)	3,55 (2,91–4,19)

Tabla 3: Prevalencia vida de trastornos mentales en España (2006).



PREVALENCIA AÑO % (IC 95%)			
	Varón	Mujer	Total
Cualquier trastorno Mental	5,25 (4,17–6,33)	11,44 (10,02–10,86)	8,48 (7,53–9,42)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	2,33 (1,61–3,04)	6,25 (5,20–7,30)	4,37 (3,71–5,04)
Cualquier trastorno de ansiedad	2,53 (1,74–3,31)	7,61 (6,41–8,80)	6,20 (4,63–7,77)
Cualquier trastorno por consumo de OH	1,38 (0,78–1,99)	0,05 (0,00–0,12)	0,69 (0,40–0,98)
Depresión Mayor	2,15 (1,45–2,85)	5,62 (4,66–6,59)	3,96 (3,34–4,59)
Distimia	0,52 (0,22–0,81)	2,38 (1,69–3,07)	1,49 (1,10–1,88)
Fobia específica	1,19 (0,68–1,70)	4,20 (3,23–5,16)	3,60 (2,82–4,38)
Abuso de alcohol	1,38 (0,78–1,99)	0,05 (0,00–0,13)	0,69 (0,40–0,98)

Tabla 4: Prevalencia año de trastornos mentales en España (2006).

muy buena validez. Por otro lado se trata de un estudio transversal y, a pesar de las estrategias desarrolladas para evitar sesgos, no se puede excluir que las personas que no contestaron a la entrevista tuvieran diferencias, en cuanto a la frecuencia de trastornos mentales, respecto a las que sí lo hicieron. Con todo, los resultados parecen muy válidos, son de una gran solidez y revisten una gran trascendencia.

A la luz de los mismos resulta evidente que no estamos bien preparados para atender de una manera efectiva y eficiente a este enorme grupo de problemas psiquiátricos que, a diario, se nos presentan en las consultas y servicios de urgencia hospitalarios. Ni la organización actual de nuestro sistema asistencial, ni el énfasis en la preparación y formación, respecto a este tipo de trastornos, de una gran parte de los profesionales parecen los más adecuados. Para empezar, y dado su gran volumen y escasa severidad, en su mayoría se trata de casos que son y van a ser atendidos en Centros de Salud General por médicos de familia y no en Cen-

tros de Salud Mental por psiquiatras o psicólogos. Esto exige una formación y disponibilidad de recursos (empezando por un tiempo de consulta suficiente) adecuadas por parte de los médicos generalistas y debiera suponer un tipo de coordinación y trabajo intersectorial entre Servicios de Salud Mental y de Atención Primaria que, en la actualidad, o no se da en absoluto o se da de una manera muy insuficiente. Los planes de formación pre y postgraduados de médicos de familia y psiquiatras tampoco parecen tener en cuenta de forma definitiva estas necesidades. A lo anterior hay que añadir que existe cada vez mayor evidencia publicada señalando que determinadas técnicas psicoterapéuticas, como la Terapia Interpersonal o la Cognitivo-conductual son especialmente eficaces en el tratamiento de muchos de estos trastornos. Sin embargo la escasez de tiempo y de personal debidamente entrenado en estas técnicas hace que, en la actualidad, sean aplicadas de una manera muy escasa y deficiente. Lo habitual, en caso de que el paciente acceda a tratamiento (lo que muchas veces no ocurre),



es hipertrofiar los tratamientos farmacológicos como única solución, lo que —como ya sabemos— no produce unos resultados satisfactorios y multiplica los costes económicos que el sistema sanitario podría dedicar a otras necesidades.

Por último se trata de un territorio complicado en el que muchos médicos de familia y psiquiatras no se encuentran a gusto por considerarlo difícil y fuera de su cometido los primeros, o de menor entidad los segundos. Suele ser muy común despachar este tipo de problemas con la etiqueta, un tanto peyorativa, de trastornos menores, en la opinión de que los auténticos trastornos mentales son otros. Los resultados del estudio ESEMeD nos confirman, una vez más, que este tipo de casos vienen asociados a problemas psico-sociales muy extendidos, relacionados con dificultades en la salud, la vida familiar y el trabajo de las personas. Ello hace que sus formas de presentación generen dudas entre los profesionales sobre su auténtica naturaleza (psiquiátrica o social). A lo anterior hay que añadir que nuestras actuales nosografías no son lo suficientemente sensibles para muchos de estas entidades que, con gran

frecuencia, presentan fases y/o episodios subumbral, en los que los síntomas son escasos en número, menos graves o de menor duración y no cumplen todos los requisitos diagnósticos requeridos en aquéllas. Sin embargo, a pesar de ello, generan importantes demandas asistenciales.

Recientes investigaciones epidemiológicas sobre la depresión menor, aún no aceptada en las clasificaciones, han dejado claro que sujetos con depresión subumbral tienen un riesgo más elevado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. La siguiente cuestión será examinar las características diferenciales de las personas que llegan a padecer finalmente el episodio de depresión mayor respecto a las que no lo padecerán. Se trata de un campo aún por investigar en profundidad, donde la naturaleza de los problemas —más cerca de la normalidad aceptada— es aún poco conocida y genera evidentes riesgos de psiquiatrizar o medicalizar algunos problemas vitales. Frente a ello, su adecuado manejo podría prevenir el desarrollo de trastornos más graves y evitar un sufrimiento innecesario a muchas personas, además de generar un importante ahorro a nuestra economía.



BIBLIOGRAFÍA

- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of mental disorders (ESEMeD Projeet) *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 (Suppl. 420): 21-27.
- Haro JM; Palacín C; Vilagut G; Martínez M; Bernal M; Luque I; Codony M; Dolz M; Alonso J y grupo ESEMeD España: Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España: *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(12):445-51.



A cada paciente una respuesta

José Ignacio Ibáñez Aramayo

Psicoanalista, Miembro de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis
y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.

Psiquiatría y Responsable de la actividad del M.A.P.S. de Cruces-Barakaldo

“A CADA PACIENTE UNA RESPUESTA”*

1- “Se trata de permitir que en cada institución se aloje la particularidad del sujeto de la palabra”.

2- “Ahí el uso del tiempo, y eso empieza con una primera entrevista a la persona que viene a pedir ayuda.

El uso del tiempo es capital... Hay que darse siempre un tiempo preciso, un tiempo de comprender...

Tiempo de comprender necesario, y que es particular a cada sujeto”.

Miquel Bassols, Ponencia presentada en las Jornadas del Centenario del Hospital de Bermeo¹.

INTRODUCCIÓN

Es importante facilitar que podamos intercambiar experiencias y debatir entre profesionales con distintas orientaciones clínicas y teóricas, sobre estas cuestiones.

Voy a comentar sobre mi práctica clínica en un dispositivo ambulatorio de salud mental, donde diariamente veo unos cuantos pacientes, y a los cuales recibo siempre con una cuestión permanentemente abierta para mí: ¿Qué le ocurre, de qué sufre esa persona y que puedo hacer para ayudarlo y aliviar ese sufrimiento? Porque, cito a Jacques-Alain Miller: “Lo interesante no es ir a verificar lo que ya sabemos sino lo que cada caso nos enseña como algo nuevo”.

En ese sentido voy a hablar de evaluación, pero ateniéndome a la casuística, a la suma

de casos que, uno a uno, van haciendo serie. Ya que cada persona consulta por una determinada causa que, si bien en ocasiones podemos considerarla similar a la de otras, siempre tiene un motivo o una manifestación particular. Particularidad que intento encontrar en su discurso para saber cual es la pregunta, o el síntoma concreto, que trae al paciente a la consulta para, por medio de una escucha analítica, favorecer que puedan formalizar ese síntoma en relación a ese malestar que les produce ese sufrimiento, y a partir de ahí facilitar un posible tratamiento del mismo.

Se trata de intentar, por tanto, de ayudar a elaborar una respuesta, para cada uno particular, que sirva para tratar ese malestar.

Entonces para mí se trata de la evaluación caso por caso.

* Texto elaborado a partir de la ponencia presentada en las Primeras Jornadas de Salud Mental del Hospital de Bermeo “La evaluación en salud mental”, organizadas conjuntamente por el Hospital de Bermeo y la Sede de Bilbao de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis.

¹ Miquel Bassols – Psicoanálisis e institución. Cuadernos de Psicoanálisis, Revista del Instituto del Campo Freudiano en España, n° 27 – El psicoanalista en la institución. Ediciones Eolia, 2003.



Y ello en el tiempo preciso y necesario para cada uno, que no tiene porqué ser un tiempo largo, ya que no hay que olvidar que los casos de los que voy a hablarles son casos de la institución, de un dispositivo ambulatorio de salud mental donde si hay algo que se valora es la rapidez, los resultados y la eficacia.

Con los ejemplos que voy a exponer a continuación, espero poder demostrar que en una institución se puede trabajar con una escucha y una orientación psicoanalítica, lo que los psicoanalistas de orientación lacaniana llamamos “psicoanálisis aplicado a la terapéutica”, y que permite obtener en periodos de tiempo cortos lo que denominamos “efectos terapéuticos rápidos”.

CASO I

Recibo en el Módulo a una mujer de 30 años de edad, remitida por su médico de cabecera con un volante en el que dice: “Antecedentes de síndrome ansioso-depresivo de larga evolución. Actualmente no sigue ningún tratamiento”.

Esta mujer me explica que hace 8 años comenzó con problemas de ansiedad, que más o menos controlaba. Le comenzó a ocurrir cuando iba a Donostia en bus, a estudiar.

Comenzó un tratamiento con ansiolíticos y luego con diferentes antidepresivos.

También estuvo en tratamiento psicológico durante dos años.

Posteriormente siguió tomando ansiolíticos a dosis bajas, hasta que hace tres años dejó la medicación para quedarse embarazada, y comenzó un tratamiento de acupuntura.

Estuvo más o menos bien, tuvo una niña, que tiene nueve meses en el momento de consultar conmigo, pero otra vez comienza a estar mal.

A consecuencia de los problemas de ansiedad, ha desarrollado también una fobia y lleva ocho años sin salir del entorno donde reside.

Me aclara que por sus estudios conoce algo de la teoría freudiana, el inconsciente, etc.

Prefiere no tomar más medicación y acepta venir a hablar para ver si se puede hacer algo con la ansiedad y la fobia.

En las dos siguientes entrevistas aporta algunos datos de su biografía:

Su vida tuvo un cambio a los 17 años. Murió su abuelo materno, con el que tenía muy buena relación. Hace cuentas y resulta que la muerte no fue cuando tenía 17 sino 19 años, y se da cuenta de que esto coincide con los problemas de viajar, cuando iba a la universidad a Donostia y tenía miedo al bus, a un accidente. Cuando estaba en tercero de carrera, un día se le quedó dormido el brazo en el autobús, se asustó mucho, y a raíz de esto comenzaron los problemas de ansiedad.

La ansiedad para ella es algo familiar, la tienen su abuela, sus tías, su madre (también paciente mía en el Módulo). La diferencia en su caso, es que a las mujeres de la familia les apareció la ansiedad con la menopausia mientras que ha ella le ha aparecido muy joven.

A partir de un sueño que relata, surgen unos recuerdos de adolescencia:

En el instituto había un profesor, con el que ella se llevaba muy bien, que era muy amable, muy cariñoso. Les ayudaba también en las actividades extraescolares, pero algunas compañeras dijeron que les había querido dar un beso en la boca. Ella frenó un poco la situación, evitando que fuese a más, hubiese denuncias, etc. Recuerda que habló al respecto con la jefa de estudios,... Finalmente a ella también le pasó algo parecido con este profesor, le quiso dar un beso en la boca, no se dejó pero se quedó muy sorprendida y sin saber reaccionar, ahora piensa que le tenía que haber dado una torta, haberle denunciado.

Refiere encontrarse mejor tras haber hablado de estos recuerdos, “salvo en el tema del viajar”.



Y trae nuevos recuerdos, concretamente tres episodios:

El primero con ocho o nueve años. Solían ir a pasear ella y otra amiguita con un señor, un vecino conocido de sus padres, que tenía unos perros. Solían ir a pasearlos por el campo, y lo que recuerda es que el señor solía ser muy cariñoso con ella, con abrazos, caricias, etc. y cree que también hubo algún beso.

El segundo, el ya comentado de clase, en el instituto. Este profesor era un conocido de sus padres, incluso en más de una ocasión había ido a su casa a comer. Recuerda que los compañeros hablaban, hacían comentarios que ella no creía, hasta que le pasó lo de que a ellas también le pidió un beso en la boca.

El tercero entre los dieciséis y los dieciocho años. Iba a montar a caballo, a un sitio que era de alguien conocido de la familia y que le permitía montar (económicamente no se lo podían pagar), y donde también se daban esas muestras de cariño, llegando a sentirse ella incómoda hasta el punto de dejar de ir.

Es algo que en su momento no le dio importancia, le parecía más o menos normal. Es posteriormente cuando se ha dado cuenta de lo que eso significaba, y lo que le hacían.

Relaciona los tres sucesos entre sí ya que en todos ellos hay muestras de cariño, de afecto.

En los tres hay también otro elemento en común que es la relación de las tres personas con sus padres.

Se queda bastante sorprendida con todos estos recuerdos y asociaciones, y habla del bloqueo que siente en determinadas situaciones en que hay una relación o una implicación afectiva. Es algo que le suele pasar, se bloquea en situaciones así, y no reacciona. Por ejemplo, recuerda que no hace demasiado tiempo se encontró con el profesor, y no supo que hacer. El actuó como si nada, mientras que ella se sentía muy incómoda, pero le saludó, habló con él, como si no hubiese ocurrido nada.

En las siguientes entrevistas trae algunos recuerdos más:

El miedo a salir viene de mucho tiempo atrás, sobre todo “es miedo a salir con alguien que sea no conocido”. También miedo en general a los desconocidos, por ejemplo le han contado que de niña cuando se estropeaba la lavadora e iba el técnico a arreglarla, ella vomitaba.

Recuerda que también de niña, a los cinco o seis años, se perdió.

Era frecuente que fuese a dormir con su madre, hasta los seis, siete u ocho años, no sabe concretar. Iba a la habitación de los padres, y se quedaba allí esperando. Hacía ruidos hasta que se enteraba su madre. Entonces dormía con ella y su padre las dejaba y se iba a la cama de la paciente.

Su padre, si bien estaba en casa todos los días, viajaba mucho ya que era comercial.

Le hago una comparación, que la deja pensativa: O recuerda todo al detalle, o lo olvida todo. O tiene mucho miedo o mucha confianza.

Ha hecho planes con su pareja para ir a pasar un fin de semana, los dos solos, fuera de casa. Lo hacen, y viene entusiasmada pues es la primera vez que lo consigue en ocho o nueve años.

Vuelve a los miedos de niña. Miedo a estar sola, miedo a la madre. Así recuerda que cuando tenía ocho o nueve años, a su madre le surgió la posibilidad de trabajar en la tienda del abuelo, pero ella hizo todo lo posible porque no fuese, pues no quería quedarse sola.

Y da una nueva versión de lo que ocurría por las noches: Muchas noches era su padre el que la cogía y la llevaba a la cama con la madre, ya que él roncaba y la madre lo echaba de la cama.

Dice sentirse incómoda con estos recuerdos, “eso no era bueno”.

Y aparece un nuevo recuerdo: Cuando tosía, su madre se ponía muy nerviosa, y le



pegaba. Otras veces, sin embargo le ponía Vicks Vaporus, con lo cual nunca sabía que es lo que su madre le iba a hacer, incluso llegaba a pensar una cosa para ver si así hacía la otra.

Ahora ve a su madre, y se sorprende de cómo la veía antes. Creía que era una madre buenísima, y ahora se da cuenta del grado de control que tenía, por ejemplo se levantaba y la madre le preguntaba ¿a dónde vas? Y era todo así, y yo no me daba cuenta.

“En la adolescencia, todas las amigas se quejaban de sus madres, y yo no, aparentemente me llevaba muy bien con ella, estaba encantada de tener una madre tan buena y con la que me entendía tan bien. Hasta que me dio cuenta de que me vigilaba”. Mandaba a su hermana vigilarla, y que luego le dijese todo lo que hacía.

Cuando se enteró se enfadó mucho y ahí comenzó a cambiar la relación con la madre.

Se pregunta: “¿Cómo pasar de las cosas de mi madre?” y vuelve a hacer la serie de todas las mujeres de la familia, todas ansioso-depresivas: la abuela de la madre, la madre de la madre, la misma madre, la hermana de la madre, y ahora ella.

Esa primera salida tras nueve años se produjo, tras ocho entrevistas, cuyo resumen es el que aquí he traído.

A partir de ahí vinieron otras salidas sucesivas, y posteriormente unas vacaciones en Canarias, con el consiguiente viaje en avión, cosa que antes le daba mucho miedo hacer y que realizó sin mayor problema.

Tras un tiempo más de tratamiento acordamos el alta, ya que ella se encontraba bien y se había solucionado el motivo de consulta.

Hace más de un año de ello y por los comentarios que me hace su madre, sigue bien.

CASO 2

En la reunión semanal del equipo, la psicóloga del Módulo, presenta el siguiente caso que ha llegado para tratamiento:

“Menor de dos años y diez meses, que es remitido a consulta por problemática de trastorno de ansiedad de separación”.

En la exploración psicológica, realizada para su derivación, se evidencia una “fuerte dependencia y relación simbiótica madre-hijo” por lo que se indica que precisa tratamiento psicoterapéutico adecuado y prolongado. Se aconseja “no forzar la separación prolongada madre-hijo hasta que no se adquiriera más autonomía emocional en ambos”.

El niño ha estado ingresado en observación en pediatría, porque se negaba a comer y había tenido una pérdida de peso importante.

En el informe de alta del servicio de pediatría refieren:

“Ingreso con 2 años y nueve meses remitido para estudio por pérdida de peso e hiporexia.

Antecedentes familiares: Padres separados. Madre en tratamiento por clínica depresiva.

Enfermedad actual: Refiere desde los 6 meses de edad (aproximadamente desde la introducción de frutas, puré) hiporexia, disminución de peso y mal hábito alimentario”.

Además lo describen como un niño muy sensible y tímido, no queriendo jugar con otros niños, rechazando a los profesores y quedándose aislado; muy dependiente de su madre y de su abuelo materno.

Las pruebas y exploraciones son normales.

“Durante su control en consulta sufre deterioro del hábito alimentario llegando a comer únicamente en presencia de su madre, sin embargo aumenta progresivamente de peso, con tratamiento, y los estudios complementarios son normales”.

Nos encontramos con dos indicaciones precisas:

- 1- Realizar un tratamiento psicoterapéutico adecuado y prolongado.



- 2- No forzar la separación prolongada madre-hijo hasta que no se adquiera más autonomía emocional en ambos.

Nuestra valoración en el equipo tras debatir todos los datos de que disponemos, y que les he expuesto, es ligeramente diferente.

Nos parece que si hay un problema de separación, como primer paso es fundamental aclarar que es lo que ha pasado para que este niño haya dejado de comer y cual es su patología y de qué tipo, neurótica o psicótica. Esto nos permitirá orientar el tratamiento y el modo de abordar éste, tanto para el hijo como para la madre.

Nos permitirá ver si hay que ser prudentes con esta relación simbiótica o si por el contrario debemos optar por no alimentar más esta “fuerte dependencia y relación simbiótica madre-hijo”.

Nos planteamos entonces, tener entrevistas tanto con la madre como con el hijo, pero por separado. Que sea la psicóloga la que atienda a la madre, y yo al hijo para hacer el diagnóstico y también valorando la posibilidad de representar para él un rol simbólico masculino.

Recibo al niño que como era de suponer se niega a entrar solo, pidiendo con gestos a la madre que entre también (coge a la madre por la mano y tira de ella). Acepto que entre la madre pero le pido que simplemente esté, que permanezca en silencio.

El niño trae unos coches de juguete consigo que me muestra, y por ahí rápidamente, establece una relación conmigo. Muestra los coches, sonrío, y finalmente me los deja coger y verlos, estableciéndose un juego entre ambos, él lanza el coche y yo se lo devuelvo introduciendo cada vez una variante, bien lanzarlo con más fuerza, lanzarlo desviado, cambiar la posición,... a lo que responde de dos modos: uno, participando activamente en el juego y, dos, a veces sonrío o emite algún sonido que yo me abstengo de interpretar.

Posteriormente, en las sucesivas consultas, el juego se ampliará a otros objetos bien de la consulta, bien con cosas que él trae, o bien utilizando como si fuese un coche la tarjeta donde le apunto las citas.

Al recoger los datos biográficos para la elaboración de la historia clínica me entero de algunas cosas que me orientan:

- Los padres no son separados, sino que el niño es fruto de una relación de su madre con un hombre casado y que no está dispuesto a separarse.
- Que tras el alta del ingreso el niño ha mejorado algo en su comportamiento. Ya entra solo a clase, si bien todos los días llora, y pide a su madre no ir al colegio.
- Su relación con la madre, la resume ésta con una frase: “de mi abusa lo que quiere”.

Esta buena relación transferencial que se establece conmigo me hace descartar rápidamente un posible diagnóstico de psicosis, lo cual hace que insista en que el niño entre solo a la consulta, a pesar de sus negativas los primeros días.

Por otro lado doy unas pautas mínimas a la madre: El niño tiene que ir al colegio y hacer sus obligaciones, no se debe ceder a sus caprichos ni “dejarse abusar” por él y más allá de que tenga contacto o no con el padre, hay que hacerle notar que la ley existe y no puede hacer lo que quiera, y si lo hace eso tiene consecuencias, bien con un castigo o dejando de hacer algo que le guste, etc.

Esta situación de hacer entrar a su madre se mantiene durante cinco entrevistas, entrando él solo a la sexta. Al entrar solo comienza a hablar, diciéndome dos cosas:

- primera que me siente en mi silla, y
- segunda, haciendo pucheros, “he hecho cosas malas”.

A continuación se pone a jugar como siempre con el coche.



Podemos situar aquí las dos cuestiones fundamentales del caso: Por un lado me acepta y me pide que ocupe el lugar de padre simbólico, y por otro reconoce su culpa en lo que le ha ocurrido hasta el momento, ya que es él quien ha hecho las “cosas malas” que le han llevado a la situación actual.

A partir de aquí las cosas comenzaron a ir mucho mejor tanto para el niño como para la madre, mejorando rápidamente el estado del niño en todos los aspectos: alimentación, relación con la madre y con los iguales en el colegio, etc. por lo que al cabo de algunas consultas más sin problemas acordamos el alta.

CASO 3

Recibo a una mujer de 31 años, que acude a una consulta de salud mental por primera vez en su vida, remitida con un volante de Atención Primaria, donde dice: “Duelo sin resolver, separación en verano, posible depresión post-parto”.

Nada más iniciar la entrevista se pone a llorar, explicando su situación: “Estoy desesperada, no paro de llorar. Se me juntaron varias cosas a la vez: Hace un año murió amama. Estando embarazada andaba a golpes con mi marido, él que siempre trabaja lo justo no paraba de trabajar, nunca estaba en casa. Tengo un niño de 3 meses. Antes me daba por chillar, ahora por llorar. Me paso el día llorando”. Está mal hasta tal punto que incluso se está planteando una separación definitiva.

Por lo demás no refiere otros síntomas, come y duerme bien, no está nerviosa; el niño no da guerra e incluso duerme muy bien por la noche,...

Le pregunto por la muerte de amama. “Estaba mal del corazón, estaba malita, era mayor y se murió. No lo acabo de asimilar”.

Le invito a hablar de amama, y resulta que amama en realidad era una vecina, es ella la que le llamaba así, amama, ya que era una vecina con la

que estaba mucho, con la que se había criado, y a la que quería como si realmente fuese su amama.

Esta mujer (amama) estaba muy ilusionada con el embarazo y había hecho ropitas para el bebé, ropitas que no le ha puesto, lo tiene todo guardado, incluidas fotos suyas con amama, ya que no las puede ver, le traen demasiados recuerdos. Y se hecha a llorar.

Todo el mundo le dice que no está bien, que tiene que dejar de llorar, que no es bueno llorar tanto. Le digo que llorar no es malo, que más bien le puede servir para desahogarse y sacar todo eso que tiene dentro.

Se sorprende e insiste en preguntarme, al marcharse, si puede llorar, a lo que asiento.

La siguiente entrevista viene sonriente, relajada, y dice: “He llorado mucho y estoy mucho mejor”.

Está menos triste, chilla menos con su marido, las cosas en casa están mucho más tranquilas y mejor, y además ha vuelto a poner las fotos que tenía de amama.

Acude a una tercera entrevista manifestando encontrarse ya bien, si bien aún está sensible.

Las cosas con su pareja siguen mejorando, y además están esforzándose ambos en mejorarlas. Ella ha comenzado ya a trabajar, estaba de baja maternal, y está bien y contenta en el trabajo. Además ha apuntado a su hijo a la guardería y todo va bien.

Acordamos el alta, y que si tiene algún problema volverá a solicitar consulta.

De esto hace casi un año y no he vuelto a tener noticias de ella.

PARA CONCLUIR

El denominador común de los tres casos que he presentado, y podríamos hablar de otros muchos, ya que hay casuística numerosa,



es la rapidez de los efectos terapéuticos obtenidos y que estos se obtienen por medio de la palabra, “de la particularidad del sujeto de la palabra”, como señala la cita con que abro este texto.

En todos ellos se trata de unas pocas entrevistas en las que se consigue un alivio importante o una resolución del malestar que origina la consulta.

Esto es así porque al ser escuchado sobre lo que le pasa, permite al sujeto que consulta, además del alivio que produce por si mismo el

hablar sobre eso que le afecta, reordenar las coordenadas de su historia en relación con el malestar y el síntoma que este produce, y tomar una posición diferente en cuanto a los efectos que ello produce sobre su estado psíquico.

Y esto es totalmente particular de cada uno.

Por ello si bien en los tres casos podemos situar al inicio algo relacionado con la ansiedad, la respuesta que cada uno elabora sobre ello es diferente y totalmente particular.





Drogas, adicciones y subjetividad

Fabiana Cantero

Psicóloga. Programa de Asistencia e Investigación de Adicciones.
Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia. Buenos Aires. Argentina.

RESUMEN

La historia de las drogas y la historia de las adicciones recorren caminos diferentes. Para transitar por estas diferencias es imprescindible recurrir al concepto de *pharmakon*, como remedio curativo y veneno mortífero. La relación de las personas con las drogas es siempre en un contexto cultural y la tolerancia social con respecto al consumo, no depende de las propiedades farmacológicas de las drogas, sino de la construcción social en torno a estas.

Para abordar la problemática de las drogas propongo poner el eje en la subjetividad del consumidor y analizar algunos de los modos de relación con las mismas.

Palabras Clave: Drogas. Adicciones. Tolerancia social. Represión de las drogas. Reducción de daños.

Introducción

El desarrollo del trabajo está marcado por una diferenciación entre lo que se refiere a la historia de las drogas de la historia de las adicciones y para transitar por estas diferencias me serviré del concepto de *Pharmakon*.

Pharmakon significa cualquier sustancia, poción, ungüento que altere la naturaleza de un cuerpo, que altere las leyes naturales o habituales. Hace referencia tanto a un remedio curativo, alivio de males, liberador de enfermedades como a un mortífero veneno. Muestra un doble rostro como liberador y causante de males. “¡El *pharmakon* sería entonces lo que encierra en si mismo a su propio contrario!”.

“Con la aparición de la psicofarmacología moderna, es como si la doble faz del *pharmakon* se viera formalizada en la noción de estos dos opuestos—cómplices que son el psicotrópico—remedio que cura la psicosis y el psicotrópico—veneno que engendra la adicción. Y la adicción entonces, pasa a figurar como el doble monstruoso de la psicofarmacología”.

Sería la prescripción médica de la droga lo que decidiría entre ambas instancias.

Por otro lado, si consideramos la relación de una persona con una droga determinada, nos preguntamos: Cuándo se transformaría de remedio en veneno, ¿de que dependería? ¿De la cantidad, del momento histórico, de la falta



de tolerancia del cuerpo, de la forma en la que se la adquiere, de la pureza de la sustancia, de la cantidad de tiempo que se la ingiere?

Historias de drogas. Drogas en la Historia

La relación de los individuos con las drogas es siempre en un contexto cultural y es el que determinará si esta relación es del orden del ritual, de lo cotidiano, o de la enfermedad.

La historia de las adicciones es la de un vínculo complejo entre un discurso social y ciertos individuos, con los avatares propios de la relación entre un individuo y la droga. Teniendo en cuenta que en el discurso social e ideológico, el individuo y la droga mantienen lazos sumamente fluctuantes, obliga a modificar constantemente lo que se designa como único término de adicción.

Un lindo ejemplo es el del vino Mariani: “en 1832, Angelo Mariani, químico y comerciante de origen corso, empezó a fabricar “un nuevo elixir de larga vida” a base de coca peruana. Produjo también las pastas Mariani contra los dolores de garganta y las pastillas Mariani. Más de tres mil médicos recomendaban sus productos y la Academia de Medicina de París le otorgó su reconocimiento. Este elixir iba a dar la vuelta al mundo como “el más agradable y eficaz tónico y estimulante” según rezaba su etiqueta. En 1881, Mariani publicó un álbum de Figuras Contemporáneas “que reunía una serie impresionante de declaraciones sobre las virtudes de su vino”, entre ellas las de admiradores célebres como el príncipe de Gales, el papa León XIII, el Zar, Rodin, Zola, Gounod”³.

Su equivalente norteamericano habría de ser la Coca-Cola, inventada en 1885 por Pemberton, un boticario de Georgia que la vendía al principio no como un refresco, sino como un medicamento, básicamente pensado para el dolor de cabeza y para fines tónicos. “Teniendo ya una amplia clientela local, comenzó a anunciar el producto como “la bebida de los intelectuales y los abstemios”. En 1891 le vende la

patente a otro boticario, Grigs Candler, que es quien funda la Coca Cola Company”⁴.

Otro ejemplo con la misma sustancia es la del mismísimo Sigmund Freud. En abril de 1884 Freud comienza a experimentar sobre sí mismo, sobre su novia Martha y algunos otros con cocaína. Quería averiguar si la cocaína podía aliviar la angustia y la depresión. Escribe entonces, *Uber Coca*, sentando precedente dentro de las investigaciones científicas, detallando las propiedades de la cocaína. “...el artículo muestra un tono de entusiasmo que Bernfeld no deja de destacar: Freud escribe por ejemplo acerca de un “don” de cocaína allí donde hubiese debido hablar, en términos científicos, de una dosis. Bernfeld extrae de ello, con razón, la conclusión de que ese texto está atravesado por una “corriente subyacente muy persuasiva”. Freud le escribe a Martha y habla allí de su texto como de un cántico a la gloria de la cocaína, confirmando así lo que le decía el 25 de Mayo cuando acababa de curar con coca a un enfermo afectado de un catarro gástrico: Si todo va bien, escribiré sobre esto un artículo y espero que la cocaína se coloque al lado y por encima de la morfina. Ella hace nacer en mí otras esperanzas y otros proyectos. La tomo regularmente en muy pequeñas dosis para combatir la depresión y la mala digestión y esto con el más brillante éxito. Espero lograr suprimir los vómitos más tenaces, incluso si son debido a algún grave padecimiento; en resumen, solo ahora me siento médico pues he podido acudir en ayuda a un enfermo y espero socorrer a otros”⁵.

El affair con la cocaína termina trágicamente cuando Freud le sugiere a un admirado colega adicto a la morfina por padecer fuertes dolores, que la sustituya por la cocaína. Su amigo muere adicto a la cocaína. Por otro lado, en 1885 Erlenmeyer, otro colega prueba el tratamiento propuesto por Freud y observó una serie de efectos adversos importantes en los periodos de consumo y abstinencia de esta sustancia y acusó a Freud por la liviandad con



que recomendaba el tratamiento de cocaína en pacientes adictos a la morfina. La sustancia que tanta satisfacción le había brindado se convertía en una amenaza para su carrera.

Solo poco antes de la Primer Guerra mundial el consumo de coca y de productos a base de coca, fueron definitivamente prohibidos en los países desarrollados de la época.

Estos son algunos ejemplos de la movilidad del discurso social que en principio es uno de los factores más importantes a la hora de focalizar el tema de las drogas. Estos ejemplos relacionados con la cocaína en contextos históricos distintos al actual muestran la confusión de la mirada científica que no puede ignorar los criterios sociológicos, ideológicos y hasta morales.

Drogas y tolerancia social

Si el discurso es fluctuante, lo mismo sucede con las personas que se drogan y con las mismas drogas. Entendemos, entonces, como varían los grados de tolerancia social con respecto a las distintas drogas según el contexto cultural en que nos encontremos.

Para abordar la problemática actual desde mi modo de pensarla, es necesario continuar poniendo el eje en el sujeto y no en la sustancia.

En importantes ciudades de la Argentina, como Buenos Aires, es la pasta base (llamada "paco") la droga de menor tolerancia social. Debemos preguntarnos como se llega a demonizar esta droga ya que si consideramos los riesgos en posibilidades y cantidad de muertes, es mucho más peligroso un camionero alcoholizado, circulando por una ruta o los delitos ecológicos donde el envenenamiento es masivo a una población determinada, que un joven consumiendo paco, o muchos de ellos.

La tolerancia social no está relacionada con las propiedades farmacológicas de las drogas, sino con la construcción que se hace en torno a la misma.

Al "paco" se le da propiedades antropomórficas, "el paco te atrapa", "el paco te consume", "el paco te destruye", "el paco te hace hacer cosas que no querés"... Quizás con esta última frase entendemos lo que hace al paco temible, porque se lo relaciona directamente con la delincuencia, con la inseguridad.

Entender al adicto como un delincuente, no sólo desresponsabiliza al Estado de no brindarles a los jóvenes las iguales posibilidades para todos de acceso a la educación, al trabajo y a lo lúdico, sino también que restringe el ingreso de estos jóvenes a los sistemas de salud.

Hay ambientes facilitadores para que esta droga anide, hay una accesibilidad mayor para comprar que en otros tiempos y un deterioro de la economía que colabora. La pasta base es llamada la droga de los pobres. Hay quienes roban para drogarse y hay otros que se drogan porque no saben que hacer con la plata que roban.

Modalidades de relación con las drogas

Trabajo desde hace trece años con pacientes adictos y si bien hay patrones de consumo que se repiten, todas las historias de vida son distintas.

En el Programa para drogodependientes del Centro Regional de Salud Mental Agudo Ávila de la ciudad de Rosario donde comencé a ver a los primeros pacientes eran los adictos por vía endovenosa los que más nos preocupaban, algunos de ellos, infectados con el virus del HIV y poco queridos por los protocolos de los médicos infectólogos.

Diez, quince años después, es la pasta base la vedette de las drogas, mejor dicho de los pobres que se drogan.

Como decía anteriormente, no es en la droga donde pongo el eje, sino en el sujeto y si bien cambió el mercado de las drogas y los modos de consumo, no se ha modificado la relación que algunos sujetos tienen con las sustancias.



Voy a contarles algunas de estas relaciones que identifiqué:

- La droga como medio para establecer lazo social.

Las estadísticas nos dan los 12 años como promedio de inicio de consumo de drogas. No es casualidad que coincida con el ingreso de los jóvenes al colegio secundario. Tampoco es casualidad que muchos de los chicos abandonen el colegio en primer año, es decir tienen mucha dificultad o falta de recursos para instalarse en un nuevo sistema, con compañeros nuevos y con menos contención que en la escuela primaria.

La marihuana les permite hacer lazo social, les da una identidad, un objeto que los relaciona por un lado, y los diferencia del resto por el otro. Cuando se les pregunta el motivo del inicio del consumo solo dicen que es para probar, porque les ofrecieron, podemos agregar, para pertenecer a un grupo.

- Otro modo de relacionarse con la sustancia es la de la adicción emparentada con el suicidio. Es un suicidio no violento, es una forma de morir lenta. La droga viene a un lugar de alivio. Cuando se ha sufrido mucho, cuando el resentimiento ocupa casi toda la capacidad afectiva, cuando no hay deseo de nada, ahí anida la droga y alivia. Alivia el peso de no ser querido, de no estar incluido en nada, de no poder verse en ninguna actividad.

La droga no solo alivia, sino que da un motivo, todo comienza a girar en torno a la sustancia, conseguir el dinero, conseguir la droga, drogarse, soportar el bajón, dormir y comer un poco; e iniciar de nuevo el circuito. El alivio tiene que ver con obtener la angustia, llenar ese vacío que produce el excesivo malestar con el que conviven desde que recuerdan.

- Los “adictos por sentimiento de culpa”. Les voy a contar la historia de dos jóvenes que ingresaron en una institución de rehabilitación casi juntos, con situaciones muy simila-

res. Aceptan internarse sin considerar el tratamiento como algo que quieran hacer para dejar de drogarse. Solo lo aceptan. Uno estaba bajo la tutela de un Tribunal Oral de Menores y el otro de un Juzgado Civil, con protección de persona iniciado por la madre.

En el espacio de terapia individual uno cuenta que cuando fue a robar el dueño del negocio le quiso pegar con un palo y a él se le disparó un tiro que le pegó en la cabeza y si bien responsabiliza al dueño del negocio, por haberse resistido al robo, acepta que mató a alguien. Tiene culpa pero no la manifiesta, ya que según su discurso “el chorro, no siente culpa”.

El otro, también en ocasión de robo, cuando está en pleno acto, un cliente del negocio se asusta y comienza a gritar. También él se asusta y dispara para hacerlo callar. Esta persona cae y él no sabe que pasó, si murió o no, pero cree que es muy probable.

Por otro lado, hacen referencia al consumo de drogas como un pesar, uno porque tiene una enfermedad que el consumo agrava y el otro porque la droga le quita autonomía. Para ambos, la compulsión de drogarse es de otro orden que el de la mera relación con la sustancia.

Los tratamientos de los dos trascurren por el término de un año y medio aproximadamente con los ingredientes de todo tratamiento: el espacio de terapia individual, los espacios familiares, lo comunitario y convivencial de las comunidades terapéuticas, la aceptación y las transgresiones de las reglas, etc.

Llegando a una etapa del tratamiento, se considera pertinente que estos jóvenes inicien su proceso de reinserción social. En esta etapa hay mayor libertad y más beneficios con relación a horarios, visitas, tiempo libre. Fue en ese momento donde ambos jóvenes hacen abandono del tratamiento y retoman el consumo de forma compulsiva.



No se si tenían deseo de drogarse, lo que si queda claro es la necesidad de pagar la pena por lo que hicieron. El tratamiento autoimpuesto era un modo de pagarlo, aguantando el encierro, las restricciones. Una vez que esto cede, necesitarán pagar de algún modo y como decía al principio, la droga tiene su cara de veneno mortífero. Drogándose compulsivamente también es una forma de castigo, de pago por el crimen cometido.

- Hay otros modos de relación con la sustancia que son del orden de la producción artística, del rendimiento deportivo o académico, hedonista...

Existen tantas modalidades de relación del hombre con las drogas, como modalidades existentes del hombre con cualquier objeto.



Las drogas son un recurso, lo que hay que saber es que lugar ocupa en cada persona. Como vimos durante todo el recorrido no se puede simplificar esta relación.

Para la población que asistimos, generalmente las drogas son un recurso para aliviar el malestar.

Considero como fundamental, priorizar ante todo la subjetividad del usuario de drogas. Como segunda instancia, evaluar las necesidades y construir un espacio de atención y tratamiento posibles para quienes así lo requieran.

Fabiana Cantero

e-mail: fcantero@arnet.com.ar

Psicóloga. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. Doctoranda de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

Fundadora de la Red Latinoamericana de Reducción de Daños relacionados con las Drogas.



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Le Poulichet, S. "Toxicomanía y psicoanálisis". Amorrortu editores. Buenos Aires. 1996. Pag.32.
- 2 Ibid. Pag.33.
- 3 Geberovich, F. "Un dolor irresistible. Toxicomanía y Pulsión de muerte" Letra viva ediciones. Buenos Aires. 1998. Pag. 19.
- 4 Escotado, A. "Historia de las drogas" Vol. II Alianza Editorial. 3ª Edición. Madrid. 1995. Pag. 82.
- 5 Aksenchuk, R. "Freud y la cocaína: experimentos con uno mismo?" *Psikeba. Revista de psicoanálisis y estudios culturales*. En <http://www.psykeba.com.ar/articulos/RAcocaina.htm>.



Epílogo a un prólogo póstumo de S. H. Foulkes*

Juan Campos Avillar
Hanne Campos

El desarrollo del grupoanálisis en España y países de habla castellana

Han pasado más de veinticinco años desde que escribí el prólogo que menciono. En 1980, una vez cancelado el congreso mundial de Madrid al que iba destinada, la traducción yacía dormida en espera de editor que se atreviera a publicarla. El libro, cuya traducción y supervisión técnica había asumido personal y económicamente, se cocía en aquel periodo. En 1976, cuando en España se abría la transición hacia la democracia tras la muerte de Franco, la represión militar en Argentina llevó al exilio a muchos psicoanalistas y terapeutas de grupo que habían participado en el movimiento de psiquiatría y psicología democráticas de aquel país. Lo que siempre sostuve de las dictaduras, que son alérgicas a lo psicoanalítico y lo grupal, quedaba una vez más comprobado. A Foulkes lo que le animaba a traducir su libro era hacerlo asequible a Sudamérica.

«Psicoterapia grupo-analítica: método y principios» se publicó en 1981 y, si bien es posible que aquel libro editorialmente fuera un éxito —se agotaron dos ediciones, la original de Gedisa, Barcelona, y la reedición de Fondo de Cultura Económica, México—, no sabemos

hasta qué punto se ha leído; o al menos la lectura no se ha traducido en la incorporación de miembros latinoamericanos a la Group Analytic Society (London) en cuyo último directorio ya no queda ni uno solo. Contrariamente a lo que sucede en Europa, donde proliferan sociedades e institutos específicamente de grupoanálisis, en los países de habla hispana, España incluida, por ahora y que yo sepa, todavía no han aparecido.

«*On Group Analysis*», la presentación que S. H. Foulkes hizo en abril de 1946 a los miembros de la British Psychoanalytical Society de su trabajo con grupos durante la Segunda Guerra Mundial, empieza así: «*Se ha dicho con razón que la terapia de grupo tiene un largo pasado y una historia bien corta*».¹ Éste no es el caso del grupoanálisis. Yo por lo menos hice lo posible por dejar constancia de su historia, tanto es así que me he ganado el mote de Jenofonte del Grupoanálisis. Resumir en pocas palabras los hitos que han jalonado esta historia es en sí una labor ingente, por lo que me limitaré a remitir al lector a textos relacionados.² Más difícil resulta resumir la situación del grupoanálisis en

* Escrito original, en Barcelona el 17 de noviembre de 2004.



los países latinoamericanos a los que —como en el caso de Psicoterapia grupo—analítica hace casi un cuarto de siglo— también va dirigida la publicación de estas Obras Completas.

El primer contacto que la Group Analytic Society (GAS) de Londres estableció con España pasa por Barcelona. Fue en septiembre de 1958 con ocasión del IV Congreso Internacional de Psicoterapia, cuyo tema central era «*Psicoterapia y análisis existencial*». Foulkes dirigió la Sección Especial en Psicoterapia de Grupo y organizó —con ayuda de miembros del Maudsley Hospital y de la GAS— un symposium en el que explicaba el curso de formación de psicoterapeutas impartido en su unidad ambulatoria de aquel hospital. Recuerdo bien el momento en que vi a Foulkes por primera vez. Atravesaba la puerta del jardín que da al vestíbulo de la Universidad de Barcelona cogido del brazo de Slavson y de Moreno, uno a cada lado. Todos los que en España estábamos interesados en terapias de grupo coincidimos en su sección con el grupo de Londres, que vino en bloque, y con la mayoría de europeos que ya estaban trabajando en grupoanálisis —Eduardo Cortesão, Leonardo Ancona, Fabrizio y Diego Napolitani, Stjepan Betlheim—, así como terapeutas grupales del Cono Sur y de Norteamérica. Helen Durkin nos habló de «*Las tres principales directoras de psicoterapia de grupo en América*», Slavson, pontificando como siempre, de «*Lo que es y lo que no es psicoterapia de grupo*». Foulkes, en cambio, se limitó a «compartir» humildemente «*Algunas observaciones sobre la enseñanza de psicoterapia*» impartida por él en su Unidad de Psicoterapia del Departamento Ambulatorio del Maudsley. A los catalanes nos impresionó tanto que tres se inscribieron en la Group Analytic Society (London) y yo mismo le seguí a Londres para, con una beca del British Council, formarme en su unidad. A indicación suya continué mi formación con Asya Kadis en el Postgraduate Center de Nueva York, que aquel mismo año había iniciado un programa de formación en grupo. En 1963, a mi regreso a España, mal que fuera por cuestión de lealtad, tam-

bién me suscribí como miembro de la Group Analytic Society (London) y vine a engrosar las listas de sus *overseas members*, que constituíamos más de la mitad de la sociedad. Por aquel entonces aún no se impartía en Londres formación reglada alguna que condujera a un título de grupoanalista cualificado. La fundación del Instituto de Grupo Análisis en Londres en 1971 —precedida por el de Fabrizio Napolitani en Roma y el de Eduardo Cortesão en Lisboa— por fin lo haría. Esto implicó un cambio radical en la estructura, funcionamiento y filosofía de la organización grupoanalítica, un giro hacia una escuela privada de grupoanálisis.

Cuando regresé a España en 1963 había tan sólo dos organizaciones psicoanalíticas: la Sociedad Luso-Española de Psicoanálisis, miembro de la IPA (International Psychoanalytic Association) y el Instituto Clínica de Psicoterapia Peña Retama de Jerónimo Molina, fundado en 1960 y que en 1966 se constituiría como Asociación Española de Psicoterapia Analítica. Por otra parte, cabe destacar el papel pionero de Emilio Mira en terapias de grupo, que practicaba ya desde los años treinta, y en comunidades terapéuticas que puso en marcha durante la Guerra civil.¹¹ En la Sección de Grupo de aquel Congreso de Barcelona, si bien habían participado algunos candidatos del psicoanálisis ortodoxo, no participó ninguno de los discípulos de Molina. Cosa curiosa, en 1963 ninguno de los psicoanalistas seguía interesado en el grupo y, en cambio, en Peña Retama empezaban a llevar grupos terapéuticos y de formación de terapeutas. Hubo que esperar hasta 1972 para que terapeutas de grupo, psicodramatistas y dinamicistas de grupo, formados autónomamente, consolidaran la **SEPTG** (Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo), que se venía gestando desde dos años antes. A pesar de haber estado en la reunión pre-fundacional, rehusé formar parte de su grupo gestor, pues no aceptaban los criterios de formación preconizados por la AGPA (American Group Psychotherapy Association), de la cual yo era miembro extranjero.



No cabe duda de que mi experiencia en el Maudsley y en el Postgraduate Center for Mental Health ha impregnado toda mi actividad posterior como jefe del Servicio de Psiquiatría Familiar y Comunitaria, profesor en la Escuela Profesional de Psicología, planificador de la Facultad de Medicina de la nueva Universidad Autónoma de Barcelona y catedrático y jefe del Departamento de Psicología y Psiquiatría. Toda mi actividad tuvo y tiene un enfoque grupal y una orientación grupoanalítica. Nunca pensé en organizar una asociación grupoanalítica docente ni asistencial, aunque en todas las asociaciones grupales de las que he sido miembro mi aportación se ha caracterizado por este mismo enfoque, que es parte de mi propio *plexus*, mi manera de contemplar y concebir el mundo.

La segunda vez que S. H. Foulkes estuvo en Barcelona fue en 1967, en una escala de un cruce por el Mediterráneo. Esta vez vino acompañado únicamente por su esposa, Elizabeth, quien lamentablemente ha fallecido en el mes de agosto de 2005. Me trajo un ejemplar del número cero de **GAIPAC** (Group Analysis International Panel and Correspondence), una carta circular informal, un gran taller o grupo de estudio que Foulkes editó hasta 1975 y cuyos primeros números —hasta que se hizo cargo la Group Analytic Society— financió personalmente. Esta vez sí me incorporé de veras a la **GAS (London)** si bien mis obligaciones docentes y mi experimentación con la enseñanza grupal en la docencia me impidieron participar en los encuentros personales que iban surgiendo a partir de GAIPAC, de los **European Symposiums in Group Analysis** —a partir del de Lisboa en 1970— y de los Annual Winter Workshops. Abandonada la docencia universitaria, al constatar que por el momento en ella no tenía cabida ni futuro la orientación grupal como yo la preconizaba, decidí impulsar esta línea desde el movimiento de revolución democrática en el colegio de médicos y en la organización de la psiquiatría democrática emergentes en el franquismo tardío.

En 1975, Fernando Arroyave, un psiquiatra colombiano —que se licenció en medicina en España y emigró a Inglaterra, donde se había formado como psiquiatra y como grupoanalista de la primera promoción del Institute of Group Analysis de Londres—, vino a España para ponerse en contacto con el comité local del Congreso Internacional de la AIPG (Asociación Internacional de Psicoterapia de Grupo) que iba a celebrarse en Madrid bajo la presidencia de María Prado de Molina del Instituto Peña Retama. Arroyave me invitó a formar parte de dicho comité. La **SEPTG** a su vez invitó a Fernando en 1976 a su Symposium de Sevilla y a conducir un grupo grande. Para entonces ya se había cancelado el congreso de Madrid, que acabaría celebrándose en Filadelfia un año después. En el ínterin, Fernando Arroyave había descubierto las posibilidades que le abría su recién adquirido título de grupoanalista para empezar en España una formación de carácter trashumante.

Además de la influencia que a partir de 1976 ejercieron los terapeutas grupales argentinos, en la primera mitad de los años setenta otro factor crucial fue la enseñanza trashumante. Con la llegada del doctor Guimón como profesor no numerario de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco y jefe de servicio del Hospital de Basurto se creó el Instituto de Psicoterapia de Bilbao y, a partir de 1974, se ofrecieron cursos de formación de psicoterapeutas de grupo de tres años de duración. Para poner en marcha el proyecto, Guimón acudió al **Instituto Peña Retama** de Madrid, desde donde primero el doctor González (1974–1975) y después el doctor Yllà (1975–1976) viajaron semanalmente a Bilbao para llevar a cabo la formación y el análisis individual y en grupo de la primera generación de terapeutas grupales vascos. En Peña Retama, la mayoría de los analistas que allí se habían analizado y supervisado con el doctor Molina eran a su vez socios de la institución y completaban su formación viajando al extranjero durante uno o más años para analizarse con otros terapeutas a fin de resolver la



transferencia. En el caso del Instituto de Psicoterapia de Bilbao, donde se daba una situación semejante en que todos se analizaban y supervisaban con la misma persona, el doctor Guimón inventó un método que consistía en ofrecer a los miembros del instituto cortas experiencias con métodos y profesionales distintos. El primero de estos profesionales invitados a Bilbao fue el doctor Pacho O'Donnell, quien en 1976–1977 dictó un curso de psicodrama, al mismo tiempo que empezaron las visitas de otros autores psicoanalíticos. Los alumnos tenían que examinarse en Madrid a fin de conseguir el diploma que confería Peña Retama.

La inmadurez de las terapias grupales en España —sumada al hecho de que muchos analistas de grupo de orientación kleiniana se convirtieron en el viaje hacia el exilio al lacanismo— y la cancelación del congreso de grupo de Madrid provocaron que se perdiera la gran oportunidad que éste presentaba para el desarrollo de las terapias de grupo en España. De ahí que no hubiera editor dispuesto a publicar el último libro de Foulkes que habíamos preparado para la ocasión. Los únicos argentinos que mantuvieron su interés por el grupo y su actitud revolucionaria fueron discípulos de Pichon-Rivière y cofundadores de su Escuela Privada de Psicología Social de Buenos Aires; entre otros Armando Bauleo y Hernán Kesselman, quienes —con un pequeño grupo presidido por Nicolás Caparrós, que había viajado a Argentina— fundaron en 1976 la primera revista de psicoterapia y psicología social aplicada que se denominó **Clinica y Análisis Grupal**. Aquel grupito, donde los argentinos actuaban en calidad de didactas, se constituyó como **Grupo Quipú de Psicoterapia** y en 1977 se inscribió como asociación afiliada durante el congreso de Filadelfia de la AIPG, al igual que hizo el **Instituto de Psicoterapia Peña Retama**. Este mismo año ya fuera con ocasión de la conferencia anual de la AGPA (American Group Psychotherapy Association) o del Congreso de Filadelfia de la AIPG, Guimón viajó a Nueva York y entró en contacto con el

Postgraduate Center, donde yo me había formado. Allí supo de mi residencia en Barcelona. A la vuelta me invitó a compartir mi experiencia en terapia familiar en un curso que aquel año incluyó un taller con Olga Silverstein del **Instituto Ackerman de Terapia Familiar de Nueva York**. Fue así como entré en contacto con el **Instituto de Psicoterapia de Bilbao**, que tenía a su cargo la ponencia en formación de terapeutas de grupo dentro del symposium anual de la SEPTG a celebrar en Valladolid en 1978 y al que me invitaron a participar como ponente. Como ya he mencionado, no me había sumado a la comisión gestora de la SEPTG porque opinaba que del hecho de que la mayoría de los fundadores fueran autodidactas no cabía deducir que se exigiera estándar alguno de formación para los nuevos miembros. En Valladolid me percaté de que la actitud al respecto había cambiado radicalmente y, en consecuencia, me inscribí como miembro. Fue allí donde establecí por primera vez contacto con argentinos que estaban «vendiendo formación en grupo». A Hernán y Susana Kesselman no tuve ocasión de conocerlos hasta que Pacho O'Donnell puso en marcha el proyecto que traía en mente —editar un symposium en papel entre autores grupales— y nos invitó a participar a Hernán y a mí. El intercambio de artículos entre los autores terminó en un diálogo cara a cara que se celebró en Madrid y con el que se cierra *Psicología Dinámica Grupal*.^{IV} Esta experiencia editorial fue para mí muy importante porque, además de permitirme conocer personalmente a los demás autores, establecí un vínculo especial con Hernán Kesselman, con quien habíamos empezado a resonar mutuamente antes del encuentro. Creo que esto ha alimentado mi obsesión de utilizar Internet para fomentar el diálogo por escrito, forma de interacción grupal que tropieza todavía con innumerables resistencias.

El desarrollo del grupoanálisis en España experimentó un desarrollo atípico más propio del seguido en sus inicios por la Group Analytic Society (London) como una asociación



de aprendizaje—enseñanza, hasta que en 1971 la diferenciación de la docencia llevó a la fundación del Institute of Group Analysis for Qualified Members. La expansión internacional se llevó a cabo por parte de profesionales extranjeros —generalmente psiquiatras— que, atraídos por el magisterio de Foulkes en el Maudsley y en la Group Analytic Society, trabajaron con él o se formaron en uno de los cursos y así pasaron a engrosar la lista de *overseas members*, que representábamos un cincuenta por ciento de la sociedad. A su retorno a casa —salvo excepciones como Cortesão en Lisboa y Fabrizio Napolitani en Roma, que fundaron institutos de grupoanálisis— la mayoría siguió mi camino, utilizando en su trabajo la orientación grupoanalítica adquirida y aplicando la metodología en los lugares donde ésta tenía cabida, sin preocuparse de formar grupoanalistas. El problema apareció en el momento en que se fundó el Institute of Group Analysis y empezaron a graduarse grupoanalistas cualificados —tanto ingleses como de otros países—, y la gente empezó a viajar a Londres cada semana o se fue a vivir allí a fin de cualificarse. Naturalmente, el Institute tiene una capacidad limitada de absorber didactas y los nuevos cualificados volvían a casa y formaban un instituto propio de grupoanálisis o viajaban periódicamente al continente o a provincias para conseguir discípulos. En Barcelona seguimos el modelo primitivo de la GAS más que el del Institute. La consecuencia ha sido que no existe en España ninguna sociedad ni instituto de grupoanálisis, ni tan siquiera revistas. Lo único que lleva este nombre es el **Foro de Grupo Análisis en Castellano de RedIRIS**, que viene funcionando desde hace ocho años y la web Grupoanálisis www.grupoanalisis.org, un grupo informal y abierto.

Hay cuatro factores que marcan un giro definitivo en mi práctica grupoanalítica a partir del Symposium de Valladolid en 1978:

1) Mi aceptación de colaborar con la supervisión de trabajo grupal y de terapia familiar en el Instituto de Psicoterapia de Bilbao y

en el Hospital de Basurto, sin ánimo de ofrecer otra teoría y metodología analítica distinta, sino con la esperanza de que los grupos de supervisión ayudaran a integrar las distintas orientaciones que hasta entonces habían sido expuestas.

- 2) Mi incorporación a la SEPTG con ánimo de contribuir desde mi visión grupoanalítica a los fines de esta sociedad.
- 3) Mi colaboración en *Psicología Dinámica Grupal*, obra ya mencionada que me dio la oportunidad de conocer diversas orientaciones presentes en la SEPTG y de colaborar de manera creativa con los grupólogos argentinos encabezados por Hernán Kesselman y los del Grupo Quipú de Psicoterapia y su revista *Clínica y análisis grupal*.
- 4) El hecho de que mi esposa Hanne estuviera formándose en Londres, lo cual reforzó mis vínculos con la Group Analytic Society (London) y potenció mi participación en sus encuentros cara a cara.

Las actividades en cada uno de estos contextos de alguna manera estuvieron integradas en mi quehacer diario. Si bien para exponerlas, cual el hombre de muchos sombreros, tendré que hacerlo de una en una, es inevitable que se entrecrucen. Al referirme anteriormente a la influencia que las experiencias docentes analíticas en Londres y Nueva York tuvieron en el desarrollo de mi plexus profesional, hay algo que no he mencionado y al mirar hacia atrás me doy cuenta de que es el voluntarismo que las caracteriza; es posible que éste se base en el hecho de que tanto una como otra experiencia estuvieran financiadas por una *beca* o *fellowship*. Sin embargo, los factores más influyentes en cada una de mis experiencias fueron, en el Maudsley, «*la unidad como un todo*» y, en el Postgraduate, «*el grupo de pares*» que formaba la clase; aparte de la deformación que impuso haber venido trabajando previamente con grupos de estudiantes en colegios mayores durante más de diez años. Pero volvamos a los factores que he mencionado.



1) La supervisión en el Instituto de Psicoterapia de Bilbao había sido decidida en asamblea con todos los supervisados previamente a mi viaje a Valladolid, donde además algunos de los profesores y alumnos más antiguos —todos ellos miembros de la SEPTG— iban a exponer su experiencia docente. Acepté a condición de que durara sólo un año y se



Hanne Campos, 2007

desarrollara quincenalmente y en grupos separados de terapia de grupo y de terapia familiar. Mi esperanza era que los grupos se convirtieran en «grupos autogestados de pares en co-visión» y que pudieran prescindir de mí una vez terminada la experiencia. Ésta se prolongó hasta 1981⁵, pues no era ajena al encargo que la Diputación Foral de Vizcaya hizo al profesor Ajuriaguerra de Ginebra de un proyecto de reforma de la asistencia psiquiátrica que de alguna manera tenía en mente José Guimón, que había sido allí su discípulo. Cuando llegó la hora de ponerlo en marcha se me consultó por mi participación en la función social de la medicina del **X Congrès de Metges i Biòlegs, en el Àrea de Salut del Congrès de Cultura**

Catalana y en la reforma psiquiátrica y de asistencia en salud mental en Cataluña y en España⁶, que me había llevado a la conclusión de que para una reforma sanitaria era precisa previamente una revolución educativa. La reforma contemplada en el País Vasco, inspirada en principios de salud mental comunitaria, era la gran ocasión de poner en práctica la revolución educativa de que hablaba. Para llevarla a cabo haría falta una formación en trabajo grupal de los recursos humanos existentes y de los que la reforma exigiría incorporar. Esta idea ya estaba presente en los Cursos de Formación en Psicoterapia de Grupo iniciada por el doctor Guimón en 1974. Pero ¿cómo hacerla extensiva al volumen de profesionales que sería preciso reciclar o formar de nuevo en un escaso tiempo? La única experiencia de este género de la que yo tenía conocimiento era el **Curso General de Trabajo Grupal**, iniciado por la Group Analytic Society (London) en 1964 y que entonces llevaba a cabo el Institute of Group Analysis. Se trataba de un curso anual con sesiones semanales, en el que se formaban conjuntamente profesionales de todas las disciplinas que cooperaban en salud mental. Sabía además que aquel mismo año el Institute of Group Analysis había empezado su *formación en bloques* en el continente europeo. Por otra parte, se formalizaba institucionalmente la labor promovida hasta entonces por el Instituto de Psicoterapia de Bilbao, la cátedra de psiquiatría de la Universidad del País Vasco y el Hospital de Basurto, con la fundación de OMIE (Fundación Vasca para la Investigación y Docencia en Salud Mental) en 1979.

Aquel año en el Colegio de Médicos de Barcelona, la Zona Este de la SEPTG a iniciativa mía puso en marcha un Colectivo de Estudio de Trabajo Grupal⁷ para preparar la ponencia del siguiente Symposium 1980 «*Enfoque grupal en un Servicio Nacional de Salud*». Asimismo se celebró en 1980, el **primer Taller Residencial Intensivo de Grupo Análisis en Castelldefels, Barcelona**, en colaboración con miembros de habla castellana del Institute de Londres y



el organizador del Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo de Copenhague, Malcolm Pines, ilustre miembro de la GAS que había puesto en marcha la enseñanza en bloques en Dinamarca. Al taller acudieron miembros de la SEPTG, del citado colectivo y de los grupos de Bilbao.

Así se inició una colaboración entre la Universidad del País Vasco y el Institute of Group Analysis de Londres, y para explorar las posibilidades se convocó en 1981 un **segundo Taller Residencial Intensivo en Grupo Análisis en Cestona, País Vasco**, al que acudieron unos cuarenta profesionales que habían asistido a los cursos de formación en terapia de grupo o que estaban en los grupos de covisión que conducía yo, algunos de cuales habían participado en el taller de Barcelona. Como docentes vinimos de Barcelona Hanne y yo, y de Londres Fernando Arroyave y Malcolm Pines, este último autorizado para negociar un posible contrato de colaboración del Institute of Group Analysis con la Universidad del País Vasco. El doctor Guimón acudió el día antes de la clausura del taller y estuvimos con él discutiendo los términos en que se podía llevar dicha colaboración. Sin embargo, contrariamente a lo que esperábamos, no participó en la asamblea del taller, lo cual provocó que —quizá debido al entusiasmo generado y al espíritu transmitido por nosotros— se constituyera asambleariamente una comisión gestora para organizar el curso de trabajo grupal. Esta decisión, que podría haberse evitado de haber estado presente el Dr. Guimón, tal como esperábamos, aunque no era lo que esperaba éste y, en consecuencia, retiró el apoyo del Departamento de Psiquiatría de la Universidad y todo el proyecto estuvo a punto de hundirse. Afortunadamente, aquel verano de 1981 coincidí con el doctor Guimón en el Symposium Europeo de Grupo Análisis de Roma y allí pudimos aclarar el malentendido que se había producido en Cestona. En 1982 se puso en marcha el **Curso Introductorio de Trabajo Grupal del Departamento de Psiquiatría de la Uni-**

versidad del País Vasco y del Institute of Group Analysis. El primero tenía que pagar unos impuestos anuales al Institute que para la ocasión me nombró a mí *Honorary Teacher*. Dado que se intentaba cubrir un área de alumnado procedente de otras diputaciones forales y comunidades autónomas, conjuntamente con un curso clásico de periodicidad semanal para



Juan Campos, 2007

gente de Bilbao se inició otro de cuatro bloques para los procedentes de fuera (cuatro seminarios secuenciales de fin de semana de tres días). Esto brindaba una oportunidad única de comparar los talleres de enseñanza semanales con la enseñanza por bloques que el Institute de Londres venía desarrollando en Europa. Como docentes se utilizaron alumnos graduados del programa previo de formación en trabajo grupal, quienes supervisados por mí iban a llevar los pequeños grupos del curso semanal, mientras que los bloques serían conducidos por Hanne Campos y Fernando Arroyave, miembros del Institute of Group Analysis y Juan Campos y José Guimón, que a tal fin fueron nombrados profesores invitados del mismo.



Desgraciadamente, la investigación se corrompió al vernos obligados por necesidades financieras a mezclar ambas poblaciones docentes a fin de engrosar el sistema de bloques para el que no había suficiente inscripción, con lo cual éstos pasaron a denominarse seminarios secuenciales. Yo me encargué fundamentalmente de los conductores de grupo del primero, mientras que el Dr. Arroyave condujo la experiencia de grupo grande para ambos cursos conjuntamente. A pesar de las limitaciones, la investigación fue llevada a cabo por la Universidad y los seminarios contaron con la inestimable aportación de crónicas internas de los cuatro seminarios (tres a cargo de Diego Luna y una de Hernán Kesselman). La colaboración con el Institute of Group Analysis se discontinuó después de un año, no tanto por el costo de levy a pagar a Londres, sino por la insostenible supeditación al Institute que esto significaba. Ello no impidió que la institución impulsora del programa grupal OMIE se identificara con el espíritu y la manera de actuar del Institute de Londres y empezara a colonizar por su cuenta otras provincias o países. Siguió un periodo de transición y una progresiva institucionalización universitaria que hizo preciso que OMIE estableciera relaciones con universidades que le ofrecían mayores facilidades que las del País Vasco para el desarrollo de su proyecto^{viii} tales como la Universidad Autónoma de Barcelona, la de La Laguna o la de Ginebra. Yo dejé de participar activamente en el proyecto, aunque ello no impidió que aceptara colaborar cuando se inició el programa de Barcelona ni que en 1989 formara parte de los miembros fundadores de la asociación profesional nacida del programa que se denominó **Asociación de Psicoterapia Analítica de Grupo (APAG)**—y no de Grupoanálisis— y se incorporó a **EGATIN (European Group Analytic Training Institutions)** ese mismo año. La última ocasión en la que participamos fue con motivo del vigésimo quinto aniversario de la formación en trabajo grupal, de la que quedan como testimonio el video de la charla que yo dicté y de la participación de Hanne en la mesa

de conferencias *«Bilbao 1974–1999: la grupalidad humana a debate»*, que por alguna razón sigue sin publicarse. En suma, la trayectoria que ha seguido la formación en grupoanálisis en el País Vasco ha sido la de la mayoría de las instituciones nacidas de la SEPTG, donde uno o varios de sus miembros acaban estableciendo una institución especializada en la orientación que sostienen y la metodología que utilizan. La mayoría de éstas, entre ellas la **APAG**, se agruparon a escala nacional en la **FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia)**; originalmente de formación profesional, una institución defensiva nacida a tenor de la prevista unificación de títulos profesionales por parte de la Unión Europea; así como para conseguir un reconocimiento internacional suscribiéndose a organizaciones de su especialidad y como organización afiliada de la AIPG.

2) La SEPTG, la veterana de las sociedades de grupo españolas, y en cierta manera la matriz de todas ellas, fue la primera y única de las asociaciones nacionales a la que me suscribí y también la institución a la que más esfuerzos he dedicado. Si bien es verdad que he sido miembro fundador de otras, y he ayudado a algunas de ellas en situaciones críticas, también es cierto que nunca lo hice con ánimo de implantar el grupoanálisis o de conseguir alumnos que siguieran este magisterio. Fui invitado al primer encuentro pre-fundacional en 1970 por José Luis Martí-Tusquets, quien se había inscrito junto con Carlos Ruiz-Ogara y conmigo en la Group Analytic Society en 1958 y con quien, a mi regreso de Nueva York en 1963, constituimos el grupo de pares que se reunía en mi casa para intentar conciliar las distintas orientaciones y métodos grupales que cada uno sustentaba. Aquel grupo se había mantenido algo más de un año y a su disolución José Luis continuó en un grupo de supervisión conmigo durante un par de años más. Ya he mencionado las razones que me impidieron sumarme al comité gestor de la **SEPTG** y los motivos de que me suscribiera en el Symposium de Valladolid. El encuentro prefun-



dacional se celebró el mismo año en que los miembros de **GAIPAC** fuimos invitados al **First European Symposium of Group Analysis**, celebrado en Lisboa, que tenía como objetivo principal contrastar las formas de grupoanálisis que se impartían en Lisboa y en Londres y, en segundo lugar, fundar si se consideraba oportuno una asociación europea de grupoanálisis. Haber agotado el cupo de congresos planeado para aquel año, me impidió asistir.

Con todo, una vez incorporado a la **SEPTG** descubrí que la filosofía de ésta era más afín a la mía que la de ninguna de las asociaciones de habla inglesa de las que hasta entonces era un *foreign* u *overseas member*, es decir, de la **American Group Psychotherapy Association (AGPA)**, la **American Academy of Psychoanalysis** y la **Group Analytic Society (London)**. Mi incorporación a la **SEPTG** coincidió con una situación de crisis de ésta que se prolongaría dos años y de la que se salió elegantemente en el siguiente **Symposium de Cuenca de 1981**^x. Varias innovaciones se introdujeron en aquel momento: que sean las Zonas —no miembros individuales— de la Sociedad^x las encargadas de elaborar las ponencias y de la organización del Symposium; que las ponencias se presenten por escrito; por primera vez se convocan asambleas extraordinarias para resolver situaciones críticas; y se destina un Symposium entero a revisar la Constitución y Estatutos; se decide por fin explorar la posibilidad de establecer colaboraciones con sociedades o entidades afines en España y en el extranjero y se me encarga en el anterior Symposium explorar éstas con la AIPG y la AGPA durante el Congreso de Copenhague de 1980. Esta posición de que sea la propia Sociedad como grupo la que explore y resuelva sus dificultades grupales es una actitud radicalmente grupoanalítica. Fue la primera vez que se aplicó, pues ni siquiera se había probado en la **Group Analytic Society (London)**, donde he intentado promover esta idea sin mayor resultado. A la SEPTG le llevó años poner en

práctica este posicionamiento analítico, pero finalmente se encargó, de manera becada, a algunos de sus miembros un análisis institucional de los primeros once años. Con el tiempo se realizaron las oportunas modificaciones de la Constitución y, finalmente, se establecieron los Estatutos, publicados ambos eventualmente en 1998.

La colaboración de la SEPTG con **Grup d'Anàlisi Barcelona (Gd'AB)** —pequeño grupo de pares, remanente del **Colectivo de Estudio de Trabajo Grupal Barcelona de 1980**, que tiene entre otros el objetivo de analizar con regularidad su propio proceso— se inició a raíz de la invitación a Pat de Maré para que se hiciera cargo de una experiencia de grupo grande durante el Symposium de Pamplona, en 1988. Esta actividad vino precedida por un encuentro en grupo mediano de dos días en el Colegio de Médicos de Barcelona, anunciado como «*Con Pat de Maré en el Grupo Grande*». Con esta ocasión Plexus Editor(e)s de Gd'AB publicó una edición bilingüe de la «*Historia del grupo grande*» de este autor y su biografía. Conjuntamente con la publicación del folleto «*Esquema Conceptual, Organización, Objetivos y Actividades*» (1989–1994) **Gd'AB** estableció su primera Web^x, que albergó a las de la SEPTG y la Lifwynn Foundation hasta que cada una de estas instituciones estableció la suya propia^{xii}. Hanne Campos, después de servir tres años como vocal de prensa (1991–1994) fue elegida presidenta de la SEPTG, cargo que mantuvo durante cuatro años (1994–1998). Durante su pertenencia a la junta directiva, aparte del **Boletín** —concebido como instrumento de comunicación en papel entre symposiums que luego aumentó considerablemente en tamaño y calidad—, publicó dos monográficos sobre comunidades terapéuticas históricas y actuales, invitando a los symposiums a autores de renombre internacional sobre este tema como R. D. Hinshelwood y Stewart Whiteley. Se publicó también otra monografía sobre la ya mencionada «*Historia abierta...*» presentada en el I Congreso



Iberoamericano de Psicodrama en Salamanca; desde ese momento la SEPTG va hermanada con la Sociedad Española de Psicodrama. Otros miembros de Grup d'Anàlisi Barcelona ocuparon cargos directivos en la SEPTG: Mercè Martínez (vocal de prensa [1994–1998] y presidenta [1998–2002]); Pere Mir (vocal de prensa [1998–2004]); Montse Fornós (vocal de formación) e Isabel Admetlla (secretaria). En febrero de 1998, Gd'AB recibió un duro golpe: la muerte de Susana Jover tras una penosa enfermedad coincidió con un diagnóstico de cáncer de Juan Campos. En estas circunstancias el grupo colaboró en la edición bilingüe de «Una historia de la AIPG: hechos y hallazgos.»^{xiii} Juan Campos era desde 1995 Archivero Honorario de esta asociación internacional a la que la SEPTG como organización se afilió en 1986.

Institucionalizar la formación en la SEPTG ha sido uno de los temas que más tinta ha hecho correr y más energía ha consumido en juntas directivas, reuniones especiales y symposiums desde la fundación de la **FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas)** en 1992. Ya fue mucho que se aceptaran unos mínimos estándares disciplinares y de experiencia grupal en una de las primeras revisiones de la Constitución. La invitación a formar parte de la FEAP llevó a encontrados debates hasta que definitivamente se renunció a esta posibilidad en 1995. Contrariamente a lo que yo mismo pensaba en 1970, la experiencia de la institucionalización de la docencia en la **Group Analytic Society** —con la fundación de su Institute y la posterior organización de distintos institutos y sociedades europeas en EGATIN— me llevó a erigirme en el seno de la SEPTG como un firme opositor a cualquier género de institucionalización o de reconocimiento de la formación impartida privadamente por alguno de sus miembros.

En 1998, en Sitges (Barcelona), el symposium anual de la SEPTG estuvo acompañado por primera vez de un **symposium virtual**. He venido promoviendo también la incorporación

de una nueva categoría de socios corresponsales o virtuales que pudieran participar desde el ciberespacio entre un symposium y otro en la elaboración del tema a discutir presencialmente. Ello presentaba dificultades de orden supuestamente legal y de comunicación en trabajo grupal, pero pareció resolverse de manera definitiva al finalizar el Symposium de Mallorca de 2002 mediante la fórmula de aceptar preinscripciones para el siguiente symposium de Sevilla. Se partió para éste con 20 preinscritos a 50 euros cada uno a descontar de la inscripción real, caso de asistir. Los organizadores del Symposium de Sevilla, si bien se beneficiaron de este fondo previo, no ofrecieron el apoyo preciso de Internet para la implantación de un symposium virtual y la Junta decidió para el siguiente, el de Allariz, aceptar preinscripciones en el Forum de la Sociedad en Internet sin cobro alguno por el compromiso. No sé si algún día veré la existencia de socios virtuales o corresponsales de la SEPTG que hagan posible la difusión del espíritu de la misma en los países de habla castellana. Entretanto, intento promover la misma idea en la AIPG y en las secciones especiales que yo activé cuando era vicepresidente de aquella asociación.

El tema del XXXII Symposium de la SEPTG a celebrar en Valencia en 2005 es «*Encuentros y despedidas: el duelo como proceso de cambio*». Me parece un contexto adecuado para tratar el tema de lo que pudo haber sido y no fue... y no será en la SEPTG mientras no se suba al carro del ciberespacio. Es posible que para ello organice una mesa redonda o un foro virtual.

3) Como se ha dicho, el coloquio del 9 de diciembre de 1979 de «**Psicología dinámica grupal**» nos dio a los autores —Hernán Kesselman, Tato Pavlovsky, Pacho O'Donnell, Pablo Población, Paco Peñarubia y yo— la oportunidad de conocernos mutuamente. Por razones que desconozco, a Nicolás Caparrós, fundador de Clínica y análisis grupal no le fue posible asistir. A Nicolás lo conocí más tarde a través de Hernán. Este coloquio merece ser leído *in*



toto^{xiii} pues, aparte de la simpatía personal que se establece a partir de las consonancias, disonancias y resonancias de nuestros textos, durante los siete años que le quedan de exilio hará posible una íntima y fecunda cooperación entre mi orientación grupoanalítica foulkesiana y la suya de psicología social pichoniana. Hernán, mientras estuvo en Europa, llevó a cabo una intensa labor docente, continuación de la ya iniciada en Argentina, que culminó con la creación de la **Escuela Española de Psicología Social**. Intentamos conjuntamente escribir un libro del que no pasamos del prólogo: «*Grupo Análisis Operativo: Foulkes–Pichon Rivière, un diálogo pendiente*». A tal fin montamos un grupo de trabajo con alumnos que Hernán tenía en Madrid y otras ciudades, así como con miembros de su Escuela de Psicología Social, y celebramos diez jornadas de todo un día durante el curso 1985–1986. Presentamos esta experiencia el primer día del IX Congreso Internacional de la AIPG de Zagreb, en una subplenario presidida por Fabrizio Napolitani, bajo el título «*Desde el psicoanálisis a la psicología social: Grupo Análisis Operativo*». A última hora nos enteramos de que no íbamos a disponer de traducción simultánea. Para superar este impedimento recurrimos a una traducción secuencial hecha por distintos grupos que con Elizabeth Foulkes anunciamos advirtiendo “*no hay traducción electrónica, ven con tu propia lengua puesta: ¡traduce el grupo!*” Y funcionó. Sólo hablaban en voz alta quienes se dirigían a la subplenario, mientras que *soto voce*, en grupos pequeños reunidos por lenguas, siempre había alguien que traducía la lengua hablada. Fue un éxito absoluto, no sólo por el material presentado, sino por la experiencia grupal vivida. Pero esta *compte rendu* fue nuestra última colaboración en presencia dado que aquel mismo año terminó con la repatriación de Hernán y su familia a Buenos Aires. Nuestro prólogo al proyectado libro ha sido publicado por Hernán en distintas ocasiones y en lugares diferentes. Lo que fue nuestra cooperación queda bien descrito en «*Crónicas de un psicoargonauta*», primer volumen de su libro *Psicoterapia operati-*

va, ilustrado en parte con fotos de su esposa Susana.^{xiv} No voy a enmendar la plana a Hernán de los siete años de nuestra cooperación durante su exilio en España y menos aún expondré aquí los pensamientos que me evoca. Caí en la tentación, empero, de abrir el archivador de **GAO (Grupo Análisis Operativo)** desde donde cual caja de Pandora emergen recuerdos placenteros y dolorosos. Decía antes que nunca había tenido afanes fundacionales, si bien Hernán en su libro me desdice cuando afirma que “*con Juan fundamos Convergencia Analítica, GAO (Grupo Análisis Operativo) y SEGAO (Sociedad Española de Grupo Análisis Operativo)*”. Todo ello es cierto, pero no pasaron nunca de ser proyectos. Les dedicamos muchas horas e implicamos a mucha gente, pero ningún grupo llegó a formalizarse legalmente. El relato inédito del encuentro entre miembros de la Group Analytic Society (London) y la Escuela Privada de Psicología Social de Pichon Rivière —presidido por Elizabeth Foulkes y Ana Quiroga durante el Congreso de Copenhague— describe bien las ilusiones que alimentábamos desde un comienzo. Mi afán integrador, sumado a la capacidad de convocatoria de Hernán, líder natural de *psicoexilados* en Europa, nos llevó a soñar nuevas alternativas de organización social de la profesión. Hernán fue uno de los pocos interlocutores válidos que he encontrado en este país, pero no fuimos sólo unos compinches como dice él, sino que nuestros respectivos plexus, redes familiares, profesionales y de amigos se unieron en un contexto grupal. El hecho de que ambos hubiéramos padecido bajo la dictadura de las asociaciones dependientes de la IPA y nos hubiéramos rebelado nos llevó a buscar alternativas más sanas. Nuestro encuentro a fines de 1979 coincidió por parte mía con las enseñanzas en Bilbao, la vuelta de Hanne terminada su formación en Londres, los dos talleres residenciales intensivos de grupoanálisis en Castelldefels y Cestona y, finalmente, mi papel mediador entre la Universidad del País Vasco y el Institute of Group Analysis de Londres para la formación de personal asistencial de la Diputación de los Servicios Psi-



quiátricos de Vizcaya. Hernán, por su parte, agrupó a psicólogos sociales argentinos con ánimo de formar una Escuela Privada de Psicología Social en España, al tiempo que desarrollaba una intensa labor de formación de psicoterapeutas desde su despacho de Madrid y viajando por España y Europa. En este contexto Convergencia Analítica se concibió como un intento de superar diferencias entre psicoanálisis y psicoterapias grupales y entre distintas orientaciones y metodologías. En una primera fase fue algo muy informal que nos llevó, a fin de evitar la constitución legal de una asociación, a inscribirnos individualmente y afiliarnos como organización a la AIPG. Esto último no fue posible porque sólo se aceptaban grupos legalizados. A partir de 1981 nos constituimos en un grupo pequeño de pares autogestado que se reúne periódicamente en Madrid, Barcelona y Alicante, que denominamos Convergencia Analítica y que se mantiene unido mediante intercambio de trabajos y correspondencia, e incluso inicia una correspondencia circular. La cosa no era fácil. El Grupo Quipú de Psicoterapia, invitado por Hernán, declinó unirse a Convergencia porque sentía que se encontraban en un periodo histórico diferente al nuestro, aunque sí se brindó a organizar encuentros intergrupales con nosotros como habíamos venido haciendo hasta entonces, sobre todo a través de Clínica y Análisis Grupal^{xv}.

La múltiple pertenencia o asociacionismo profesional de cada uno de los miembros de **Convergencia Analítica** implicaba problemáticas de pertenencia y liderazgo que culminó en unas jornadas que coordinó como «hombre en frontera» Fabrizio Napolitani de Roma. Este grupo es un prolegómeno de Grup d'Anàlisi Barcelona que pusimos en marcha en 1989. Ya expliqué cómo surgió **GAO**. Estuvimos a punto de legalizar una sociedad española de grupo análisis operativo, y quizá lo habríamos hecho de no ser porque Hernán regresó a su país tras el Congreso de la AIPG en Zagreb. En realidad, nuestra cooperación hispano-argentina se movió entre estos dos congresos —Copenhague y

Zagreb— y la pena es que ni Hernán ni yo viajáramos al de México en 1984, con lo cual los proyectos de cooperación a base de talleres en Buenos Aires donde se estudiaría a Foulkes y en España donde buscaríamos las consonancias, disonancias y resonancias entre éste y Pichon, quedaron hueros y no culminaron en los talleres bi —o trilingües— que deberíamos haber mantenido antes del congreso. Tampoco las revistas de una y otra institución se utilizaron para este intercambio. Bien pensado, **GAO** y **SEGAO** eran consecuencias de aquel deseo primitivo, pero toparon con el obstáculo de que no fuimos capaces de renunciar a nuestras instituciones madre. En mi caso la proyección internacional de la Group Analytic Society (London) en la que, con *mi revolución de los overseas members*, se desencadenó, primero, un movimiento grupoanalítico europeo y, luego, al juzgar con otros colegas italianos y portugueses que el contexto de Londres no era el adecuado a este desarrollo, se activaron las **Secciones de Interés Especial de la AIPG** con la **Red de Grupos de Estudio en Grupo Análisis** que después pasaría a ser la **Sección Especial de Grupo Análisis**. Por parte de Hernán, era la puesta en marcha de la Escuela Española de Psicología Social lo que le impedía dedicar más esfuerzos a GAO. En resumen, cabe definir nuestra cooperación en términos de «*un encuentro inesperado y una separación imprevista*», y me confirma el eslogan que siempre mantuve de que «*una vez emigrado, emigrado para siempre*». En mi caso, yo había emigrado sólo tres veces, y la más difícil fue la vuelta a España. No sé cómo habrá sido para él la vuelta a Argentina, pues Hernán se define actualmente como psicoargonauta, yo diría en ejercicio, y su emigración de España todavía no se ha completado.

A mí también me costó, como lo prueba el hecho de que a su partida acepté una proposición del Grupo Quipú de Psicoterapia para figurar como presidente fundacional de la **Sociedad Española para el Desarrollo del Grupo, la Psicoterapia y el Psicoanálisis (SEGPA)** fundada en 1988. Seguramente lo



que me impulsó a aceptar fue la nostalgia de lo iniciado con Hernán. Me hice la ilusión de que por fin nuestros momentos históricos coincidían, pero me equivocaba. Grupo Quipú nació con una revista bajo el brazo y dedicado a la formación. Al igual que ocurre en otras asociaciones de este tipo, durante los primeros años el grupo puede ir absorbiendo como docentes a muchos de los alumnos que va graduando, pero precisa montar una asociación para acoger a aquellos que gradúa una vez saturada la capacidad de incorporarlos. Eso sucedió incluso con el grupo original de Freud: la *Psychologische Mittwoch-Gesellschaft bei Prof. Freud*. Juntos fuimos al Congreso de Amsterdam con una ponencia relacionada con el tema del congreso «El significado actual del grupo: un lugar de encuentro y divergencia» que se trabajó durante todo un año y se presentó en grupo coordinado por Nicolás Caparrós y Hanne Campos, y en el que participó Hernán como hombre en frontera. En aquel entonces, SEGPA se fundó y se consolidó con este tema. Sin embargo, dos años más tarde sería SEGPA conjuntamente con la APAG de Bilbao y otras, las que promovieron la FEAP en España, mientras que otras pocas como la SEPTG se opusieron a tal institucionalización de la formación.

4) El hecho de que mi esposa Hanne se formara en Londres durante cuatro años, manteniendo su trabajo profesional durante los fines de semana en Barcelona, incrementó notablemente mi contacto con la Group Analytic Society (London). A su regreso a fines de 1979, en lugar de proceder a fundar una sociedad o instituto grupoanalítico en España, nos dedicamos a contribuir al desarrollo de otras asociaciones grupales. Para los alumnos *del Institute of Group Analysis era en aquel entonces obligatorio suscribirse como student members* y a precio reducido a la Group Analytic Society. Hacía ya quince años que yo cotizaba en ésta como *full member*, pese a que se me denominara *overseas member*. Era bien consciente de que viviendo en el continente no era posible gozar de las mismas ventajas que las de aquellos que vivían en el Reino

Unido. Sin embargo, lo que despertó mi atención a la discriminación entonces vigente fue que en mi ejemplar de GAIPAC no figuraba la nota animándola a recordar que iba en la suya «*this is your Society*». Esto me llevó a escribir una carta a GAIPAC el 10 de junio de 1979. En ella, aparte de cuestionar el futuro de la revista, me preguntaba si no había llegado la hora de poner en marcha la **asociación de grupoanalistas** que vaticinaba Foulkes al despedirse como director de la misma, y proponía la convocatoria de una reunión de *overseas and UK members* de la Sociedad y de suscriptores durante el Congreso de la AIPG en Copenhague que se avecinaba. Con gran sorpresa mía, Jane Abercrombie, la entonces presidenta, convocó la reunión a la hora del almuerzo. Asistieron más de sesenta personas. Me pidió que ampliara mi propuesta y la exposición fue tal éxito, o el asunto estaba tan maduro, que desde entonces no he dejado de implicarme en el proceso evolutivo de la Group Analytic Society (London) y la proyección internacional del grupoanálisis. Esto me llevó conceptualmente a liderar el movimiento grupoanalítico europeo y a servir en el comité directivo de la GAS. Cuando constatamos con otros colegas del continente que desde la Group Analytic Society (London) no era posible superar la dominancia londinense en el desarrollo internacional del grupoanálisis, intentamos conseguirlo en el contexto de la AIPG, de la que la GAS (London) es una de las organizaciones afiliadas fundadoras y donde la mayoría de los antiguos *overseas members* somos miembros individuales. A este propósito se constituyó la ya mencionada Sección de Grupo Análisis de la AIPG, que desde fecha reciente cuenta con un Yahoo-group para comunicarse.

La evolución internacional del grupoanálisis queda reflejada en el texto que escribí —cuando la AIPG me nombró su Archivero Honorario^{xvi}— a raíz de una entrevista durante el congreso de la AIPG en Buenos Aires, que a su vez dio pie a que se montara la web



www.grupoanalis.org y se pusiera en marcha el **Foro de Grupo Analisis en Lengua Castellana de REDIRIS**.

Desde entonces, siempre que la Group Analytic Society (London) ha entrado en una situación de crisis, he tomado por modelo la idea de «grupo de papel» para abordar el problema como comunidad. Desde 1993 he ido preparando informes históricos para complementar la colaboración que se me solicitaba en este sentido. El último fue en respuesta al grito de socorro lanzado por la directiva frente a la grave situación que actualmente atraviesa la Sociedad debido a la escasez de medios económicos y la disminución acelerada de miembros. En preparación del *Special Study Day* que precedía a la asamblea general de miembros de 2004, preparamos con Hanne un dossier que incluye los acontecimientos relacionados con el debate sobre la internacionalidad de la GAS desde 1982 hasta el presente. El mismo ha sido

incluido en la sección «History» de la web de la Group Analytic Society (London).

(www.groupanalyticsocietylondon.unibo.it/index.php?id=19) y en una página de Geocities (<http://www.geocities.com/jca4074/>) donde va junto a la charla que envié a sendos Yahoo-groups desde los que se puede interactuar con el dossier y continuar el Foro «*On Internationality*» que se inició hace dos años en aquella web de la GAS.

Esperemos que con la edición y difusión de sus Obras Completas en castellano se cumpla el deseo de Foulkes que justificó la traducción del último de sus libros. El Congreso de la AIPG en São Paulo de 2006 fue una buena oportunidad para reparar la ocasión perdida en Madrid en 1975, es decir, hacer sus libros asequibles a Sudamérica ya que él tenía la impresión de que en su aproximación al grupo, y a pesar de ciertas diferencias, los latinoamericanos iban en su misma dirección.



Juan y Hanne Campos

BILIOGRAFÍA Y NOTAS

- ^I S. H. Foulkes: «On Group Analysis» en Selected Papers. Psychoanalysis and Group Analysis, Karnac Books, Londres, 1990, pp. 127–137.
- ^{II} «La psicoterapia analítica entre nosotros», 1978; «State of Group Analysis in Catalonia and Spain», 1981; «Recuerdos, olvidos, y reminiscencias, o la SEPTG y “sus viejas historias”», en Hanne Campos (ed.): Historia abierta: 25 años de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo, monográfico mayo 1998, pp. 9–49, <www.septg.org/historia/historia.htm> (noviembre de 2004); Una historia de la AIPG: hechos y hallazgos, edición bilingüe inglés–español, Plexus Editores, Barcelona, 1998, <www.grupoanalis.org/historia/esp/index.shtml> (noviembre de 2004). Véase asimismo Hanne Campos: «Bilbao 1974–1999: la grupalidad humana a debate», presentación sobre 25 años de historia de la experiencia de Bilbao en relación a la formación y sus instituciones; pendiente de publicación y que añadimos por su interés a este epílogo.
- ^{III} Véase Juan Campos: «Recuerdos, olvidos...», op. cit., n. 2.
- ^{IV} Juan Campos, Nicolás Caparrós, Hernán Kesselman, Pacho O'Donnell, Eduardo Pavlovsky, Francisco Peñarrubia y Pablo Población: Psicología dinámica grupal, Fundamentos, Madrid, 1980.
- ^V Hanne Campos: «Bilbao 1974–1999: la grupalidad humana a debate», op. cit.
- ^{VI} Juan Campos, Jordi Gol y Jesús Moll: «Características cualitativas de la asistencia médica» en Jesús M. de Miguel (comp.): Planificación y Reforma Sanitaria, Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, 1978, pp. 49–72 y Juan Campos: «Hacia un modelo de ruptura educativa para una reforma sanitaria» en ibidem, pp. 121–152. Juan Campos: «Hacia una alternativa democrática para la formación de recursos humanos en Salud Mental» en Manuel González de Chávez (coord.): Actas del XV Congreso de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría: La Transformación de la Asistencia Psiquiátrica, Mayoría, Madrid, 1980.



- VII Integrado por 26 profesionales de distintas disciplinas y procesando 12 experiencias institucionales. Yo fui entonces vocal de la Zona Este de la SEPTG.
- VIII 1986: Diploma en trabajo grupal y diploma en psicoterapia grupal, tercer ciclo postgrado de la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, Universidad de Deusto. 1988: Curso General de Trabajo Grupal, Dir. José Guimón, Catedrático de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco con Profesorado de Bilbao, Barcelona y Londres; colabora con CITRAN (Hospital de Sant Pablo de Barcelona, Programa docente de la Sociedad Catalana de Psiquiatría, y certifica OMIE. 1989: Master de Postgrado en Psicoterapia de Grupo (Bilbao y Barcelona), Primer nivel: Curso Introductorio al Trabajo Grupal; Segundo nivel: Psicoterapeuta Grupal (2 años), profesorado de Bilbao y Barcelona. 1991: Experto en Trabajo Grupal (1 año) y Master en Psicoterapia Analítica Grupal (2 años), Bilbao y Barcelona, Director José María Ayerra, Director de Uribe Costa, Bilbao. 1996–presente: Master y Experto, se imparten en Bilbao, Barcelona, La Laguna y Ginebra; en Bilbao el programa vuelve a la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación; el profesorado figura no ya según procedencia sino con nombre propio.
- IX Véase Boletín Monográfico (época IV, mayo de 1989), compilado y coordinado por Hanne Campos “Historia abierta... 25 años de la Sociedad Española de Psicoterapia u Técnicas de Grupo (SEPTG)”, pp. 120 y 121, Una lectura posible de 25 años de historia de la SEPTG por Hanne Campos (14-11-2004).
- X La SEPTG, geográficamente está organizada por Zonas: Este, Norte, Sur y Centro.
- XI Grup d'Analisi Barcelona
- XII Cuyas respectivas URL son: SEPTG y Lifwynnfoundation (14-11-2004)
- XIII Juan Campos: «Una historia de la AIPG: hechos y hallazgos» edición bilingüe inglés–español, Plexus Editor(e)s, Barcelona, 1998, pp. 259, <www.grupoanalisis.org/historia/esp/index.shtml>.
- XIV En la actualidad Hernán Kesselman y Juan Campos se han puesto a apostillar dicho coloquio por Internet e invitado al resto de autores a sumarse a esta nueva aventura editorial.
- XV Formaba parte de su consejo editorial desde que, a principios de los años ochenta, a instancias de Hernán, publiqué mi primer trabajo allí: «Leyendo a S. H. Foulkes, con ánimo de entenderlo», Clínica y análisis grupal, 20 (enero–febrero de 1980), 48–55. Psicología dinámica grupal, op. cit., pp. 185–256.
- XVI Juan Campos y Hernán Kesselman: «Desde el psicoanálisis a la psicología social: grupo–análisis–operativo», en Temas de psicología social, 7 (agosto de 1985), 7–15; en Temas grupales por autores argentinos, editado por la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, la Sociedad Argentina de Psicodrama, la Primera Escuela Privada de Psicología Social y el Instituto Máscara, Ediciones Cinco, 1987, pp. 169–175; y apostillado en Psicoterapia Operativa, vol. 1, pp. 240–250.



Memorandum sobre la terapia de grupo*

Mayor SH Foulkes. RAMC¹

Northfield Military Psychiatric Hospital, 1945.

Los hospitales militares no son un marco adecuado para la aplicación directa del análisis grupal, la forma más intensiva de la Psicoterapia Grupal. La breve duración de la estancia de los pacientes no permite trabajar los niveles más profundos que esta forma de psicoterapia grupal activa y deja al descubierto. El terapeuta, salvo que sea un psicoanalista experto, deberá evitar implicarse en exceso en esos niveles profundos. Por todo ello, las modificaciones del análisis grupal que se vienen realizando en el Hospital Psiquiátrico Militar de Northfield no representan la forma de Terapia Grupal más oportuna para los principiantes en el campo de la psicoterapia.

Sin embargo, todo el conocimiento y la experiencia en Psicoanálisis de que disponga el futuro terapeuta grupal le serán de gran utilidad para comprender y manejar mejor las reacciones del Grupo, tanto a nivel colectivo como individual. Las reacciones transferenciales, negativas o positivas, o las resistencias, le resultarán menos sorprendentes, podrá tolerar mejor las ansiedades y tensiones y se sentirá menos atacado por las diferentes quejas que le plantee el Grupo.

Afortunadamente, la flexibilidad del abordaje grupal le permite adaptarse prácticamente a toda circunstancia, tipo de pacientes o finalidad. Cualquier persona, a la que se considere capacitada para tratar pacientes psiquiátricos, puede aprender a manejar y tratar a los hombres en un Grupo, y no tendrá dificultades para comenzar siempre que tenga la suficiente valentía para exponerse a sí mismo y a sus propias reacciones y debilidades, a la piedra de toque de una situación Grupal. A medida que vaya progresando en la técnica, no sólo se convertirá en un mejor terapeuta grupal, sino también en un mejor psiquiatra y en un mejor ser humano.

Antes de comenzar, el terapeuta novato debe considerar qué quiere hacer y cuáles son sus expectativas. Las ventajas de tratar a los pacientes en grupos de unos ocho hombres son obvias, especialmente en hospitales militares que atienden a muchos pacientes en estancias cortas. Supone un incremento del tiempo de interacción con los pacientes, lo que les permite hacer comprender sus principales preocupaciones al psiquiatra, quien a su vez dispone de tiempo y oportunidades para transmitir

* Traducción del original y notas: Juan Medrano.

¹ El Royal Army Medical Corps (RAMC) es un cuerpo especializado del ejército británico que facilita asistencia médica al personal militar y a sus familias en tiempo de guerra o de paz (N del T).



todo tipo de instrucciones, explicaciones, orientaciones o preparaciones y tratarlas con los pacientes.

Es probable que al margen de ver a sus pacientes en grupos pequeños, el psiquiatra decida reunirlos a todos y atenderlos como Grupo. En caso de que cada uno de los grupos pequeños realice una tarea conjunta, en las sesiones de terapia grupal el terapeuta podrá estar al corriente de sus progresos, necesidades y dificultades, con lo que aportar sugerencias, y al mismo tiempo facilitar ayuda práctica y consejo. Puede informar a A sobre el resultado de una radiografía u otra prueba complementaria, o anunciar a B que no tiene permiso de salida y explicarle el porqué, o decirle a C los motivos por los que no puede vestir ropa militar, y así sucesivamente. Las preguntas que surjan harán que el terapeuta explique brevemente la cuestión y le facilitarán posibles temas para la próxima reunión del ABCA o la siguiente sesión grupal. Asimismo, a partir de algunas de las preocupaciones o intereses expresadas en la sesión, el terapeuta puede solicitar la colaboración de miembros del Grupo o de otros para constituir un pequeño Grupo de Estudio en forma de "proyecto de trabajo". El contenido de las sesiones grupales muestra también la necesidad de algunas entrevistas individuales.

En todo ello entran en acción algunos de los elementos más esenciales de la Terapia de Grupo. Al observar a sus pacientes en situaciones casi reales de vida social, el psiquiatra se da cuenta de que llega a conocerlos mucho mejor que en el marco artificial de una entrevista psiquiátrica individual. Además de registrar y verificar lo que ya conoce, podrá obtener vívidamente en el marco grupal el material en que debe basar su diagnóstico y pronóstico. Comprobará el significado real de las quejas y los síntomas, cómo determinan la conducta del paciente y cómo esta última tiene como finalidad superar sus dificultades, en el aquí y el ahora, dentro del grupo, en el hospital, y en la vida. Para bien o para mal, el terapeuta obten-

drá una inesperada perspectiva sobre la actitud, el ánimo y el grado de cooperación del paciente, así sobre como su capacidad para la resiliencia y la compensación.

La superioridad de la observación grupal sobre la entrevista individual se pone especialmente de manifiesto en los pacientes cuyo primer abordaje es grupal, sin entrevistas individuales previas, un procedimiento muy recomendable una vez se dispone de una cierta experiencia en terapia de Grupo. En estos pacientes es raro que la entrevista individual añada nada esencial, a menos que el paciente haya dejado claro que sólo abordará sus problemas en privado, o resulte evidente que sucederá así, lo cual en sí mismo ya es muy significativo. Y, por otra parte, por muchas entrevistas individuales que haya mantenido el terapeuta con el paciente, la situación grupal pondrá siempre de relieve aspectos nuevos del caso que con frecuencia serán los más trascendentes.

Desde su inicio la terapia Grupal pone en marcha un conjunto de factores específicos del Grupo. Tan pronto como se constituye, surge la dinámica grupal, apareciendo un objeto totalmente nuevo para la observación y el tratamiento, como si se tratase de un nuevo organismo, muy diferente a los individuos que lo componen. Visto con esta luz, el Grupo es en sí mismo un Elemento, una minúscula entidad, una unidad de observación, a partir de la cual se construye la compleja unidad del hospital. Las corrientes y contracorrientes que surcan el hospital, y el Ejército del que forma parte, se reflejan en el Grupo, desde el que puede influirse en ellas. El profesional será un verdadero terapeuta de Grupo cuando sea capaz de apreciar y dominar estas dinámicas utilizándolas como puntos de apoyo para influir en los individuos que componen el Grupo. Y si puede ir más allá de la superficie y llegar a tener en cuenta las dinámicas inconscientes, llevándolas a la superficie y al intercambio activo, se convertirá en Grupoanalista. Pero puesto que el psiquiatra hospitalario se dedica al tratamiento



de individuos es posible que no pueda evitar poner en cierta medida en el centro de mira al individuo, y emprender una terapia de Grupo más centrada en sus integrantes. Pese a todo, deberá observar cuidadosamente los fenómenos grupales, aunque sea en un segundo plano, y dirigir su atención al menos en parte a su manejo; esto es, al manejo del grupo como un todo.

Así pues, el mero abordaje de los pacientes en Grupos contemplando, como se ha descrito, su lado terapéutico, introduce potentes factores que son útiles para el tratamiento. Se da ya un gran paso si se consigue despertar el interés del paciente, independientemente de cuál sea el tema que le atraiga. Este es el método de elección para las dificultades en la adaptación social y las relaciones interpersonales distorsionadas, factores ambos esenciales en la neurosis. De hecho, es el único procedimiento que puede abordar directamente estas cuestiones. El terapeuta puede permanecer al margen, especialmente si decide que cada sesión gire en torno a un tema diferente o si sigue un programa preestablecido en el que se incluyan aspectos de interés. Esta técnica favorece que los hombres observados revelen gran parte de sus reacciones personales e interpersonales, que podrán ser objeto de atención en entrevistas individuales.

No es necesaria una selección especial de los miembros del grupo, con tal de que compartan similar nivel intelectual y experiencia previa, en particular bélica y previsible destino al alta. Desde en esta fase precoz de la formación del grupo debe aplicarse ya una regla fundamental de la Terapia de Grupo: debe sacrificarse el individuo en aras del Grupo. Si se demuestra que un individuo representa una influencia negativa para el conjunto del Grupo, habría que descartarlo, aunque pudiera beneficiarse personalmente de su inclusión. A este respecto podemos enunciar otra observación básica: salvo raras excepciones, si un individuo tiene mal pronóstico en marco grupal, es de

temer también que sea difícil de abordar en cualquier tipo de tratamiento individual.

Las sesiones de Grupo del tipo que hemos descrito no difieren mucho de una reunión del ABCA bien dirigida, en la medida en que esta última se orienta también a provocar el interés, la discusión y el intercambio por parte del Grupo más que a impartir conocimientos o dar información. Por lo tanto, estas sesiones pueden ser las más adecuadas para el terapeuta grupal con poca experiencia hasta que se sienta seguro y capaz de permitir que los contenidos fluyan libremente.

A la gente no le agrada alterar su forma de ser o cualquier otro de sus rasgos. Los prejuicios, teorías y convicciones firmemente enraizadas en su mente se mantienen con fuerza desde que fueron implantadas por las figuras más importantes de su niñez. En particular, los neuróticos temen cualquier cosa que pueda afectarles y evitan instintivamente, como la plaga, todo lo que pudiera cambiar su situación. Por lo tanto, el Grupo estará tanto más contento cuanto más se le den las cosas hechas y cuanto menos tenga que pensar y hacer por sí mismo. Conseguir que sus miembros se impliquen activamente y estén dispuestos a participar de forma espontánea es una tarea ciertamente difícil, pero si uno lo logra, aparecerá la otra cara de la moneda. Es sorprendente el entusiasmo y el ingenio que mostrará el mismo Grupo, y el talento, la inteligencia, el interés, la experiencia, la rica vida emocional, el humor e incluso la sabiduría imprevista que puede encontrarse en todo grupo. A partir de ahí es cuando se aprecia la capacidad del terapeuta, cuando debe demostrar su valía, y cuando para bien o para mal se podrá saber realmente cómo es. Se verá puesto a prueba e inmisericordemente expuesto, sin ninguna escapatoria. En ese momento podrá descubrirse si realmente tiene derecho a ponerse al frente de otras personas y afirmar su capacidad de guiarles hacia una mejor manera de abordar sus problemas y dificultades. Si supera estas prue-



bas, puede decirse a sí mismo, con orgullo, “soy un ser humano”. No encontrará ninguna dificultad en ser verdaderamente modesto y sentir con autenticidad: “Aquí estamos, juntos, afrontando la realidad y los problemas básicos de la existencia humana. Soy uno de vosotros, ni más ni menos”.

Esta es la posición fundamental de la Terapia de Grupo. No debe extrañar que despierte ansiedades en el propio terapeuta. Sin embargo, si ha superado su propia exigencia de perfección, si no tiene miedo de que se descubra que tiene carencias, imperfecciones y que no lo sabe todo, podrá permitirse ser honesto y sincero y mantenerse firmemente en la realidad. Al hacerlo, su ejemplo es para el Grupo la influencia terapéutica más valiosa y potente. Estos son los ingredientes básicos de la Terapia de Grupo.

El lector notará que hemos centrado nuestra atención en el Terapeuta de Grupo. Tan pronto como esté preparado para afrontarla, ya no se planteará preguntas como: “¿Qué hago con el grupo? ¿Cómo lo pongo en marcha? ¿Cómo trato ésta o aquella situación?”, sino: “¿Qué (hay en mí que) impide que el Grupo se ponga en marcha, hace que no hablen, obstaculiza su interés y su libre interacción? ¿Cuáles son las barreras, y están en mí o están representadas por mí? ¿Estoy preparado para afrontar los problemas que puede plantear este Grupo? ¿Cómo hago yo mismo lo que les pido a ellos, es decir, afrontarlo todo, sea lo que sea, directamente y sin rodeos, sin disponer de más ayuda de la que disponen ellos y, si es necesario, sin ningún tipo de guía?”. Antes de emprender un tratamiento grupal más libre el terapeuta debe plantearse estas preguntas y otras similares, y debe seguir planteándoselas mientras lo desarrolle. Pero una vez que ha dado el salto, debe estar seguro de que también los Grupos le guiarán a él, le capacitarán para dar respuestas más satisfactorias y le modelarán como terapeuta a medida que se van desarrollando. Cuando se sienta listo para adoptar este tipo

más libre de abordaje, el terapeuta deberá embarcarse en él con un espíritu aventurero y experimental, dispuesto para seguir al Grupo. Esta será también la mejor forma de desarrollar su propio estilo.

Entre tanto, puede ir adquiriéndolo mediante pasos y fases, en cada una de las cuales puede permanecer el tiempo que considere necesario, deteniendo su desarrollo técnico donde lo vea oportuno. Puede empezar con la fase de grupos ABCA, después, gradualmente, puede permitir una mayor libertad en el desarrollo de las discusiones hasta que quizás más tarde no necesite ningún tema preestablecido y pueda confiar en la espontaneidad del Grupo, o en la suya propia. En lugar de observar simplemente los factores personales del Grupo, puede introducir nuevos elementos al presentar abiertamente estos factores para su discusión. Así, en vez de decir: “X dice a, Y dice b. ¿Qué puede decirse a favor de a o de b? ¿Quién está a favor de a o de b y quién opina de otra manera?”, pasará a decir: “X dice a, Y dice b. ¿Por qué X dice a, y qué hace que Y diga b?”. Igualmente, puede establecer paralelismos entre actitudes similares o contradictorias en la misma persona o en diferentes miembros del grupo. En resumen, el tema que se discute pierde importancia, pasando al primer plano los participantes en la discusión.

Otra forma en que el terapeuta puede plantear el problema al grupo es: “Nos hemos reunido para hablar de vuestras dificultades. ¿Qué queremos saber y por qué? Hablemos de ello”. Desde el principio será el Grupo quien preferentemente seleccione los temas, en función de los problemas de los pacientes, lo que da interés al factor personal.

Por supuesto, es posible dirigir un grupo psicoterapéutico desde un ángulo totalmente diferente. En el pasado se practicó con gran éxito la hipnosis grupal. También puede fomentarse más activamente una relación transferencial (aunque hay que decir que se consigue



hacerlo más eficientemente si se deja que se desarrolle espontáneamente). Podemos utilizar nuestra autoridad para tratar a los grupos activamente, por medio de la persuasión, la sugestión, la explicación o la reeducación. Para ello es útil seleccionar los grupos en función de su sintomatología (por ejemplo enuréticos, tartamudos, etc) o, alternativamente, de problemas similares (maritales, miedo a enfermedades venéreas, etc). En esta línea puede utilizarse también un cierto grado de abordaje psicoanalítico, centrado en el insight. Pueden observarse las interacciones entre los miembros del grupo y utilizarlas deliberadamente con finalidad terapéutica, o planear y crear situaciones especiales para obtener determinados resultados.

Tal como la entendemos en Northfield, todos estos métodos pueden utilizarse como puntos de arranque o escalones en la Terapia de Grupo. Pero considerados como un fin en sí mismos, a pesar de su interés, no obtienen mejores resultados, ya que carecen de elementos esenciales. Somos partidarios del principio de que hay que centrar al grupo en sí mismo, privándolo de su deseo de ser dirigido y dejando que encuentre su propio objetivo y propósito. Este es el principio del Grupoanálisis y también el de las "situaciones grupales sin líder" utilizados en los WOSB². Pero así como en estos últimos el grupo tiene como objetivo primordial el diagnóstico de la personalidad, el grupo del Hospital tiene una finalidad primariamente terapéutica. Ahora bien, el grupo de los WOSB tiene, al mismo tiempo un cierto efecto terapéutico, y el grupo hospitalario es el mejor marco para obtener el psicodiagnóstico más afinado. Ambos usos del grupo hacen hincapié en la necesidad de aumentar el contacto social para obtener un mejor funcionamiento.

Si se sigue el abordaje analítico, debe hacerse entender al Grupo que han de exponer

todo lo que deseen y que no es necesario que hablen continuamente de un determinado aspecto o tema, sino más bien expresar todo lo que les venga a la mente. Inicialmente se les puede explicar que esto será beneficioso para el tratamiento pero en general es mejor que lo descubran por sí mismos a medida que pasa el tiempo. En un Grupo bien dirigido no hay ninguna dificultad en dejar que los pacientes descubran que esto es una parte, esencial, por lo demás, del tratamiento. Por supuesto, el papel del terapeuta, una vez que ha conjuntado al Grupo, consiste en hacer que se ponga en marcha, y ayudarles a que comprendan la idea. En otras fases y en mayor o menor grado, tendrá también que emplear alguno de los métodos que hemos mencionado, si la situación lo justifica. Por ejemplo, a veces los intereses del grupo convergen en un cierto tema, y el tiempo que se consume en explicarlo o en hablar sobre él, resulta muy rentable. Sin embargo, lo normal es que el terapeuta quede paulatinamente en un segundo plano y se convierta en una figura superflua. Sólo de esta manera podrá observar la dinámica del Grupo y las relaciones interpersonales entre sus miembros, mientras cumple con su papel real, que es guiar cuidadosamente al Grupo hacia un fin terapéutico. Al mismo tiempo, provoca la actividad espontánea del Grupo y estimula el intercambio de información y opinión, con la enorme potencialidad terapéutica que esto encierra. Participa y, cuando es necesario, actúa como director, coordinador e intérprete. Su papel es doble, ya que es tanto miembro como observador del Grupo, y su función es multidimensional. Así, tiene que valorar hasta dónde debe tratarse un determinado aspecto teniendo en cuenta a) al individuo afectado y b) al grupo, y cumpliendo nuestra regla "El Grupo primero", puede verse en la necesidad de omitir una exploración más profunda y dejarla para una entrevista individual.

2 War Office Selection Board. Equipos de evaluación creados en el Reino Unido en 1942 con el fin de seleccionar oficiales del ejército a partir del estudio de la personalidad. Los equipos estaban formados por un coronel, un teniente coronel, cuatro mayores, tres capitanes, un psicólogo y tres auxiliares administrativos (N del T).



Las entrevistas individuales realizadas a partir de las sesiones grupales ganan mucho valor y sentido y son las más apreciadas. Una de las inestimables ventajas de esta forma de abordaje global es que consigue que el Grupo se alce contra sus propias dificultades, resistencias y oposiciónismo. Termina por darse cuenta de que surgen del propio Grupo, y a medida que crece la presión y la tensión, no podrá evitar abordarlas. Los silencios, su naturaleza, su significado, su valor y la manera en que se manejan, son en sí mismos un capítulo que no podemos tratar en este artículo. El propósito declarado del Grupo es la mejoría y la salud, algo que como sabemos, dista mucho de ser el principal deseo del neurótico en el marco hospitalario. Lo que le gusta es decir: "Lo estoy pasando mal por esto y por aquello. No puedo evitarlo. Lo he intentado con todas mis fuerzas. Cúreme, doctor". En el Grupo hace lo mismo. Por lo tanto es esencial que lenta pero firmemente, se devuelva la responsabilidad al paciente, que es a quien en realidad corresponde. Si no puede cumplir con la indicación de abrir libremente su mente, el problema es suyo. Si el Grupo se enfría, mostrará su propia falta de interés y de impulso para cooperar en la cura. Tienen frente a sí su propia resistencia. Se les puede señalar este aspecto. La tarea de dar a conocer la resistencia y otras defensas, haciéndolas manifiestas y conscientes, es una parte integral del Grupo. Análisis y de la psicoterapia individual en la vida civil, pero en psiquiatría militar, en la que hay que alcanzar el mejor resultado posible en un plazo de tiempo razonable, deben renunciarse a objetivos terapéuticos ambiciosos. En estas condiciones de tratamiento, el terapeuta deberá tratar de adelantarse a las situaciones de resistencia y enfriamiento y sortearlas o hacer concesiones técnicas con el fin de mantener al grupo interesado, cooperador y receptivo. El Análisis de estas actitudes negativas, como norma general, no debería ocupar más de una de cada cuatro sesiones y no merece la pena emprenderlo a menos que el Grupo tenga aún por delante un periodo suficientemente prolongado de estancia hospitalaria. Lo mismo

sucede con el análisis de la interpretación del material a nivel simbólico, aunque esta regla puede variar según la composición y el grado de comprensión de cada Grupo. Dado que habitualmente el Grupo muestra una apreciación del material simbólico mucho mejor que el individuo, no debe temerse profundizar, si como sucede a veces, los miembros del Grupo deciden de común acuerdo abordar esos niveles. Sin embargo, no debe exagerarse el valor terapéutico de analizar ese material ni debería tampoco sobrevalorarse la importancia del insight. Si aparece es bienvenido, pero el efecto terapéutico no es proporcional al grado de insight alcanzado.

Guiar un grupo por las líneas que hemos marcado exige al terapeuta una gran paciencia, equilibrio y juicio. Es un arte, y al mismo tiempo, es un procedimiento mucho más interesante que cualquier otra forma de terapia de grupo desde el punto de vista científico. También ofrece la recompensa de sus resultados terapéuticos, con la ventaja añadida de que el progreso apreciado en un área suele notarse también en otros aspectos que no se han abordado directamente, del mismo modo que la inmunidad conseguida en una pequeña zona del organismo altera la respuesta de su conjunto.

A partir de todo lo que hemos venido diciendo puede deducirse que no es posible condensar la técnica en un conjunto de reglas. Pero toda variante de terapia de Grupo que merezca el nombre reposa básicamente sobre los principios del Análisis Grupal, ya que las experiencias de éste son la esencia de otras formas de terapia de grupo. Algunas propuestas empíricas pueden resultar útiles.

Selección. Queda mucho por saber acerca de los principios que deben regir la selección del Grupo. El lugar adecuado para aprenderlos es el hospital, en el que los especialistas dedicados a la terapia de Grupo utilizan este procedimiento más que el abordaje individual. En dicho marco es posible desarrollar criterios



científicos no sólo para adjudicar pacientes a un determinado terapeuta, sino para decidir los que compondrán cada Grupo. Este procedimiento es prometedor y en Northfield nos acercamos al momento en que podrá ser realidad.

Sin embargo no es nada descabellado formar el grupo con pacientes no seleccionados y descartar después a alguno de ellos si resultan ser inapropiados. También puede formarse un Grupo con pacientes necesitados de un tratamiento más intensivo que sean razonablemente colaboradores, inteligentes, y con una buena capacidad de expresarse, siempre que vayan a permanecer en el hospital al menos de cuatro a seis semanas. En general, lo que más debe cuidarse es que el grupo no sea demasiado variado en cuanto a edad, inteligencia y fecha prevista de alta. Al reunir el grupo hay que actuar como un buen cocinero. Si el Grupo contiene varias personas cerradas, tímidas y ansiosas, el terapeuta puede encontrar adecuado que los dos próximos integrantes sean dinámicos. Unos pocos individuos psicóticos o cuasipsicóticos suelen funcionar bien en un Grupo de pacientes neuróticos inhibidos. También puede funcionar un Grupo en el que haya pacientes deprimidos o dependientes. Combinando los pacientes pueden obtenerse Grupos válidos, aunque al dirigir las sesiones habrá que disculpar las peculiaridades de las diferentes materias primas que componen el Grupo.

Grupos abiertos y cerrados. En general, los grupos serán “abiertos”. Es decir: los participantes dejan el Grupo en momentos diferentes y son reemplazados por pacientes nuevos. El Grupo permanece, sus miembros cambian. Para el Grupo terapéutico, este flujo no es desfavorable, siempre que exista suficiente solapamiento. Lógicamente, Por supuesto, esto no es tan fácil en un “programa” prefijado de terapia. El grupo cerrado en su forma más extrema se desarrolla sin modificaciones en su composición a lo largo de su existencia en el hospital. En Northfield hemos realizado una experiencia muy alentadora en este sentido de la que dare-

mos cuenta en detalle en otra publicación. No es fácil repetirla en nuestras actuales condiciones, pero debería ensayarse más cerca del campo de batalla. El mejor encuadre para el Grupo Cerrado es el de un “grupo de trabajo” que lleva a cabo un “proyecto”. Si llamamos a este grupo de trabajo “equipo” para distinguirlo del grupo terapéutico, podemos encontrar en el hospital psiquiátrico las siguientes posibilidades:

1. Equipos compuestos por pacientes de diferentes terapeutas
2. Equipos como entidades diseñadas deliberadamente a cargo de un determinado terapeuta. Alguno de sus miembros puede recibir sólo psicoterapia individual, mientras que otros pueden ser miembros de diferentes grupos terapéuticos.
3. Equipos idénticos a Grupos terapéuticos.

Estas diferentes modalidades de manejo grupal son las que más nos interesan actualmente en Northfield, ya que admiten una variabilidad máxima. Los equipos pueden mantenerse abiertos o, intercambiarse. Las condiciones del equipo (1) tienen el inconveniente de que las reacciones del Grupo no se observan, coordinan y explotan con fines terapéuticos, pero no por ello dejan de tener lugar. En este sentido, es mejor el formato (2). El tipo (3) permite dos variaciones:

- a) El proyecto en Equipo puede ser secundario y suplementario al Grupo Terapéutico.
- b) El Grupo Terapéutico puede ser suplementario al proyecto en equipo. Esta última es la forma ideal para los casos que no necesitan un tratamiento intensivo o en los que no se dispone de tiempo para llevarlo a cabo.

Las formas (a) y (b), por supuesto, no son inmutables, y un mismo Grupo puede pasar de una a otra según las circunstancias en fases diferentes.

Para explotar al máximo este tipo de “proyecto de trabajo” en equipo es esencial que exista en el hospital un servicio de Terapia



Ocupacional bien articulado y flexible, en estrecha cooperación con el psiquiatra para facilitar estas “actividades seleccionadas”, tal como tenemos la suerte de disponer en Northfield. En los centros en que no exista este servicio, aun a falta de equipamiento y material, no debería ser difícil encontrar tareas adecuadas. El valor terapéutico del proyecto es proporcional a su utilidad social. Las necesidades, condiciones y situaciones propias del hospital determinan el proyecto. Si las necesidades del hospital en su conjunto no justifican crear un proyecto de trabajo en equipo, pueden ponerse en marcha experiencias más reducidas a nivel de pabellón o de grupo. Pero es preferible que el terreno de operaciones sea todo el hospital y que los grupos menores y los pabellones se integren en él y se desarrollen en el contexto de todo el conjunto.

Número. Los grupos pueden ser de tamaño muy variado. Un pabellón es un Grupo; tres o cuatro personas son un Grupo. Los equipos pueden variar de 4 ó 5 personas hasta 10. Pero a nuestro entender, un Grupo terapéutico, en su sentido más estricto, será pequeño si tiene menos de 7 miembros y demasiado grande si son más de 10. El número óptimo es 8.

Tiempo. Una hora parece el mínimo satisfactorio para una sesión de terapia de Grupo, siendo la duración óptima en torno a una hora y media. Aunque en ocasiones la sesión puede prolongarse durante horas, no parece que extenderla más allá de dos sirva de mucho al terapeuta o al Grupo. Si el terapeuta sigue un método psicoanalítico, probablemente preferirá sesiones de duración estable. Si el abordaje no es estrictamente psicoanalítico, la duración puede variar según las circunstancias. En cuanto a la frecuencia, consideramos que una o dos sesiones por semana es lo adecuado. No suele ser factible mantener regularmente sesiones más frecuentes, y la regularidad y, siempre que sea posible, un horario prefijado, son más importantes que la frecuencia. Es preferible un ritmo regular de una sesión semanal, a la misma

hora, que tres sesiones en una semana seguidas de una o ninguna a la siguiente.

Cómo llevar la sesión. Sería más sencillo escribir un tratado sobre este aspecto que



condensarlo en unas reglas rígidas. En todo caso, debe quedar claro con este memorándum que a nuestro entender, la principal condición para el manejo adecuado del Grupo es que el terapeuta mantenga una actitud correcta. Lo ideal es que él se sienta libre de abordarlo con un espíritu experimental con el fin de determinar qué estilo de manejo es el adecuado para sus propias características personales.

En las primeras sesiones el principal objetivo del terapeuta es conseguir que el nuevo Grupo funcione como un Grupo. En esta fase tendrá que ser más activo y hablar más que en sesiones posteriores. Lo mismo sucede, por general, al comienzo de cada sesión. Es una buena norma permitir que los pacientes hablen, independientemente de la inclinación que tengan para hacerlo, y no apresurarse a ayudarles aunque mantengan silencios prolongados. Si intenta ayudar activamente, el conductor suele obstaculizar el desarrollo del Grupo más que estimularlo. Debe observar si todos los miembros participan, teniendo siempre en mente que algunos lo hacen muy bien aunque hablen poco. El terapeuta también tiene



que estimular el intercambio dentro del Grupo. Siempre es preferible que hable otra persona que no sea el conductor. Debe ensancharse el Grupo antes de profundizarlo. A veces la mitad del Grupo está participativa, mientras que la otra mitad está aburrída. El conductor puede mandar callar de repente a la mitad activa e invitar a los otros a que hablen. Las resistencias y la oposición deberán señalarse sobre la marcha. Cuando un grupo se estanca y se vuelve definitivamente apático puede ser necesario abordar activamente la resistencia y convertirla en el tema principal durante una o dos sesiones, siempre que se mantengan las condiciones anteriormente señaladas.

Existe lo que podríamos denominar Estrategia de Grupo y Táctica de Grupo. A veces es necesario actuar temporalmente contra todo principio estratégico para conseguir una ventaja táctica. Siempre que el Grupo y sus miembros funcionen bien, deberíamos estar satisfechos y no intentar mejorarlo: siempre se observan cosas de interés. Esta es una regla simple, que no siempre se aprecia. El tratamiento grupal, como el individual, no siempre produce efecto en forma de elevadas tensiones dramáticas o revelaciones impresionantes; por el contrario, los detalles aparentemente insignificantes pueden ser de gran valor. En las sesiones de Grupo es mucho más lo que sucede en la trastienda y lo que se dice entre líneas que lo que se hace manifiesto. El tratamiento individual puede complementar al Grupal en este aspecto.

El creciente número de psiquiatras que se dedican al tratamiento de Grupo nos ha hecho organizar en Northfield un seminario semanal, que es en sí mismo una forma de Grupo. Hemos comprobado que es muy útil para intercambiar experiencias y aportaciones técnicas. Gracias a él, algunos terapeutas, en particular los inexpertos o en formación, están realizando un trabajo excelente y pronto enriquecerán el campo, no sólo con su propia casuística, sino con contribuciones en forma de nuevas ideas y experimentos.

Finalmente, describiré un tipo de Grupo que puede servir como ejemplo. Debe ser factible en todo tipo de marcos y permite una amplia gama de modificaciones. Desde el comienzo, los pacientes se ven en un Grupo de ocho a diez miembros. Se les muestra el hospital, el pabellón, etc., y se les pone en situación. El primer abordaje psiquiátrico consiste en pedirles que digan por turno sus quejas, su historia y sus experiencias importantes recientes, así como sus ideas sobre el tratamiento y la cura. Si se utilizan estos instrumentos, este es un buen momento para pasarles un cuestionario. Así transcurrirían una o dos sesiones, entre las cuales puede intercalarse una entrevista individual más o menos larga. En algunos casos será evidente la necesidad de esta entrevista. Es posible que uno o dos miembros puedan resultar incompatibles para el abordaje Grupal o inadecuados para este Grupo en concreto, y en tal caso sería necesario reemplazarlos por otros. Los miembros del Grupo deberán alojarse en la misma zona del hospital, en habitaciones próximas entre sí y, si es posible, sin compartir los espacios con personas ajenas al Grupo. Tan pronto como sea posible, deberían discutir y acordar un proyecto de trabajo. Tras ello, se les presentará el personal del departamento, que les ayudará a obtener los elementos necesarios para desarrollar el proyecto que han elegido. Una vez discutidos los detalles con el personal, se pondrán manos a la obra inmediatamente, planificando ellos mismos el trabajo. El proyecto debe ser flexible y permitir las variaciones que deseen introducir los individuos en la medida que tengan el suficiente interés para proponer alguna. Es importante que los miembros indiferentes se amolden de la mejor manera posible. Como ejemplo, en estos momentos un grupo de pacientes está arreglando el escenario del salón de actos, reparando, rehaciendo y diseñando decorados, que por lo general son mejores que los anteriores. Otro Grupo ha construido ya tres grandes invernaderos de cultivo experimental, dos para tomates y uno para champiñones. Algunos miembros del grupo construyeron la base de



ladrillos, otros prepararon las cubiertas, y así sucesivamente. El terapeuta sigue a este Grupo tanto en su trabajo como en una sesión semanal de Terapia Grupal. También se atiende individualmente a sus miembros si surge la necesidad. Además, disponen de una "hora abierta" para entrevistas individuales en la que pueden acudir al terapeuta sin cita previa si lo desean. Aparte de esto el terapeuta les ve todos los días al pasar sala y semanalmente en la reunión general del pabellón, las discusiones ABCA y la reunión semanal conjunta de todos sus pacientes. En todas las demás actividades participan de modo individual. De esta manera, el contacto con el terapeuta es muy cercano y la sesión del Grupo desarrolla pronto una atmósfera de intimidad como mínimo equivalente a la de la entrevista individual. Como no podía ser de otra manera, las entrevistas individuales tienen gran importancia. Salvo que los pacientes expresen deseo de tenerlas o el terapeuta las vea necesarias, tienen lugar esporádicamente y por turno. No es raro que los pacientes no sepan de qué hablar, ni expresen quejas, por lo que el terapeuta se limita a mantener una breve conversación con ellos, a veces en relación con el Grupo y su papel dentro de él.

Este grupo puede ser "cerrado" o "abierto". La primera variante es muy útil si puede continuar después del hospital y el Grupo puede persistir como tal en el centro de convalecencia, por ejemplo. Lo ideal sería que mantuviera su identidad incluso al regresar a sus unidades militares. Sin embargo, aunque el Grupo se disperse cuando sus miembros dejen el Hospital, como sucede en la actualidad, no hay ninguna razón para pensar que la mejoría del paciente en su capacidad social no se mantenga en otras

circunstancias. En cualquier caso hay que advertir claramente al Grupo que llegará el momento en que se disuelva, con el fin de sus miembros puedan prepararse para la separación y sacar a la luz sus reacciones mientras están todavía juntos. En la medida de lo posible, debería abordarse todo ello de forma explícita, de modo que los miembros del Grupo puedan confiar en el terapeuta y en los compañeros y no se sientan en modo alguno engañados. Este punto tiene gran importancia para que el resultado del tratamiento sea fiable. Si es administrativamente posible el alta simultánea de todos los miembros, tiene muchas ventajas el manejar el grupo o el equipo como estrictamente cerrado.

Naturalmente, el staff, las monjas, los auxiliares deben tener también sesiones de Grupo. En cada pabellón el psiquiatra debería reunirse semanalmente con todo su equipo para ayudarles a funcionar unitariamente, y la monja, además de asistir a las reuniones generales, debería acudir de cuando en cuando a las reuniones del Grupo terapéutico, lo que resulta muy útil para conjuntar al personal con los pacientes.

Es posible que los psiquiatras se pregunten de dónde sacarán tiempo para todas estas reuniones. La única manera es reduciendo el número de entrevistas individuales. Los resultados compensan sobradamente la nueva de distribución de la actividad del terapeuta.

Confiamos que este resumen sea útil y estimule y anime a emplear más los métodos grupales. Ahora bien, aquí también la mejor manera de aprender es practicando.





Los experimentos de Northfield y el Memorandum de S.H. Foulkes

Oscar Martínez Azumendi

Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto, Bilbao.

Desdichadamente y como ha sucedido con otras facetas del desarrollo tecnológico, la Segunda Guerra Mundial actuó como catalizadora de importantes avances en el campo de la asistencia psiquiátrica en el Reino Unido¹. Se calcula que en el ejército británico más de 100.000 soldados fueron licenciados del ejército por causas psiquiátricas, el mayor de los motivos médicos (entre el 30 y 41% de todas las bajas médicas), siendo cuatro veces mayor que las bajas por herida en combate².

Tal número de víctimas necesitaba de medidas innovadoras para responder tanto a sus necesidades individuales como a las del propio ejército, y para lo que se desarrollaron estrategias más organizacionales que terapéuticas. Los nuevos métodos, algunos pioneros en el campo de la psiquiatría social, tenían como principal objetivo reintegrar a los soldados a sus ocupaciones militares, aunque también hay quien opina que a pesar del aparente objetivo rehabilitador encomendado a los psiquiatras, este tipo de justificación médica era la utilizada principalmente para dar la inutilidad médica a soldados indeseables para el ejército. Los abordajes más creativos tuvieron lugar en dos hospitales británicos, la Unidad Mill Hill dependiente del Hospital Maudsley en Londres y el Hospital Hollymoor en las cercanías de Birmingham.

El Hospital Militar de Northfield

El Hospital de Hollymoor fue inaugurado en 1905 como anexo al hospital de Rubery Hill³, para cerrar definitivamente sus puertas como hospital psiquiátrico monográfico en 1994. Durante la Primera Guerra Mundial los enfermos mentales allí asilados fueron realojados en otros hospitales, reconvirtiendo de forma interina sus 930 camas a hospital ortopédico para el final de la guerra. Sin embargo, durante la Segunda Gran Guerra, la necesidad de atender a un creciente número de víctimas con “neurosis de guerra” hizo que fuera renombrado y transferido a los militares bajo el nombre de Hospital Militar de Northfield en Abril de 1.942, en esta ocasión destinado a acoger bajas psiquiátricas. De sus camas, 200 fueron reservadas para casos agudos (que vestían de azul) y otras 600 para rehabilitación (que lo hacían ya de caqui, el color que los identificaba como soldados), quedando bajo la dirección de un psiquiatra formado en la clínica Tavistock.

En principio Northfield fue diseñado para aumentar la tasa de retorno al frente, debiendo atender a aquellos soldados con unas razonables expectativas de recuperación. La estructura asistencial allí desarrollada se basaba en dos pilares fundamentales, por una parte



un posicionamiento liberal frente al individuo, en cierto modo antitético a los valores militares tradicionales. Por otra, remarcando la importancia del grupo sobre el individuo, un dogma militar de raigambre histórica. Los hospitalizados no estaban enfermos, sino desmoralizados².

El primer experimento Northfield

Se desarrolló durante un corto lapso de tiempo de 6 semanas del otoño de 1942, bajo la dirección de Bion y Rickman. Bion era veterano de la Primera Guerra Mundial donde sirvió como comandante y fue uno de los tres únicos supervivientes de un regimiento entero. Por este motivo gozaba de cierta reputación militar de la que sin embargo carecía Rickman, que era su propio analista y el que a su vez se había analizado con Freud y Klein. Bion ya había trabajado también como psiquiatra para el Ejército, desarrollando en 1940 el “*Leaderless Group Test*” destinado a la selección de oficiales. Para esta prueba, los candidatos eran sometidos a una serie de interacciones grupales no estructuradas en las que se observaba su capacidad de exploración, cooperación, disciplina y competición, para de ahí deducir su habilidad para mantener sus relaciones personales bajo tensión⁴.

En rasgos generales, el objetivo de la experiencia que desarrollaron en Northfield no era tanto el tratamiento psiquiátrico de las víctimas, sino el incremento de la moral y la disciplina, entendiendo estas desde el punto de vista militar y considerando el deber individual hacia la comunidad como algo fundamental. Estaban convencidos de que “*Hacia falta un tipo de disciplina similar a la que logra en el campo de batalla un oficial de experiencia al mando de un batallón desorganizado*”⁵, por lo que los hombres de baja por motivos psicológicos debían ser recordados que eran básicamente soldados, no pacientes psiquiátricos. La cura de la neurosis se lograría entonces a través de un proceso de resocialización, persuadiendo a los individuos

para examinarse a si mismos y en su relación con los demás. Para ello, dentro de una estructura diaria de diferentes actividades, se dieron dos reglas básicas: participar en un grupo de actividad y acudir a un encuentro diario de toda la Unidad, una serie de grupos “sin líder” de hasta 100 ó 200 participantes.



Paradójicamente, al parecer fueron precisamente motivos disciplinarios los que dieron al traste prematuramente la experiencia tal y como explica De Maré, testigo de excepción de los dos experimentos llevados a cabo en el Hospital⁶⁻⁷. Para otros, como Main, “*no fue tanto un choque entre Bion y la cultura militar, sino un choque entre Bion y otros psiquiatras*”⁸.

El segundo experimento Northfield

Tras el fracaso del primer abordaje, Foulkes fue incorporado al hospital (donde trabajó de marzo de 1943 a enero de 1946), donde empezó a aplicar algunos abordajes grupales. A diferencia del primer experimento su objeto no fue tanto el conservar los recursos humanos para el ejército, sino rescatarlos como miembros valiosos para la sociedad. El esfuerzo era



dirigido a crear una comunidad en la que todos participaran y fueran respetados, más que a recuperar a un combatiente ideal. También a diferencia de las primeras experiencias, los pacientes se seleccionaban para la terapia grupal, poniendo cierto énfasis en la discriminación de los participantes ideales para descartar muchos más como no adecuados². El propio Foulkes describió en 1948⁹ la evolución del ambiente y abordajes desarrollados durante su estancia, diferenciando cuatro fases principales.

La “Fase A”, entre 1.943 e inicios de 1.944, fundamentalmente dominada por la descoordinación y desconfianza entre los estamentos profesionales, falta de disciplina, tendencia al escaqueo de obligaciones y búsqueda de la exclusión del servicio militar, todo ello en un ambiente generalizado de degradación del espíritu castrense, muy acorde con la inhóspita y deprimente estructura manicomial. Durante esta época Foulkes formó grupos con sus propios pacientes que veía semanalmente en sus tardes libres.

“Fase A I”. Se inició antes de la apertura del Segundo Frente en junio de 1.944. La estricta separación entre la unidad de admisión y la de entrenamiento disminuyó, así como se implantó la agrupación de los pacientes de un determinado psiquiatra en el mismo dormitorio. El sentimiento de emergencia desatado ante el inminente nuevo frente bélico generó también actitudes más activas desde el hospital, tanto en lo educacional como en lo ocupacional (carpintería, modelado y otras actividades). Tras el desembarco de Normandía, en junio de 1.944, llegó un nuevo tipo de paciente a Northfield, jóvenes soldados que habían participado directamente en la batalla y que despertaron la culpabilidad, solidaridad y reconocimiento tanto de los profesionales como del resto de pacientes. Se establecieron encuentros para discutir los problemas cotidianos, mientras la plantilla asistencial se mostraba más activa y participativa, con objetivos más claros, lo que por otra parte no impidió la aparición de otras dificulta-

des interpersonales añadidas. Desde el punto de vista grupal, empezaron a acudir diferentes observadores externos interesados en la experiencia que se fue ampliando con una mayor variedad en el tipo de grupos utilizados, incluidos los métodos socio y psicodramáticos de J.L. Moreno.

La “Fase B”, que sería el genuino “*experimento Northfield*” para Foulkes. A partir del final de 1.944, cuando el Segundo Frente estaba ya consolidado. La Sección de entrenamiento se transformó, promoviendo las más diversas actividades (laborales, artísticas, deportivas o de tiempo libre), se abrió un club para los pacientes, un periódico y un baile. El hospital se trató como un todo que progresivamente evolucionó hacia una comunidad autogobernada, con espacios diseñados específicamente para la discusión y reflexión. Dentro de lo posible la vida se organizaba y mantenía por los propios pacientes, quienes editaron diversos panfletos y notas explicativas para los recién llegados. Los abordajes grupales eran extensivos, despertando el interés de los psiquiatras que intercambiaban opiniones. Aparecieron los grupos cerrados, tanto en sus objetivos ocupacionales como “reflexivos”.

“Fase B I”. Con inicio tras el día de la Victoria y final de la guerra en Europa (8 mayo 1945). El entusiasmo imperante fue perdiendo intensidad y el hospital fue derivando hacia el ambiente de deterioro descrito en la Fase A. Tanto los soldados como el personal veían la guerra japonesa como algo lejano, preocupándose más por su propio futuro y vuelta a las ocupaciones civiles. Las actividades disminuyeron en intensidad y progresivamente se fueron institucionalizando y vistas como una imposición. Desde el punto de vista grupal, Foulkes hace referencia a la formación de grupos de actividades y participación en otros ya formados espontáneamente. También se usó un tipo de terapia por la representación semejante al sociodrama, siendo la función global de los grupos el restablecimiento de la Comunidad Hospitalaria.



En 1945, Main había sido destinado a Northfield ampliando el punto de mira del experimento al incluir a todos los miembros del hospital, al que se refirió por primera vez como “Comunidad Terapéutica”. Este autor consideró al hospital como necesitado de una mayor disciplina desde las experiencias de Bion, para posteriormente escribir que hasta entonces no podía considerarse una comunidad terapéutica propiamente, sino una comunidad en la que se llevaba a cabo terapia, principalmente en grupos⁹. Mientras tanto Maxwell Jones, dependiente de la plantilla del Maudsley, desarrollaba en el hospital Mill Hill sus experiencias con grupos de pacientes, a los que animaba a la participación social a la vez que buscaba estrechar las diferencias jerárquicas entre médicos, enfermeras y pacientes con este fin.

El Memorandum A.M.D. 11, B.M. 03/02/2

Foulkes, nació en Alemania en 1898, falleciendo en 1976 en Londres adonde emigró en 1933 y en donde fundó en 1952 la Sociedad Grupo Analítica. En 1944 escribió, junto a la psicóloga Eve Lewis, su primer artículo relacionado con los grupos, donde explicaba el trabajo realizado en su consulta de Exeter durante 1942¹⁰. Seguidamente se enroló en el Cuerpo Médico del Ejército, siendo destinado a Northfield como Mayor.

Fruto de su trabajo en el hospital es la redacción de un memorandum interno para el Ejército en 1945¹¹. Esta memoria, que no ha sido publicada en su forma completa hasta el momento, resulta ser entonces su segundo trabajo escrito en relación con la terapia de grupo. Una adaptación del texto fue publicada en 1946 en el “*Bulletin of The Menninger Clinic*”¹² y posteriormente reimpressa en el capítulo XV de “*Therapeutic Group Analysis*” de 1964¹³ que sólo recientemente ha sido traducido al español. En el artículo se eliminan varios párrafos del memorandum original, añadiéndose un apartado sobre las reuniones de la planta que

no aparecía en el texto original (de difícil y peculiar sintaxis para la traducción, así como ocasionalmente reiterativo y redundante sobre algunos aspectos).



Desde el punto de vista de la teoría grupal, lógicamente sus desarrollos son todavía incipientes y aunque entre líneas ya se apuntan ideas grupoanalíticas futuras, conceptos como la matriz, la teoría reticular o la mente grupal no son explícitamente nombrados¹⁴. Los contenidos son fundamentalmente descriptivos de la experiencia, defendiendo la utilidad y potencialidad terapéutica de los abordajes grupales en base más al entusiasmo y convicciones personales que en datos empíricos expuestos con una cierta objetividad. Resulta además interesante comprobar el distanciamiento de Foulkes del funcionamiento y necesidades del ejército cuando llega a solicitar que al alta los miembros del grupo no fueran separados entre sí por temor a que perdieran su identidad grupal.



Además del memorandum que nos ocupa y sus posteriores reimpressiones modificadas, Foulkes divulgó sus experiencias en Northfield en otras varias publicaciones, incluido el libro de Introducción a la Psicoterapia Grupoanalítica de 1948⁹ y otro par de artículos que también fueron reimpresos en su libro de 1964¹³. Sin duda todo ello la matriz donde se engendra y desde la que se desarrolla el grupoanálisis tal y como ahora lo conocemos.

Los experimentos en perspectiva

Las innovadoras experiencias desarrolladas, junto al entusiasmo desplegado en el hospital Northfield, fuera capitales para el desarrollo de la psiquiatría y psicoterapia grupal en Inglaterra y por extensión el resto de Europa. Todo ello las ha hecho objeto de descripción, escrutinio e incluso idealización, a veces de manera no suficientemente documentada. A la vista de estudios más minuciosos e imparciales, nos encontramos con la práctica inexistencia de mediciones y registros más o menos objetivos y sin seguimiento alguno de los resultados reclamados¹⁵. La mayor parte de los logros alcanzados fueron descritos principalmente por los propios psiquiatras protagonistas de las experiencias,

definidos ya entonces como personalidades resueltas y carismáticas, a la vez que probablemente mitificadas con el devenir del tiempo. Al parecer algunas opiniones registradas por otros profesionales fueron menos optimistas con los resultados, así como pacientes ingresados en esa época describen a Northfield como una aburrida y tradicional institución psiquiátrica y militar, vacía de terapia real¹⁶.

En cualquier caso, resulta innegable que los psiquiatras que allí participaron introdujeron un punto de vista claramente diferente a la práctica habitual imperante, confrontando la visión tradicional de los pacientes psiquiátricos como receptores pasivos del tratamiento. Para ello buscaron la libertad de expresión y la participación activa y democrática en la vida de la comunidad de los pacientes, a quienes además se les permitía opinar tanto sobre su tratamiento como de otras cuestiones generales del Hospital. Experiencias seminales para el desarrollo posterior no solo de los abordajes terapéuticos grupales, sino de estrategias organizacionales y relacionales que, en mayor o menor medida, impregnan el funcionamiento diario de gran número de instituciones asistenciales en la actualidad.



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Jones, E. "War and the Practice of Psychotherapy: The UK Experience 1939–1960". *Medical History*. 2004; 48(4): 493–510.
- 2 Thalassis, N. "Soldiers in Psychiatric Therapy: The Case of Northfield Military Hospital 1942–1946". *Social History of Medicine*. 2007; 20(2): 351–368.
- 3 Crofts, F. *History of Hollymoor Hospital*. Brewin Books, 1998.
- 4 Cox, J. Haigh, R. Campling, P. (eds.). *Therapeutic Communities: Past, Present and Future*. Jessica Kingsley Publishers, 1999.
- 5 Bion, W.R. Rickman, J. "Intra-group tensions in therapy: their study as the task of the group". *Lancet*. 1943; II: 678–81. Reimpreso en Bion, W.R. *Experiences in groups*. Tavistock Publications, 1961. Edición en español: *Experiencias en grupos*. Paidós, 1980; p.16
- 6 de Maré, P.B. "Major Bion" en Pines, M. (ed.) *Bion and group psychotherapy*. Routledge & Kegan Paul, 1985; pp. 108–113.
- 7 de Maré, P.B. "Michael Foulkes and the Northfield experiment" en Pines, M. (ed.) *The evolution of group analysis*. Routledge & Kegan Paul, 1983; pp. 218–231.



- 8 Main, T. "The concept of the therapeutic community: variations and vicissitudes". En Pines, M. (Ed.). *The evolution of Group Analysis*. International Library of Group Psychotherapy and Group Process. Routledge & Kegan Paul. London, 1983. p.197–217.
- 9 Foulkes, S.H. *Introduction to Group-Analytic Psychotherapy*. Maresfield Reprints. Londres, 1983. (Originalmente publicado por William Heinemann Medical Books en 1948). Edición en español: *Introducción a la psicoterapia grupal*. Cegaop Press. Barcelona, 2005.
- 10 Foulkes, S.H. Lewis, E. "Group analysis: a study in the treatment of groups on psycho-analytic lines". *Br. J. Med. Psychol.*, 1944–46; 20: 179–80. (Reimpreso en *Therapeutic Group Analysis*, 1964: 20–37).
- 11 Foulkes, S.H. A Memorandum on group psychotherapy. AMD 11 BM, 1945. Traducción al español en *Norte de Salud Mental*. 2007; 29: 77–86.
- 12 Foulkes, S.H. "Principles and practice of group therapy", *Bull. Menninger Clinic*. 1946; 10: 85–9 (resumen del memorandum).
- 13 Foulkes, S.H. *Therapeutic Group Analysis*. Maresfield Reprints. Londres, 1984. (Originalmente publicado por George Allen & Unwin en 1964). Edición en español: *Grupoanálisis terapéutico*. Cegaop Press. Barcelona, 2007.
- 14 Martínez Azumendi, O. "El concepto de matriz grupal". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1989; IX (29): 229–252.
- 15 Harrison, T. Bion, Rickman, *Foulkes and the Northfield Experiments: Advancing on a Different Front*. Jessica Kingsley Publishers, 2000.
- 16 Heppenstall, R. *The lesser infortune*. Jonathan Cape. Londres, 1953. Citado en N. Thalassis (op. cit.).



Historias del grupoanálisis. ENTREVISTA al Profesor JUAN CAMPOS

Iñaki Markez*

El año próximo cumplirá 80 años y ahí continua. Desde 1951 ha compaginado el estudio, la docencia y la práctica privada del psicoanálisis y el grupoanálisis con la aplicación a las actividades asistenciales, docentes, de investigación y consultoría, así como el desarrollo de diversas asociaciones profesionales. Psicoanalista, mago de la palabra, crítico con criterios, con múltiples actividades e ideas innovadoras. Incomprendido en ocasiones, un adelantado en otras muchas. El Grupo Análisis y la AIPG siguen ocupando una gran parte de su vida. Fue miembro del comité de docencia de la Asoc. Española de Neuropsiquiatría, Doctor en Medicina, Profesor asociado de Sociología en la facultad de C. Económicas y Catedrático asociado de Educación Médica en la facultad de Medicina. Su actividad asociativa resulta interminable, como su deseo de contar y contar la historia. Su historia y la del grupoanálisis.

I. PREGUNTA: Te iniciaste con Trigant Burrow y con S. H. Foulkes, siendo un apasionado colaborador de este último, introductor de su pensamiento en Latinoamérica, llegando en 1981 a publicar el prólogo de su libro “Psicoterapia Grupo-Analítica: Método y Principios”.

RESPUESTA:

Efectivamente, me inicié como grupoanalista al lado de Foulkes. En vistas de ocupar la cátedra de psiquiatría en la Universidad de Navarra que en aquel entonces se estaba fundando, en 1958 me fui a Londres con un British Council Scholarship para el Diploma for Psychological Medicine de la Universidad de Londres. Estuve un año en el Maudsley Hospital, la mitad del

tiempo con S. H. Foulkes en su unidad, la otra con F. Kräupl Taylor. Al no haber allí aún programa de entrenamiento formal en grupo, Foulkes me dirigió al Postgraduate Center for Mental Health de Nueva York que recién había iniciado uno. Allí trabajé y me formé al lado de Asya Kadis, Helen Durkin, Wolf and Schwartz entre otros. Antes a mi llegada, Foulkes había visitado el Postgraduate Center, dando una conferencia que despertó una polémica sobre *the myth of group dynamics*. Viniendo yo del Maudsley, me encontré defendiendo los puntos de vista de Foulkes, con lo cual me gané el mote de “grupoanalista”. Al volver a España en 1963 con una doble formación individual y grupal —y creo que como primer analista de grupo formalmente entrenado en Europa—

* Entrevista realizada con la colaboración de Hanna Campos.



retomé el contacto con Foulkes y la Group Analytic Society. En el '66 Foulkes, durante un crucero por el Mediterraneo, me trajo personalmente el Número Cero de una de sus máximas creaciones: Group Analysis International Panel and Correspondence (GAIPAC), un grupo grande por escrito, un *paper group*, que yo he defendido a capa y espada, aunque inevitablemente se convirtió en una revista en los años '80. Como tú indicas, en 1975, para el Congreso de la Asociación Internacional de Psicoterapia de Grupo a celebrarse en Madrid pero que al final no pudo ser, Foulkes me encarga la traducción de su último libro "Psicoterapia Grupo-Analítica, Método y Principios", a fin de hacerlos llegar al mundo de habla hispana, para el cual escribo el prólogo, y que ahora forma parte de las Obras Completas de Foulkes editado y publicado en castellano en 2007 por Pere Mir. Mi relación con la obra de Foulkes ha sido íntima y mi recorrido profesional, variado como es, puede considerarse grupal-analítico en teoría y práctica.

Mi relación con Trigant Burrow es diferente. No llegué a conocerlo personalmente. Murió en 1950, cuando yo aún iba para cirujano cardíaco. En 1988, a raíz de una reseña que me parecía injustamente crítica y superficial, me adentro en su obra y busco y logro contactar con las personas de su grupo original que aún vivían, entre ellos Hans Syz, ya mayor y entonces presidente de The Lifwynn Foundation, y Alfreda Galt, una de las últimas y más creativas promotoras de Burrow. Ésta última ha mantenido viva la obra de Burrow y The Lifwynn Foundation, el contexto social que había creado para la convivencia, la colaboración y el diálogo continuo de las personas que se incluían en la práctica de este método grupal de análisis desarrollado en los albores del siglo pasado. Mi colaboración, particularmente con Alfreda, ha sido continua e intensa. Quizás la impronta del pensamiento de Burrow ha sido la más importante en mi propia experiencia. El mismo Grup d'Anàlisi de Barcelona que fundé junto con otros colegas en 1989 da testimonio de

ello y todas las actividades de este grupo y mis propios escritos incluyen el pensamiento y la obra de Burrow. El capítulo sobre grupos freudianos de mi siempre inacabado libro "El Método Grupal de Análisis" incluye un largo sub-capítulo sobre Burrow que conoció a Freud en su viaje a América en 1909 y fue a analizarse con Jung el año siguiente.



2. P: Hace más de una década planteaste el Taller Virtual Interactivo de Historia, plasmándose al llegar al mercado Windows 95 y coincidiendo con el congreso internacional celebrado en Buenos Aires. Suponemos que disfrutaste con la iniciativa pero ¿Cómo fue la acogida? ¿Qué desarrollo tuvo?

R: Supongo que te refieres al "Foro de Grupo Análisis en castellano" (GRUPO-ANÁLISIS@LISTSERV.REDIRIS.ES). El Congreso de la AIPG de 1995 en Buenos Aires -reunido bajo el lema "Los Grupos en el Umbral del Nuevo Siglo" fue importante en muchos aspectos, pero en cuanto al grupo análisis y las psicoterapias grupales en general escogería tres. Primero, fue aquella la primera vez en que las Secciones de Grupo Análisis, de Psicodrama y de Terapia Familiar contaban con espacios conjuntos y separados en un Congreso. Esta fue la realización parcial de una aspiración que data de la pre-historia de la Asociación. Segundo, fue precisamente esta novedad que incitó a las licenciadas Nora Speier Fernández y Graciela Ventrici de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo a pedirme una entrevista como principal promotor del movimiento de secciones especializadas en la Asociación. Estas colegas transcribieron las 90 páginas de grabación de la entrevista que se redujo para ser publicada en la revista de su publicación. Con una entrevista en e-mail como la presente, es como empieza mi "Una historia de



la AIPG: hechos y hallazgos/A History of the IAGP: Facts and Findings” bilingüe en castellano e inglés. Tercero, el hecho de que Bill Gates lanzara justo en aquel momento su Windows '95 me reforzó en la convicción por mí sostenida ya durante más de quince años de que nuestro futuro como profesionales pasará por las posibilidades multi-disciplinarias, culturales, sociales ofrecidas por las nuevas tecnología. De manera que a la vuelta de Buenos Aires abro con la ayuda de Redlris Foro de Grupo Análisis en castellano. Este Foro ha tenido una viva participación durante doce años. Cuenta con miembros de diversos países, y algunos han venido a encuentros cara a cara de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo. En el 2000 hemos creado a partir de los diálogos en el Foro un documento de trabajo sobre “Integración: ¿Cómo y para qué?” que sirvió de base al taller de un día convocado por Grup d’Anàlisi Barcelona y al que asistieron dos destacados miembros argentinos del Foro.

3. P: Entiendo que fuiste miembro de la Junta Directiva de la AIPG y de su Ejecutiva, la asociación internacional de psicoterapia de grupo, con una intensa actividad, invitando y entrevistando a participantes, hurgando y analizando todo tipo de documentos...

R: Mi interés y colaboración con la AIPG y sus actividades data desde su fundación en el V Congreso de Zurich en 1973. Yo no pude acudir. Malcolm Pines fue el presidente del comité organizador del siguiente congreso que primero se iba a celebrar en Lyon, después en Madrid, para acabar celebrándose en Filadelfia en 1976. El año anterior, cuando todavía iba a celebrarse en Madrid se me invitó a formar parte del comité local. En Londres, coincidiendo con un Congreso de la IPA, la Group Analytic Society organizó un coloquio entre grupoanalistas y psicoanalistas interesados en la psicoterapia de grupo, que Foulkes inició leyendo su trabajo “La formación en psicoanálisis, ¿ventaja o inconveniente para el futuro grupoanalista?” Este

trabajo para mí supuso un giro en mi vida, yo que había tenido que pasar por las arcas claudianas de una formación en psicoanálisis individual para poder acceder a la formación de análisis en grupo. Al terminar aquel coloquio nos reunimos en casa de Foulkes y yo le sugerí traducir su último libro “Método y Principios” para el congreso de Madrid. Aunque, al cancelarse éste, el editor Gedisa perdió interés, más cuando al año siguiente murió su autor. El libro no se publica hasta 1980. Durante la larga correspondencia y las visitas que le hice en Londres, nuestra relación de maestro a discípulo se convirtió a la de colegas y amigos y yo, de ser el primer analista de grupo, entrenado a la vez en análisis individual y de grupo, me resigné a ser sencillamente grupo analista, y me convertí en miembro activo del movimiento grupoanalítico europeo.

El siguiente congreso de Copenhague en 1980 —sobre “El individuo y el grupo: Fronteras e interrelaciones en la teoría y la práctica”— fue uno de los más importantes que nunca ha habido. Malcolm Pines, quien fue presidente del comité de su programa científico, terminó siendo elegido Presidente de la IAGP. Mi trabajo allí presentado versa sobre “La teoría de red de Foulkes y las posibilidades del grupo análisis en las terapias de familia”, que es lo que yo había ido haciendo y enseñando en mi servicio de psiquiatría en el viejo Hospital Hospicio de San Juan de Dios y en la escuela profesional de psicología del Profesor Sigüán; práctica y enseñanza que desde siempre y para siempre he hecho desde una ideología grupoanalítica.

Estuve en la ejecutiva de la AIPG como vice-presidente segundo y vice-presidente primero dos periodos, y en la directiva otros dos como co-presidente —junto a Malcolm Pines— de la Sección de Grupo Análisis de la que fui fundador y cuya promoción e institución me llevó bastantes años. Y, me despedí de la directiva como su primer Archivero. Mi objetivo primero en la AIPG como en otras agrupaciones ha sido siempre la comunicación:



entre personas, disciplinas, entre diferentes asociaciones, entre pasado y futuro... Implementé la asociación de la SEPTG como organización miembro de la AIPG y fomenté la articulación de los temas de sus symposiums anuales con los de los congresos internacionales de la AIPG. Last but not least, mi lucha por introducir las nuevas tecnologías y las impresionantes posibilidades de comunicación por Internet ha sido constante, ha tenido sus frutos y méritos que no siempre me son reconocidos. Terminé mi asociación con la AIPG como miembro individual y después de haber publicado como primer archivero, en papel y en Internet, en inglés y en castellano, mi “Una historia de la AIPG: hechos y hallazgos”. Este libro fue presentado al congreso de Londres en 1998 y subido a la Web para el congreso de Jerusalén en 2000.

4. P: Quizá por todo ello te han definido como un “histórico” del grupoanálisis tras cinco décadas de profundización. ¿Cómo definirías aquellos orígenes y su posterior desarrollo?

R: En grupo análisis yo me considero mas que un “histórico” un historiador, pero un historiador frustrado. El Dossier “*Group Analysis: its roots and destiny*”[†], mi aportación al último conflicto clave de la Group Analytic Society, deja explícito el papel que como “histórico” me ha tocado jugar en el desarrollo de esta organización. La última versión del Dossier del 2004, estuvo colgada por un tiempito en la Web de la GAS (London), y las juntas directivas de la AIPG nunca se atrevieron a incluir en su Web mi “Una historia de la AIPG...” por más que fuera escrito por su primer Archivist. Ambas las colgué en Internet por mi cuenta, dado que mi intención era que fueran historias de un grupo,

escritas por un grupo de manera interactiva y cooperativa. Por más que ambas cerraran con un e-mail para poder comentar o rectificar los hechos o mis hallazgos, en todos estos años tan sólo un comentario me ha llegado. El XIV Congreso de la AIPG en Jerusalén se celebró bajo el lema “The Spirit of Groups 2000: From conflict to generative dialogue”. Si tuviera que definir qué clase de diálogo he intentado “generar” durante el pasado medio siglo entre asociaciones profesionales de psicoterapeutas en las que he militado, diría haberlo fomentado con el espíritu grupal que los fundadores del grupo análisis —Trigant Burrow y S. H. Foulkes[‡]— dejaron en mí plantado.



No hay que olvidar que la AIPG, es una “*umbrella association*”, una asociación paraguas, hija de un conflicto: el nacido entre dos asociaciones nacionales de grupo, las americanas, que Moreno y Slavson habían fundado en Nueva York y que el primero intentó resolver al proponer en Paris en 1951 una asociación internacional.

[†] “Group Analysis: its roots and destiny, the gaipac way, ...of course”, en sus distintas versiones, 1993–2004 (Group Analysis XIV/I, April 1981), relata los “Milestones in the History of Group Analysis: The European Group Analytic Movement and the Question of Internationality of Group Analysis”.

[‡] El mismo espíritu que Malcolm Pines y yo decidimos adoptar para nuestra Conferencia Inaugural de la III Conferencia Mediterránea de la AIPG y el XXXV Symposium de la SEPTG a celebrarse conjuntamente en Barcelona en febrero-marzo 2008.

Te preguntará en qué se ha transformado en mí aquella impronta grupoanalítica. Lo dejé explícito en mis intervenciones en GAIPAC en un momento de crisis institucional. Respondiendo al llamado de su último editor, Pat de Maré, me cuestionaba yo cuál iba a ser el futuro de nuestro “home journal” y terminaba con este párrafo: “*Volvamos a la cuestión de la que quisiera hablar. ¿Cuáles son las posibilidades de una asociación internacional de grupoanalistas? O, sin ser tan ambiciosos, ¿qué queda de nuestro pretendido taller internacional o grupo de estudio por correspondencia? Siento que sin contacto cara a cara, sin discusión libre y a fondo de todos los implicados en esta aventura común, GROUP ANALYSIS corre el riesgo de institucionalizarse y las dinámicas del poder le robarán todo ingenio y alma de lo que hubiera podido ser. La organización jerárquica matará las posibilidades que nuestra asociación afiliativa tuvo en sus inicios. En el número preliminar de GAIPAC se encuentra todo el anteproyecto de lo que se suponía que sería. Se pensaba que se guiaría por principios grupoanalíticos. ¿Todavía vamos en la misma línea? Se necesita una participación más activa entre nosotros para realizar la necesaria tarea de reflexión que nos permita saber a dónde irá nuestro grupo grande. Me pregunto ¿si el próximo Congreso Internacional de Copenhague sería una buena ocasión para la Group Analytic Society (London) y Group Análisis para organizar una gran reunión entre los miembros de ultra mar y los corresponsales? Como miembro de la mayoría silenciosa, me gustaría dar las gracias a Pat, el último que nos ha convocado, por todos sus esfuerzos y el trabajo magnífico que ha realizado como Editor de Group Analysis. Asimismo me gustaría felicitar a Harold [su nuevo editor] por el trabajo que cayó sobre sus hombros y prometerle toda nuestra ayuda. A ver si nosotros los corresponsales nos atrevamos desabrochar nuestros cinturones de silencio y dejemos de ser lectores por el bien de esta nueva era de Group Analysis.*”

Mi mensaje iba dirigido a abrir un diálogo entre las partes separadas de la GAS. Fue acogido por su entonces presidenta Jane Aber-



crombie, quien convocó un encuentro durante el Congreso de la AIPG en Copenhague. A consecuencia de este encuentro se inició un debate en las páginas de GAIPAC que lleva al movimiento grupoanalítico europeo. Martin Grotjahn comentaría en el número siguiente con esta viñeta: “*To Juan Campos: I have unfastened my seat belt and try to express my response to the twice born Paper-group*”. La única víctima de este movimiento sería nuestro querido “home journal” que pasó a mejor vida dos años después en el Bedford College Meeting de 1982, cuando a consecuencia de otra propuesta mía quedó dividido en lo que es hoy el prestigioso *Group Analysis. The journal of group analytic psychotherapy* y un pobre *Bulletin*, editado como en sus inicios y que ha ido cambiando de formato y nombre, hoy finalmente en la red llamado Contexts.

Mi empeño por intentar integrar la comunicación cara a cara y a viva voz con la palabra analógica o digital enlatada es lo que me ha hecho ganar el mote de “tejedor de redes”.

5. P: Actualmente ¿Cuál es “el estado de salud” del Grupo Análisis? ¿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: Mi respuesta anterior, asumo, te ha llevado a formularme esta doble o múltiple pregunta para terminar el libro que con Hanne venimos incubando desde hace más de diez años: *El Método Grupal de Análisis*. El estado de salud del grupo análisis, por lo que vengo diciendo, creo que es tan grave como el del propio psicoanálisis. La internacionalidad es lo que les pierde. No hay modo de que ni una ni otra se apliquen a si misma mi dicho “grupo, primero cúrate a ti mismo”. Todo empezó mal. A bordo del George Washington en 1909, camino de Nueva York, cuando los tres mosqueteros que iban a llevar la peste del psicoanálisis a América, empezaron mutuamente a analizarse sus sueños. Freud rehusó asociar libremente a uno de sus sueños tal como le pedía Jung por no querer “arriesgar su autoridad”. En este fracaso de lo que hubiera podido convertir a Freud no solamente en padre del psicoanálisis individual sino también del análisis grupal, quedó plantada la semilla de todas las futuras disidencias y escisiones de las que ha venido sufriendo la IPA; error consolidado por la fundación de esta asociación en Nuremberg, en 1910, inspirada en el modelo defensivo de familia propuesto por Ferenczi.

Teóricamente, la IPA nace para defender el psicoanálisis de sus enemigos internos. Pero en realidad, nace siguiendo el modelo de “escuelas privadas de Medicina” que acababan de ser denunciadas en el Flexner Report aquel mismo año. La “peste” que el grupo de Freud llevaba a América hizo que el psicoanálisis, por lo menos comercialmente, resultara allí más exitoso que en Europa. Este es el mismo problema que afrontan hoy el grupoanálisis organizado y el resto de las organizaciones de psicoterapia, por ejemplo EAP, FEAP, EGATIN, etc.

6. P: Mientras las posiciones y divergencias entre psicoanalistas crecen por doquier resulta que tú, 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 esa práctica psiquiátrica?

R: De libros escribí más bien pocos, artículos y presentaciones a congresos, y escritos para las juntas referente al funcionamiento de las sociedades a las que pertencí un montón. Pero, nunca se me ocurrió lo hiciera por las razones que tu aduces. La primera vez que me dediqué a formar gente fue a mi vuelta de Estados Unidos en 1963 en el Hospital Hospicio de San Juan de Dios. Intenté trasplantar lo que había aprendido durante mi formación en países democráticos a la situación del nacional-catolicismo que Franco había impuesto. Mis maestros y colegas en el Postgraduate Center for Mental Health nos despidieron con esta acuarela que vale más que mil palabras.



Refleja la imagen que yo dejé allí o que ellos forjaron en mí. Volví como cabeza de lanza, como un San Pablo a convertir infieles. Me dije: “Esto es lo que intentaré, luchar contra la psicosis que es España. Por más que salga yo triturado en este intento, algo habrá cambiado el sistema.” Siete años después fui invitado a dar una conferencia en el New York Institute of Psychiatry de Ward’s Island que titulé “*Psychiatry and Society: The case of Spain*”. Eso era antes de que aquí hubiéramos empezado con la Psiquiatría Democrática. El camino que elegí fue el de la educación en salud mental del personal de salud y agentes de cambio social.



De una parte monté un Servicio de Psiquiatría Infantil y Familiar en el Hospital Hospicio de San Juan de Dios con un esquema grupal de formación multidisciplinar (psiquiatría infantil, psicología clínica, trabajo social, psiquiátrico y educación terapéutica) con los recursos locales que pude encontrar y gracias a adoptar un sistema de “dedicación geográfica” para profesionales docentes y en formación. Por otra parte me dediqué a asesorar a los Hermanos Hospitalarios en la reforma que habían emprendido en los “manicomios” regentados por ellos en la Región. Si bien la Psiquiatría Infantil no figuraba en el plan docente del PCMH de Nueva York, sí contaba con amplia experiencia en medicina comunitaria. Fueron los años de la “Action for Mental Health” y participé en la puesta en marcha de las Essex County Mental Higiene Clinics, una de las primeras de terapia de la comunidad, de las que a mi partida era ya vice-director, eso a nivel de asistencia pública. A nivel de la privada trabajé en centros de bajo coste de asistencia psicoterapéutica. En el propio PCMH puse en marcha con otros dos el “Living Room”, un *social therapeutic club* que se convirtió en exitosa empresa cuando con la nueva ley de salud mental se abrieron las puertas de los *State Hospitals* y se privatizaron.

Tu pregunta concreta es: ¿Cómo encaja el psicoanálisis en esa práctica psiquiátrica? Mi respuesta es: poco y mal. El psicoanálisis nunca cabrá propiciarse desde un sistema nacional de salud. Se intentó en Inglaterra y mi formación la recibí durante la primera parte de aquella época, pero después tuvieron que dismantelar esta orientación. Aun así, en 1963 los colegas con quien formamos un grupo de pares en psicoterapia de grupo publicaron un trabajo mío sobre el tema del III Congreso de la AIPG en Milán titulado *Tendencias Actuales en Psicoterapia de Grupo*^{††}. En él, tras comparar mi experiencia psiquiátrica en el mundo anglosajón a uno y otro lado del Atlántico, defendía que en Gran

Bretaña los terapeutas de grupo eran teóricamente y en su aplicación social más imaginativos y creativos. Por otro lado decía que “... Es muy difícil imaginar qué hubiera ocurrido con el psicoanálisis de no haber contado con América, y me parece que con la psicoterapia analítica de grupo esta sucediendo algo parecido. El esfuerzo que los americanos están haciendo en lo que hace a formación de psicoterapeutas de grupo es algo que los ingleses, en particular, y los europeos, en general, no están por el momento en condiciones siquiera de soñar. La consecuencia lógica de este estado de cosas es que los terapeutas de grupo americanos, no tan geniales quizá como los europeos, pero mucho mejor preparados que estos, en un tiempo muy breve estarán en condiciones de llevar el liderazgo dentro del campo de la psicoterapia de grupo y, lo que es más, de elaborar la teoría en que esta ciencia se base, en una forma científica y no meramente especulativa, y esto gracias al hecho de que el instrumento humano que se precisa para este género de investigación —el profesional científico terapeuta— será más adecuado para el tipo de trabajo y ello gracias al esfuerzo que vienen haciendo en el terreno de su formación.” La seducción del sueño americano es obvia. No creo que de haber permanecido allí fuera yo hoy la clase de psicoterapeuta que soy ni que adhiriera a los mismo principios.

7. 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?

†† *Tendencias Actuales en Psicoterapia de Grupo*, Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica, n°46, Barcelona, 1963 pp 16 24.



R: Cuando en el hospital de Caracas en 1954, un verdadero “manicomio”, entré como voluntario, no contábamos todavía con medicamento psicotrópico alguno y, aparte del ECT y las lobotomías, sólo contábamos con los shocks de insulina. Allí me hice cargo de la sala de insulina, un grupo mediano de unos veinte pacientes que adentrábamos y sácabamos del shock cada mañana, no sé cuántas veces por semana. En el Maudsley, si bien en psicofármacos íbamos más adelantados, contábamos incluso con Meleril. Los diagnosticados de depresión seguían siendo sometidos a ECT y estaba de moda el mandar para lobotomía temporal a muchos obsesivos graves.

Obviamente es más barato, por lo menos en tiempo, el suministro de psico-fármacos que no una asistencia psicoterapéutica, independiente sea ésta individual o en grupo. Esta fue una de las razones que hicieron que las terapias dinámicas fueron prácticamente abolidas a partir del gobierno Thatcher. En Estados Unidos, por distintas razones -la popularización del DSM, la privatización de la asistencia pública, el “Medicare” y el “third party control” en los seguros médicos- hacen prácticamente imposible lo analítico en este contexto.

El que hoy en día en España, contrariamente a esta corriente, “en atención primaria cada vez haya más profesionales que están psicologizando su práctica”, puede ser debido, entre otras, a dos razones: Una es que aquellos estén cada vez más hartos de hacer de burócratas y de reclamar por un mínimo de diez minutos por visita; otra, que la despersonalización de la asistencia incluye tanto al que asiste como al asistido y a los colectivos a los que pertenecen. ¿Son éstas aún otras consecuencias a las que el libre mercado y la globalización nos abocan? Quizás Hipócrates llevaba razón con su juramento que por siglos juramos los médicos. La psicologización de la asistencia primaria por equipos multidisciplinarios sensibilizados a la salud mental puede alimentar nuestra esperanza en que nuestros esfuerzos en mejorar la salud del Reino de las Españas no han sido del todo en vano.

8. 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: Sé que este tema está de moda. Yo, que siempre me negué a aparecer en los tribunales como experto, me encontré convocado a menudo “de oficio” por la judicatura en casos de patria potestad. No voy a explayarme aquí en estas experiencias. Tan sólo una vez conseguí en un caso que un juez asignara a la madre -diagnosticada como paranoica por las máximas autoridades psiquiátricas del país- la custodia de los hijos en consideración a que su interés por los niños era mucho más auténtico que el del marido que intentó sobornarme en su favor y que seguramente lo consiguió en los informes periciales de la parte contraria. Esta decisión, que ciertamente hizo jurisprudencia, no creo haya sido nunca más aplicada.

Pero eso no es lo que tú me preguntas. Hoy es noticia la excarcelación legal del “violador del Vall d’Hebrón”, que sale en libertad y sin saberse dónde se oculta a pesar de no haberse rehabilitado después de cumplir sólo 16 de los 311 años de condena por 16 agresiones sexuales. La sociedad civil se subleva agitada por el debate explotado por los medios de comunicación. En realidad es un caso de los derechos civiles de la víctima y del agresor. Pero lo que yo me pregunto: ¿Cuáles son los derechos o responsabilidades del profesional experto que opina sobre su futura peligrosidad social? Recuerdo aquella experiencia de psiquiatría comunitaria en New Jersey, de los Essex County Mental Hygiene Clinics. A estas nos referían toda clase de casos calientes de la que no se querían responsabilizar las trabajadoras sociales, *probation officers*, psiquiatras privados, psicólogos clínicos o médicos generales. Recuerdo también que bajo el nacional-católico



cismo la vieja ley “contra vagos y maleantes” que dio origen a los hospitales psiquiátricos se vio convertida en la ley de “peligrosidad social”. Pero esta no se aplicaba por razones psiquiátricas sino más bien políticas. En aquellos tiempos conseguir con un informe psiquiátrico que la condena en vez de cumplirse en un “manicomio” se hiciera en un hospital psiquiátrico penitenciario era mucho peor, pues de ésta no se salía en tanto en que el enfermo no se hubiera curado. Ya me dirás ¿quien se atreve a afirmar la curación, como por ejemplo de un caso que nos mandaron los *probation officers* a Essex County de un asesino recién excarcelado, diagnosticado de esquizofrenia paranoide, tras matar a su mujer y al novio de ésta y de haberse pegado un tiro en la cabeza?

A mi entender, la cuestión que tu planteas no es de naturaleza jurídica sino más bien de responsabilidad profesional y de derechos humanos de los profesionales. Tanto Trigant Burrow^{‡‡} como S. H. Foulkes^{§§} se plantearon las cuestiones en este terreno.

9. P: Tú has sabido combinar el grupoanálisis más académico con el psicoanálisis asistencial, público o privado, 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: No entiendo bien a qué te refieres con psicoanálisis asistencial, pues que yo sepa el psicoanálisis como terapia nunca se aplicó, ni

será aplicable a nivel asistencial. Siempre fue, es y será siendo una cuestión de práctica privada y a nivel individual. El legado que dejó von Freud a la IPA a raíz del Congreso de Budapest para crear... al final se invierten en el Verlag y en el Instituto de Psicoanálisis de Berlin. En éste, como en todos los que siguieron, los pocos tratamientos gratuitos se daban eran a futuros psicoanalistas en formación. Hubo una sola excepción que fue el Instituto de Frankfurt, del que Foulkes fue el primer director clínico, donde dichos tratamientos se propiciaban más bien a agentes de salud mental.

Que una orientación psicoanalítica se procure mantener en la práctica pública por psicoanalistas formalmente entrenados, a lo que lleva es a alguna clase de psicoterapia de grupo con enfoque psicoanalítico o sencillamente grupoanálisis, es decir el adoptado por S. H. Foulkes y E. James Anthony, ambos psicoanalistas freudianos.^{***}

Aclarado este punto, conocí a Foulkes en 1958, en Barcelona en un Symposium de Group Analysis que él organizó dentro de la Sección de Grupo que presidía en el III Congreso Internacional de Psicoterapia que llevaba por lema el de Análisis Existencial. Foulkes abrió con una comunicación titulada “La formación de terapéutas de grupo en mi Unidad del Maudsley”. Esta unidad ambulatoria la describe de la siguiente manera^{†††}: “Es un modelo en el sentido de que muestra una forma que puede hacer justicia a las demandas de psicoterapia en una clínica con pacientes no ingresados, al tiempo que crea las condiciones óptimas para la enseñanza y el aprendizaje, el estudio clínico y la investigación. No se

‡‡ Trigant Burrow “Crime and the Social Reaction of Right and Wrong: A Study in Clinical Sociology”. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1933, Vol. 24, pp. 685–99. (Translation: “Le crime et la force sociale de la notion du bien et du mal: etude clinique de sociologie”, *Revue Internationale de Droit Pénal*, 1935. Vol. 12, pp. 265–84.)

§§ S. H. Foulkes “Crime begins and ends within the community: It’s you and me”, *Horizon*, 14, 260–72, 1946.

*** S. H. Foulkes y E. J. Anthony *Psicoterapia de Grupo*. El enfoque psicoanalítico 1ª edición en castellano 2007: Barcelona, Cegaop Press. (Primera edición en inglés 1957 y primera edición en castellano de Paidós, Buenos Aires, como *Psicoterapia psicoanalítica de grupo*, 1964.)

††† S. H. Foulkes *Grupoanálisis Terapéutico* (1964) 1ª edición castellana enero de 2007, Barcelona: Cegaop Press, pp. 289–328



trata de un modelo en el sentido de que podría o debería ser trasladado tal cual a otros entornos. De hecho, una parte intrínseca de un enfoque grupal-analítico consiste en evitar la organización e institucionalización rígidas, a fin de permitir un máximo de flexibilidad a las circunstancias siempre cambiantes...” Foulkes decía que no se trataba de un modelo para ser trasladado. Es precisamente éste el modelo por mí adaptado a todas las situaciones docentes y clínicas a lo largo de mi vida profesional.

En consecuencia, al llegar al Maudsley pedí al decano me asignara a dicha Unidad. Dado que en aquel momento Foulkes estaba en Estados Unidos de profesor visitante, tuve que esperar un semestre mientras se me asignó al Ward 6 llevado por F. Kräupl Taylor, otro miembro de la GAS, y el mejor profesor clínico que nunca he tenido. Para entonces yo llevaba más de diez años trabajando con grupos como tutor en colegios mayores del Opus Dei. Los psicoanalistas *consultants* del Maudsley, entre ellos Foulkes y Kräupl Taylor, estaban no demasiado bien vistos a pesar de que la condición del Institute of Psychiatry of London University obligaba a incluirles como docentes en el Diploma of Psychological Medicine (de Psicología) y como *consultants* de los hospitales docentes. El DPM que allí se impartía era uno de los más prestigiosos del Commonwealth y que en aquel entonces convertía al Institute of Psychiatry en capital de la psiquiatría del mundo entero.

Personalmente nunca encontré dificultad alguna en compaginar mi orientación analítica con las situaciones clínicas, terapéuticas o docentes, con que desarrollé mi práctica. Si alguien las halló fueron los directivos de aquellas organizaciones e instituciones dónde lo intenté. Esto se puso de manifiesto en la investigación hecha por el Colectivo de Estudio de Trabajo Grupal de Barcelona que recoge la

mayoría de las experiencias grupales llevadas a cabo en Cataluña previo a 1980, y que se presentó en el VIII Symposium de la SEPTG celebrado en Mallorca aquel año bajo el lema “Enfoque Grupal en un Servicio Nacional de Salud”.⁺⁺⁺ El estudio lleva a una serie de conclusiones que se resumen en el párrafo con que concluye: “No cabe duda que es el enfoque grupal que conlleva un nuevo enfoque de salud, una nueva concepción de lo que es salud o enfermedad. La salud o la enfermedad es algo relacional, algo que concierne a una familia, a un grupo, a una institución o a la sociedad. La enfermedad tiene que ver con algo que se podría llamar una asfixia de recursos de relación. La salud es una nueva forma de comunicación. A formas más maduras de relación y de comunicación sólo podemos aspirar en grupo. Para llegar a conceptualizar un enfoque grupal y poner en práctica lo que implica, necesitamos contar con profesionales, personal y profesionalmente cada vez más preparados.” La SEPTG, en situación de crisis, fue la primera, y la única que yo sepa, en aplicar a sí misma los principios que derivaban de esta investigación. En la Asamblea Extraordinaria de aquel mismo Symposium se decidió delegar en algunos de sus miembros un análisis institucional para resolver el conflicto que arrastraba desde el Symposium anterior.

Los programas de intervención en salud mental son asunto de los políticos, legisladores y de las Administraciones, locales o del Estado, entidades a quienes bien poco importa la salud mental o los derechos humanos de sus ciudadanos y la de los profesionales que los atienden. No hay espacio aquí para detallar las muchas ocasiones donde hemos intentado aplicar a organizaciones sus mismos principios. Sólo añadir que las de grupo han sido las más reticentes a aplicárselos.

10. P: Tras los procesos de reforma asistencial en los años 80, seguro que entonces

⁺⁺⁺ Colectivo de Estudio de Trabajo Grupal de Barcelona constituido por 26 trabajadores grupales de Barcelona y Cataluña, Ponencia “Un enfoque grupal en un sistema Nacional de Salud”, presentado al VIII Symposium de la SEPTG. Mallorca, 1980. 143 pp.



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: Me preguntas por la reforma asistencial de los '80'. Para mí dicha reforma empieza en España con el movimiento de psiquiatría democrática, la nueva ley de educación y la creación de las universidades autónomas a finales de los '60'. Los últimos años del tardo-franquismo fueron los que en Cataluña por lo menos alimentaron nuestra ilusión de que un cambio era posible. Nuevos aires democráticos soplaban por todas partes. La Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares convocaba en 1976 en Perpiñán, después de cuarenta años, el X Congrès de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Las conclusiones a que llega su segunda ponencia La Función Social de la Medicina, las hará tuyas para el área de salud el Congrès de Cultura Catalana, entre otras las definiciones de: La salut de cadascu és responsabilitat de tots, i la salut de tots és responsabilitat de cadascu; i la salut és una manera de viure autònoma, solidària i joiosa. El Colegio de Médicos de Cataluña y Baleares elegirá su primera Junta democrática y ésta creará el GAPS (Gabinet de Assessorament i Promoció de la Salut) y aprobará el establecimiento de secciones profesionales a instancias de la Sección Profesional de Psiquiatras de la que fui Secretario.

El ambiente que se respiraba en los inicios de la Transición queda reflejado en los trabajos que publico en un par de libros: En el primero

de 1978, *Planificación y Reforma Sanitaria*, Jesús de Miguel su compilador incluye en la primera parte de "Sanidad y Cambio Social" nuestro "Características cualitativas de la actividad médica"^{§§§} y en la segunda parte "La Crítica del Capital Humano" mi "Hacia un modelo de ruptura educativa para una reforma sanitaria"^{***}. En el segundo de 1980, *La transformación de la Asistencia Psiquiátrica*, libro de ponencias del XV Congreso de la AEN, coordinado por Manuel González de Chávez, aparece mi "Hacia una alternativa democrática para la formación de recursos humanos en salud mental"^{†††}.

Efectivamente, a vuelta de los '70', en los '80' el franquismo no había conseguido matar la ilusión. Recuerdo que en el Boletín Anual del Colegio Bonanova, el '45, año que me gradué aparece una foto con mis cinco hermanos con este pie: Los hermanos Campos, repletos de salud y entusiasmo por su colegio. La verdad es que la educación recibida de los Hermanos de la Doctrina Cristiana no daba para muchos entusiasmos. El '78', invitado por Jose Guimón, fui al VII Symposium de la SEPTG a hablar de la formación en psicoterapia de grupo y el entusiasmo con que fueron acogidas mis palabras me hizo inscribirme como socio de esta sociedad. Empecé también a colaborar con el programa de psicoterapia de grupo del Instituto de Psicoterapia de Bilbao, conduciendo dos grupos de pares en covisión -en psicoterapia de grupo y terapia de familia- en este Instituto y en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto. El desarrollo del grupo análisis en España queda sobradamente descrita en el trabajo, "Epílogo a un Prólogo póstumo de S.H. Foulkes"^{††††}, de Juan y Hanne Campos en el

§§§ Juan Campos, Jordi Gol i Gurina y J. Jesús Moll "Características cualitativas de la actividad médica" en *Planificación y Reforma Sanitaria*, compil. Jesús M. de Miguel (1978) Madrid: CIS, pp. 49-63.

*** Juan Campos i Avillar, "Hacia un modelo de ruptura educativa para una reforma sanitaria, en *Planificación y Reforma Sanitaria*, compil. Jesús M. de Miguel (1978) Madrid: CIS, pp. 121-153.

††† Juan Campos i Avillar, "Hacia una alternativa democrática para la formación de recursos humanos en Salud Mental" en *La transformación de la Asistencia Psiquiátrica*, Coord. Manuel González de Chávez (1980), pp. 347-359.

†††† Juan y Hanne Campos "El desarrollo del grupoanálisis en los países de habla hispana" en S. H. Foulkes *Introducción a la Psicoterapia Grupoanalítica*, 1ª edición de Obras Completas en Castellano, 2005, Cegaos Press, Barcelona, pp.35-58.



dossier sobre S. H. Foulkes publicado en este mismo número de este número 29 de Norte, trabajo de lectura imprescindible si se quiere comprender este desarrollo.

Como ya dije, mi experiencia formativa viene marcada por un contexto democrático en Inglaterra y Estados Unidos. En Londres mi formación se da dentro de un National Health Service y en un hospital docente donde investigación, educación y asistencia clínica van íntimamente unidos y llevan una proyección social. Mis años en el Postgraduate Center de Nueva York coinciden con la reforma impulsada por el proyecto Action for Mental Health de los Kennedy. La acuarela que incluí arriba da idea de cuál era la “misión” con que venía de vuelta. Mi intención hubiera sido poder trabajar de psiquiatra analíticamente entrenado a tiempo completo en instituciones asistenciales y docentes. De hecho, cuando me colegié en Barcelona, lo hice como psiquiatra y psicoanalista.

Volviendo a mi experiencia en el Maudsley. Allí la impronta del grupo análisis me llega por los dos *consultants* para quienes trabajé. Fui allí atraído por el modelo de aprendizaje en la Unidad de Foulkes descrito por él en Barcelona. Como rellenar los protocolos que nos exigía los Archives del Hospital, base de la investigación dura que allí privaba como hospital docente de la Universidad de Londres, lo aprendí con ellos. Hace poco, por fin me he hecho con *The análisis of Therapeutic Groups* de Kräupl Taylor^{§§§§}, libro escrito con una beca del Research Council del Instituto que no se publicó hasta el '61. Foulkes, en cambio tuvo que costearse todas sus publicaciones desde el '48 hasta el '75', y no dispuso de tiempo para investigar hasta su retiro. A pesar de ello, algo del espíritu de investigación que allí reinaba se

me pegó. Al llegar al PGMH habían terminado una investigación por correspondencia de ex-pacientes a los diez años de acabar su tratamiento, y me contrataron para verificar mediante entrevistas cara a cara la validez de las respuestas. Se me ocurrió añadir al protocolo una pregunta: “¿Y qué tal la familia?” Con sorpresa nos enteramos de que muchos de los casos curados habían ido acompañados por trastornos físicos o psíquicos de otros miembros de la familia o por una separación... 2007: Y sigo investigando... Las formulaciones teóricas con que he contribuido al grupo análisis están basadas en mi investigación acerca del plexos familiar y profesional del terapeuta^{*****}.

I. 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.: En el momento actual no estoy por escribir unas perspectivas de futuro como hizo Bion en su tiempo. Sí me atreví, en cambio, a hacerlo en el trabajo que acabo de citar. Concluía allí diciendo:

Si comparamos el “Modelo Berlín”, el clásico para la formación analítica instituida, con aquel que se llega si se adopta un marco de referencia grupoanalítico, es decir el “Training Network in Action”, se observa que ambos se apoyan sobre el mismo trípode fundamental: experiencia analítica personal en el método que uno luego quiere aplicar a otros, aplicación del método supervisada por gentes más experimentadas y transmisión y avance de teoría y técnica. Lo que es radicalmente distinto es el modelo de desarrollo profesional con el que se opera. El primero esta basado en el “modelo de a dos” descrito por Freud en Psicología de las

§§§§ Libro de Kräupl-Taylor (1961) *The Analysis of Therapeutic Groups*, Maudsley Monographs, No. 8, London: Oxford University Press.

***** Juan Campos i Avillar UN PROTOTIPO DE MODELO GRUPAL PARA EL PSICOANALISIS: desde el «Grupo de a dos» a los «Grupos de 2 + n personas». contribución al Convegno de Milano 15-16 de Abril de 1989, “ATTUALI MODELLI PSICOANALITICI DEL GRUPPO” y publicado por la Rivista Italiana di Gruppo Analisi.



Masas, totalmente en consonancia con la estructura de la familia patriarcal o de la horda primitiva prevalente en una comunidad cultural cuya neurosis se expresa en actitudes competitivas, posesivas y egocéntricas y en el que el orden esta en ir ascendiendo a través de una escalera jerárquica. El segundo, en cambio, es un modelo democrático y evolutivo basado en una acción cooperativa y donde las necesidades, las dependencias del analista se van satisfaciendo guiadas por aquel principio de progresivo “decrescendo” de Foulkes.

Me preguntarán, ¿cómo se traduce esto en la práctica? Muy sencillo. El grupo de identificación, aquel en que el alumno aprende y se identifica con su oficio debiera ser una institución temporal y no permanente, tanto para los alumnos como para los maestros. El grupo de pertinencia a su vez es el que provee la cooperación precisa entre colegas en las relaciones con la sociedad en su sentido más amplio. El grupo de referencia, en cambio, es el que permite al analista seguir avanzando en su propia ciencia, es el que aplica radicalmente a si mismo los principios que predica. Si nos servimos de la vieja alma mater del Psicoanálisis, la Medicina, el primero correspondería a la Facultad, la que otorga el derecho a practicar y enseñar la profesión, el segundo correspondería a los Colegios Profesionales u Ordenes Médicas y el tercero, finalmente, correspondería al Laboratorio y Academia de Ciencias Médicas.

12. 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: Hoy en día, sin embargo, creo que los sentimientos de pertenencia e identidad grupal no dependen tanto de la formación que se haya recibido sino de las condiciones sociales y económicas en que ésta se desarrolla y las que priven después en la práctica profesional. Ahora, la globalización se lo come todo y la formación se mide y se paga por créditos. Todo se compra y

se vende. Me pregunto ¿de qué pechos van a mamar sus valores? En mi caso, la formación médica me la pagó el Estado y la especialización en Psiquiatría analítica me la pagué yo mismo mediante trabajo en clínicas de bajo costo, en el servicio pública de psiquiatría de comunidad en New Jersey que he mencionado, y también con la ayuda de un par de becas. De ahí que en el programa de formación del Hospital Asilo de San Juan de Dios se estableciera como un sistema de formación en el trabajo y dedicación geográfica. El único que no cobraba un duro era yo.

13. 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: En tanto en cuanto que dicha asistencia esté principalmente basada en la administración de medicamentos o terapias de la conducta, me parece pueda ser eficaz. Del viejo sistema de diagnóstico en red y tratamiento en perdigonada, hemos pasado a tratamientos basados en protocolos y derivados de la meta-investigación que fundamenta la Medicina basada en la evidencia. Si esto es aplicable o no a las psicoterapias, y más si analíticas, no sé. Pero de lo que sí estoy convencido es que los datos en que se basa toda investigación están más en la mente del investigador que no en la población investigada. Por ejemplo, mientras yo estaba en el Maudsley, las investigaciones en la eficacia de las terapias analíticas y conductistas que le llevaron al Hans J. Eysenck a dictaminar que las primeras estaban basadas en las historias de casos llevados allí por médicos residentes que no tenían otra formación ni experiencia que la recibida en un máximo seis meses pasadas en una unidad de psicoterapia. Así es como se ganó el profesorado en psicología y el lugar de investigador en el Institute of Psychiatry.

Nunca hay dinero para el tipo de investigación como la de sugerido por Foulkes con su



proyecto de la Ford Foundation. Sin embargo, sí se han hecho investigaciones serias como las llevadas por H. D. Malan y Balint en la Tavistock.

14. P: En relación con otro aspecto en boga actualmente ¿Cuál 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: En el plan de estudios del 1945 que yo seguí, se impartían las “tres Marías” —formación política, religiosa y educación física— además de una de Deontología. Si esto tuvo un impacto en nosotros, no lo sé; tampoco la obligación de militar en el SEU de la Falange. Actualmente, sé que en el plan que diseñamos para la Universidad Autónoma, las tres Marías fueron ya suprimidas. A mí aquella educación no me sirvió para nada. Sin embargo, la recibida en el Opus Dei sí me enseñó a respetar los valores humanos. Cuando me despedí de allí iba de profesor en factor humano del IESE que acabábamos de fundar en Barcelona. Mientras dirigía el Servicio de Psiquiatría Infantil de San Juan de Dios y cooperaba con los Hermanos Hospitalarios de San Baudilio, en la transformación psiquiátrica de éste formé participé en un grupo de estudio acerca de pastoral ética. El año en que me fui escribí el prólogo al libro *Presencia cristiana en clínicas y hospitales* de J. L. Redrado^{††††}, que vale la pena ser leído por completo, pues allí explico lo que entendí por bio-ética: “*Para mí, la enfermedad es expresión externa de la lucha entre la vida y la muerte; pero además, el dolor, el padecimiento tiene un sentido comunicativo, tanto para el sujeto que lo padece —permitiéndole darse cuenta de que la vida no es eterna— como para los demás que le rodean, a los que puede acudir para que le presten vida, amor, que le permita superar la muerte que le amenaza*”

y ejercer en él los principios de la vida que la sustentan.” Mi mentor, S. H. Foulkes, describía la terapia que él impartía como psiquiatría personalizada y su énfasis en terapia y entrenamiento siempre fue el fomentar la libertad interior para un cambio como objetivo de toda psicoterapia o, yo añadiría, de toda formación psiquiátrica, en otras palabras desaprender aquello que impide adquirir nuevos aprendizajes.

15. 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: Miro los resultados de la encuesta. Francamente impresionante. Desgraciadamente no estoy muy al corriente del funcionamiento de la asistencia comunitaria en salud mental de nuestro país.

Emocionalmente votaría que sí, pero por desgracia no he podido seguir su evolución aquí. Por lo que recuerdo de cuando la iniciamos en EEUU desde el “Living Room” del PCMH y en las Essex County Mental Higiene Clinics, fue una experiencia extremadamente excitante. Daba la impresión de que no íbamos a dejar loco alguno en los State Hospitals. Pero, al poco, la explotación del loco se había privatizado y los casos de extorción y abuso a que dio pie, era un verdadero escándalo. Por ejemplo, recuerdo un psiquiatra que privadamente atendía casos del Medicare cobrando 75 \$ la hora y dedicándoles escasamente cinco minutos. O el mismo “Living Room” que atendía a esta población ex–asilada, con los mismos criterios de aplicados en la clínica ambulatoria de bajo costo, es decir que se cobraba por visitas concertadas, se hubieran celebrado o no, se enriqueció hasta tal punto que se convirtió en el PGMH West, edificio de propiedad cinco veces mayor que aquel en que yo me formé años antes.

†††† Juan Campos (1969) Prólogo a José L. Redrado *Presencia cristiana en clínicas y hospitales* Colección de Pastoral Aplicada No. 56, Propaganda Popular Católica, Madrid.



16. P: 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.

Efectivamente no estaba en mi agenda, pero sí fue de gran interés para S. H. Foulkes, que en 1975 fue elegido chairman de la Psychotherapy and Social Psychiatry Section de la Royal Medical–Psychological Association. Desde el '49 que en ella se venía debatiendo la relación entre psiquiatría social y psicoterapia. Con el Chairman, G. Stewart Prince, que lo presidió abrieron un debate que terminó siendo publicado en forma de libro como *Psychiatry in a Changing Society*^{####}. Tras un prólogo escrito por ambos, el libro en su primera parte “Dos puntos de vista opuestos de psiquiatría social”, comienza con un artículo de E. H. Hare, “Relación entre Psiquiatría Social y Psicoterapia” y otro del propio Foulkes, “The Issue”, la cuestión básica a debatir. Este capítulo es uno de los más lúcidos escrito por él. Me lo sé casi de memoria de tanto leerlo y citarlo. Foulkes escribirá también el capítulo de “Resumen y Conclusiones”. Curiosamente, sin embargo, en ningún lugar cita el interés demostrado por la psiquiatría social^{§§§§§} que precede a la publicación de trabajo alguno en grupo análisis, incluso antes de “Group-analysis: a study in the treatment of groups on psycho-analytical lines”^{*****} y del AMD II BM que encabeza este dossier.

17. P: Y para finalizar, teniendo que agradecerle muchos de los profesionales de nuestra generación las opciones forma-

tivas que posibilitaste, ¿qué aconsejarías a las generaciones más jóvenes que se acercan al mundo de la salud mental?

R: Haría falta hablar juntos, los jóvenes y los que no lo somos tanto. Ninguna teoría ni ideología asegura la salud, y el conflicto no necesariamente es malsano. Hacen falta espacios donde en un análisis regular y continuo poder cuestionar tanto los aspectos conscientes como los inconscientes de nuestra práctica y prejuicios. La creación de estos espacios continuos y regulares privadamente y en las instituciones es el reto actual. No basta con las sesiones clínicas habituales en los servicios, si bien técnicamente son interesantes, por lo general descuidan los aspectos psicosociales de la atención al enfermo y no hay lugar, por supuesto, para ventilar los conflictos que acaban por quemar a los profesionales. Necesitamos crear grupos de referencia, grupos de pares para una co-visión de nuestra práctica y nuestros puntos de vista. En ellos podremos generar la ilusión y la motivación que tanto parecen flaquear. Hay que buscar el tiempo que nunca se encuentra.

Para terminar, compartiré el dicho que me ha acompañado en mi camino:

El mundo gira, gira... sin poder parar.

Parad al mundo, que me quiero bajar.

El mundo está loco, loco de atar.

El loquero que consiga atarlo, buen loquero será.

No sé si fui un buen o mal loquero, pero intenté que nadie se tuviera que bajar.



Psychiatry in a Changing Society, S. H. Foulkes and G. Stewart Prince eds. London, Tavistock Publications, 1969.

§§§§§ S. H. Foulkes “Psychoanalysis and Crime”, Canadian Bar Review 22: 30–61, 1943, asimismo en English Studies in Criminal Science (Cambridge University), Toronto 1944.

***** S. H. Foulkes (with E. Lewis) “Group-analysis: a study in the treatment of groups on psycho-analytical lines”, *B. J. Med. Psychol.* 20: 175–84, 1944.



Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada

Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz

Presentamos esta sección **Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada** que a partir de este número y de modo permanente aparecerá en esta revista. Se pretende que la persona que lo desee pueda autoevaluarse en áreas clave siguiendo un formato de pregunta tipo MIR en los que cada ítem es comentado y soportado bibliográficamente. Los tres próximos números de *NORTE de salud mental* versarán sobre *trastornos de ansiedad* que han sido elegidos como debutantes en la sección por su prevalencia elevada y su impacto clínico entre las personas que los padecen.

I. TRASTORNOS DE ANSIEDAD (parte I)*

• Ansiedad normal y patológica

Pregunta 1:

Señale, entre las siguientes, la proposición que considere FALSA sobre la ansiedad normal y patológica, según el modelo de Henri Ey:

- A) La angustia acompaña al hombre en el curso de su existencia.
- B) La angustia normal se explica cuantitativa y cualitativamente por el estímulo que la desencadena.
- C) La génesis de la angustia patológica es el mundo real.
- D) La angustia patológica es anacrónica, pues lleva a revivir situaciones pasadas.
- E) La angustia patológica es estereotipada o repetitiva porque esta afincada en el carácter del sujeto.

• Criterios DSM-IV TR vs CIE-10

Pregunta 2:

Según la CIE-10 de la OMS y en comparación con el DSM IV-TR de la APA el Trastorno por Estrés Postraumático se clasifica en el eje:

- A) La CIE-10 de la OMS carece de ejes multiaxiales
- B) En el eje IV
- C) En el eje III
- D) En el eje II
- E) En el eje I

* Respuestas en página 112 y siguientes



Pregunta 3

Según el DSM IV-TR y en el supuesto de comorbilidad (doble diagnóstico) es FALSO que:

- A) El TOC (T. Obsesivo Compulsivo) y el Sd. De Gilles de la Tourette SI pueden co-diagnosticarse en un mismo paciente
- B) El TAG (T. Ansiedad Generalizada) y el TEPT (T. Estrés Postraumático) NO pueden co-diagnosticarse en un mismo paciente
- C) La Esquizofrenia Hebefrénica y el TOC NO pueden co-diagnosticarse en un mismo paciente
- D) La Fobia Social y el T. de la Personalidad por Evitación SI pueden co-diagnosticarse
- E) El T. Límite de la Personalidad y la Fobia Específica SI pueden co-diagnosticarse

Pregunta 4

Uno de los siguientes trastornos de ansiedad se considera categoría diagnóstica oficial en la CIE-10 pero no la DSM IVTR, ¿podría señalarlo?:

- A) Agorafobia
- B) Fobia específica
- C) T. obsesivo compulsivo
- D) T. mixto ansioso depresivo
- E) Fobia social

• Trastorno de pánico y agorafobia

Pregunta 5

Una de las controversias más interesantes en la nosología psiquiátrica actual es aquella que hace referencia al tipo de vinculación existente entre el trastorno de angustia y la agorafobia. En relación con este tema ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

- A) En el entorno clínico, la agorafobia suele asociarse con las crisis de angustia y la mayoría de los pacientes que acuden a los centros sanitarios refieren que las crisis de angustia precedieron o coincidieron con el comienzo de la agorafobia.
- B) Las crisis de angustia representan un poderoso factor de riesgo para la aparición de agorafobia y la angustia suele preceder a la agorafobia entre los pacientes con un trastorno de angustia con agorafobia
- C) Diversos estudios comunitarios han aportado pruebas sólidas de que la agorafobia no siempre es consecuencia de las crisis.
- D) La presencia conjunta del trastorno de angustia y de la agorafobia se asocia con una evolución más grave y crónica de los síntomas de ansiedad.
- E) La tesis prevalente en la psiquiatría norteamericana sostiene que la agorafobia es un trastorno propio, que puede seguir o no, al inicio de las crisis de angustia.

Pregunta 6

En relación con la fenomenología del trastorno de angustia: ¿cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA?

- A) La mayoría de los síntomas de las crisis de angustia, según el DSM-IV-TR, son emocionales más que somáticos.
- B) El inicio de las crisis suele ser insidioso y su naturaleza difusa y crónica.



- C) Las personas sin trastornos de ansiedad pueden presentar episodios de angustia.
- D) El trastorno de angustia se define, en parte, según el número de crisis sucedidas durante un periodo de cuatro semanas.
- E) Se conocen como “crisis sintomáticas limitadas” aquellas cuya duración es inferior a cuatro minutos.

Pregunta 7

En relación con la patogenia del trastorno de angustia ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

- A) Los pacientes con este trastorno muestran una respuesta incrementada de la hormona de crecimiento a la clonidina.
- B) La regulación noradrenérgica anómala está perfectamente documentada.
- C) La interrupción de la neurotransmisión serotoninérgica puede justificar las anomalías respiratorias encontradas.
- D) El factor liberador de corticotropina (CRF) extrahipotalámico parece desempeñar una misión primordial en la movilización del núcleo central de la amígdala.
- E) La vulnerabilidad frente a la infusión de lactato sódico revela una hiperactividad del núcleo central de la amígdala y una predisposición de la persona hacia la angustia.

• Farmacoterapia de los Trastornos de Ansiedad

Pregunta 8

La mayoría de antidepresivos y benzodiazepinas inducen una disfunción sexual importante. Existen diferentes estrategias para solventar este problema, como reducir la dosis, cambiar a otro medicamento o agregar un segundo preparado que reduzca o reviertan las complicaciones sexuales. ¿Cuál de los siguientes fármacos ha sido propuesto con esta finalidad?

- A) Clonidina.
- B) Propanolol
- C) Buspirona
- D) Gabapentina
- E) Brofaromina.

Pregunta 9

En relación con la farmacoterapia del trastorno de angustia ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

- A) La inmensa mayoría de los clínicos que tratan el trastorno de angustia utiliza inicialmente un ISRS.
- B) Las ventajas y los inconvenientes relativos de cada uno de los tratamientos deben sopesarse individualmente y la elección del tratamiento se negociará con el paciente.
- C) Es preciso la evaluación de otros posibles problemas relacionados con la angustia como la agorafobia u otros trastornos psiquiátricos asociados.
- D) La imipramina fue el primer fármaco que aprobó la FDA para tratar el trastorno de angustia.
- E) Los ISRS deben administrarse inicialmente en dosis bajas, para luego ir aumentando poco a poco.



RESPUESTAS y COMENTARIOS

Pregunta 1.-Respuesta correcta: C

Comentario: La angustia aparece ante cualquier eventualidad de amenaza a la identidad y de agresión al yo personal:

- Kikegaard sostuvo que la libertad implica siempre ansiedad potencial.
- Otto Rank habla de la ansiedad inherente a la individuación.
- Goldstein subraya la ansiedad normal, fruto del desarrollo y la evolución vital.
- Rollo May señala la invasión de la angustia en la sociedad actual, manifestado en la política, la literatura, la filosofía.
- Sheehan diferencia entre una ansiedad exógena y otra endógena.

La angustia acompaña al hombre en el curso de su existencia. Esta angustia normal puede explicarse cuantitativamente y cualitativamente por el estímulo que la desencadena. Por el contrario, la angustia patológica se diferencia de la normal en los siguientes puntos (Ey H.):

- a. es anacrónica, pues lleva a revivir situaciones pasadas.
- b. es estereotipada o repetitiva porque esta afinada en el carácter del sujeto.
- c. es fantasmagórica, pues su génesis no es el mundo real, sino la representación imaginaria de un conflicto inconsciente.

Bibliografía: Vallejo Ruiloba J.: Trastornos de angustia. En Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría 5ª Edición Vallejo K., edit. Pag 379. Editorial Masson. 2002

Pregunta 2.-Respuesta correcta: E

Comentario: La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para los trastornos mentales adultos se compone de 3 ejes: eje I (diagnósticos clínicos); eje II (incapacidades, discapacidades); eje III (factores ambientales, contextuales). Además hay propuesto un eje IV de calidad de vida.

El **eje I** (capítulo V de la ICD-10, letra F0 a F9) contempla todos los trastornos mentales y

no mentales. En dicho eje I el capítulo correspondiente a los trastornos mentales y conductuales es el quinto. Los expertos opinan que el DSM establece criterios más rígidos y comprometidos mientras que la CIE establece criterios más tolerantes y flexibles. Hoy en día la CIE es el sistema de clasificación más utilizado en todo el mundo.

El **eje II** valora las consecuencias de las enfermedades en términos de deterioro de los roles sociales básicos. Recoge cuatro dimensiones: a) cuidado personal; b) actividades ocupacionales (trabajo remunerado, escolaridad, actividades domésticas); c) actividades familiares (regularidad y calidad de las interacciones) y d) comportamiento social y tiempo libre.

El **eje III** incluye problemas relacionados con la familia o el grupo de apoyo primario, educación, empleo, vivienda, circunstancias económico-legales y antecedentes médicos familiares.

Bibliografía: Mezzich J.E., Rupiérrez Rodríguez M.A. Clasificaciones Actuales en Psicopatología y Salud Mental. En Tratado de Psiquiatría, Vallejo J., Leal C., editores. Pag 639-646, Vol I. ARS Medica 2005.

Pregunta 3.-Respuesta correcta: C

Comentario: Las ideas delirantes de carácter recurrente y los comportamientos estereotipados extraños que se observan en la esquizofrenia se diferencian de las obsesiones y compulsiones por el hecho de no revestir carácter egodistónico y no ser congruentes con la realidad. No obstante algunos individuos presentan síntomas de trastorno obsesivo compulsivo y esquizofrenia a la vez, lo que justifica el diagnóstico simultáneo de ambos trastornos.

Históricamente se ha pensado que la estructura obsesiva era el último reducto en donde el paciente presicótico establecía sus defensas para evitar caer en la anarquía mental. No infrecuentemente puede observarse en clínica como algunos pacientes establecen mecanismos anacásticos en fases de compensación esquizofrénica. Esto llevó antaño a pensar que



esquizofrenia y TOC compartían un continuum fenomenológico que nunca demostrarse.

Como se señala arriba psicopatológicamente el TOC y los síntomas TOC-like en pacientes esquizofrénico son psicopatológicamente diferenciables, lo que justifica establecer ambos diagnósticos.

Los restantes supuestos enumerados en el ítem son correctos.

Bibliografía: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado DSM IV-TR. American Psychiatric Association. Pags: 509-510; 516-517; 533;

Pregunta 4.-Respuesta correcta: D

Comentario: En la CIE-10 se crea una categoría nueva, el t. mixto ansioso depresivo (que no existe en el DSM IVTR). La CIE-10 clasifica los trastornos de ansiedad en el epígrafe común de “trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, pero diferenciando los t. de ansiedad propiamente dichos (pánico, ansiedad generalizada, t. mixto ansioso depresivo) de los t. de ansiedad fóbica (agorafobia, fobia social, fobia específica), el t. obsesivo compulsivo, las reacciones a estrés y adaptación, los trastornos somatomorfos, disociativos y otros t. neuróticos.

Bibliografía: Vallejo J. Trastornos de Ansiedad. En Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría 6ª ed. Vallejo Ruiloba J., editor. Pags: 374. Masson 2006.

Pregunta 5.-Respuesta: E

Comentario: La tesis prevalente en la psiquiatría norteamericana, tal como se refleja en el DSM-IV-TR, sostiene que la agorafobia casi siempre representa una complicación del trastorno de angustia. Por el contrario, otra teoría, más vinculada con la psiquiatría europea y reflejada en la CIE-10, afirma que la agorafobia es un trastorno propio, que puede seguir, o no, al inicio de las crisis de angustia. En relación con las otras afirmaciones resaltar que las pruebas de las investigaciones clínicas muestran un cuadro muy distinto a la de los estudios epi-

demiológicos. Así en los estudios comunitarios es frecuente que la agorafobia acompañe al trastorno de angustia, pero la mayoría de las personas con agorafobia no padece un trastorno de angustia. En los estudios clínicos, el diagnóstico de agorafobia sin historia de trastorno de angustia es bastante raro y, según algunos, inexistente. El trastorno de angustia con agorafobia se asocia con una edad más temprana de inicio y mayor duración e intensidad de los síntomas, por lo que supone una variante más grave del trastorno de angustia.

Bibliografía: Pollack MH, Smoller JW, Otto MW, Scout EL, Rosenbaum JF. Fenomenología del trastorno de angustia. En: Stein DJ, Hollander E. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Psiquiatría ED.2004, Pág. 291- 301.

Pregunta 6.-Respuesta: C

Comentario: Las personas sin trastornos de ansiedad pueden presentar episodios de angustia. El DSM-IV-TR proporciona un listado de trece síntomas que pueden presentarse durante la crisis de angustia. La mayoría de estos síntomas (once de trece) son somáticos. El inicio brusco de las crisis y su naturaleza episódica las distinguen de los síntomas más difusos que caracterizan la ansiedad anticipatoria o generalizada. En el DSM-III-R, el trastorno de angustia se definía, en parte, según el número de crisis (cuatro) sucedidas durante un período de cuatro semanas. Este criterio se modificó en el DSM-IV para poner el énfasis en el miedo a las crisis de angustia, definido por la presencia, durante un mes o más, de una inquietud persistente acerca de la posibilidad de sufrir nuevas crisis, preocupación sobre las implicaciones de éstas, o cambios significativos de conducta relacionadas con ellas. Las crisis de angustia que cursan con menos de cuatro de los trece síntomas especificados en el DSM-IV-TR se denominan crisis sintomáticas limitadas.

Bibliografía: Pollack MH, Smoller JW, Otto MW, Scout EL, Rosenbaum JF. Fenomenología del trastorno de angustia. En: Stein DJ, Hollander



E. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Psiquiatría ED.2004, Pág. 291- 301.

Pregunta 7.-Respuesta: A

Comentario: Los pacientes con un trastorno de angustia muestran una respuesta aplanada de la hormona de crecimiento a la clonidina. Se cree que el aplanamiento refleja una modulación a la baja de los receptores α_2 postsinápticos tras la descarga noradrenérgica crónica. La regulación noradrenérgica anómala está perfectamente documentada en el trastorno de angustia, aunque los fármacos que aumentan la neurotransmisión de serotonina reducen la volatilidad noradrenérgica. Hay pruebas de que la serotonina interviene en la ventilación pulmonar humana y de que los pacientes con trastorno de angustia son especialmente sensibles al descenso de serotonina. El factor liberador de corticotropina (CRF) extrahipotalámico parece desempeñar una misión primordial en la hiperactivación del núcleo central de la amígdala. La infusión de lactato continúa siendo el método más conocido para inducir la angustia. La vulnerabilidad frente a la infusión de lactato sódico revela una hiperactividad del núcleo central de la amígdala y una predisposición personal hacia la angustia.

Bibliografía: Coplan JD, Gorman JM. Patogenia del trastorno de angustia. En: Stein DJ, Hollander E. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Psiquiatría ED.2004, Pág. 303-314.

Pregunta 8.-Respuesta: C

Comentario: La disfunción sexual es frecuente entre los pacientes tratados con antidepresivos y benzodicepinas. Las estrategias para superarlo consisten en indicar al paciente la reversibilidad de estos efectos, reducir la dosis o agregar un segundo preparado que reduzca o reviertan las complicaciones sexuales. Por último, a veces, hay que cambiar a otro medicamento. Los fármacos que pueden resultar útiles son el betanecol (10-20 mg antes del coito o 30-100 mg/día), la ciproheptadina (4-12 mg/día), la yohimbina (5,4-16,2 mg antes de la relación

sexual o 5,4 mg tres veces al día) o el sildenafil (50-100 mg/día). La yohimbina debe prescribirse con cautela a los pacientes con trastorno de angustia, debido a sus efectos potencialmente ansiógenos. Otras estrategias más populares en la actualidad consisten en la adición de anfebutamona (100-200 mg/día) o buspirona (30 a 60 mg/día) repartidos en varias dosis. La clonidina, el propanolol, la gabapentina y la brofaromina no han demostrado utilidad en el tratamiento de la disfunción sexual.

Bibliografía: Lydiard RB. Farmacoterapia del trastorno de angustia. En: Stein DJ, Hollander E. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Psiquiatría ed.2004, Pág. 315-329.

Pregunta 9.-Respuesta: D

Comentario: El alprazolam fue el primer fármaco que aprobó la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos para tratar el trastorno de angustia. Las ventajas y los inconvenientes relativos de cada uno de los tratamientos deben sopesarse en cada caso y la participación en la modalidad inicial de tratamiento se negociará con el paciente. Un aspecto importante para la elección terapéutica es la evaluación de los otros posibles problemas relacionados con la angustia, como la agorafobia u otros trastornos psiquiátricos asociados (p.ej. depresión, fobia social, alcoholismo). La inmensa mayoría de los clínicos que tratan el trastorno de angustia utiliza un ISRS. De hecho, esta recomendación se incluye en las guías clínicas sobre el trastorno de angustia de la American Psychiatric Association. Las personas con trastorno de angustia son particularmente sensibles a determinados efectos secundarios activadores de los ISRS, como el insomnio, la inquietud, el nerviosismo y la agitación, por lo que deben administrarse inicialmente en dosis bajas para luego ir aumentando poco a poco.

Bibliografía: Lydiard RB. Farmacoterapia del trastorno de angustia. En: Stein DJ, Hollander E. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Psiquiatría ED.2004, Pág. 315-329.



Valoración del Paciente Suicida. Riesgos y Prevención.

Imanol Querejeta Ayerdi

Hospital Donostia. San Sebastián.

Universidad del País Vasco, Departamento de Neurociencias.

Introducción

La conducta suicida es una forma de comportamiento sustentada por motivaciones muy especiales. Su estudio resulta tan difícil y controvertido como extraer sus factores determinantes.

A pesar de que para muchos autores no está del todo claro, **el suicidio es un acto** y no se ajusta al modelo tradicional de enfermedad. *En sí mismo*, tampoco es una *causa* de muerte, ni un comportamiento que afecte sólo a personas enfermas. Las impresionantes imágenes de las personas lanzándose al vacío desde las torres del World Trade Centre de Nueva York tras el ataque aéreo del pasado 11 de septiembre de 2001, ilustran de forma dramática que la desesperación es una causa, probablemente la más frecuente, de esta forma de comportamiento.

Las fuentes de la O.M.S., que estiman que para el año 2020 aproximadamente 1 millón y medio de personas morirán como consecuencia de una tentativa de suicidio. También se estima que el número de personas que harán una tentativa sin resultado final de muerte (1) será 10 veces mayor. Esta información nos viene a decir que, en esas fechas, en el mundo habrá una muerte por suicidio cada 20 segundos y una tentativa cada 1-2 segundos.

En nuestro país el estudio de esta forma de comportamiento ha chocado contra tres importantes obstáculos. El primero la falta, hasta hace poco tiempo, de un procedimiento que investigue hasta los últimos detalles todas las muertes que se dan en circunstancias extrañas, muchas veces acompañadas de violencia y que han sido registradas como accidentes durante muchos años. En segundo lugar, el rechazo que siempre ha producido este tipo de conducta. En Europa en el siglo XIII se prohibía enterrar a las víctimas de suicidio en campo santo y sólo a principios del siglo XIX los ingleses abandonaron la costumbre de enterrar a los suicidas en los cruces de caminos (2). Por último, la necesidad que se ha tenido, por razones no siempre entendidas, de buscar una definición exacta de lo que es esta forma de conducta. En realidad en lo que hay una diferencia sustancial es entre los pacientes que hacen una tentativa de suicidio y los que consuman un suicidio, se puede aceptar que las tentativas de suicidio *son conductas que buscan y consiguen la solución de un problema externo* (3).

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO SUICIDA

Un factor de riesgo es un concepto estadístico y se define como la asociación entre



alguna característica o atributo del individuo, grupo, o medio ambiente y el aumento de la probabilidad de que ocurra una enfermedad particular o un fenómeno relacionado con la enfermedad o problema objeto de estudio.

Teóricamente, los factores de riesgo ofrecen pistas sobre la causalidad de la enfermedad. Por ello los clínicos pueden usar los factores de riesgo para identificar a pacientes, determinar los períodos críticos de su enfermedad e instaurar una intervención médica adecuada (3).

Los factores de riesgo asociados a la conducta suicida son conocidos ya que fueron descritos por Durkheim en 1897 (4). Desde entonces hasta nuestros días ha variado la importancia de cada uno de ellos.

Distinguimos dos tipos de factores: *Factores Socioambientales* y *Factores Individuales*.

PERFIL DE LAS PERSONAS QUE COMETEN SUICIDIO COMPLETO

Varones (3 veces más que mujeres)

- Ancianos y adultos.
- Personas que utilizan métodos agresivos.
- Raza blanca
- Personas que viven solas
- Desempleados
- Clase social baja.
- Abuso de drogas.
- Enfermedades crónicas
- Antecedentes previos (3 veces más riesgo)

El aumento de las tasas de suicidio consumado en los ancianos se justifica porque a esa edad las personas están sometidas a cambios bruscos en su vida, disminución de su calidad de vida y con una disminución de recursos de todo tipo para hacer frente a situaciones inesperadas (5, 6).

En relación con el sexo, la mayoría de los autores coinciden en que los suicidios completos son más frecuentes en varones y los suicidios incompletos en mujeres (7,8).

Otro factor relacionado con este tipo de conducta es el desempleo, sin que se llegue a saber qué es más importante, si la pérdida de la capacidad adquisitiva y el miedo al futuro asociado a esta situación (9, 10, 11, 12, 13), o la pérdida de la autoestima, el contacto con los compañeros y el cambio de rol social. Esta asociación ha sido estudiada por varios autores que coinciden en que las tasas se multiplican hasta por 10 en el caso del suicidio no consumado tanto para los varones como para las mujeres. Todos estos estudios coinciden también en que el riesgo es más alto cuanto más largo es el período de desempleo.

PERFIL DE LAS PERSONAS CON CONDUCTA SUICIDA INCOMPLETA

- La proporción entre mujeres es 4 veces mayor
- Personas jóvenes (Menos recursos de afrontamiento)
- Método más usado → Medicación + Alcohol
- Personas que viven solas
- Desempleados
- Diagnóstico psiquiátrico
- Bajo nivel social. Abuso de drogas
- Trastornos de personalidad

LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO COMO FORMA DE PREVENCIÓN

Para los clínicos la mejor manera de hacer prevención es hacer una valoración, lo más exacta posible, de las personas que se atienden presentando un riesgo. Como la única herramienta de la que se dispone es la entrevista, explicaremos la información relevante que hay que obtener y tener en cuenta para poder tomar decisiones correctas. La aplicación debe de ser rigurosa.

Para empezar, hay que distinguir el paciente que acude tras una tentativa de suicidio, del que acude a nuestra consulta sin adoptar esta forma de comportamiento.



Se debe de prestar atención a los factores de riesgo a los que hemos hecho referencia porque cerca de la mitad de las personas que tienen una conducta suicida, completa o incompleta, han contactado con su médico de atención primaria en el período de ocho semanas anterior al acto suicida y lo hacen expresando sentimientos de hastío, desesperanza y haciendo mención al suicidio de forma más o menos explícita (14). Los autores citados refieren que de ese 48% de personas que han visitado a su médico de familia con anterioridad a un acto, el 31% de los que consuman el suicidio y el 20% de los que no lo consiguen han expresado ideas de muerte o falta de expectativas de futuro con anterioridad.

Una vez que sospechamos que un paciente *sin antecedentes* de este tipo de comportamiento que acude a nuestra consulta presenta un perfil de riesgo, debemos de tener presente que la probabilidad de cometer un suicidio aumenta de forma progresiva y continua en función del número de factores de riesgo que presente el paciente. Inicialmente el paciente afectado por algunos de los factores de riesgo ya comentado empieza a experimentar ideación vaga de suicidio. A medida que pasa el tiempo sin que esta persona reciba el tratamiento adecuado, estas ideas difusas se empiezan a concretar y a convertirse en planes. En este momento debemos de abordar de una forma clara, explícita y sensible los problemas de nuestro paciente de riesgo. Si, en ausencia del efecto desinhibidor de una droga, normalmente el alcohol, una persona nos habla de planes concretos de suicidio debemos concederle el máximo riesgo y actuar para protegerle.

Cuando el paciente ya tiene una *historia previa de un suicidio incompleto* el riesgo es bastante mayor ya que la repetición es una de las variables que más frecuentemente se asocia al suicidio. De hecho, un 40% de las personas que completan un suicidio tienen tentativas previas. Diferentes estudios coinciden en que las personas que repiten después de un primer inten-

to lo hacen en el período de 12 meses posterior al mismo (15,16).

Cuando lo que tenemos que hacer es *valorar un suicidio incompleto*, sea en primera tentativa o sucesivas, es útil sistematizar la exploración con una entrevista rigurosa que se debería de completar con la aplicación de una escala específica de evaluación de este tipo de conducta.

La primera medida que hay que tomar cuando se va a evaluar a una persona por un suicidio incompleto es descartar de forma absoluta la existencia de alguna complicación médica y tratarla. A continuación se debe de proceder a una valoración psiquiátrica, que siempre que se pueda la hará un especialista.

Después hay que valorar la tentativa en sí misma. Para ello el terapeuta que haga la valoración del suicidio incompleto debe de encontrar una respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo se explica la tentativa tanto en objetivos, como en razones?
2. ¿Cuál ha sido la gravedad del intento de suicidio?
3. ¿Persiste el riesgo de una tentativa o suicidio consumado en este momento?
4. ¿Qué problemas afectan al paciente? (Tanto los remotos como los inmediatos).
5. ¿Hay alguna situación que ha actuado como precipitante?
6. ¿El paciente evaluado padece una enfermedad psiquiátrica? ¿Cuál es el diagnóstico y la importancia en la tentativa de suicidio?
7. ¿Qué precisa el individuo evaluado? ¿Está capacitado para aprovechar esa ayuda?

El primer punto es el más importante de toda la entrevista y seguramente el más difícil. Hay que explorar las circunstancias y las expectativas que rodean la tentativa. También el por qué se da esta conducta en el momento que ocurre y no antes (esto de manera especial cuando una persona adopta esta forma de conducta tras muchos años de vivir con dificultades). Hay



que saber si lo que el individuo espera conseguir con su conducta es la muerte.

El segundo punto a explorar es la **intencionalidad real** y para ello hay que explorar los siguientes puntos:

1. El intento es meditado durante tiempo y se hace acopio de material para llevar a cabo el acto. (Impulsivo o Planificado)
2. El individuo actúa buscando la soledad.
3. La intervención de alguna persona que le auxiliase era poco probable.
4. El individuo tomó precauciones para no ser descubierto.
5. El método utilizado. ¿Por qué ese y no otro?
6. Seguridad acerca de la letalidad del método elegido.
7. En los casos de sobreingesta de fármacos, el individuo se toma todos los disponibles.
8. El paciente no sólo no pide ayuda sino que se opone a ser auxiliado.
9. La presencia de actos finales como notas explicativas o últimas voluntades.
10. La admisión de una intencionalidad de muerte.

Cuantos más factores de los mencionados se detectan en la entrevista mayor es el riesgo

También es útil conocer el perfil que más frecuentemente se encuentra entre las personas que consuman un suicidio después de un intento fallido. Los más importantes de estos rasgos son los siguientes:

1. Mayor de 45 años.
2. Varón.
3. Desempleado.
4. Separado, divorciado o viudo.
5. Vivir sin acompañantes.
6. Mala salud física.
7. Llevar 6 meses en tratamiento médico.
8. Padecer alguna enfermedad psiquiátrica.
9. Abusar del alcohol u otras drogas.
10. Haber utilizado un método violento y potencialmente peligroso en la tentativa que se está valorando.

11. Presencia de una nota de despedida.

12. Tentativas previas.

Entre 2 y 5 factores la tasa de suicidio es 6.98×1000 .

Entre los que cubren 10 ó más factores la tasa de suicidio es de 60×1000 .

Estos factores fueron propuestos por Tuckman y Youngman (17) después de estudiar una muestra de 3800 personas con intentos de suicidio que posteriormente completaron una conducta suicida. Ellos encontraron que entre las personas entrevistadas que acumulaban de 2 a 5 de estos factores el riesgo de suicidio era de 6.98 por 1000, mientras que en los que acumulaban entre 10 o más tenían una tasa de suicidio nueve veces mayor (60 por 1000).

En tercer lugar hay que conocer si el paciente está en **riesgo de repetir** su conducta, es decir, si en caso de tener un deseo claro de muerte éste persiste durante la entrevista. Si es así, se debe de contemplar la necesidad de una hospitalización involuntaria.

En cuarto lugar hay que distinguir los problemas que tiene para lo cual es aconsejable entrevistarse con los familiares más próximos del paciente.

Por último, una vez valorada toda esta información hay que decidir la ayuda que se ofrece al paciente y valorar si la va a aceptar. Cuando la indicación que se da contempla seguir un tratamiento ambulatorio, es aconsejable facilitar lo más posible el que el paciente salga de la entrevista con una cita y asegurarse, también, de que acude a la misma.

Toda esta información debe de obtenerse a través de un lenguaje claro y directo. La actitud debe de ser correcta, receptiva y guiada por el tacto y el interés hacia el paciente. De esta manera el paciente podrá expresar sentimientos y discutir acerca de sus problemas con una



intensidad que antes no había hecho. No hay que olvidar que muchas personas que cometen un suicidio incompleto no son enfermos y que no van a requerir, ni desear, un seguimiento convirtiéndose esa entrevista en el único contacto que van a mantener con una persona entrenada en el manejo de esta situación.

Por último, es preciso que la entrevista se lleve a cabo tan pronto como el paciente esté en condiciones de atender a una entrevista. Si la valoración se hace cuando el paciente está

afectado por las consecuencias físicas de su conducta (p.ej en el caso de intoxicación medicamentosa) la información puede ser imprecisa y la valoración incorrecta. Si, por el contrario ha pasado mucho tiempo después de la tentativa fallida, es muy probable que la situación esté parcialmente, que no bien, elaborada no pudiéndose llegar a conclusiones acertadas.

Para terminar y aunque la valoración de un acto suicida se debe de basar en una entrevista clínica.

Sintetizando:

- El principal problema que ha habido hasta ahora para el estudio de la conducta suicida es la existencia de discrepancias acerca de su definición.
- Al igual que en otras formas de comportamiento como el alcoholismo, parece más importante tener un concepto de lo que es la conducta suicida que hacer una definición exacta.
- El factor de riesgo inmediato para que una persona consuma un suicidio es la desesperación ante la falta de expectativas de futuro.
- El factor de riesgo diferido más importante en el suicidio es el haber hecho tentativas previas, sobre todo en los 12 meses anteriores al acto definitivo.
- Para prevenir el suicidio hay que explorar la existencia de ideación autolítica cada vez que se atiende de urgencia a un paciente psiquiátrico.
- En las personas con antecedentes, la exploración de las tentativas previas permite conocer su gravedad y el riesgo de repetición.
- Los cuestionarios estandarizados son de utilidad en la valoración de este riesgo. En concreto los cuestionarios de Beck tiene una alta validez y utilidad.
- La hospitalización breve, si es preciso de forma involuntaria, contribuye a disminuir la tensión del paciente y acompañantes durante el tiempo que dura la exploración. También facilita el inicio de un seguimiento.
- Siempre que se entrevista a un paciente que presenta una conducta suicida hay que procurar, por todos los medios, entrevistar también a la familia y/o acompañantes en el momento de la acción.
- Al hacer la exploración hay que valorar siempre todos los factores de mayor riesgo asociados a esta forma de conducta.



BIBLIOGRAFÍA

1. **World Health Organization.** Figures and facts about suicide (Doc.WHO/MNH/MDB/ 99.1) WHO: Geneva. 1999.
2. **Rosen, G.** History in the study of suicide. *Psychological Medicine.* 1971; 1: 267–285.
3. **Baechler, J.** Suicide. Oxford: Basil Blackwell, 1980.
4. **Berrios, G y Mohanna, M.** Durkheim and french psychiatry views on suicidal during the 19th century. A conceptual history. *British Journal of Psychiatry.* 1990; 156:1–9.
5. **Shah, AK., De, T.** Suicide and the elderly. *International Journal of Psychiatry Clinical Practice* 1998;2: 3–17.



6. **Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Kerkhof, A. Bjerke, T., Crepet, P., Haring, C., Hawton, K., Lonqvist, J., Michel, K., Pommereau, X., Querejeta, I., Phillipe, I., Salander-Renberg, E., Temesvary, B., Wasserman, D., Fricke, S., Weinacker, B., Sampaio-Faria, JG.** Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996; 93:327–338.
7. **Aro, H., Marttunen, M and Lonqvist, J.** Adolescent suicides in Finland. En 3rd. European Symposium .Suicidal Behaviour and Risk Factors (Ferrari, Bellini, Crepet .Editors) pp 71–76. Monduzzi editori. Bologna 1990.
8. **Davidson, L., Rosenberg, M., Mercy, J., Franklin, J., Simmons, J.** An epidemiologic study of risk factors in two teenage suicide clusters. En 3rd. European Symposium. Suicide Behaviour and Risk Factors (Ferrari, Bellini, Crepet. Editors) pp 505–514. Monduzzi Editori. Bologna.1990.
9. **Platt, S y Kreitman, N.** Parasuicide and unemployment among young men in Edinburgh 1968–1982. *Psychological Medicine* 1985; 15: 113–123.
10. **Platt, S.** Parasuicide and unemployment. *British Journal of Psychiatry* 1986; 149: 401–405.
11. **Platt, S y Dyer, JAT.** Psychological correlates of unemployment among male parasuicide in Edinburgh. *British Journal of Psychiatry* 1987; 151: 27–32.
12. **Hawton, K., Fagg, J y Simkin, S.** Female unemployment and attempted suicide. *British Journal of Psychiatry* 1988; 152: 632–637.
13. **Moesler, TAM., Pontzen, W y Rummler, W.** The relationship between suicidal acts and unemployment. En 3rd, European Symposium. Suicidal Behaviour and Risk Factors. (Ferrari, Bellini, Crepet. Editors). pp189–194. Monduzzi Editori. Bologna. 1990.
14. **Diekstra, RFW y Van Egmond, M.** Suicide and attempt suicide in general practice 1976–1986. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1989; 79: 268–279.
15. **Kreitman, N y Casey, P.** Repetition of parasuicide: an epidemiological and clinical study. *British Journal of Psychiatry*. 1988, 153: 792–800.
16. **Hawton, K y Fagg, J.** Repetition of attempted suicide: the performance of the Edinburgh predictive scales in patients in Oxford. *Archives of Suicide Research*. 1995, 1: 261–272.
17. **Tuckman, J y Youngman, WF.** A scale for assessing suicide risk of attempted suicides. *Journal of Clinical Psychology*. 1968, 24: 17–19.



Caso Clínico

Una psicosis cicloide

Eva Garnica de Cos, Edurne Basterreche Izaguirre, Ramiro Merino Fernández

Psiquiatras, Hospital Psiquiátrico de Zamudio, Bizkaia.

Introducción

En la práctica clínica psiquiátrica con cierta frecuencia nos encontramos con pacientes psicóticos que presentan síntomas y evoluciones que no encajan fácilmente dentro de las clasificaciones nosológicas actuales.

Los síntomas catatoniformes son relativamente frecuentes entre los pacientes psiquiátricos, según estudios aparecen entre un 7.6% a 38% (1). Se sabe que son cuadros que pueden llegar a poner en peligro la vida del paciente y que con frecuencia se asocian a síndrome neuroléptico maligno, incluso algunos autores lo consideran una variante del mismo cuadro (1,2,3), lo que hace que sea necesario tener un especial cuidado con el uso de neurolépticos. Responden especialmente bien al tratamiento con Terapia Electroconvulsiva (TEC), y benzodiacepinas (1,2,3,4,5). Sus manifestaciones incluyen mutismo, negativismo, rigidez, ecofenómenos, etc; y se presentan en una forma retardada–estuporosa o en forma excitada–delirante (1,2,3).

Pero los síntomas catatoniformes no son patognomónicos de ningún trastorno. En algunos pacientes las manifestaciones catatoniformes no se engloban en una evolución a largo plazo como la de la esquizofrenia (con deterioro, etc), ni acompañan un cuadro afectivo como en el trastorno bipolar. Varios autores, entre ellos Leonhard (6,7,8) describen un tipo de psicosis, las Psicosis cicloides, con características peculiares: inicio brusco, a veces prece-

dido de un precipitante externo, finalización también brusca, cuadros polimorfos que en el transcurso de horas o días pasan de momentos de franca agitación a otros de estupor o negativismo catatónico... En este tipo de psicosis está también comprobada la mejoría rápida con TEC (6,7,8).

Se presenta un caso clínico en el que consideramos que, dada la evolución a largo plazo, el diagnóstico más acertado es el de Psicosis cicloide.

CASO CLINICO

Motivo de ingreso:

Se trata de una paciente de 44 años que ingresa en una Unidad de Agudos de Psiquiatría por primera vez por descompensación psicótica (indica el ingreso su psiquiatra ambulatorio habitual por “posible Psicosis reactiva”).

Antecedentes personales:

Sin antecedentes médicos de interés. Es la 5ª de 5 hermanas; los padres viven, sanos. No se refieren antecedentes familiares de enfermedad mental. Viuda desde hace 2 años, sin hijos, vive sola. Tiene estudios básicos y ocasionalmente trabaja de limpiadora.

Desde los 25 años se refieren 5 episodios similares al actual, siempre reactivos a estresantes externos de mayor o menor importancia (desde dificultades en el trabajo, al fallecimiento



por cáncer del marido). Todos los episodios han tenido una duración de aproximadamente un mes y han sido tratados a nivel ambulatorio, con el cuidado estrecho de las hermanas (que llegan a darle la comida triturada, dormir con ella...) y reajustes farmacológicos por parte del psiquiatra ambulatorio (basándose en lo que la familia refería, ya que la paciente no acudía a consulta en las reagudizaciones). La familia asegura que la recuperación entre episodios es total, pudiendo mantener una vida autónoma: trabajando, viviendo sola, e incluso cuidando por temporadas a sus padres. La definen como una persona “muy sensible y miedosa”, pero tiene amistades y se relaciona muy bien con la gente.

Enfermedad actual:

Días previos al ingreso la paciente tiene una fuerte discusión con una vecina, la cual llega a amenazarla de muerte (confirmado por varios testigos). En el transcurso de 2–3 días la paciente deja de dormir, y aparece una agitación psicomotriz e ideación delirante de perjuicio que, unido al hecho de que su psiquiatra y varias hermanas se encuentran de vacaciones, hace que se decida su ingreso por primera vez.

Exploración psicopatológica y evolución:

Al ingreso la paciente está consciente, orientada en tiempo y persona pero no en espacio, pero incapaz de colaborar, con una marcada inquietud psicomotriz que hace que no permanezca sentada en ningún momento. Sin apreciarse hipertimia, se muestra verborreica, por momentos desinhibida con frecuentes comentarios de índole sexual y desprendiéndose de parte de la ropa. Aunque con frecuencia el discurso es incoherente, sí presenta una ideación delirante de perjuicio, poco estructurada. Se refiere (y objetiva los primeros días) un insomnio importante. Presenta frecuentes falsos reconocimientos.

En los primeros días son necesarias altas dosis de neurolépticos y benzodiacepinas para disminuir la inquietud psicomotriz, y la angustia asociada a la ideación delirante. En el transcurso de pocos días sufre un cambio brusco hacia

otra forma de catatonía, permaneciendo mutista la mayor parte del tiempo, o con ecolalia o habla entrecortada e hipofónica (como de robot) en otros momentos, negativista (negándose a comer y tomar medicación oral), perpleja, sobresaltada por cualquier sonido y en algún momento manteniendo un postura rígida. Los pocos comentarios que hace suelen ser acerca de la muerte (cree que su madre está muerta, habla de que queremos incinerarla, envenenarla con el agua o la medicación...). Deja de orinar en varias ocasiones, motivo por el que se la traslada a un hospital general en alguna ocasión (donde completan el estudio orgánico –ver exploraciones complementarias) confirmando el origen “psicógeno” del cuadro. En un momento de máxima rigidez llega a bajar la saturación de oxígeno (restableciéndose después) y presenta fiebre (descartándose nuevamente origen “orgánico”).

Exploraciones complementarias:

Se le han realizado varias analíticas completas (hematimetría, bioquímica, hormonas tiroideas, electrolitos, coagulación, análisis de orina), TAC craneal, ECG, Radiografías de tórax, punción lumbar e incluso hemocultivos y TAC para descartar tromboembolismo pulmonar con resultados dentro de la normalidad. En una ecografía abdominal se observó litiasis en vesícula, sin datos de inflamación.

Diagnóstico y tratamiento:


Al presentar un síndrome catatoniforme con negativa a comer y tomar medicación oral, se opta por iniciar tratamiento con TEC, con mejoría espectacular desde las primeras sesiones y resolución completa del cuadro, permaneciendo la paciente totalmente asintomática al alta. Dada la evolución a largo plazo de la paciente, con periodos asintomática en los que hace vida normal, y psicosis breves de inicio y fin brusco con sintomatología polimorfa dentro del mismo episodio, se opta por el diagnóstico de “Psicosis cicloide”, englobado en CIE–10 como “Trastorno psicótico agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia”.

Discusión

Previamente a la descripción de las psicosis cicloides, la psiquiatría francesa con Magnan, y después H. Ey, describieron las bouffées délirantes (también incluidas hoy en día en la CIE-10 como Trastorno psicótico agudo polimorfo), que presentan algunas características comunes, con las Psicosis cicloides, como el inicio brusco, el polimorfismo, variación del cuadro de un día a otro, etc (6,7,8). En la psiquiatría alemana Kleist describe otras psicosis que considera independientes de las psicosis endógenas de Kraepelin, a las que denomina “Psicosis marginales”, entre las que incluye las Psicosis cicloides, que posteriormente desarrolla Leonhard (6,7,8).

Leonhard habla de tres subtipos de Psicosis Cicloides: la psicosis de angustia-felicidad, la psicosis confusional (incoherente-estuporosa) y la psicosis de la motilidad (acinética-hipercinética), cuyas características con cierta frecuencia se solapan (6). Los rasgos esenciales de las Psicosis cicloides incluyen: polimorfismo, alteración global de la vida psíquica, agudeza en la aparición de los síntomas, insomnio total tres días antes de la eclosión de los síntomas, labilidad intra e interepisódica, tendencia a la alternancia (estructura polar), tendencia a la repetición de los episodios, remisión completa de los episodios (fases) y remisión a largo plazo (no deterioro) (6). Los criterios diagnósticos más citados en la literatura son los de Perris y Brockington de 1982 que incluyen: Psicosis aguda

entre los 15 y 50 años; Comienzo repentino en horas o pocos días; Concurrencia, al menos de cuatro de los síntomas siguientes: confusión o perplejidad, delirios (más persecutorios), alucinaciones, ansiedad intensa, sentimientos de felicidad o éxtasis, alteraciones de la motilidad, preocupación por la muerte, cambios de humor; Cambios de los cuadros sintomáticos (6,7,8). Como ocurre con la Catatonía, se recomienda el tratamiento con TEC (6). La CIE-10 contempla las Psicosis Cicloides dentro de los Trastornos psicóticos agudos polimorfos, pero en DSM-IV no se incluyen las Psicosis Cicloides, por lo que debe usarse el Trastorno psicótico breve (menos de un mes) o el Trastorno esquizofreniforme (entre un mes y seis).

El caso de la paciente que presentamos tiene especial interés a nuestro entender, entre otras cosas, por su diagnóstico. Creemos que no puede diagnosticarse de esquizofrénica a una paciente con una recuperación tan completa entre episodios (a pesar de que la catatonía se considera un síntoma típico de algunas formas de esta enfermedad); no puede diagnosticarse de Trastorno bipolar ni esquizoafectiva porque no se aprecia un cuadro afectivo que acompañe a la sintomatología antes descrita; y una Psicosis reactiva parece inapropiado por la frecuencia con que se repiten estos cuadros en la paciente. Por todo esto nos inclinamos por el diagnóstico de Psicosis cicloide, que se ajusta más, en nuestra opinión, a las características y evolución a largo plazo de este caso. 

BIBLIOGRAFÍA

1. Taylor MA, Fink M: Catatonia in Psychiatric Classification: A Home of Its Own. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1233-1241.
2. Rajagopal S. Catatonia. *Advances in Psychiatric Treatment* 2007, vol. 13, 51-9.
3. Fink M, Taylor MA. Catatonia: Subtype or Syndrome in DSM? *Am J Psychiatry* 2006; 163: 11.
4. Fink M, Taylor MA. The many varieties of catatonia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251: Suppl. 1, 1/8-1/13.
5. Anguita-Romero M, Ruiz-Veguilla M, Barrigón-Estévez ML, Fontalba-Navas A, Gomis-Fletcher L. Síndrome catatónico: a propósito de dos casos. *Psiquiatr Biol* 2006; 13 (1): 35-7.
6. Barcia D. *Psicosis cicloides*. Fundación Archivos de Neurobiología, Ed. Triacastela. Madrid. 1998.
7. García-Valdecasas J, Vispe A, Díaz D, Martín M. Psicosis cicloides: controversias diagnósticas y nosológicas a propósito de un caso. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2007, vol XXVII, nº 99, 59-73.
8. Camacho M, Franco MD, Sanmartín A, Giner J. Otros trastornos delirantes. *Psicosis reactiva breve. Psicosis psicógena*. En Tratado de Psiquiatría de Vallejo J, Leal C. Ed. Ars Medica. Barcelona. 2004.



Incertidumbres asistenciales. De Manicomio a Seminario de Derio

Iñaki Markez
CSM de Basauri

En la década de los años 20, ante el abandono y deterioro de la organización psiquiátrica por parte del gobierno de Primo de Rivera, los psiquiatras comprometidos intentaron reformas en los ámbitos locales y en instituciones, privadas casi siempre, desplazando su acción pública hacia las asociaciones profesionales¹. Así ocurrió en la asamblea constituyente de la Asociación Española de Neuropsiquiatras celebrada a finales de 1924, en un ambiente crítico y de protesta, con la presencia de un buen puñado de directores de manicomios públicos y privados, algunos de ellos psiquiatras de prestigio y después en la asamblea de la AEN de junio de 1926 donde, además de aprobarse la constitución de la Liga Española de Higiene Mental; su tercera ponencia versaba sobre un “plan moderno de la asistencia a los alienados”². En ella se proponía que el término manicomio, tan peyorativo para enfermos, familiares y sanitarios, fuera sustituido por hospital psiquiátrico o instituto mental.

Si bien en esta época se frenaron los tenues proyectos reformistas de la atención psiquiátrica que habían sido iniciados los años anteriores, estos movimientos lograron que desde el gobierno en Madrid se preocuparan por la situación, solicitando a las diputaciones provinciales memorias sobre la asistencia en los manicomios, inaugurándose algunos centros como el hospital psiquiátrico de Zaldibar en 1923 o el de Oviedo en 1930.

El manicomio de Zaldibar en Vizcaya, construido para desahogar al de Bermeo inaugura-

do en 1900 y también con cierta escasez de medios y de personal, tuvo como primer Director a López Albo, neuropsiquiatra formado en Alemania. El Dr. Wenceslao López Albo³ fue un destacado neuropsiquiatra de la época siendo notorio por los proyectos que realizó. Mencionaré aquí dos de ellos, en la Casa de Salud Valdecilla en Santander y el proyecto de gran manicomio en Vizcaya.

En 1928 fue Jefe del Pabellón de Mentales y organizador de la Casa de Salud de Valdecilla durante dos años, hasta que dimitió al imponerle el Patronato la presencia de las Hijas de la Caridad con cometidos inapropiados y contrarias a sus iniciativas de que el cuidado de los pacientes lo realizaran enfermeras seglares. Sus iniciativas se orientaban a crear una unidad psiquiátrica en un hospital general⁴: diseñó una unidad de enfermos agudos en un moderno departamento neuropsiquiátrico, con dispensario con servicio de consultas externas y otro de asistencia social, así como una clínica de hospitalización psiquiátrica, sin olvidar el servicio de profilaxis o higiene mental para la provincia. Las resistencias para estos planes fueron crecientes y en 1930, cuando dimitió, el pabellón neuropsiquiátrico no había llegado a funcionar. En ese tiempo visitó y estudió numerosos hospitales europeos y norteamericanos.

Sus ideas no eran una excepción. Meses después de la proclamación de la República, Gonzalo Rodríguez Lafora, amigo de López Albo, nombrado presidente del Consejo Superior Psiquiátrico se centraba en planteamien-



tos organizativos propios del siglo anterior: “... toda provincia de más de un millón de habitantes debería contar con un centro para 2.500 enfermos repartidos en dos establecimientos, uno urbano, para unos 1.200 pacientes, otro rural (tipo asilo-colonia) con destino a 1.500 o 2.000 enfermos crónicos”⁵.

Un gran manicomio

López Albo, presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatras entre 1930 y 1935, materializó la construcción de un proyecto de gran hospital psiquiátrico que pretendía albergar a la totalidad de los enfermos mentales de la “región”, estimando la necesidad de cerca de tres mil camas para acoger enfermos del País Vasco, Santander, Burgos, Palencia, Valladolid, Logroño, etc.

Fue en 1930, en plena controversia sobre el hacinamiento de enfermos en los manicomios de Bermeo y Zaldibar y sus métodos de contención, sobre todo por el uso de camisas de fuerza, con acusaciones tildadas de calumniosas cuando la Diputación, tomando las riendas, encargó al doctor San Sebastián la realización de un detallado informe sobre la Beneficencia en la provincia, deteniéndose en los hospitales, manicomios, asilos y casas para niños y ancianos. Sobre los manicomios, propuso el derribo del de Bermeo por inadecuado y la reconversión del de Zaldibar, que solo atendía a mujeres, en asilo provincial mixto para ancianos. Además, propuso construir un gran manicomio con mil camas, concentrando a los enfermos mentales en grandes edificios (nosocomios) tal y como apuntaban algunas corrientes europeas. Pues bien, esta propuesta fue aprobada eligiéndose terrenos de Zamudio y Derio^a, entorno rural a las afueras de Bilbao, con una extensión de 80 Ha., y encargando al

arquitecto provincial Diego Basterra, el proyecto cuyas obras comenzaron en 1932. Tras pleitos con los obreros, el derrumbe de pabellones, investigaciones por ello, incrementos de presupuestos y de operarios, la estructura de los cuatro grandes edificios quedó finalizada en agosto de 1934. El entonces manicomio de Zamudio estaba a punto.



Edificios del manicomio proyectado cedidos por la Diputación para Seminario, 1950.

La prensa y también los informes sanitarios consideraban urgente y prioritaria la finalización del manicomio de Zamudio ante el creciente número de *dementes*, como consecuencia de la inestabilidad social, el paro y el alcoholismo⁶.

Fueron solicitadas mayores partidas financieras por la Diputación de Vizcaya al gobierno de Madrid para realizar los cierres de fachadas y la organización interior, pero no llegaron. Mientras, no quedaba terminada la obra, y sus pabellones que no llegaron a ser utilizados como hospital sí acogieron usos variados: almacén de maquinaria, viviendas de transeuntes, secadero de tabaco, vaquería, fábrica de armas, talleres de bicicletas y, por supuesto, lugar de

a En 1927, Derio que era un municipio dividido en cuatro barrios separados por terrenos de Mungía y Zamudio, ante la falta de recursos decidió su unión con Zamudio, lo cual solo duró hasta 1931 por las protestas de sus habitantes. En 1965 se produjo la anexión a Bilbao de los municipios de Sondika, Loiu, Derio y Zamudio. Tras dos décadas de crecimiento de población y empresas, de nuevo en 1982 tuvo lugar la desanexión de Bilbao de todos esos pequeños pueblos de la comarca del Txori Herri.



encuentro y juegos de niños y adolescentes de la zona.

Llegó la guerra civil y distintos batallones del ejército vasco, del PNV y de Izquierda Republicana, lo utilizaron como acuartelamiento hasta que en mayo de 1937 fue bombardeado por la Legión Condor antes de la ocupación de Bilbao^b, si bien los desperfectos fueron escasos.

Pasó la guerra y también la década de los años 40 permaneciendo semiabandonados estos edificios, siendo conocidos por los de la zona como *el manicomio*.

No era una cuestión extraña, el penoso y caótico estado de los manicomios, semiderruidos a veces, faltos de financiación, con gran parte del personal “depurado” políticamente y sustituido por órdenes religiosas. Hacinamiento, creciente mortalidad, desnutrición, tuberculosis y otras enfermedades infectocontagiosas, traslados de un centro a otro, etc. formaban parte de la vida rutinaria.

Tras la guerra civil española, el nuevo Régimen pretendió una psiquiatría nacional acorde con su ideología: a las esencias de la raza hispánica le correspondería un genuino humanismo que, junto a la tenacidad ignaciana, el pensamiento cristiano y el estilo de vida pretendidamente exclusivo. Se fundamentaba en las escuelas de psicología de los sentimientos de origen germánico y se traducía del alemán o mejor, se hispanizaba aquel pensamiento médico para lograr una *psicoterapia nacional* con rechazo expreso del psicoanálisis por subversivo, pansexualismo y semitismo. No deja de ser curioso que la obra de Freud estuviera prohibida hasta 1948, fecha en que fue impresa —en edición de lujo— con una advertencia:

El psicoanálisis debe ser estudiado con espíritu claro y ecuánime por el psicólogo e interpretado con un sentido cristiano: lo

mismo que los escolásticos hicieron de Aristóteles un filósofo cristiano, así, hoy día, podemos hacer que todo cuanto hay de útil en la doctrina de Freud sea aplicado con equilibrada manera al mejor conocimiento de la mente humana.

Estando todavía pendiente el uso al que habría de destinarse a los edificios del posterior Seminario de Derio, tras unas brillantes



M. Bustamante, 1944.

oposiciones en 1948, el Dr. Mariano Bustamante obtuvo la plaza de Jefe de los Servicios Psiquiátricos de la Diputación Provincial de Vizcaya, al frente de los cuales se mantendría hasta su jubilación.

Los planteamientos de las necesidades asistenciales, docentes y de investigación se encon-

b La ciudad de Bilbao fue tomada el 19 de junio de 1937 por la 5ª Brigada de Navarra.



traron con las dificultades sociopolíticas de una época de postguerras por lo cual algunos de sus proyectos quedaron en las memorias. Ya en aquellos finales años 40 proyectó y aconsejó una unidad de Psiquiatría en el Hospital de Basurto y una Clínica Psiquiátrica en el barrio bilbaíno de Deusto que chocaron con los reglamentos del momento que impedían su creación. En la década de los años 50, promovió y supervisó tratamientos biológicos como el TEC, Insulina, psicocirugía y la cura con neurolépticos en los dos hospitales psiquiátricos existentes. Era otro neuropsiquiatra de la generación del 27 formado en Alemania.

Desde el principio sostuvo una posición crítica frente al proyecto de macrohospital psiquiátrico de Zamudio: “Nuestro criterio fue opuesto a llevar adelante este proyecto—mamut. Por el contrario se propugnó la habilitación de una clínica de 60 camas, perfeccionar los servicios ya en marcha y construir en el futuro nuevas estructuras según las exigencias sanitarias... En ninguna circunstancia se debía producir una aglomeración asistencial superior a los 400 enfermos”, diría Bustamante en 1964 y que ya había expuesto con anterioridad⁷ y coincidente con las directrices de la OMS unos años más tarde⁸. En el verano de 1968, tras casi veinte años de diseño y organización participó en la inauguración del Instituto Neuropsiquiátrico “Nicolás Achúcarro” (actual hospital psiquiátrico de Zamudio) en una finca propiedad de la Diputación situada a dos kilómetros del enclave anterior, donde seguía funcionando el Seminario de Derio, pero ya en terrenos exclusivamente del municipio de Zamudio. Bustamante fue su primer director, en un hospital que por motivos económicos solo se habilitaron inicialmente cien plazas además de diversos servicios de exploración, laboratorios, medicina interna, hospital de día y de noche, terapia ocupacional, etc.

Durante más de dos décadas mantuvo cierta racionalidad en la asistencia psiquiátrica no dejándose llevar por la política de grandes y masificados manicomios.

Un gran seminario

A raíz de la creación de la diócesis de Bilbao, aquellos enormes edificios y los terrenos fueron cedidos por la Diputación al Obispado de Bilbao. Se instaló allí en el año 1951 el Seminario de Derio que tuvo gran desarrollo, donde miles de jóvenes cursaron estudios y 354 seminaristas fueron ordenados sacerdotes entre 1950 y 1975. Grandes instalaciones con Colegio Mayor y Menor y dependencias anejas (iglesia, Centro de Estudios Especiales, Residencias de profesores, canónigos y postseminaristas, amplias instalaciones deportivas) configuraron un centro modélico en la diócesis y en la región.



Seminaristas en Derio, 1964.

La posterior crisis vocacional a principios de los años 70 aconsejó su cierre como seminario, excesivamente grande y costoso su mantenimiento, reconvirtiéndose en diversas instalaciones y empresas: archivo diocesano, biblioteca y más recientemente otras empresas de hostelería, enseñanza, deportes, servicios, etc., constituyendo con sus 54.000 metros cuadrados el actual complejo Arteaga Centrum.





BIBLIOGRAFÍA

1. E. González Duro. *Historia de la locura en España* (tomo III). Temas de Hoy, 1996.
2. J. González Cajal. Algunos datos sobre la psiquiatría que vivió Labora hasta 1936. *Rev. AEN*, Vol. XIV, n° 29. 1989.
3. O. Martínez Azumendi. Wenceslao López Albo. *Norte de salud mental*, 2003, n° 16: 67–71.
4. W. López Albo. Proyecto de un Pabellón Psiquiátrico, Dispensario Psiquiátrico e Instituto de Orientación profesional para la Casa de Salud Valdecilla. *Rev. Clínica de Bilbao*, 1928, 3: 581–582.
5. G. Moya. (1986): Gonzalo R. Lafora. *Medicina y cultura en una España en crisis*, Madrid, Ads. U.A.M.
6. R. Benguría. 1930–1950. El manicomio que no fue. En *¿Qué paso con el Seminario de Derio?* Eds. A. Barrosos, R. Benguría e I. Santamaría. Archivo Histórico Eclesiástico de Bizkaia. Bilbao, 2004.
7. Referido en “El Correo Español– El Pueblo Vasco” de 12 y 14 de mayo de 1948
8. Organización Mundial para la Salud (Baker, Davis, Sivadon:WHO. Genf. 1957 y 1959)
9. I. Markez. El Dr. Mariano Bustamante, un neuropsiquiatra de la generación del 27. *Norte de salud mental* 2005, Vol. IV, n° 25: 63–68.



Comunicación Terapéutica en Enfermería

Clara Valverde

Edita: DAE (Difusión Avances de Enfermería)
Madrid, 2007

Este libro es de especial interés para escuelas de enfermería, profesionales de enfermería en Atención Primaria u Hospitalaria y para otros profesionales sociosanitarios tales como médicos, psicólogos y trabajadores sociales. Es un manual que tiene como objetivo el facilitar la formación sobre la comunicación terapéutica en escuelas de enfermería y Atención Primaria y Hospitalaria. Se ve que se ha escrito intentando ser lo más práctico posible para que sea útil a todo profesional de enfermería.

El primer capítulo es una introducción al tema de la comunicación terapéutica en el cual, sobre todo, se explica la diferencia entre este tipo de comunicación que se utiliza en la relación de ayuda con el paciente y la comunicación social. Se dan ejemplos de intervenciones eficaces y menos eficaces para que el lector pueda poner en práctica las ideas ofrecidas.

El segundo capítulo se centra en la empatía, esa herramienta indispensable para establecer la comunicación terapéutica. Se analizan las dificultades que existen para mostrar empatía y se ofrecen ideas para superarlas.

El tercer capítulo trata el tema del respeto e invita a una reflexión sobre su rol en la relación de ayuda.

El cuarto capítulo se dedica a la escucha receptiva, técnica indispensable para poder llevar a cabo

una comunicación en una relación terapéutica. En este capítulo se examina el por qué y el cómo de la escucha y se dan ejemplos prácticos para escuchar situaciones específicas con pacientes. También se reflexiona sobre el tema del tiempo.

El quinto capítulo trata el tema de las emociones en la comunicación terapéutica, cómo posicionarse ante las emociones del paciente y, en concreto, cómo intervenir cuando un paciente siente pena, ansiedad o rabia. Así mismo se ofrece ideas sobre las propias emociones del profesional de enfermería.

El sexto capítulo se centra en cómo acompañar al paciente a través de un crear diálogo muy diferente de la noción de “dar consejos”, favoreciendo el concepto de las “opciones” en vez de las “soluciones”.

El capítulo siete se dedica a la comunicación terapéutica para ayudar al paciente a hacer cambios. Esto se hace reflexionando sobre enfoques más y menos eficaces de la educación sanitaria y se expone la teoría de la motivación.

Los capítulos ocho, nueve, diez y once, están consagrados a la comunicación terapéutica para trabajar con enfermedades crónicas. El capítulo ocho expone las dificultades que presentan estas enfermedades para el profesional de enfermería. El capítulo nueve explora lo que vive y siente el enfermo crónico y las posibles intervenciones de enfermería especialmente antes y después de que el paciente reciba su diagnóstico. El capítulo diez vuelve al tema de las emociones, pero en este caso más concretamente a las del enfermo crónico. El capítulo once ofrece ideas prácticas sobre cómo ayudar al paciente crónico a adaptarse a su enfermedad, a hacer el duelo de lo perdido y a comenzar a definir una nueva vida.

El último capítulo, el capítulo doce, se dedica totalmente al tema de la familia del paciente. Se exponen las ideas principales sobre el sistema familiar y sobre cómo les afecta la enfermedad, y se ofrecen ideas para que el profesional de enfermería pueda aumentar su eficacia con la familia del paciente.

Para más información: María Elena Izquierdo
(961667384)





Psicofarmacología aplicada en Atención Primaria

Editores:

Luis Pacheco Yáñez y Juan Medrano Albéniz
Editorial Glosa, 2007.

Acaba de ver la luz un manual de Psicofarmacología aplicada en Atención Primaria, bajo el patrocinio de los laboratorios Janssen-Cilag y la editorial Glosa S.A., realizado por un total de cuarenta y cinco autores. La mayoría de ellos son psiquiatras de la red extrahospitalaria de Salud Mental del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, pero también podemos encontrar médicos de familia, neurólogos y farmacólogos, así como profesionales de otras comunidades autónomas. El libro está prologado por el Dr. José Andrés Martín Zurimendi, hasta hace pocos meses Director del Servicio de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica Extrahospitalaria de Bizkaia y actualmente Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Galdakao.

Los propios editores realizan en la introducción toda una declaración de intenciones con la publicación del texto, señalando que: "...desarrollar un texto de *Psicofarmacología aplicada en Atención Primaria* puede parecer, a estas alturas, redundante e innecesario, habida cuenta de los numerosos manuales que existen sobre *Psicofarmacología*...si bien muchos de ellos son más conocidos por especialistas en *Psiquiatría* que por médicos de *Atención Primaria*. Nuestro objetivo con este trabajo es completar la información que ya existe, pero teniendo como destinatario esencial al médico de *Atención Primaria* que es, por tanto, el núcleo principal a

quien va dirigido el texto... Sin embargo, no pretendemos que dicho profesional "aprenda" a prescribir psicofármacos. Es obvio que ya saben hacerlo y...atienden regularmente a más pacientes psiquiátricos que los propios psiquiatras. Nuestro principal objetivo es que tengan una herramienta más a su disposición, que les ayude tanto en la prescripción como – quizá fundamentalmente – en el conocimiento de las interacciones y secundarismos de estos fármacos..."

Desglosan el libro en cinco apartados principales, que son los siguientes.

Parte I: Psicofármacos y atención primaria, donde se abordan las perspectivas del problema desde la atención primaria, la Neurología y la Psiquiatría.

Parte II: Psicofarmacología general, dónde se detallan los principales grupos farmacológicos de los psicofármacos, detallados cada uno de ellos en un ficha patrón, que vertebrata todos los capítulos de este apartado.

Parte III. Principales efectos adversos de los psicofármacos asociados a su uso terapéutico, en la que se analizan los principales secundarismos de los psicofármacos.

Parte IV: Interacciones principales de los psicofármacos, quizá, junto la anterior, la parte que puede resultar más útil al médico de Atención Primaria.

Parte V. Recomendaciones generales sobre algunos psicofármacos, donde finalmente exponen su experiencia con el manejo de los psicofármacos y los puntos que puedan resultar de interés al médico de Atención Primaria, desde un punto de vista pragmático.

Y finalizan el libro con un Apéndice, que contiene numerosas tablas con las equivalencias de nombres químicos y comerciales de los psicofármacos.

El texto tiene un total de 543 páginas y está pensado como un manual práctico, obviando muchos aspectos teóricos de los psicofármacos (bioquímicos, etc), que los autores entienden pudieran resultar farragosos y dificultar el objetivo principal que es, como ya hemos dicho, su aplicación práctica en las consultas diarias.





Agenda

- 18,19 y 20 de octubre** **Auditorio Universidad de Deusto. Bilbao**
III Congreso Nacional de PsicoOncología, organizado por Sdad. Española de Psico-Oncología
Secretaría: pernetas@hbas.osakidetza.net
- 24 de octubre** **H. de Galdakao. Bizkaia**
I Jornada sobre Drogodependencias
Organiza Hospital de Galdakao y SMEB, Osakidetza
- 25 y 26 de octubre** **Sevilla**
XIV Congreso Nacional de Psiquiatría Legal. "Gestión de Riesgos en Psiquiatría"
- 8, 9 y 10 de noviembre** **Baeza. (Jaén)**
XXV Jornadas de la AAN: *Recuperar el debate, proyectar el futuro*
Secretaría técnica: 957 49 83 30 • cordobacongresos@viajeseci.es • www.aan.org.es
- 22 y 23 de noviembre** **Palacio Euskalduna. Bilbao**
X Jornadas de Rehabilitación PsicoSocial y Asistencia a la Enfermedad Mental Grave de Curso Crónico, del Hospital de Zamudio
Secretaría técnica: Isabel Aquesolo, Hospital de Zamudio
e-mail: isabelaquesoloulgalde@osakidetza.net • Tfno: 94 400 65 00
- 22 a 24 de noviembre** **Madrid**
XII Curso Anual de Esquizofrenia: "*Psicosis y Relaciones Terapéuticas*"
www.cursoesquizofreniamadrid.com
Secretaría: 91 531 94 49 • e-mail: sec.tecnica@cursoesquizofreniamadrid.com
- 13 de diciembre (19 h.)** **La Bolsa (Palacio Yhon). Bilbao**
X Jornada de OME
Asamblea Anual: "Tratamiento ambulatorio de la depresión. La perspectiva de los profesionales"
- 22, 23 y 24 de mayo de 2008** **Girona**
XXII Jornadas Estatales de la AEN
www.asoc-aen.es

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 2.007. 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. Magallanes, 1, sótano 2. 28015 Madrid. Tfno: 636 725 599 / Fax: 91 847 31 82.

O bien a OME, Apto. Correos 12, 48950 ERANDIO, 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