

# NORTE

## DE SALUD MENTAL

Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen VII N°31 Junio 2008



## “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: Ruth Losada León**

*La ilustración representa los caminos por los que debemos pasar en nuestra vida. Algunos acertados, otro equivocados y algunas veces ni una cosa ni la otra. A veces nos perdemos en nosotros mismos, en los caminos que hay dentro de nuestra mente, y es en ese momento cuando debemos salir por nuestro propio pie, luchando. Sin embargo, hay personas que no consiguen encontrar el camino, ni hacia el frente ni el de vuelta, y se quedan perdidos en la maraña de senderos que somos nosotros mismos.*

### Volumen VII



N°27



N°28



N°29



N°30



N°31

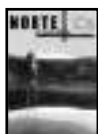
### Volumen VI



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)
- Asociación Española de Neuropsiquiatría, (AEN)

### 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.  
Elortegi, I.  
Esteban, R.  
Filgueira, J.  
Gonzalez-Pinto, R.  
Gutierrez Fraile, M.  
Hernanz, M.A.  
Lasa, A.  
Marijuan, M.  
Marina, P.  
Morchón, J.  
Pardo, N.  
Rendueles, G.  
Susparregui, JM.  
Vega, A.  
Ylla, L.

Aparicio, V.  
Ayerra, JM.  
Ballesteros, J.  
Candina, A.  
Desviat, M.  
Erkizia, B.  
Fernández Liria, A.  
Garnica, E.  
Guimón, J.  
Hernández, M.  
Irurzun, JC.  
Levav, I.  
Marín, M.  
Marquínez, F.  
Palomo, Ch.  
Redero, JM.  
Sanchez, A.E.  
Thornicroft, G.  
Verdejo, M.  
Zuazo, JI.

**Sede Social: Apdo. Correos 12, 48950 - Erandio. Bizkaia. Tlf: 94 467 49 79**

**[www.ome-aen.org](http://www.ome-aen.org) • [norte@ome-aen.org](mailto:norte@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.

Todos los artículos están accesibles de modo gratuito en la web: [www.ome-aen.org](http://www.ome-aen.org)

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 nº31, Junio 2008  
[www.ome-aen.org/norte.htm](http://www.ome-aen.org/norte.htm)

© 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: [norte@ome-aen.org](mailto:norte@ome-aen.org)

Autora de la portada:  
**Ruth Losada**

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 Jaurlaritz



– Laboratorios farmacéuticos:

**Bristol-Myers-Squibb, Janssen-Cilag,  
Organon Schering-Plough, Pfizer, Wyeth, Glaxo Smith Kline.**

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



Asociación Española de Salud Mental



Asociación de Psicólogos Mentales y Psiquiatras Españoles

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



[www.aen.es](http://www.aen.es)

# S U M A R I O

## PRESENTACIÓN

- Psiquiatría comunitaria en peligro: una historia íntima del ascenso y caída de la reforma de Leganés** ..... 6  
F. Chicharro Lezcano

## ORIGINALES Y REVISIONES

- Tratamiento del alcoholismo en las consultas de Salud Mental** ..... 11  
M<sup>a</sup> Carmen Pernía, Deirdre Sierra Biddle, Antonio Arenal, Lourdes Alvarez,  
Cesar Gonzalez Blanch, María Eugenia Lera, Marta Sandoy  
**Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Metodología Enfermera.**  
**A propósito de un caso** ..... 20  
M<sup>a</sup> Luisa Oreja, Concepción Alegre  
**Objetivo del tratamiento psiquiátrico: La esperanza** ..... 27  
Blas Erkizia  
**Una estrategia de amor: la renuncia al poder** ..... 38  
José Antonio Espina

## PARA LA REFLEXIÓN

- De lo público, lo privado y el futuro de la asistencia a la salud mental** ..... 45  
Manuel Desviat  
**Algunas consideraciones sobre la situación actual de la reforma psiquiátrica en España** ..... 52  
Pilar Balanza  
**Del manicomio a la incertidumbre o cómo acabar con 20 años de psiquiatría comunitaria en Leganés** ..... 57  
Ana Moreno, Manuel Desviat, Marta Sanz, Teo Sobrino

## METÁLOGOS

- Aprendiendo psiquiatría comunitaria. Entrevista al Dr. Manuel Desviat** ..... 68  
Ander Retolaza, Iñaki Markez

## IN MEMORIAM

- Emilio Rodríguez: psicoanalista puro devenir** ..... 78  
Lidia H. Bruno  
**Fernando Ulloa** ..... 80  
Susy Kesselman

## FORMACIÓN CONTINUADA

- Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación razonada (III)** ..... 81  
Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor  
**Análisis narrativo: acercamiento a los significados de una paciente con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad** ..... 87  
Elena Álvarez Girón  
**Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto en una mujer con Arnold-Chiari tipo I** ..... 99  
Patricia Fernández Martín

## HISTORIA

- El Grupo de Psicoterapia Psicoanalítica de Bilbao, GPAB. (1.975–2008) Breve cronología histórica** ..... 105  
J. Karmelo Malda

## ACTUALIZACIONES

- I. Markez, E. Cuesta  
**De locos a enfermos. De la psiquiatría del manicomio a la salud mental comunitaria. Autor: Manuel Desviat** ..... 110  
**Días de duelo, encontrando salidas. Autores: Jorge L. Tizón y Michele G. Sforza** ..... 112

## AGENDA

- Próximas citas** ..... 115



# 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**: [norte@ome-aen.org](mailto:norte@ome-aen.org)  
Apdo. 12, 48950 Erandio. Bizkaia.

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

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

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

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

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

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



## Normas de publicación

### Artículos de revistas

#### Artículo normal

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

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

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

#### Autor institucional

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

#### Sin nombre de autor

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

### Libros y otras monografías

#### Indicación de autores personales

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

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

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

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

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

#### Capítulo de un libro

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

#### Actas de congresos

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

#### Original presentado en un congreso

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

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

#### Tesis doctoral

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



# Psiquiatría comunitaria en peligro: una historia íntima del ascenso y caída de la reforma de Leganés

**F. Chicharro Lezcano**

Psiquiatra. Director Médico Hospital de Zamudio

## Introducción

**E**n el presente número de *Norte de salud mental* se publican varios artículos que hacen referencia a la crisis de la sanidad en la Comunidad de Madrid, al proceso de privatización—más o menos encubierta— que allí se está desarrollando y las formas (las malas formas) con que se silencia la palabra de los que no están de acuerdo. Uno de los últimos resistentes (aún quedan otros, pero no vamos a citarles para no dar pistas al enemigo) es el Dr. Desviat, recientemente cesado junto a varios de sus colaboradores sin más razón que “la pérdida de confianza”. El Dr. Desviat lideró la transformación del antiguo Hospital Psiquiátrico de Leganés en una red de servicios de salud mental comunitaria que se denominó Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain<sup>1</sup>. En este proyecto se embarcaron numerosos compañeros de la AEN: Alberto Fernández Liria, Josefina Mas, Antonio Espino, Luis Fernández Fau, M<sup>a</sup> Luisa González, Miguel Donas, Paco Chicharro, Mariano Hernández Monsalve, Ana Moreno, y tantos otros que se empeñaron en sacar adelante lo que a comienzos de los años ochenta parecía una utopía.

Consolidado el proyecto y convertido en un referente a nivel internacional, las sucesivas administraciones, de uno u otro signo político, presumieron durante años de un modelo de atención comunitaria a la salud mental que dio nombre a una forma concreta de atención: “el modelo de Leganés”. Al mismo tiempo, la mayoría de cuantos participaron en él fueron ocupando cargos de responsabilidad en otras comunidades, extendiéndose así el modelo por Madrid, Cataluña, País Vasco, Baleares, Valencia, Castilla la Mancha, Extremadura, Andalucía,...

¿Qué es lo que ha pasado? ¿Qué ha cambiado para que lo que antes era ensalzado sea ahora denostado?. Como modesto participante en ese proceso me voy a permitir la licencia de exponer unas cuantas ideas—parciales quizás, pero no podía ser de otro modo— sobre las razones de este cambio.

## El inicio de la reforma

Quienes conocen la génesis de los movimientos de reforma psiquiátrica en nuestro país, iniciados a finales de los años setenta y comienzos de los ochenta del pasado siglo,

<sup>1</sup> Germain fue un brillante psiquiatra, introductor de la psicología en España y represaliado tras la Guerra Civil. Discípulo de Lafora tuvo una influencia decisiva sobre los maestros de las posteriores generaciones de psicólogos españoles.

están al tanto de que las iniciativas no partieron de las administraciones, sino que fueron producto de la inquietud de los profesionales, hartos de una situación en la que las personas aquejadas de enfermedad mental estaban segregadas del servicio nacional de salud y recibían una asistencia más propia de la beneficencia. Para los más jóvenes conviene recordar que el principal recurso seguía siendo el manicomio (en el peor sentido de la palabra) y que la única prestación que ofrecía la seguridad social (el INSALUD de entonces) eran las consultas de neuropsiquiatría, lugares en los que en dos horas se atendía (es un decir) una media de sesenta a ochenta pacientes aquejados de enfermedades neurológicas y mentales. Este estado de cosas, en el marco del momento político que se vivía (finales del franquismo y comienzos de la democracia) fue el caldo de cultivo en el que se generaron las iniciativas mencionadas. En lo que respecta al Hospital Psiquiátrico de Leganés, en aquellos momentos no era muy distinto a lo enunciado en 1881 por Benito Pérez Galdós: *“Cualquiera que despertara súbitamente a la razón y se encontrase en el departamento de pobres<sup>2</sup>, entre turba lastimosa de seres que sólo tienen de humano la figura, y se viera en un corral más propio para gallinas que para enfermos, volvería seguramente a caer en la demencia...”*. Recién llegado a Leganés, uno de mis primeros recuerdos es la entrada al pabellón de mujeres: Desde la puerta de una amplia estancia con bancos corridos, se observaba buen número de internas que se encontraban sentadas, mirando atentas hacia la pared que quedaba oculta, donde deduje que se encontraba el televisor. Al entrar en la habitación y ver el lugar en que fijaban la vista se podía apreciar una estantería colgada de la pared, vacía, porque el televisor se había estropeado y lo estaban reparando. Pero como era la hora de ver la televisión allí permanecían sentadas aquellas buenas mujeres, obedientes pero sin aliciente alguno, esperando la hora de la cena.

Este era el panorama y la tarea a abordar se antojaba ingente. Como aspectos positivos hay que anotar que se contaba con un numeroso grupo de jóvenes profesionales dispuestos a cambiar ese estado de cosas y que, al haberse iniciado en España con retraso la reforma psiquiátrica, se pudo aprovechar la experiencia de otros países, conociendo las dificultades y resistencias encontradas y aprendiendo de sus errores. Por ejemplo, algo que aparecía claro ya entonces es que se había sobrevalorado la capacidad de la comunidad y las familias como elementos “normalizadores”. Asimismo, que se hiciera lo que se hiciera, iba a quedar un número de pacientes para quienes no sería posible la desinstitucionalización (el “núcleo duro” en palabras de Desviat) para quienes habría de habilitarse un recurso residencial digno.

Otro aspecto (negativo en principio, pero facilitador en ocasiones) fue el desconocimiento y desinterés de las administraciones por todo lo relacionado con la asistencia a la salud mental. Por una parte complicaba las cosas a nivel de inversiones, tanto en recursos materiales como de personal, pero debido a ese desinterés se pudieron tomar iniciativas que hubieran sido imposibles en otro ámbito. Por ejemplo, cuando aún coexistían en la Comunidad de Madrid tres redes paralelas de asistencia (INSALUD, Comunidad y ayuntamientos) los profesionales que trabajaban en el área 9 (Leganés y Fuenlabrada) decidieron hacer una integración de recursos de facto, de forma que un psiquiatra del Insalud hacía guardias en un hospital de la Comunidad —con el consiguiente mosqueo del administrador cuando le llegaba la relación de guardias y no sabía como pagarlas— o que psicólogas contratadas por el ayuntamiento se incorporaran a todos los efectos al equipo infanto-juvenil... y como la cosa funcionaba, con el paso del tiempo los políticos sanitarios no pudieron hacer otra cosa que dar carta de naturaleza a esa integración de recursos.

2 Casi un siglo después de las palabras de Pérez Galdós seguían coexistiendo pabellones de beneficencia y de privados.



Por lo que respecta a las infraestructuras, en vez de recurrir a la queja —que por otra parte de nada habría servido— se tiraba por la calle de en medio. Cuando resultó insuficiente el espacio destinado a salud mental en el ambulatorio de Fuenlabrada, se gestionó con el ayuntamiento la cesión de un piso piloto abandonado, situado junto a un parque, que constituyó el primer centro de salud mental en esa población. Y cuando este también se quedó pequeño se solicitó al IVIMA (Instituto Madrileño de la Vivienda) de forma unilateral y sin contar con nadie, una nave prefabricada que, una buena mañana y ante el pasmo de los ciudadanos, descargó un camión grúa junto al CSM en medio del parque. Como la carencia era real (y así lo percibía la población) pero la solución era excesiva, el ayuntamiento se apresuró a construir un centro nuevo para despejar el parque.

Fue una etapa ilusionante, plagada de dificultades y penurias, pero en la que todo parecía posible. La cooperación en la resolución de conflictos hacía que se encontraran soluciones alternativas a los problemas que surgían continuamente. Nadie se planteaba “si eso era misión suya”, sino que todos aportaban su esfuerzo a la causa común con arreglo a sus posibilidades. El desinterés de las administraciones, la ausencia de legislación, la falta de control, constituyeron al mismo tiempo —como se diría en el lenguaje de gestión actual— “amenazas y oportunidades”; oportunidades aprovechadas por aquellos profesionales ilusionados a los que en ocasiones se tachó peyorativamente de “iluminados” y que se empeñaron en la tarea, como se diría en lenguaje castrense, “más allá del sentido del deber”<sup>3</sup>. Otro factor fundamental fue la importancia que se dio a la formación MIR/PIR, con la consiguiente implicación de la mayoría de ellos en el pro-

yecto y la continuidad del mismo en la medida en que se les pudo ir contratando al terminar la especialidad.

En paralelo se desplegó una intensa actividad en el seno de la AEN. Manuel Desviat fundó en 1980 la *Revista de la AEN* y fue presidente de la asociación en el período 1993–1997. De la misma forma, profesionales que colaboraron en el proceso de reforma de Leganés han ocupado la presidencia en diferentes etapas: Mariano Hernández Monsalve entre 1997 y 2003, Paco Chicharro del 2003 al 2006 y Alberto Fernández Liria desde el 2006 hasta la actualidad. Otra iniciativa fruto de aquella época fue la edición de la revista *Psiquiatría Pública*, una revista independiente, de aparición bimensual y que difundía más de 4.000 ejemplares de cada número entre España y América latina<sup>4</sup>.

## Los resultados (el ascenso)

La promulgación de la Ley General de Sanidad, coincidente con la llegada de compañeros afines a puestos directivos en el Ministerio<sup>5</sup> y en la Comunidad de Madrid (alguno de los cuales había participado en los primeros momentos de la reforma de Leganés) fueron elementos legitimadores de lo realizado y facilitaron los proyectos posteriores. Entre 1986 y 1987 se produjo la integración de todos los recursos de salud mental de área mediante acuerdo entre las distintas administraciones. Se asumieron las urgencias psiquiátricas y la hospitalización de agudos de la zona sur de la Comunidad de Madrid (alrededor de un millón de habitantes) creándose un servicio de rehabilitación, centro de día, piso escuela y los primeros pisos protegidos. En 1987 se inicia el proceso de desinstitucionalización, saliendo los primeros

3 En aquellos años se podía improvisar una comida de trabajo que finalizaba a medianoche en medio de un debate, o convocar una reunión el fin de semana para preparar el borrador de un programa, planificar acciones, etc.

4 El desinterés, cuando no la animadversión de parte de la industria farmacéutica, forzó su cierre tras doce años de andadura.

5 Por ejemplo, Antonio Espino jugó un papel decisivo en la redacción de los aspectos referentes a la atención a la salud mental. En ella, básicamente, se recogía el ideario de la AEN y se daba carta de naturaleza a reformas como la realizada en Leganés.

pacientes a pisos. Al mismo tiempo y dependiente del servicio de rehabilitación, se monta una red de dispositivos que pretenden cubrir las necesidades de rehabilitación ocupacional o laboral: Centro agrícola, talleres de carpintería, cerrajería, forja, encuadernación, imprenta, audiovisuales, etc., que culmina en 1994 con la creación de la primera empresa social (Salud y Empleo) a través de la iniciativa europea Horizon. En 1991 se abandona el último pabellón quedando así cerrado el manicomio. Para los últimos pacientes, irreductibles al proceso de desinstitucionalización, se crea una residencia asistida que es inaugurada en 1992 con la asistencia de prácticamente todas las autoridades sanitarias, estatales, autonómicas y municipales: El entonces presidente de la CAM, Joaquín Leguina, el ministro de sanidad, José A. Griñán, el Defensor del Pueblo, Alvaro Gil Robles, el Consejero de Sanidad, Pedro Sabando, directores generales, alcaldes, etc. En la actualidad, el terreno que ocupó durante siglo y medio el Manicomio de Leganés se ha convertido en un parque a disposición de los ciudadanos.

En los años siguientes se completó la red con los hospitales de día de adultos e infanto-juvenil, el programa para trastornos de la conducta alimentaria, unidad de trastornos de personalidad, la apertura de las unidades de hospitalización breve en los Hospitales de Leganés y Fuenlabrada, etc., en un proceso prácticamente interminable porque en la medida que se culminaba un proyecto se abría la puerta al siguiente.

## La caída (en desgracia)

Y volvamos al principio. ¿Qué ha pasado para que una historia exitosa sea cercenada y termine con el cese de su artífice y el de sus

colaboradores? Al margen de la sorpresa que ha supuesto para casi todos cuantos hemos estado al tanto del conflicto, desde tiempo atrás se podían percibir indicios de un cambio de rumbo por parte de los políticos de la CAM y su intención de dismantelar el sistema público de salud y su privatización. Uno de los primeros signos fue la campaña contra los profesionales del servicio de urgencias del Hospital Severo Ochoa, a los que se acusó de practicar la eutanasia<sup>6</sup> y ni las opiniones científicas, ni el clamor popular, ni las sentencias judiciales, consiguieron revertir esta injusta situación. Mientras tanto se han ido construyendo una serie de hospitales de gestión privada sin tener asignada una población de referencia —anulando así el concepto de sectorización— ni definido una cartera de servicios concreta, considerando que “la competencia entre centros” y la consiguiente “regulación del mercado” terminarán por reordenar la asistencia. La creación de estos hospitales ha coincidido con la escasez de personal sanitario a nivel de todo el estado<sup>7</sup>, por lo que para cubrir las plazas se han fagocitado parte de los recursos humanos de la red ambulatoria<sup>8</sup>. Al desaparecer el concepto de sector se han anulado también las jefaturas de área, siendo sustituidos por “responsables de hospitales”. Por lo que respecta a las jefaturas de servicio la cobertura se ha hecho a dedo, despreciando la experiencia y currículum de quienes no comparten sus postulados.

Por si quedara alguna duda de su filia por lo hospitalario y la privatización, y de su fobia por lo público, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha sustituido la Subdirección General de Atención Especializada por la “Dirección General de Hospitales”, suprimiendo la Dirección General de Salud Pública.

6 Cuando lo habitual en los casos de denuncias por mala praxis suele ser tratar de tapar el asunto o desviar la atención, en este caso se personó como acusación la Consejería de Sanidad, apoyada sibilinamente por el Colegio de Médicos de Madrid.

7 A principios de junio el Ministerio de Sanidad, comunicaba que Madrid era la única comunidad que no había remitido la estimación de necesidades de facultativos lo que imposibilitaba una valoración global.

8 Por ejemplo, el C.S.M. de Valdemoro se quedó sin profesionales... pero inmediatamente se concertó su asistencia con el Hospital Psiquiátrico de Ciempozuelos.



En paralelo, y en lo que se refiere a la salud mental, surge la ASEPP —las dos últimas siglas no tienen que ver con lo que sugieren— (Asociación Española de Psiquiatría Privada) que en su primera reunión señala “que la psiquiatría privada desempeña un papel muy importante en España ya que el sistema público no puede dar respuesta a las necesidades sociales que se van creando a nivel de asistencia”.

De esta forma queda cerrado el círculo. Se construyen nuevos hospitales “porque lo anterior no sirve”, se privatizan recursos, se nombran gestores y jefes de servicio con intereses que nada tienen que ver con lo público ni con la asistencia comunitaria... y se expulsa del sistema (o al menos de los lugares de decisión) a quienes no se pliegan a sus deseos. En este sen-

tido, quienes tengan ideas propias, sean comprometidos y defiendan el sistema público de salud, se han convertido no solo en sospechosos sino en enemigos del nuevo modelo que quiere implantarse. Hoy han sido los compañeros del Instituto Psiquiátrico José Germain... pero ¿quiénes serán los siguientes?

Probablemente estamos ante una nueva utopía: confiar en que la unión y la razón sean fuerzas suficientes para salvar el sistema público de salud. Pero en cualquier caso, pase lo que pase en el futuro, estamos seguros de que siempre quedará alguien que mantenga el recuerdo y conserve la palabra.

**F. Chicharro Lezcano**

[paco.chicharrolezcano@osakidetza.net](mailto:paco.chicharrolezcano@osakidetza.net)





# Tratamiento del alcoholismo en las consultas de Salud Mental

**M<sup>a</sup> Carmen Pernía Higuera, Deirdre Sierra Biddle, Antonio Arenal, Lourdes Alvarez, Cesar Gonzalez Blanch, Maria Eugenia Lera, Marta Sandoya**

Unidad de Salud Mental Puertochico.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

## Resumen

El alcoholismo es un problema importante en nuestra sociedad actual, que cada vez llega con más frecuencia a las consultas de Salud Mental. Su tratamiento supone un reto para los profesionales, por su complejidad y heterogeneidad. Precisa de una especialización y de una adecuada integración en la red socio-sanitaria. A continuación se presenta el programa de atención ambulatoria a los problemas relacionados con el consumo de alcohol que se está empezando a implantar en las consultas de Salud Mental de Santander.

## Summary

Alcoholism is a relevant problem in our modern society and its more very often present in Mental Health Units. Its treatment is a challenge for professionals due to its complexity and heterogeneity. It requires a specialist approach and an adequate integration in the social and healthcare network. Herewith we submit the Outpatients Programme for Care of Alcohol Related Misuse Problems which is being implemented in Mental Health Units in Santander.

**Palabras clave:** Alcoholismo. Salud Mental. Tratamiento. Programa de atención ambulatoria.

**Key words:** Alcoholism. Mental health. Treatment. Outpatients programme for care.

## Introducción

Según el estudio E.C.A, el alcoholismo es el trastorno mental con mayor prevalencia de vida (13,5%), en la población de los Estados Unidos de América (Regier y cols, 1990) (1). Otros estudios epidemiológicos, como el N.C.S (Kessler y cols, 1997) (2), han señalado además, que el alcoholismo presenta una alta prevalencia de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y con otras drogodependencias. En España el alcohol es la droga psico-

activa más consumida y en Cantabria se estima que la enfermedad alcohólica afecta alrededor de un 7% de la población general y presenta habitualmente comorbilidad médica y psiquiátrica grave (Díez Manrique y cols, 1991) (3).

El término alcoholismo incluye el trastorno por dependencia de alcohol y el trastorno por abuso de alcohol (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002) (4). La Organización Mundial



de la Salud que define el Síndrome de dependencia del alcohol de manera muy parecida (tabla 1) denomina al trastorno por abuso de alcohol, consumo perjudicial de alcohol y lo define como el consumo de alcohol que está afectando ya a la salud física o mental del consumidor (Organización Mundial de la Salud, 1992) (5). Su definición se realiza, por tanto, en función a criterios diagnósticos establecidos en las clasificaciones internacionales al uso, DSM-IV-R o CIE-10.

En las Unidades de Salud Mental (USM) del área de Santander, el volumen de pacientes con problemas de salud relacionados con el consumo de alcohol se sitúa alrededor del 5–10% de toda la patología psiquiátrica atendida, por lo que podemos considerar la dependencia alcohólica como un problema socio-sanitario grave, en nuestra comunidad.

El abordaje terapéutico de esta enfermedad es complejo, y precisa de una atención especia-

lizada y específica, que debe ser integral y multidisciplinaria, incluyendo tanto intervenciones individualizadas como grupales, para reestructurar las principales áreas afectadas en el largo proceso de la enfermedad. Por este motivo, la USM de Puertochico ha desarrollado un “Programa de atención ambulatoria a los problemas relacionados con el consumo de alcohol”, que a continuación se pasa a describir.

## Programa de deshabituación alcohólica en Salud Mental

### Indicaciones de tratamiento

En la actualidad la oferta de dispositivos asistenciales para pacientes alcohólicos es relativamente amplia y variada, basándose la elección del recurso y modalidad de intervención en las necesidades del paciente, las exigencias del plan terapéutico, y las características de los recursos disponibles. Dado que un grupo de pacientes, especialmente los más severos, podrán precisar asistencia en varios de esos

Tabla 1. Criterios de S. de dependencia de alcohol	DSM-IV-R	CIE- 10
Tolerancia	X	X
Abstinencia	X	X
Pérdida de control: a) esfuerzos para controlar o interrumpir el consumo. b) beber más de lo esperado o antes de lo esperado. c) deseo intenso o vivencia de compulsión.	X	X
Abandono progresivo de otras actividades para dejar paso a actividades relacionadas con el alcohol		X
Persistencia del consumo a pesar de los efectos perjudiciales	X	X
Emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, consumo o recuperación de los efectos de la sustancia	X	X
<b>Número de criterios y duración para el diagnóstico</b>	3 o más síntomas, en cualquier momento, en un periodo de 12 meses	En algún momento en los 12 meses previos o de modo continuo o de un modo continuo 3 o más síntomas



Tabla 2. Criterios de derivación desde atención primaria.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia de alcohol con comorbilidad psiquiátrica, médica o adictiva.</li> <li>• Riesgo de sintomatología de abstinencia de moderada a grave.</li> <li>• Consumo perjudicial de alcohol con comorbilidad psiquiátrica, cuando la intervención breve ha resultado ineficaz (Riesgo de desarrollo de dependencia).</li> <li>• Intentos de tratamiento previos sin éxito.</li> <li>• Baja motivación hacia el tratamiento o expectativas de fracaso importantes.</li> <li>• Falta de apoyo familiar o situación familiar muy conflictiva.</li> </ul>

dispositivos a lo largo de su tratamiento, se hace necesaria una adecuada coordinación entre los mismos. En Cantabria las USM son centros de segundo nivel en el abordaje de los problemas relacionados con el alcohol, integradas dentro del Sistema Nacional de Salud y dentro de la Red Social que facilitan además de la asistencia sanitaria, las intervenciones sociales precisas. Se accede a ellas desde atención primaria, según unos criterios de derivación establecidos (tabla2). Atención primaria, se hace cargo del manejo del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. En los casos de dependencia, hay que considerar, como regla general, que los pacientes se beneficiarán más de un tratamiento especializado, si bien los profesionales de atención primaria, con formación específica, pueden iniciar y finalizar con éxito el tratamiento de pacientes sin antecedentes de tratamientos previos y sin comorbilidad psiquiátrica y/o adictiva.

### Equipo asistencial

El equipo asistencial está constituido por un psiquiatra con experiencia en adicciones, un/una psicólogo/a clínico/a, y una enfermera. Para poder aplicar y rentabilizar las intervenciones con la máxima eficacia, se han definido los roles y las tareas específicas de cada área técnica, así como las funciones de cada profesional (tabla 3).

### Objetivos

El Programa recoge los siguientes objetivos de intervención:

1. Abordaje terapéutico de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol, planteándose como objetivo la abstinencia o la reducción del consumo.
  - Valorar y clarificar las causas de la demanda y su viabilidad.

Tabla 3. Funciones del equipo asistencial		
Psiquiatra	Psicóloga	Enfermera
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de los pacientes.</li> <li>• Elaboración del plan terapéutico.</li> <li>• Aplicación de tratamientos psicofarmacológicos y seguimiento.</li> <li>• Terapias psicológicas (individuales y grupales).</li> <li>• Interpretación de controles analíticos y toxicológicos.</li> <li>• Supervisión del tratamiento de los distintos profesionales.</li> <li>• Coordinación con otros recursos de la red.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación y abordaje psico-conductual del alcoholismo.</li> <li>• Colaboración en la elaboración del plan terapéutico.</li> <li>• Terapias psicológicas (individuales y grupales).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento durante la desintoxicación ambulatoria.</li> <li>• Control y administración de tratamiento con antidipsotrópicos.</li> <li>• Recogida de controles toxicológicos.</li> <li>• Actividades psicoeducativas relacionadas con la salud.</li> <li>• Estrategias enfocadas a la normalización de actividades y autonomía del paciente.</li> </ul>



- Valoración, diagnóstico y tratamiento específico de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol.
  - Ayudar al paciente a elaborar estrategias que le faciliten el abandono o el control del consumo de alcohol.
  - Tratamiento de desintoxicación y deshabitua-ción desde la perspectiva médica y psicológica.
  - Aumentar la motivación para la abstinencia.
  - Entrenamiento en estrategias de afrontamiento y habilidades sociales para prevenir las recaídas.
  - Verificar el cumplimiento de la abstinencia, de acuerdo con el plan de intervención establecido para cada paciente.
  - Promover estilos de vida que faciliten la abstinencia y posibiliten la incorporación laboral y social a través del aprendizaje de habilidades de competencia social.
  - Información, orientación y apoyo a familiares, facilitando la relación del paciente.
2. Educación sanitaria, prevención y reducción de riesgos.
- Higiene personal: aseo diario, revisión bucodentaria.
  - Hábitos dietéticos.
  - Sueño...
3. Formación e investigación en el tratamiento del alcoholismo.
4. Coordinación con otros recursos implicados en el abordaje de las adicciones (centros de salud, unidades de conductas adictivas, hospital (desintoxicación hospitalaria), centro de deshabitua-ción residencial, unidades de media-larga estancia, servicios sociales de área...).

## Desarrollo del Programa de tratamiento

El proceso terapéutico se inicia con la solitud de tratamiento y se fracciona en etapas, con unos objetivos específicos (tabla 4) y una duración variable, según la consecución de esos objetivos marcados.

## Evaluación

Se realiza en un periodo no superior a 15 días tras la derivación, para facilitar la adherencia terapéutica y aprovechar la posible motiva-

Tabla 4. **Objetivos del tratamiento en las distintas fases**

### **Fase de evaluación**

- Aproximación diagnóstica y elaboración del plan terapéutico.

### **Fase de desintoxicación**

- Prevención/contención del síndrome de abstinencia.
- Estabilización médica y psiquiátrica.
- Motivación para la deshabitua-ción.

### **Fase de deshabitua-ción**

- Mantenimiento de la abstinencia a medio-largo plazo.
- Tratamiento y seguimiento de comorbilidad médica y psiquiátrica.
- Adquisición de conciencia de dependencia.
- Ruptura con los hábitos de consumo.
- Mantener la motivación al mantenimiento de la abstinencia y la adherencia terapéutica.
- Refuerzo de la autonomía personal.
- Aprendizaje de estrategias de afrontamiento adecuadas.
- Prevención de recaídas.
- Reordenamiento de la dinámica familiar.
- Adquisición de un nuevo estilo de vida.
- Reinserción social.



**Tabla 5. Intervención durante el proceso de evaluación**

<b>1ª consulta (psiquiatra)</b>	<b>2ª consulta (psiquiatra, enfermera)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar la demanda.</li> <li>• Historia médica, psiquiátrica y toxicológica.</li> <li>• Explorar psicobiografía y personalidad.</li> <li>• Exploración física y psicopatológica.</li> <li>• Solicitud de pruebas psicométricas, si precisa.</li> <li>• Petición de analítica: Hemograma completo con VCM y tiempo de protrombina. Bioquímica: proteínas totales, albúmina sérica, glucemia, ácido úrico sérico, creatinina, colesterol y triglicéridos, iones, GOT, GPT, GGT.</li> <li>• Control toxicológico.</li> </ul>	<p><b>Psiquiatra</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar dependencia.</li> <li>• Explorar actitud hacia el consumo y compromiso con la abstinencia.</li> <li>• Completar psicobiografía y personalidad.</li> <li>• Entrevista con otros informantes (familiares, acompañante, tutor...).</li> <li>• Valoración de la analítica.</li> <li>• Juicio diagnóstico (médico, psiquiátrico y toxicológico).</li> <li>• Elaborar plan terapéutico.</li> </ul> <p><b>Enfermera</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia social y familiar.</li> <li>• Valorar figura del responsable.</li> </ul>

ción del paciente hacía el tratamiento. Es importante que el médico de atención primaria consensúe y negocie con el paciente su derivación a la USM. La evaluación se estructura en 2 sesiones (tabla 5), en las que participan psiquiatra y enfermera, y a su finalización tras confirmar la indicación de tratamiento en el recurso se diseña y se informa al paciente del plan terapéutico general. Antes de iniciarse el tratamiento, el paciente asigna a una persona como tutor/responsable que ha de comprometerse a participar activamente en todo el proceso.

Al finalizar la evaluación se informa al médico de atención primaria del plan terapéutico,

con el objetivo de colaborar en el seguimiento orgánico, evitar interacciones medicamentosas, controlar cumplimiento...

Los pacientes que no son candidatos a ser tratados en la USM o no desean ser atendidos allí, son derivados a otros recursos asistenciales (tabla 6).

### Plan terapéutico

El plan terapéutico que debe ser individualizado, detalla los objetivos generales y específicos a conseguir así como los procesos e intervenciones que se desarrollaran a lo largo de las

**Tabla 6. Derivación a otros recursos asistenciales desde la USM**

<p><b>Unidad de Trastornos adictivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcoholismo asociado a consumo de otras sustancias.</li> </ul> <p><b>Centro de deshabitación Residencial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No conciencia de enfermedad con incumplimiento reiterado de las prescripciones terapéuticas y riesgo para la salud física y mental.</li> <li>• Recaídas rápidas, con periodos de abstinencia continuada muy cortos.</li> <li>• Pacientes con escasos recursos internos y falta de soporte sociofamiliar que facilite el mantenimiento de la abstinencia.</li> </ul> <p><b>Centro de media-larga estancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patología psiquiátrica severa asociada.</li> <li>• Déficits neuropsicológicos importantes, sin apoyo sociofamiliar.</li> </ul>
--



distintas fases de tratamiento. La intervención no es un proceso estático, debe ir adaptándose a la situación clínica del paciente (recaídas, cambios en el estado mental) y a sus circunstancias personales, de ahí que tengan que evaluarse periódicamente la consecución de los objetivos marcados. El plan terapéutico general se elabora al concluir el proceso de evaluación e inicialmente se revisa mensualmente por el equipo clínico (6).

### Fase de desintoxicación

La desintoxicación suele definirse como "conjunto de medidas terapéuticas que tienen por objeto facilitar la interrupción controlada del consumo de alcohol, previniendo la aparición del síndrome de abstinencia" (7) Un porcentaje, relativamente bajo, de los pacientes que acuden a las USM llegan ya abstinentes, no siendo necesaria la desintoxicación programada. Para el resto hay que plantear cuando, dónde y cómo se va a realizar. La desintoxicación no es más que una mínima parte del tratamiento y es conveniente que no se realice hasta que el paciente acepte el tratamiento integral de la enfermedad. La desintoxicación debe de ir seguida de un programa de deshabi-

tuación, con intervenciones psicosociales y farmacoterapéuticas orientadas hacia la prevención de recaídas. La tendencia actual es intentar realizar la desintoxicación en régimen ambulatorio, siempre y cuando se den las circunstancias propicias y el paciente no cumpla criterios de ingreso hospitalario (tabla 7).

La desintoxicación ambulatoria que tiene una duración aproximada de 10 días se inicia y se finaliza con una exploración médica y psiquiátrica. El tratamiento psicofarmacológico se pauta acorde a la intensidad del cuadro clínico, la patología orgánica asociada y las complicaciones previsibles, utilizándose fármacos que posean tolerancia cruzada con el alcohol, básicamente clormetiazol y benzodiacepinas. En todos los casos se indica hidratación y administración de tiamina como prevención de la encefalopatía de Wernicke. Durante el proceso el/la paciente acude cada 2-3 días a la consulta de enfermería con los siguientes objetivos: controlar constantes vitales y estado general, ayudar al paciente a recuperar hábito alimenticio y patrón del sueño, promover que participe en su autocuidado, explorar consumo, craving y percepción de control, y trabajar motivación para el mantenimiento de la abstinencia.

**Tabla 7. Indicaciones de desintoxicación en régimen ambulatorio y de ingreso hospitalario**

<i>Desintoxicación ambulatoria</i>	<i>Desintoxicación hospitalaria</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de Abstinencia Alcohólico (SAA) moderado (CIWA 10-20).</li> <li>• No hay riesgo de SAA grave. No antecedentes de delirium tremens o crisis comiciales en anteriores deprivaciones.</li> <li>• Presencia de una persona responsable que administre la medicación y evalúe SAA.</li> <li>• No hay patología psiquiátrica asociada.</li> <li>• No hay patología orgánica severa.</li> <li>• No hay problemática social o familiar grave.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de autocontrol para mantenerse abstinentes durante la desintoxicación.</li> <li>• Ausencia de soporte sociofamiliar que facilite la monitorización ambulatoria del paciente.</li> <li>• SAA grave en el momento de indicar la desintoxicación. CIWA&gt;20.</li> <li>• Antecedentes de de SAA graves (delirium tremens o convulsiones).</li> <li>• Coexistencia de enfermedades médicas que requieran un tratamiento hospitalario o un embarazo.</li> <li>• Comorbilidad psiquiátrica grave.</li> <li>• Politoxicomanía.</li> <li>• Fracaso de tratamientos ambulatorios previos.</li> </ul>



En esta fase el paciente precisa de una tutela permanente y debe permanecer en un régimen de baja exigencia a nivel de actividad, indicándose a todos los pacientes la conveniencia de solicitar la baja laboral.

### Fase de deshabitación

Tras finalizar la desintoxicación el paciente comenzará a incorporarse a sus actividades habituales en función del: estado físico y psíquico, conciencia de enfermedad, deseos de consumo, percepción de control interno y apoyo social. En esta fase en la que se han de realizar los cambios, y el paciente ha de aprender a vivir sin alcohol, el abordaje integral (tabla 8) incluye tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, así como instrumentos que permitan monitorizar la abstinencia o los consumos.

La intervención psicológica es uno de los componentes fundamentales del tratamiento, y los objetivos de dicha intervención son: mantener la adherencia terapéutica, prevenir recaídas, incrementar la competencia y calidad de vida y reducir la posible comorbilidad psiquiátrica del paciente (8).

A lo largo de todo el proceso se trabaja, por parte de los distintos profesionales, la motivación para el cambio. La entrevista motivacional, a través de una escucha reflexiva y empática, elaboración frecuente de balances decisionales y exploración de las resistencias, favorece la motivación para el cambio y aumenta la autoestima y autoeficacia, haciendo que el paciente progrese a través de las fases del cambio (9).

Las intervenciones familiares que persiguen generalmente fortalecer el apoyo familiar hacia

**Tabla 8. Intervenciones durante el proceso de deshabitación**

<i>Área de psiquiatría</i>	<i>Área de psicología</i>	<i>Área de enfermería</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abordaje específico de la patología médica asociada al consumo.</li> <li>• Verificación de la abstinencia.</li> <li>• Determinación de alcohol en orina y aire espirado.</li> <li>• Marcadores biológicos (PFH, VCM).</li> <li>• Profilaxis psicofarmacológica de las recaídas (antidipsotrópicos, anticraving,...).</li> <li>• Detección y abordaje específico de comorbilidad psiquiátrica. Nueva exploración psicopatológica tras un periodo de 1 mes de abstinencia mantenida.</li> <li>• Intervención psicológica.</li> <li>• Intervención familiar y/o pareja.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapias cognitivo-conductuales:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.</li> <li>• Prevención de recaídas.</li> <li>• Entrenamiento en habilidades sociales o de comunicación.</li> </ul> </li> <li>• Técnicas de autocontrol.</li> <li>• Intervenciones motivacionales.</li> <li>• Terapia conductual de pareja.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación continuada del patrón alimentario y de sueño.</li> <li>• Evaluación continuada de actividad:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a identificar actividades de riesgo de consumo.</li> <li>• Facilitar el desarrollo de actividades protectoras de consumo.</li> <li>• Ayudar en la modificación del estilo de vida.</li> </ul> </li> <li>• Ayudar al paciente a que adquiera conciencia de enfermedad.</li> <li>• Explorar dinámica familiar.</li> </ul>
<p>Periodicidad mensual el primer año, y bimensual el 2º año. La presencia de patología psiquiátrica puede determinar una mayor frecuencia de consultas.</p>	<p>La periodicidad va a venir marcada por el tipo de intervención a realizar.</p>	<p>Periodicidad quincenal los 3 primeros meses, mensual del 4º mes al año, y bimensual, en función de evolución el 2º año de seguimiento. Se intercalan con las consultas de psiquiatría.</p>



la abstinencia del paciente, favorecer el cumplimiento de las pautas de tratamiento y monitorizar la conducta del paciente también se integran en el plan terapéutico. Las áreas laboral y social también están presentes, se facilitan los recursos necesarios para la reinserción laboral, se promueve la participación en actividades de ocio y se ayuda al paciente a adquirir habilidades comunicacionales.

Los controles toxicológicos se realizan dentro del programa como estrategia de refuerzo para mejorar el cumplimiento terapéutico. Se pautan atendiendo al craving y a la capacidad de control interno del paciente.

La terapia grupal facilita la aceptación y la toma de conciencia de enfermedad, el aprendizaje y el refuerzo de conductas más sanas. Dentro del Programa se ofertan grupos psicoeducativos (para pacientes y familiares), de prevención de recaídas (para pacientes y familiares), de habilidades sociales, de apoyo para el mantenimiento de la abstinencia, y de reducción del daño. La selección de los integrantes se realiza, en función de las características del grupo, y del momento evolutivo del paciente. En general se oferta a todos los pacientes el participar en los grupos psicoeducativos al finalizar el proceso de desintoxicación, y en los de prevención de recaídas, tras un periodo de 1 mes de abstinencia mantenida. Se excluyen pacientes con comorbilidad psiquiátrica grave, bajos recursos intelectuales, capacidad reducida de introspección, y los que se alejen de la mayoría compuesta por el grupo. En la entrevista de selección la enfermera informa sobre los objetivos del grupo y las normas de funcionamiento.

## Finalización del tratamiento

El final del tratamiento surge por alguno de los siguientes motivos: 1) Alta médica, bien por recuperación, cuando el paciente mantenga abstinencia un periodo mínimo de 2 años y esté restablecido del trastorno que motivó su inclusión en el Programa, o bien por derivación

a otro dispositivo asistencial. 2) Abandono, por discontinuidad (no asistir a 3 visitas continuadas sin justificación, o transcurrir más de tres meses sin solicitar revisión tras haber fallado a una consulta previa), o por deseo de no permanecer en el Programa, en cuyo caso firmará el impreso de alta voluntaria. 3) Éxitus.

## Evaluación del Programa:

Con una periodicidad anual se evalúan los siguientes indicadores:

1. Demanda asistencial: número de casos nuevos / año.
2. Permanencia en el Programa: días de permanencia al año.
3. Grado de utilización de los diferentes programas terapéuticos: Número de pacientes incluidos en cada programa/total de pacientes (grupos psicoeducativos (pacientes, familiares), prevención de recaídas (pacientes, familiares), habilidades sociales, grupo de mantenimiento de la abstinencia, programa de disminución de riesgos, programas farmacológicos).
4. Adherencia al tratamiento: abandonos del Programa / pacientes atendidos.
5. Adherencia al Programa de tratamiento o a cada una de las técnicas utilizadas: n° de pacientes que finalizan con éxito el programa terapéutico/ total de pacientes incluidos en dicho programa.
6. Grado de satisfacción del paciente en cada uno de los distintos programas terapéuticos.
7. Cumplimiento de la prescripción terapéutica y asistencia regular a las consultas.
8. Cumplimiento de los objetivos propuestos en cada fase de tratamiento.

## Conclusiones

Aunque todavía no disponemos de una evaluación, ni de un análisis de resultados, por la implantación reciente del Programa, si se aprecia un incremento asistencial en la USM de Puertochico por esta problemática. El Progra-



ma que está en sus fases iniciales de desarrollo, está dando asistencia a los casos más complejos, al ser derivados desde los equipos de atención primaria, en su mayoría, pacientes con dependencia alcohólica grave, con largo tiempo de evolución de la enfermedad, con comorbilidad orgánica y/o psiquiátrica y un deterioro familiar y/o socio-laboral asociado, que precisan además de asistencia médica y psicológica, extensas intervenciones psicosociales. La atención multidisciplinar está facilitando la adherencia terapéutica y el logro de objetivos. En un futuro inmediato las intervenciones deben de orientarse a la detección y derivación desde atención primaria en fases más tempranas y a la promoción de elementos preventivos para la reducción de daños colaterales.

**Contacto:**

M<sup>a</sup> Carmen Pernía Higuera  
Unidad de Salud Mental Puertochico.  
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.  
Santander.  
B<sup>o</sup> La Esprilla, n<sup>o</sup> 28. Igollo de Camargo.  
C.P: 39608 CANTABRIA. España.  
e-mail: mcperniahiguera@yahoo.es



---

**BIBLIOGRAFÍA**

- (1) Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judo LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264: 2511–2518.
- (2) Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 313–321.
- (3) Díez Díez Manrique, JF; Peña Martín, C; Vázquez Barquero, JL; Lequerica Puente, J; Alonso Sánchez, M y García Usieto, E. Prevalencia y Patrones Psicosociales de Consumo de Alcohol en Cantabria. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.* 1991; XIX (6): 279–289.
- (4) Asociación Americana de Psiquiatría: DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales IV. *Texto revisado*. Masson. Barcelona; 2002.
- (5) Organización Mundial de la Salud: CIE 10. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Editorial MEDITOR. Madrid; 1992.
- (6) García Usieto E y Mendieta Caviedes S. *Modelo de historia clínica*. En Manual SET de alcoholismo. Editorial Médica Panamericana. Madrid; 2003.p.360–411.
- (7) Santo-Domingo Carrasco J y Rubio Valladolid G. *Tratamiento de la dependencia de alcohol*. En Tratado SET de trastornos adictivos. Editorial Médica Panamericana. Madrid; 2006.p.176–180.
- (8) Guardia Serecigni J, Jiménez-Arriero MA, Pascual Pastor P, Flórez Menéndez G y Contel Guillamont M. *Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo*. Socidrogalcohol; 2007.
- (9) Drake RE, McHugo GJ, Clark RE y cols. Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorders: A clinical trial. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68:201–15.



# Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Metodología Enfermera. A propósito de un caso.

**M<sup>a</sup> Luisa Oreja Vázquez**

Enfermera Especialista en Salud Mental. Hospital psiquiátrico de Zamudio

**Concepción Alegre De Vega**

Enfermera Especialista en Salud Mental. Centro de Salud Mental de Galdakao

## Resumen

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Este proceso es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La valoración se puede realizar desde diversos modelos de enfermería, el más conocido es la valoración de las necesidades de Virginia Henderson, sin embargo en Salud Mental se adapta mejor la valoración a través de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

El uso de las interrelaciones NANDA, NOC, NIC en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería permiten a los profesionales disponer de un lenguaje común para comunicar lo que realizamos: cuáles son los diagnósticos formulados, qué resultados esperamos y qué intervenciones realizamos para conseguirlos.

Mostraremos un caso práctico.

**Palabras clave:** Proceso de Atención de Enfermería, Patrones Funcionales, Metodología Enfermera, Interrelaciones, diagnósticos, resultados, intervenciones.

## Introducción

Actualmente los cuidados enfermeros se realizan a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este método parte de la aplicación del método científico y permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes en 1955, con Hall, quién por primera vez considera el conjunto de cuidados enfermeros como un proceso. Desde entonces, diferentes autoras (Johnson, Orlando, Roy,

Aspinall, y otros) lo han ido perfeccionando llegando así al que conocemos actualmente.

El PAE es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Al igual que en el método científico, metodológicamente, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, estos pasos se estudian de forma individual pero en la práctica se superponen.



1. **Valoración:** recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
2. **Diagnóstico de Enfermería:** juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
3. **Planificación:** estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
4. **Ejecución:** realización de los cuidados programados.
5. **Evaluación:** comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

## Desarrollo del PAE

1. La **VALORACIÓN** del paciente puede ser realizada desde diferentes modelos de enfermería. Actualmente, el más utilizado es el de Virginia Henderson, basado en 14 necesidades humanas básicas, no obstante, en la metodología del caso clínico que desarrollaremos a continuación, el modelo elegido es el de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, debido a que incluye nuevas tendencias, y además, resulta más específico para la valoración en los pacientes de salud mental. Este modelo enfoca su atención sobre 11 áreas o patrones con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes. Toda esta dinámica busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos Patrones Funcionales que están alterados, o en peligro de alteración para, posteriormente, determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación.

## Patrones Funcionales de M. Gordon

### PATRÓN 1: Percepción–manejo de la salud

Este Patrón describe cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo, la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.)

### PATRÓN 2: Nutricional–metabólico

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta. Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas, y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

### PATRÓN 3: Eliminación

Describe el Patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción (laxantes, diuréticos...) y características de las excreciones.

### PATRÓN 4: Actividad–ejercicio

Este Patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo. Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

### PATRÓN 5: Sueño–descanso

Describe los Patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.



#### PATRÓN 6: Cognitivo–perceptual

En él se describe el Patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas. En este Patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

#### PATRÓN 7: Autopercepción–autoconcepto

Describe el Patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el Patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postura corporal, contactos oculares, etc.).

#### PATRÓN 8: Rol–relaciones

Incluye este Patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Se dará importancia a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

#### PATRÓN 9: Sexualidad–reproducción

Describe los Patrones de satisfacción o insatisfacción referidos a la sexualidad, y así mismo, el Patrón reproductivo y todo lo relacionado con éste.

#### PATRÓN 10: Adaptación–tolerancia al estrés

Describe el Patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

#### PATRÓN 11: Valores–creencias

Describe los Patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la

vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

2. Una vez determinados los patrones alterados, se procede a formular los **Diagnóstico** utilizando la Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros de la **(NANDA)** North American Nursing Diagnosis Association. La **NANDA** (asociación enfermera para la normalización de la terminología de enfermería fundada en 1973 cuya clasificación diagnóstica tuvo reconocimiento profesional debido a una publicación en la revista *Nursing* por la American Nurses Association (ANA) en 1980) define el diagnóstico enfermero (juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales) y proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras y obtener los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.
3. Tras formular los diagnósticos enfermeros pasamos a la **Planificación de los Cuidados** aplicando la Clasificación de los Resultados Enfermeros **NOC** (Nursing Outcomes Classification). La **NOC** es una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente. El resultado es un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria en respuesta a una intervención enfermera. Se utiliza para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras (objetivos esperados).
4. Una vez planificados los cuidados se pasa a realizar la **Ejecución** de las actividades y se hace en base a la Clasificación de Intervenciones Enfermeras **NIC**. La **NIC** (Nursing Interventions Classifications) muestra cómo la ejecución de cuidados se hace a través de las diferentes intervenciones de enfermería. Es una clasificación global y estandarizada de intervenciones enfermeras, éstas son todas aquellas conductas que los profesio-



nales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar a un resultado deseado.

5. En la fase de **Evaluación** vamos a valorar los cuidados enfermeros con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas a estudio. Las tres posibles conclusiones a las que podremos llegar son las siguientes:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

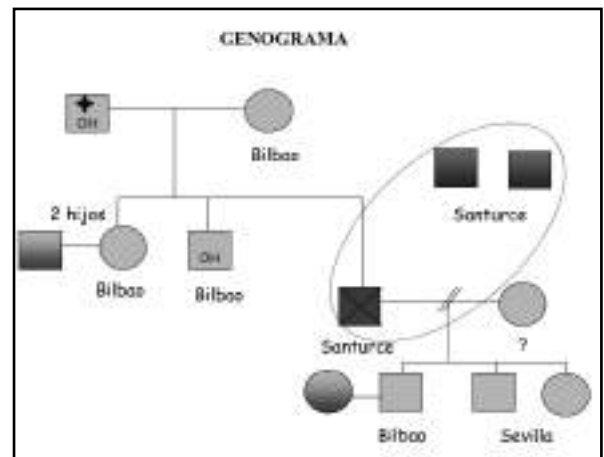
## A propósito de un caso

Con el fin de preservar la intimidad del paciente tan sólo es cierta la sintomatología, el resto de los datos son ficticios.

### I. Valoración

- Varón de 50 años derivado por su MAP (Médico de Atención Primaria) por trastorno ansioso-depresivo desencadenado por accidente laboral.
- Acude sólo.
- Separado desde hace años, no mantiene ningún contacto con su ex-mujer en la actualidad.
- Padre de dos hijos y una hija con los que mantiene relación ocasionalmente.
- Familia de origen: padre fallecido, la madre vive con su hijo mayor (soltero) y tiene una hermana casada. Sólo se relaciona con ellos en acontecimientos puntuales.
- Escasa red social verbalizando sentimientos de soledad. Tiene amigos con los que apenas sale debido a su escasa afinidad.

- Actualmente vive con dos compañeros de piso por motivos económicos, al no poder hacer frente el sólo al alquiler de la vivienda.
- Refiere alteración del sueño (despertar precoz), hiporexia, pérdida de concentración, anhedonia, astenia, sensación de opresión precordial, ansiedad, e hipotimia.
- Relata preocupación por su futuro laboral debido a que el día siguiente del accidente pierde el empleo. Además debe asumir el arreglo de los desperfectos ocasionados en el camión, deuda a la que no puede hacer frente. Reticente a dar datos sobre el suceso. Le han retirado el carnet de conducir. Se sospecha que conducía en estado de embriaguez, aunque el no lo verbaliza y se muestra huidizo al abordar el tema.



### Antecedentes:

- Familiares:  
Padre y hermano mayor Dependencia OH.
- Personales:
  - Médico-quirúrgicos:  
Apéndicectomizado
  - Psiquiátricos:  
No refiere.

Tratamiento farmacológico:

Antidepresivos.



Otros datos de interés:

- Fumador de 20 cigarrillos/día.
- Bebedor ocasional.
- Alergias no conocidas.

## Valoración de necesidades:

Patrón 1: Percepción–manejo de la salud

Se sospecha consumo de OH, no lo verbaliza y lo minimiza. No desea hablar del motivo por el cual le retiraron el carnet de conducir tras el accidente.

Patrón 2: Nutricional–metabólico

Hábitos alimenticios desorganizados.

Patrón 3: Eliminación

Dentro de la normalidad.

Patrón 4: Actividad–ejercicio

Actualmente tendencia a la inactividad y aislamiento.

Patrón 5: Sueño–descanso

Insomnio de despertar precoz.

Patrón 6: Cognitivo–perceptual

No presenta alteraciones.

Patrón 7: Autopercepción–autoconcepto

Desbordado por su situación actual. Tiende a mantener la compostura bajo un discurso “intelectualoide” y con cierta verborrea cargada de halagos en la entrevista. Se aprecia un fondo de tristeza en la situación de soledad en la que se encuentra.

Patrón 8: Rol–relaciones

Tendencia al aislamiento.

Patrón 9: Sexualidad–reproducción

No desea hablar de sus relaciones de pareja

Patrón 10: Adaptación–tolerancia al estrés

Incapacidad para manejar situación actual. No apoyo familiar.

Patrón 11: Valores–creencias

No verbaliza nada al respecto.

A pesar de ser varios los patrones en los que podríamos prestar cuidados enfermeros, para realizar una adecuada intervención, priorizaremos aquellos en los que queremos trabajar.

Utilizaremos las interrelaciones NANDA, NOC y NIC para ello.

## INTERRELACIONES:

**2. NANDA**

**3. NOC**

**4. NIC**

Formularemos los diagnósticos enfermeros (NANDA) y desarrollaremos los resultados (NOC) e intervenciones correspondientes (NIC).

Cada diagnóstico de la NANDA puede precisar de uno o más NOC (resultados, objetivos) para ser eliminado y cada NOC, a su vez, puede necesitar uno o más NIC para ser conseguido.

### PATRON 1: PERCEPCIÓN–MANEJO DE LA SALUD

#### NANDA:

##### **00099 Mantenimiento inefectivo de la salud**

Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud M/P falta de una conducta adaptativa y R/C afrontamiento individual ineficaz.

**NOC: Conducta de fomento de la salud (1602)**

**NIC: Aumentar el afrontamiento (5230)**

- Se le anima a expresar sentimientos, percepciones y miedos, apoyando sus puntos fuertes y sus capacidades para resolver los problemas de forma constructiva.
- Se le ayuda a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida.

**NIC: Facilitar la responsabilidad consigo mismo (4480)**

- Se habla con él para averiguar si tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud, y se fomenta la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad



de sus cuidados. Se establecen límites ante sus conductas manipuladoras.

- Se proporciona una respuesta positiva a la aceptación de responsabilidad adicional y/o a un cambio de conducta.

**NIC: Prevención del consumo de sustancias nocivas (4500)**

- Se ayuda al paciente a tolerar mejor los momentos de estrés, proporcionándole educación sanitaria.
- Se le ayuda a identificar estrategias de sustitución para disminuir tensiones.
- Fomentamos la toma de decisiones responsables en la elección del propio estilo de vida.

**PATRON 7: AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO**

**NANDA:**

**00120 Baja autoestima situacional**

Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía como respuesta a una situación actual M/P sentimiento de desesperanza e incapacidad para afrontar los acontecimientos y R/C cambios de rol social y falta de reconocimiento en el trabajo.

**00120 Baja autoestima situacional**

**NOC: Autoestima (1205)**

**NIC: Potenciación la autoestima (5400)**

- Se le anima a aceptar nuevos desafíos con la confianza de ser capaz de superar los obstáculos.
- Fomentamos el aumento de responsabilidad consigo mismo.
- Reforzamos logros positivos.

**NIC: Apoyo emocional (5270)**

- Se comenta con el paciente la respuesta emocional y su desencadenante.
- Se le ayuda a reconocer sentimientos como ansiedad, ira o tristeza, animándole a que los exprese, manifestándole apoyo.

**PATRON 8: ROL-RELACIONES**

**NANDA:**

**00053 Aislamiento social**

Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa y amenazadora M/P falta de personas significativas de soporte y R/C incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias.

**00053 Aislamiento social**

**NOC: Soporte social (1504)**

**NIC: Aumentar los sistemas de apoyo (5540)**

- Se anima al paciente a que participe en diferentes actividades con otras personas que tengan intereses comunes, fomentando las relaciones con los demás.

**NIC: Potenciación de socialización (5100)**

- Se le apoya de forma positiva cuando mantiene relaciones con los demás.
- Se le ayuda a aumentar la conciencia de sus virtudes y comunicación con los demás.

**00053 Aislamiento social**

**NOC: Soledad (1203)**

**NIC: Dar esperanza (5310)**

- Se le enseña a reconocer la realidad estudiando la situación y a poder hacer planes que le den esperanza en el presente y en el futuro.
- Se destaca la importancia de las relaciones con los seres queridos.
- Se destaca lo positivo de mantener relaciones sanas con los demás.

**5. EVALUACIÓN:** una vez realizadas las intervenciones, evaluaríamos la consecución de los resultados esperados y modificaríamos aquellas intervenciones que no hayan sido efectivas. Volveríamos a realizar la valoración, trabajando aquellos patrones que consideremos prioritarios en esta nueva fase.



## Conclusiones

Las taxonomías NANDA, NOC, NIC (reconocidas por la ANA American Nurses Association) surgen de la necesidad de estandarizar lenguajes enfermeros.

- Los Diagnósticos desarrollados por la NANDA.
- La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).
- La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Las interrelaciones NANDA, NOC, NIC permiten a los profesionales:

- Disponer de un lenguaje para comunicar lo que realizamos.
- Recoger y analizar la información, documentando la contribución enfermera al cuidado del paciente.
- Facilitar la evaluación y la mejora de los cuidados enfermeros.
- Favorecer el desarrollo del conocimiento enfermero.

La relación de los tres lenguajes proporciona ayuda a los profesionales para elegir los resultados y las intervenciones más adecuadas para sus pacientes, en relación con los diagnósticos enfermeros.

Trabajar las taxonomías e interrelaciones es complicado en la teoría, resultando más sencillo en casos prácticos. Se aprecia como imprescindible trabajar con programas informáticos de gestión de cuidados que los integren, ya que de forma manual se hace excesivamente complejo. Lo novedoso unido a la falta de práctica hace que, al principio, requiera más tiempo y esfuerzo que el trabajo con los planes de cuidados estandarizados actuales.

El uso de una metodología adecuada está unido al desarrollo profesional y las tres taxonomías nos ayudan al proceso de mejora continua y facilita el trabajo. Permite estandarizar e individualizar planes de cuidados. Los registros son fundamentales para la unificación de criterios, mejora de la atención y el seguimiento, comunicación interprofesionales, evitar la duplicidad de los cuidados y favorecer la evaluación.

### Contacto:

marisa.oreja@hotmail.com

concepcion.alegrevega@osakidetza.net



---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tejedor, MJ, Etxabe MP. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Barcelona: editorial Glosa; 2008.
2. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, et al. NANDA, NOC, and NIC linkages: Nursing diagnoses, outcomes & interventions. 2ª ed. St. Louis: Mosby; 2005.
3. Fornés J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica: planes de cuidados. Buenos Aires. Edit.. Médica Panamericana; 2005.
4. Gordon M. Patrones funcionales [Internet]. Madrid: Consejo Gral. de Enfermería. [consultado 9 de abril de 2008]. Disponible en [http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense\\_cs/ccurl/NIPE/pdf/patrones\\_funcionales\\_mgordon.pdf](http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense_cs/ccurl/NIPE/pdf/patrones_funcionales_mgordon.pdf)
5. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. Int J Nurs Terminol Classif. 2007; 18(1): 5-17.
6. Planificación de cuidados. [Internet]. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía, Área de Enfermería. [consultado 16 de abril de 2008]. Disponible en : [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria/2006/metodo\\_cuidados.html](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria/2006/metodo_cuidados.html)
7. Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería: guía práctica. 2ª ed. Barcelona: Doyma.; 1992.
8. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 7ª ed. Barcelona. Edit. Masson; 2006.



# Objetivo del tratamiento psiquiátrico: La esperanza

**Blas Erkizia Amilibia**

Psiquiatra.

Centro de Salud Mental de Beasain.

## Resumen

El artículo se centra en una reflexión sobre la esperanza. Considera que el objetivo del tratamiento psiquiátrico reside en la reconstrucción de la esperanza perdida. Y basa la argumentación en la exposición de “el principio esperanza” del filósofo Ernst Bloch. En la misma línea y como apoyo hace dos breves excursos sobre la esperanza profética y sobre “la espera” de *En attendant Godot* del dramaturgo Samuel Beckett. Concluye presentando al bertsolari como paradigma de la improvisación y la espontaneidad.

**Palabras clave:** Pulsiones básicas, hambre afectos de expectativa, esperanza, utopía concreta.

La meta del trabajo reside en intentar mostrar que el objetivo del tratamiento psiquiátrico consiste en la reconstrucción de la esperanza. Si la psiquiatría, en opinión de Henri Ey, abarca la patología de la libertad, puede afirmarse que el tratamiento psiquiátrico se dirige a la reconstrucción de la esperanza perdida.

La palabra “perdida” nos orienta hacia el pasado, a la historia, al recuerdo dolorido. La “reconstrucción”, por el contrario, hacia el futuro, al proyecto del porvenir, a la esperanza. Este es el único y concreto momento de la libertad: es ahora cuando, asumiendo la carga de la historia, hay que construir el futuro. El pasado, el presente y el futuro se hacen uno.

El porvenir se juega en este único momento condicionado por la pasada historia y la inevitable realidad y sólo a ello se reduce nuestra libertad. Si, contemplando la historia pasada, se va imponiendo la vivencia de pérdida, se va adueñando el sentimiento de la depresión. A consecuencia de la impotencia que mana de la pérdida el porvenir se oscurece y la ansiedad se va fortaleciendo, en una desvaloración propia, y el presente, sometido al temor para con el futuro, se hace insostenible, tapando y obstaculizando el camino de esperanza.

En esta encrucijada del presente se juega la salud (y la enfermedad). Y la clave estriba en la esperanza. El objetivo del tratamiento psiquiátrico es la esperanza.



Las reflexiones que la palabra psiquiatría despierta en el fuero interno de la mayoría tienen que ver con la locura, los manicomios, con los desatinos y los añadidos extraños, vergonzosos y despectivos que de ellos derivan. Nos trae a la mente el delirio, la alucinación, el sufrimiento psíquico, la depresión, la esquizofrenia, la ansiedad, la obsesión, la fobia, la anorexia y una larga lista tan torpe como bañada de sufrimiento. El tren de la psiquiatra como el del poema de Sarrionaindía “siempre avanza hacia el infierno” como si en su puerta colgara el “lasciate ogni speranza” de Dante.

Sin embargo, es la esperanza el objetivo de la psiquiatría... “Donde esperar consiste/ en encontrar una buena razón/ para el paso de los días...(Carlos Marzal)”. No obstante en el rastreo sobre la palabra “esperanza” en libros, manuales, enciclopedias, etc nos topamos con escasos hallazgos. Por ejemplo, en el índice alfabético del manual de psiquiatría de Kaplan-Sadoch encontramos una sola mención. Y en la mayoría ni uno solo. Y difícilmente encontraremos un libro en cuyo título aparezca la palabra esperanza.

La vida transcurre en la espera del porvenir. Espera que, en la mayoría de los casos, se manifiesta en forma negativo-ansiosa en la literatura y la filosofía. Por ejemplo “El concepto de la angustia” de Kierkegaard o “El sentimiento trágico de la vida” de Unamuno y tantos títulos más. En torno a la espera positiva que supone la esperanza nos encontramos con contados trabajos. En uno de ellos, realizado por el filósofo Ernst Bloch, arranca la reflexión de este artículo.

### **Ernst Bloch: esperanza y utopía (El principio esperanza)**

Dos grandes filósofos dejó el marxismo en el siglo XX, György Lukács y Ernst Bloch. Ambos se reivindicaban como herederos de Hegel y el pensamiento de Bloch, a diferencia

del de Lukács, se centró en la utopía. Su escrito fundamental, *Das Prinzip Hoffnung (El principio esperanza)* se publicó entre los años 1954 y 1959.

El marxismo, para él, es un intermediario científico, político y social que posibilita la utopía. Bloch, en la estela de Hegel, considera que la filosofía es un sistema abierto y contempla la realidad como un proceso histórico-dialéctico que no es inevitable y, en ella, la praxis humana se desarrolla dejando espacio a la creación libre y a la cultura, en una producción que está más allá de las determinaciones ideológicas.

El ser humano se caracteriza por sus básicos afectos de expectativa y por las funciones cognoscitivas de la utopía, que es un intermediario entre la fantasía y la realidad.

Todo ello aparece con meridiana claridad en la comparación entre Bloch y Freud. En opinión de Bloch el marxismo encierra en sí un gran contenido utópico. En una concepción marxista no determinista puede no estar presente y fallar un porvenir mejor. Pero la construcción del porvenir tiene que recuperar el significado de lo utópico. Es lo que Bloch denomina como *utopía concreta*. Y tiene dos bases, antropológica una y material otra.

**A-. Base antropológica:** Para iluminar el campo antropológico de la utopía Bloch opta por comparar su pensamiento con el de Freud. Las categorías antropológicas necesarias para su propio sistema las encuentra en la crítica del psicoanálisis (que ha hecho suyo). En la teoría de Freud son los deseos no satisfechos de la libido quienes producen la patología de los complejos y las neurosis. Y la curación se basa en el conocimiento de la propia patología y se logra mediante la interpretación. Pero el afectado por la neurosis se obstina en la obstaculización del desciframiento de la represión. Los callados deseos insatisfechos se sumergen en el inconsciente y allí se pudren censurados, en el desconocimiento de la causa.



En este contexto el inconsciente, en el pensamiento de Freud, se reduce al *más no sabido*. El psicoanálisis también lo llama inconsciente, pero refiriéndose sólo a lo reprimido previo a la conciencia. El inconsciente es lo olvidado o, mejor dicho, lo reprimido; ello ocurre de forma dinámica y, si no es mediante un profundo y eficaz desciframiento, no retorna a la conciencia. Freud mencionó también un tercer significado del inconsciente, donde el componente específico no reside en lo reprimido sino en el porvenir. En opinión de Bloch, Freud no redondeó esta idea.

Arrancando en estas premisas Bloch distingue entre sueños nocturnos y sueños diurnos. Los sueños nocturnos corresponden a *lo más no consciente*. Los diurnos, por el contrario y en la perspectiva del soñador, se dirigen hacia *lo que es nuevo*. El análisis de los sueños diurnos encuentra en ellos algo que aun no es consciente. La psicología no ha desarrollado la naturaleza progresiva que se desprende de ello. Bloch, sin embargo, le otorga una gran importancia. El inconsciente, así, aparece como una conciencia previa a lo que está por venir. Dicho de otra manera, es preciso que en el seno de la psicología se cree un espacio para lo genético, para lo que es nuevo, ya que si es preconsciente, lo es porque su contenido consciente no está aun de manifiesto; es algo que se despertará en el futuro. Los momentos más importantes de este preconsciente se corresponden con la juventud, las épocas de cambio, las vicisitudes cambiantes y con los espacios creativos del ser humano. En opinión de Bloch, estos sueños diurnos, barruntados por la mayoría de los seres humanos, son solamente catalizados por los seres geniales.

Según afirma Bloch: *“Freud y Jung consideran el inconsciente como algo pasado en un proceso histórico-evolutivo, como lo sumergido en la bodega del sujeto y tan sólo allí presente”*. Y en consecuencia, las pulsiones, al liberarse de los cuerpos vivientes, se mitifican. Adoptan la imagen de algo semejante a los ídolos: la Libido (Freud), la

voluntad de poder (Adler), el Dioniso originario (Jung) se absolutizan, impidiendo por ello discutirlos como factores variables de las condiciones económicas y sociales. Pero en verdad son modificadas y orientadas por las clases sociales en las que se circunscriben los diferentes individuos y las épocas históricas determinadas. Bloch las contempla como pulsiones parciales; y considera que existe otra necesidad más fundamental que ha sido olvidada por el psicoanálisis: el hambre. La instancia más fundamental es aquella que nos impulsa hacia la autoconservación, es decir el hambre. Y esa pulsión es quien pone en marcha a las demás: *“El estómago es la primera lámpara a la que hay que echar aceite. Su anhelo es tan preciso, su pulsión tan ineludible, que no puede reprimirse largo tiempo”*. Si es cierto que la función de la Libido, por obra de la hipocresía, se ha mantenido en el silencio, más cierto es aún, dice Bloch, que por razones de clase se ha tapado otra pulsión más importante, la del hambre. Junto a esta pulsión la de la libido, comparativamente, es un lujo.

En esta pulsión fundamental arranca la construcción de la teoría de los sentimientos de Bloch. Las pulsiones se sienten. Y estos sentimientos, en una primera diferenciación, se concretan en los deseos y en las repulsiones correspondientes a las pulsiones. Las pulsiones que impulsan, consideradas como sentimientos, son afectos. Son básicamente estados de la persona. Y puesto que Bloch los entiende existencialmente, los afectos son una forma de ser. Y tienen un particular significado en el orden del conocimiento: *“...El contacto intelectual con los afectos es necesario para todo conocimiento de sí...”*. Hay dos clases de afectos: afectos saturados (envidia, codicia, veneración) y afectos de expectativa que se subdiferencian a su vez según que lo esperado sea deseado o no deseado.

La característica fundamental de los afectos de expectativa (miedo, terror, esperanza, fe) es la siguiente: el objeto de las pulsiones no es individualmente alcanzable ahora, no se da en la



actualidad; por lo tanto, le es inherente la duda de su resultado. En comparación con los afectos saturados, los afectos de expectativa son mucho más ricos en lo que atañe a la anticipación de la intención, del contenido y del objeto. Son pues afectos utópicos. Su resultado, sea deseado o temido, no está decidido: “*El más importante de los afectos de expectativa, el afecto anhelante más propio, el anhelo por antonomasia del sujeto...es la esperanza*”. Es la esperanza quien configura al sujeto.

Bloch elaboró su teoría arrancando en esta relación que los afectos mantienen con las pulsiones. El hambre es el principio del interés por mutar las condiciones existentes. La tendencia a la *autoconservación* se convierte en pulsión para el autodesarrollo. El sustento de los afectos de expectativa reside en el hambre tematizada en la conciencia. Y estos afectos, por la mediación de los sueños diurnos se capacitan para la anticipación de un porvenir diferente. Estos sueños surgen en la percepción de una carencia que se quiere borrar. Esto es, son el sueño de una vida mejor. A decir verdad, también existen sueños de calidad escasa, sueños que se afanan en la evitación y en la sustitución de la realidad. Y sueños que sostienen y alimentan el coraje y la esperanza (*lo aun no sabido, nunca sido*).

Dentro de la teoría de Bloch hay que ubicar los sueños, tanto diurnos como nocturnos, en el terreno de lo utópico. El psicoanálisis no valora por igual los sueños diurnos y los nocturnos. En los primeros no ve sino el comienzo de los segundos. Y para el psicoanálisis, que según lo entiende Bloch, se limita únicamente a la realidad existente, todo sueño es expresión de represión.

En el pensamiento de Bloch los sueños nocturnos se alimentan en el empuje de la vida ya transcurrida, y nada nuevo surge bajo su acción. Con los sueños diurnos ocurre todo lo contrario; son la proyección del futuro (algo más que el prelude de los sueños nocturnos,

por lo tanto). Los sueños del estado de vigilia no tienen motivo alguno para ser expresivos de la represión; pueden ser el primer paso de un viaje voluntariamente iniciado camino del porvenir. Y no surge en un momento de disminución de la alerta, sino en la conciencia perceptiva de la vida y del mundo. Y tiene una característica principal: la mejora del mundo (lo que puede tomarse como carácter utópico).

Piensa Bloch que el sueño diurno se concreta en la anchura y en la profundidad del campo utópico. Los sueños diurnos son el prelude del arte y se afanan, simbólicamente, en la mejora del futuro humano.

Poseen una última característica. Al igual que los sueños nocturnos nacen del deseo, pero poseen además la voluntad de realizarse, de llevarse a cabo. Así como el pensamiento freudiano organiza la sublimación como una ordenación para con el arte, Bloch opina que hay que organizar su contenido utópico de esperanza. Los sueños diurnos no constituyen, como ocurre con la teoría de la ilusión, un terreno para el arcaísmo de los infantilismos y juegos bonitos, sino el espacio de la previsión fantástica de una realidad posible: “*El contenido de la fantasía diurna es abierto, anticipatorio y lo que en ella late se sitúa por delante*”. El proyecto del sueño diurno no “*necesita ser desenterrado e interpretado, sino de corrección y en cuanto es capaz de ello, de concreción*”.

Los sueños y los afectos están estrechamente unidos entre sí. Son los afectos de expectativa quienes preparan el terreno para un estado de ánimo en el que se forjarán las imágenes de los sueños nocturnos. Pero la grandeza de los proyectos dibujados depende básicamente de los afectos. Aunque la intención de estos afectos es meramente premonitoria.

Como anteriormente se ha mencionado, en el seno de lo que aún no es consciente, se va despertando, a tenor de su contenido, lo que todavía no es presente: son los componentes



hasta ahora mencionados quienes, junto a la actividad racional, constituyen el significado pleno de la esperanza. No se concibe la esperanza sólo como movimiento anímico sino también “*como consciente y sabida función utópica*”. Sus contenidos se manifiestan con representaciones que esencialmente corresponden a la fantasía y son anticipación de una realidad posible. Y hay que distinguir dos tipos de utopía, una inmadura, no relacionada con la posibilidad, en donde la fantasía es sustituida por lo fantasioso, y una madura, que se corresponde con la posibilidad de lo real. La utopía, en este caso, se define como “*utopía concreta*”. Los componentes de la teoría, de la praxis y de la antropología de Ernst Bloch confluyen en la esperanza:

*“La función utópica en cuanto actividad comprendida del afecto de expectativa”... “el punto de contacto entre el sueño y la vida (sin el cual el sueño sólo produce utopía abstracta, la vida solo trivialidad)”... y ese punto... “es dado en la capacidad utópica situada sobre los pies, que siempre se encuentra vinculada a la posibilidad real”.*

El contenido histórico de la esperanza es la cultura humana, tomada en su referencia a un horizonte histórico concreto: “*La esperanza como afecto de expectativa, en la razón, y la razón en el afecto de expectativa, combinadas son la docta spes: la esperanza inteligente*”... “*La razón no puede florecer sin esperanza, la esperanza no puede hablar sin la razón*”.

Bloch subraya una y otra vez el carácter cognoscitivo y anticipador de la esperanza: “*La anticipación actúa así en el espacio de la esperanza, ésta no es considerada sólo como afecto, como contraposición al temor (pues también el temor puede anticipar), sino más esencialmente, como acto orientador de carácter cognitivo (y por tanto, la contraposición no es con el temor, sino con el recuerdo)*”.

Pero todo ello, es decir lo que aun no es consciente, el afecto de expectativa, la utopía,

ha de tener un contenido. Su correlato es lo todavía no acontecido, una posibilidad objetiva, que impide que las perspectivas de la subjetividad sean fatuas.

**B-: base material:** La esperanza es pues el principio del sistema de Bloch; es la esperanza quien empuja al ser humano a no cejar en su suerte. Pero a la utopía, a la esperanza que impulsa a lograrla, y para que no se quede en un hermoso deseo, ha de añadirse un fundamento real. Por ello, para solidificar su sistema, Bloch basa el principio esperanza en el principio materia, que es su correlato. La base que va a posibilitar el cambio reside en la materia (toda realidad es materia).

La *posibilidad* constituye una entraña propia de la materia y, por ello, todo cambio se sustenta en la materia. El concepto de posibilidad se entiende como una realidad procesual, donde el proceso es un intermediario entre el presente, el pasado no agotado y, ante todo, el futuro. La realidad consume su proceso merced a la posibilidad. Lo *Posible* es lo que sólo parcialmente está condicionado, lo que no está del todo determinado, lo que no es del todo necesario. Bloch distingue entre *lo objetivamente posible* y *lo realmente posible*. *Lo objetivamente posible* pertenece al orden del conocimiento y, ya que reúne de alguna manera las condiciones para ser, es algo que científicamente puede esperarse. En lo que hace a *lo realmente posible* aun no se dan las condiciones para ser (o porque las condiciones no han madurado o porque las nuevas condiciones no han nacido aun). La realidad no está consumada, ni en su base ni en su meta.

Un paso más allá Bloch, apropiándose de dos frases de Aristóteles, diferencia dos posibilidades de la realidad. La una, *kata ton dinaton* (según posibilidad, el ser según la dimensión de lo posible); la otra, *to dynamei on* (ser en posibilidad). La primera, facultando para un análisis crítico de la realidad, determina lo que ahora ya es posible; la segunda sustenta lo que en un



futuro puede lograrse. La primera abraza lo que ahora es posible. La segunda significa la posibilidad abierta al futuro. La primera hace caminar hacia el objetivo establecido. La segunda muestra que lo obtenido no es definitivo, significando que hay posibilidad ulterior.

La materia, por lo tanto, es pura posibilidad y se extiende a todo aquello que puede suceder. Es el presente de un porvenir distinto y la ontología que en ella se sustenta es la ontología de lo que todavía no es. A lo que todavía está por hacer le corresponde lo que aun no se sabe conscientemente.

Pero la materia no es una realidad general indiferenciada. La materia, para ser, además de encontrarse diferenciada en formas plurales, se determina históricamente en un proceso evolutivo. La materia abraza desde la realidad mecánica hasta el ser humano. Y es el ser humano “*el máximo apogeo de la materia*” (Schelling, Engels): Es el determinante activo de la orientación del mundo. Cuando Bloch habla de la materia, se está refiriendo al ser humano.

Abarcadora de toda la realidad, la materia es activa. Y esta realidad activa, que está en fermentación, lleva en su seno el desarrollo. Esta capacidad de posibilidad y de porvenir es el correlato de la esperanza antropológica. A lo que todavía no es consciente, no sabido, a los sueños y a la espera de realidades distintas, le corresponde un fundamento del orden del ser. Y así, basándose en una realidad material que en su seno va germinando posibilidades, se configura la ontología de lo que todavía no es.

La ontología del ser que todavía no es es la ontología de las realidades dinámicamente abiertas a los significados todavía no presentes. Esta ontología se define en lo realmente posible. La posibilidad no se limita a la ontología de lo que hasta ahora ha sido; es interior a la ontología de lo que siempre se está reiniciando, se corresponde con la ontología de lo que todavía no es. Encuentra porvenir en las posibilidades

del pasado y en toda la naturaleza. El ser tiene sus intermediarios en los esfuerzos del sujeto humano y en el mundo, pero todavía no es una realidad sino la verdadera posibilidad de algo utópico. La realidad se determina en algo que se manifiesta ahora como algo que no es. Todo está en el regazo de ese *no*, todo empieza en su seno, cualquier algo se edifica en sus entrañas. Es falta de algo, y también la desazón que fluye de esa falta. Es el impulso hacia lo que falta. La pulsiones vitales *hay que definir las como algo que no está*: como pulsión, necesidad, gana y, en el origen, como hambre.

El *no* se determina como no-tener. El *no*, en su origen, es lo que por el momento está vacío, sin determinar, sin decidir, como antesala del inicio. El *no* de la realidad puede definirse como *no-tener*, como *aún-no*. Siendo así, la configuración se construye aquí y ahora. Toda novedad ocurre ahora, la utopía actual es el presente. La potencialidad de la realidad reside en el núcleo óptico oscuro del presente. En él se prevee hasta dónde puede llegar. Y en esta experiencia oscura recibe la ayuda de los afectos de expectativa. Ahí nace la esperanza y también la melancolía que emana de la “aún no concreción de lo previsto”. El factor profundo y efectivo que pone y mantiene al mundo en movimiento, empujando siempre hacia delante, reside fundamentalmente en ese estado esencial de *no*. El secreto del mundo estriba en el secreto desvelado del ser humano. Aguijoneado por esta preocupación escribió Bloch *El principio esperanza*, avanzando desde el inicio las cinco preguntas fundamentales. ¿Quiénes somos?, ¿de dónde procedemos?, ¿hacia dónde vamos?, ¿qué esperamos?, ¿qué nos espera?

Por lo tanto, la intuición básica del sistema filosófico de Ernst Bloch es el siguiente: la esperanza se sustenta en el presente. La clave del mundo reside en la inmediatez. En cada momento de la historia, una y otra vez, comienza la historia. En este momento se inicia la historia, de nuevo. El presente está lleno de potencialidad. Pero la potencialidad está sumer-



gida en la obscuridad y el porvenir se inicia en la obscuridad de este momento. Porque al presente momento revestido de inmediatez le fluye la obscuridad del origen no esclarecido, la ignorancia. El núcleo del presente está aún por descifrar. La esperanza arranca en el negro presente. También la ansiedad. El proceso del mundo consiste en el esclarecimiento de la pregunta originaria.

Si el presente es oscuro, negro y está repleto de duda, poca razón hay para el optimismo. Si el optimismo se basa en la presencia de datos positivos y si el presente del ser humano, por origen y naturaleza, es oscuro y negro, ¿como puede afirmarse que la esperanza se origina en un presente que tiene mayores razones para ser pesimista que optimista? Bloch proporciona la respuesta apoyándose en una metáfora: en el ojo del ser humano también hay un punto ciego, justo allí donde el nervio óptico se inserta en la retina; al pie del faro que orienta a las naves reina la obscuridad. Es la potencialidad de esa obscuridad quien proporciona al ser real la capacidad para lo nuevo y, por ello, el ser real está abierto a la utopía. Esta es la intuición existencial esencial de Bloch y en ella arranca su teoría.

Y lo fundamental de la psiquiatría, su razón de ser, su contenido, se juega en ese espacio lleno de potencialidad. Cuando en la desorientación de la obscuridad no se divisa rayo alguno de luz, cuando no se entreve el fin de la negrura, cuando se cierran todas las puertas al porvenir y se va instaurando, por ende, la depresión, o se trastorna la persona y se comienza a dejar la solución para mañana, o se inicia un camino ajeno a la realidad y conducente a la fantasía estéril, es entonces cuando la persona se queda vacía de esperanza. Y el objetivo del tratamiento consiste precisamente en la recuperación de la esperanza. Al igual que la visión nace en el punto ciego del ojo, la esperanza se origina en la obscuridad. Eso es lo que enseña Ernst Bloch en su *El principio Esperanza*.

Por lo tanto según Bloch la materia alcanza su apogeo en el sujeto y el meollo del sujeto estriba en la esperanza. Un mensaje similar puede encontrarse, en mi opinión, en otras dos fuentes muy dispares entre sí: en los profetas de Israel (principalmente Isaías y Jeremías) y en Samuel Beckett (*En attendant Godot*). Los voy a mencionar brevemente.

### I – Los Profetas:

Quienes nacimos al poco tiempo de terminar la llamada guerra civil y crecimos y educamos en su contexto, lo hicimos entre los límites culturalmente marcados por la religión católica y políticamente impuestos por el franquismo. Tras una infancia y adolescencia impregnados por esos componentes pudimos disponer, en la juventud, de una posibilidad de revuelta para con las ideas, costumbres e imposiciones padecidas y aventurarnos en una opción personal. En la discusión y purificación de la cultura introyectada, el trabajo personal de filtro quedó marcado, inevitablemente, por la impronta y la huella de lo previamente incorporado, pues se quiera o no somos herederos de la cultura vivida.

Entre las huellas remanentes de la educación religiosa recibida la más preciada me resulta la de los profetas, en especial Isaías y Jeremías. Ellos se dirigían a su pueblo, en nombre de su Dios, y la esencia y el corazón de su mensaje era el siguiente: cuando te ocupes de los huérfanos, cuando te preocupes por la viudas, devuelvas a los pobres lo suyo, cuando evites las injusticias..., entonces, y solo entonces, seré yo tu Dios, y entonces tú serás mi pueblo.

Dios y el pueblo de Dios pertenecen al futuro. Y no es cuestión de traducción. Los verbos, en todas las traducciones realizadas, aparece en tiempo de futuro, porque la clave del mensaje está en el futuro. Mientras no se cumplan las condiciones mencionadas no hay Dios, ni tampoco pueblo de Dios. Ahora no hay Dios. Dios, de existir, existirá en el futuro; Dios es el porvenir edificado sobre la igualdad, la justicia y



el amor. Dios no es algo previo, sino consecuencia; Dios es obra de una sociedad justa, equilibrada y buena. **La esperanza es Dios.** (Aguas profundas son éstas, sobre todo para quien es totalmente lego en exégesis y en hermeneútica. No obstante si tuviera que embarcarme en la discusión del problema de Dios, tomaría este rumbo. Dios, de estar, estaría al cabo de la esperanza y de la justicia). En palabras de los profetas:

“...Si enderezais vuestro comportamiento y vuestras obras, si defendeis la justicia en las relaciones sociales, si no explotais al extranjero, al huérfano y a la viuda, si no derramais sangre inocente en esta tierra y si, perjudicándoos a vosotros mismos, no vais en pos de otros dioses, entonces moraré con vosotros en este lugar...” (Jeremías 7/5–7).

“...Escuchad mi palabra, y yo seré vuestro Dios y vosotros sereis mi pueblo. Caminad siempre por el camino por mí indicado y sereis dichosos...” (Jeremías 7/23).

Isaías y Jeremías repetían una y otra vez el mismo mensaje: Isaías 25/8–9; 28/5–6; 28/17; 29/17–24; 30/18–26; 32/15–20; 58/1–14; 60/19–22. Jeremías 7/23; 11/4; 21/12; 22/3–4; 30/23; 31/8–9; 31/16–17.

Por lo tanto, la esencia del mensaje profético y la utopía concreta, ¿no son coincidentes?

## 2– Samuel Beckett:

Dos años antes de que Ernst Bloch publicara el primer tomo de *El principio Esperanza*, en el 1952 vio la luz la obra teatral *En attendant Godot* de Samuel Beckett. En ella, al igual que en los mensajes de los profetas, todo transcurre en torno a dos argumentos: uno muy evidente, ya que Vladimir y Estragon, los dos protagonistas, consumen el tiempo “*en attendant*” (esperando); el otro no tanto, pues no está claro que los dos amigos estén esperando a Dios, aun cuando el componente *God* de la palabra *Godot* signifique Dios en el idioma inglés. De todas maneras el núcleo de la obra reside “en la espera”.

En el camino, al pie de un árbol sin hojas, se rencuentran los amigos Vladimir y Estragon. No saben con seguridad de dónde vienen, dónde han pernoctado, qué les ocurrió la víspera, desde cuándo andan, inevitablemente, juntos. Al anochecer, a la hora de marcharse, no pueden irse. Es lo único que tienen claro: puesto que están “*esperando*” a Godot, no pueden irse:

ESTRAGON:...*Vámonos*

VLADIMIR: *No podemos*

ESTRAGON: *¿Por qué?*

VLADIMIR: *Estamos esperando a Godot*

ESTRAGON: *Es verdad.*

La obra teatral se compone de dos actos y, aun cuando no está dividida en escenas, en cada acto, bajo una aparente monotonía, se recorren campos muy variados de la vida humana (9–10 en cada acto), delimitados los unos de los otros por la breve secuencia de: *vámonos* —no podemos— *¿porqué?* —estamos esperando a Godot— es verdad.

Así pues, ahí están Vladimir y Estragon (símbolos del ser humano) esperando al desconocido Godot. A cada momento les sobreviene el deseo de marcharse, pero se quedan, porque no pueden fallar en la espera de Godot. Y ya que están obligados a esperar, mejor será hacer algo, transcurrir el tiempo en algo. Y así comienza el repaso de distintas actividades de la vida: lo primero que se les ocurre es que, tal vez, podrían arrepentirse, acaso arrepentirse de haber nacido. Y hablando del arrepentimiento les viene a la memoria el buen ladrón. También existe la posibilidad de ahorcarse... De repente, esperanzados, advierten la llegada de alguien; pero quien llega no es Godot sino Pozzo (el amo Pozzo con su esclavo Lucky). ¿Será Pozzo, déspota cruel y esclavizador, Godot? (¿uno de los ídolos mencionados por los profetas?)... Ahí están todos, Vladimir y Estragon desorientados, preocupados por las nonadas de la supervivencia; Pozzo en su actividad caciquil, esclavizando para proveer a sus necesidades; y el ensogado del cuello Lucky, sirviente sometido, en la servidumbre, asumiendo



todo el trabajo, incluso el de pensar. Y cuando Lucky es obligado a pensar, su discurso transcendente, errático, confuso y enrevesado trastorna a todos, sumergiéndolos a los cuatro en una pelea. Cuando los cuatro se desparraman por el suelo, llegada la calma, todo sigue igual. Está a punto de anochecer, Pozzo se va con su esclavo, Vladimir y Estragon se quedan, están esperando a Godot. Cae la noche. En lugar de Godot llega su mensajero anunciando que Godot no va a venir.

El escenario del segundo acto es el mismo, pero ahora el árbol tiene algunas hojas: Vladimir está sólo y se pone a cantar. Entonces llega Estragon y se alegran por estar de nuevo juntos. Y ya que están gozosos, ¿qué podrían hacer? Por supuesto, seguir esperando a Godot. Y en la espera se entregan al recuerdo. Y caen en la cuenta de algo, de que, aunque todo parece igual, nada es del todo igual... El árbol, por ejemplo, tiene hojas. Los reaparecidos Pozzo y Lucky tampoco son iguales, ciego uno, mudo el otro. Se van repitiendo las escenas del primer acto, pero nunca son del todo iguales (como diría Ernst Bloch porque *la historia recomienza todos los días*). Lo único que no cambia es el estar "esperando". Y en la espera siempre se puede hacer algo (el presente está lleno de potencialidad). Hacia el final a Vladimir y Estragon les viene a la mente la misma idea que al inicio: *ya que están obligados a esperar, si dispusieran de un cabo de cuerda...* Pero no, porque están esperando a Godot. Sobreviene la noche y, de nuevo, llega el mensajero haciendo saber que tampoco hoy vendrá Godot. Consecuentemente Vladimir y Estragon deciden marcharse. He aquí las últimas palabras de la obra:

VLADIMIR. *Entonces, ¿nos vamos?*

ESTRAGON: *Vámonos.*

*(No se mueven).*

## Objetivo del tratamiento psiquiátrico: la esperanza.

Los manuales de psiquiatría suelen agrupar en cuatro campos principales a aquellos que

empujados por el sufrimiento psíquico solicitan ayuda psiquiátrica: depresión, psicosis, neurosis, trastorno de personalidad. Y, por supuesto, cualquier tipo de dependencia, que, habitualmente, suele mezclarse con uno de los cuatro campos mencionados.

El trastorno psíquico, básicamente una actitud, es una forma de estar y de ser, tal y como bien intentaron demostrar Laing y afines, que lo presentaron como una "opción" obligada e inevitable y, por ello, más allá del diagnóstico, es preciso escrutar la base sobre el que se conforma. Porque, al cabo, en la entraña del trastorno psíquico, en su base y su esencia, quedan de manifiesto tres modos de estar correspondientes a: la desesperación, a la fuga, a la sed de seguridad. Y en el sótano de las distintas enfermedades mentales que se diagnostican se hallan rastros profundos y decisivos de uno de los tres modos de estar. Los tres son tributarios del ámbito de la esperanza, mejor dicho, del ámbito del fracaso de la esperanza.

### Desesperación (depresión):

El sentimiento de desesperación es una emanación de la vivencia de pérdida y de la obstrucción del porvenir. Se le añade el sentimiento de la culpabilidad por lo perdido y se asimila la carga del castigo merecido. La mirada se queda en el pasado, no se vislumbra futuro y el presente se convierte en un insufrible momento inamovible y sin final, sometido al sentimiento de culpabilidad y de castigo, en una contemplación autocompasiva estéril. He ahí la depresión, la melancolía. Una obscuridad sin el menor rayo de luz, una impotencia nacida del sentimiento de incapacidad, un sufrimiento insoportable. Desde la vivencia de no capacidad, en su desesperación, nace un sentimiento del deseo de finalizar, que a veces se lleva a cabo. En otras ocasiones el inmanejable sufrimiento, en una pirueta megalómana y omnipotente, empuja hacia un estado maniaco, con un comportamiento extraño, delirante, agresivo, disperso y estéril, totalmente ajeno a la realidad.



El sentimiento de pérdida, la obstrucción del porvenir, la vivencia de culpabilidad y la autocompasión alimentan el miedo que nace de la impotencia. La incapacidad y el miedo (ansiedad, angustia, ahogo) configuran el núcleo de las enfermedades del espectro depresivo, negando la esperanza. El presente potencial descrito por Ernst Bloch queda borrado, sumergido en la obscuridad por obra de la impotencia y de la angustia. Al peso de la pérdida se le responde con la vivencia del fracaso. La mirada se dirige exclusivamente al pasado, no hay porvenir y el presente se convierte en un sufrimiento inútil.

En esa oscuridad se inicia el tratamiento, partiendo a la búsqueda de las huellas de la escondida potencialidad, intentando en primer término la disminución y el alivio de la angustia, con el propósito de abrir la puerta a la esperanza, *porque todo es posible*.

### **Fuga (psicosis):**

Como enseña Ernst Bloch la verdadera capacidad reside en la materia, en la realidad, y en ella se sustenta todo lo que puede ocurrir. La realidad es el presente de un porvenir distinto. Y en este presente se aúnan tres componentes: la capacidad o potencialidad, la falta o el vacío de lo que todavía no es, y el núcleo óptico oscuro derivado de la falta o vacío. El factor profundo y efectivo que pone y mantiene en marcha al mundo reside precisamente en ese estado esencial de no-ser. Es ahí donde echa a andar la esperanza, la utopía concreta.

A veces, sin embargo, el fracaso de la conciencia de la potencialidad, el miedo que produce la falta de lo que todavía no-es y la obscuridad que de ello se deriva cierran las puertas a la esperanza sustentada en la realidad, sumergiendo al sujeto en una fantasía estéril sin ligazón con la realidad, o sea en la psicosis. La insostenible crudeza de la realidad empuja a la fuga, a la edificación vana de un imaginario mundo irreal. Los síntomas que se manifiestan en las diversas psicosis (disociación, autismo,

delirio, alucinación, agitación psicomotriz, etc) muestran la huida fuera de la realidad. Sometido al miedo derivado de la realidad que aún no-tiene, sin conciencia de capacidad, se obstruye el porvenir y el sujeto se repliega sobre sí mismo (autismo), vive una realidad dividida (disociación), es presa de ideación de prejuicio y daño (delirio), percibe perturbadamente (alucinación), salta hacia una megalomanía omnipotente desprovista de sentido (manía), sufre la desorientación nacida del fracaso de la simbolización provocada por la ansiedad temprana (agitación, hipercinesia). Siempre, en evitación de la dura realidad, fugándose.

El objetivo del tratamiento consistirá en la construcción del camino de retorno hacia la soslayada realidad. Cualquiera que fuere la técnica del tratamiento, éste se empeñará en recuperar la arrinconada potencialidad, tendrá que ayudar a soportar la angustia provocada por lo que todavía no-es, habrá de facilitar el hallazgo de orientadores que conduzcan de la obscuridad hacia la luz. Esto es, el objetivo del tratamiento, basándose en la cruda realidad diaria, consistirá en el reaprendizaje de la labor de esperanza.

### **Sed de seguridad (neurosis):**

Lo que todavía no-es, la desconfianza para con la capacidad propia, el desconocimiento de lo que está por venir nutren un estado de carencia de seguridad. La salud, sin embargo, consiste en, soportando el estado de falta de seguridad, enfrentarse con lo venidero confiando en uno mismo.

Con frecuencia falla la firmeza precisa para ese comportamiento y el sujeto se dedica a una fatigosa búsqueda de lo que de antemano le procure una sólida seguridad. Ahí es donde nacen los síntomas del campo de la neurosis: los estados de ansiedad, las fobias, las obsesiones, etc. Su finalidad consiste, en lo fundamental, en asegurar lo desconocido, lo que está por llegar, lo no sabido, queriendo controlar lo futu-



ro antes de que llegue. Como ese aseguramiento es totalmente imposible, el sujeto retorna una y otra vez al síntoma, en un comportamiento agotador, en un intento de convertir el mañana en hoy (ansiedad), en un esfuerzo denodado de evitación de lo que aun no-es (fobia), en una comprobación repetitiva interminable y dolorosa que le suministre protección segura (obsesión).

El tratamiento deberá enseñar a esperar. Esperar consiste en comportarse con consideración optimista para con la capacidad o potencialidad propia ante lo que no está seguro, ante lo que aun no-es, ante lo que todavía no ha llegado, construyendo así cada día el futuro...La Esperanza es cosa del presente y se verifica cada día. El peor enemigo del tratamiento estriba en lo que antaño se denominaba como procrastinación (tendencia patológica a retrasar la acción, a postergarla, a “dejarla para mañana”).

## Conclusión:

La esperanza es algo que germina en la debilidad, en la falta de seguridad, en la incertidumbre. Y tiene dos sustentos, la conciencia de la realidad y la potencialidad o capacidad. Estas dos bases le suministran fuerza para sobreponerse a la debilidad, firmeza alimentada por el arrostramiento de la inseguridad y sabiduría suministrada por la asimilación de la duda.

Si hubiera de mencionar un modelo o paradigma de salud mental emanado del comportamiento esperanzado recurriría al del bertsolari, tan arraigado en la cultura vasca. Ahí está el bertsolari frente al público, nervioso, mínimo; no sabe qué motivo le propondrán; no sabe qué tonada ni qué métrica usará; sin seguridad alguna, sin asidero, en soledad total, el escenario o la plaza iluminada le sumerge en la obscuridad. En su pequeñez, su nerviosismo y su obscuridad tiene una única certidumbre: sabe que posee capacidad, potencialidad para elaborar el verso.

De repente, ahora, sin seguridad previa alguna, construye el verso, tal vez con error incluído. He aquí un ejercicio práctico de esperanza: hoy, aquí, basándose en la potencialidad y en la confianza, construyendo el mañana: utopía concreta.

Enero de 2008.

**Contacto:** Blas Erkizia

Centro de Salud Mental de Beasain

Jose Miguel Iturrioz Kalea, s/n

20200 BEASAIN Gipuzkoa

Tel: 943 886 762

BLAS.ERQUICIAAMILIBIA@osakidetza.net




---

## BIBLIOGRAFÍA

- Bloch, E. *El principio esperanza*, 3 tomos, Madrid, Aguilar, 1977. (Edición reciente en Editorial Trotta, S.A, Madrid, 2004, con prólogo de Francisco Serra).
- Marzal, C. *El corazón perplejo. Poesía reunida (1987-2004)*. Barcelona. Tusquets editores, 2005.
- Beckett, S. *En attendant Godot*, Les Éditions de minuit, París, 1952.



# Una estrategia de amor: la renuncia al poder

## A love strategy: the renounce of power\*

**José Antonio Espina Barrio**

Doctor en Medicina; Psiquiatra.

Profesor Asociado Faculta Medicina de Valladolid

### Resumen

Se define el Enamoramiento y el Amor. Se describen las condiciones para establecer una pareja. Se diferencia el rol de Pareja del de Padres. La Pareja se divorcia, pero no existe un divorcio de Padres. A la separación de la Pareja se llega por múltiples traiciones y se acaba dando un portazo o cerrando puertas. Pero del rol de Padres nunca se separa, de ahí la importancia de esta diferencia y el mantenimiento de una armonía como padres, aunque la pareja haya finalizado. Para que una separación sea no violenta debe hacerse desde el Amor, el Respeto y la Tolerancia acerca de los sentimientos del otro, aunque no se compartan y causen sufrimiento.

**Palabras clave:** Amor, Divorcio, Enamoramiento, Padres, Pareja, Respeto, Tolerancia, Violencia.

### Summary

On define Love and find in Love. On describe the conditions to establish a couple. To distinguish between, Couple's role and Parent's role. Couple may be divorced but there isn't Parent's divorce. There are several treacheries to separate a couple and them finish closing door carefully or slam the door. But if both of them are parents is very important preserve this role after the separation. Divorce no violent needs: Love, Respect and Tolerance about the feelings of the partner, though not share them or produce suffers.

**Key words:** Couple, Love, Divorce, In Love, Parents, Respect, Tolerance, Violence.

*DEDICATORIA: A mi amor, que me inspiró estas líneas y fue el timón de una separación dónde primó el respeto y el cariño y reconstruyó una nueva familia desde el amor, donde a pesar del dolor, sumaron afectos, en lugar de pérdidas. Doy gracias a la vida por esta segunda oportunidad, que aunque no es tarea fácil, resulta maravillosa.*

\* Publicado en: FERNÁNDEZ HAWRYLAK M. y GARCÍA ALONSO I. Orientación Familiar: Violencia Familiar, Burgos, Universidad de Burgos, 2007 (Pp. 35 - 42) y reproducido con permiso de la editorial.



## I- AMOR Y PAREJA

El principio fundador de una pareja es el deseo de dos personas para crear una unión que trascienda, que vincule una a la otra y que dure para siempre. El enamoramiento es un sentimiento de pasión en estado naciente, por el que dos seres se atraen y creen sentirse uno en un instante de plenitud. Este sentimiento es transitorio, pero puede renacer y profundizar cada vez más y mantenerse a lo largo de los años o perderse en la rutina, extinguirse o convertirse en ternura. El *Enamoramiento* puede convertirse en *Amor* a través de una serie de pruebas (1). La más importante es el reconocimiento y la aceptación de las diferencias entre los dos, lo que supone el fin de la fusión en uno, que ocurre en el enamoramiento.

El *Amor* es un sentimiento apasionado que une a dos personas, a pesar de reconocer las diferencias. Lleva implícita la confianza, es incondicional, sin pedir nada a cambio. La pasión hace que le importe a uno lo que le pase al otro y se pone al otro por delante de nosotros, respetándole y tolerando su singularidad como ser diferenciado de uno mismo.

Para que el *Amor* perdure, según Alberoni (2), se precisan dos polos opuestos y complementarios: Por un lado, seguridad, fidelidad y aseguramiento recíproco, con esquemas comunes para afrontar los problemas que sucedan. Por otro, misterio, aventura, encantamiento, que hacen impredecible determinadas pautas de conducta. De esta manera el *Amor* se convierte en un perpetuo estado naciente que deja de ser predecible, rutinario y, en definitiva, aburrido. Hay que renovarlo constantemente y es un pacto en perpetuo estado de cambio, que se hace permanente en un *crescendo* cada vez mayor.

Para entenderlo nada mejor que la sinfonía infinita que inauguró Wagner en *Tristán e Isolda*; En ella la música se repite en un aumento continuo de la pasión que se da entre los enamorados.

Para que podamos hablar de *Pareja*, según Bustos (3), se requiere que se den entre ellos al menos dos de estas tres condiciones: *Amor*, *Sexo* y *Convivencia*. Por sí solas, ninguna conforma la pareja.

*El Amor* es un sentimiento, que si no se acompaña de sexo, se puede dar entre familiares y amigos íntimos. Por sí mismo, no da lugar a una pareja.

*El Sexo* no es imprescindible para la vida. Sólo hay tres actividades físicas que lo son: comer y beber, dormir y respirar. El Sexo colorea la existencia y hace que la persona se sienta a gusto consigo misma, con los demás y, en definitiva con el mundo. La relación exclusiva de sexo es propia de amantes, pero no es condición suficiente para formar una pareja.

*La Convivencia* armónica también produce un inmenso placer. Por sí sola, es una forma de compartir residencia, piso o institución y no constituye una pareja.

Población (4) habla de las tres posibilidades de Estructuración de la Pareja, según describe Bustos:

*1-Complementariedad plástica:* Lo enuncia del siguiente modo “soy lo que soy, acepto como sos vos, acepto tus cambios aunque no sean concordantes con mis expectativas, espero que tu también lo hagas”. En este planteamiento se detiene y apoya en dos puntos, la confianza y mutua aceptación de cómo es el otro y la flexibilidad para integrar también los cambios que vayan surgiendo en el tiempo, por la evolución de la historia natural de la pareja.

*2-Complementariedad rígida:* Se establece claramente la lucha por el poder desde cada extremo. Es la puerta abierta a una cristalización en el fuerte y el débil, el dominante y el dependiente. Solo se puede mantener la flexibilidad y el crecimiento de ambos y de la pareja si el vínculo amoroso tiene la suficiente fuerza para NO ser aplastado por el poder.



2-*Suplementariedad*: El acento se pone en la búsqueda inconsciente de lograr plasmar una fantasía de unicidad o simbiosis. Las personas que constituyen estas parejas lo hacen para cerrar antiquísimas heridas emocionales, pérdidas ó vacíos.

Aquí la lucha por el poder es sobre todo a través de posturas victimarias, exigencias de una dedicación absoluta, de ser adivinada en los deseos, chantajes y presiones de todo tipo.

El temor a la pérdida del otro por cualquier avatar puede degenerar en una separación con un duelo terriblemente tormentoso, doloroso y extenso, como en un intento mutuo de poseer al otro miembro de la pareja, que se traduce en una escalada de exigencias o de agresiones para dominar al otro y castigarle por su “abandono”.

## 2- PAREJA Y PADRES: Dos Roles diferentes

Fue Jacob Levy Moreno, el inventor de la Psicoterapia de Grupo, el Psicodrama y la Sociometría, quién proclamó que el Yo de cada uno proviene de los roles que representamos en nuestra vida. De hecho clasificó los mismos como: Roles Psicósomáticos, que en realidad son proto-roles ya que no hay frontera entre Yo y Tú, Roles Familiares y Roles Sociales.

Desde la Teoría de los Roles Moreniana, la *Pareja* que se constituye, construye sus roles de pareja tras la negociación y el acuerdo, y el establecimiento de los roles del mismo tipo que observaron en su familia. Esta *Pareja* se construye en base a un contrato, que generalmente es de *Amor*, aunque en ocasiones sea de beneficio. La *Pareja* verdadera es la que está unida por una fuerte implicación recíproca, por un impulso común, por el proyecto compartido de fundar un “nosotros” que constituye una entidad innovadora (5).

Dicho *Amor* se postula para toda la vida, olvidando la generación espontánea del mismo

y, por lo tanto, su carácter temporal e impredecible.

También el beneficio está limitado en el tiempo, luego nada de ello es “hasta que la muerte nos separe”. Es así, porque lo que se llega de forma voluntaria, la pareja, se abandona de la misma manera, aunque el contrato inicial este viciado por intentar que sea de por vida, lo que, por fuerza, siempre es limitado, siendo el contrato vital un período de intenciones, más que un amarre insoluble.

Para que este rol se desarrolle, la pareja debe discutir y negociar las costumbres que traen de sus familias de origen, o parejas anteriores, para crear unas nuevas que sean las que identifiquen a esas dos personas diferentes como los componentes de esa nueva pareja, que es distinta de las que han marcado su historia.

Cuando la *Pareja* decide tener un hijo se comienza un nuevo rol, el de *Padres*. Este rol, que no se institucionaliza por ninguna ceremonia, es el que está llamado a perdurar. Tras el nacimiento del hijo, se culmina con el inicio de este rol que sólo desaparecerá tras la muerte del hijo.

El rol de *Padres* es el de cuidadores y guía; siendo un referente principal de la vida de su hijo. Exige que los *Padres* se centren en el cuidado del niño y disminuyan las actividades externas, propias de la pareja. La *Pareja* se hace centrípeta en el cuidado de los hijos. Este nuevo rol, aún en estado naciente, no desaparecerá nunca, ni siquiera si la pareja llega a separarse. Por eso no existe el divorcio de *Padres*, si no de *Pareja*. El papel de *Padres* no desaparece, ni siquiera cuando los hijos se casan. Aún más, con la venida de los hijos de estos, se añade un rol nuevo, el de *Abuelos*.

Por lo tanto cuando dos personas se unen comienzan un rol de *Pareja*, que es limitado en el tiempo. Después, cuando llegan los hijos,



comienza el de *Padres*, que es diferente del anterior y es permanente, mientras dure la vida del hijo, con independencia de las circunstancias de su emancipación.

De ahí la importancia de diferenciar ambos. Con la separación se acaba la pareja y no debe dejar maltrecho el rol de *Padres*. Es más, cuando la separación se realiza diferenciándoles ambos, los *Padres* se entienden mucho mejor que antes de separarse, ya que el rol de pareja afectado no interfiere en el cuidado de los hijos.

### 3- LA SEPARACIÓN – Una pérdida con múltiples alternativas

Cuando el amor se acaba, muchas parejas continúan conviviendo, El sexo termina por hacerse rutinario y la convivencia se resiente. A veces la negación de este hecho hace que la convivencia se mantenga durante años “razonablemente bien”. En algún momento se hace la luz y entonces es cuando la cláusula: “De por Vida” resulta oprimente.

Muchas parejas se mantienen merced a las apariencias o a la imposibilidad económica de separarse, cuestión nada baladí, porque es determinante a la hora de decidir una separación. Sin embargo, una pareja sin amor se convierte en un matrimonio de conveniencia, que promueve una vida gris, carente de ilusiones en el mejor de los casos. En el peor, una tortura continuada que hace daño, primero a ambos miembros de la pareja, y en segundo término, a los hijos, que son las víctimas pasivas de una guerra si fin, en la que se ven obligados a tomar partido, de una forma desgarrada, entre sus dos progenitores. Podemos definir estas situaciones como *pseudoparejas*, es decir matrimonios inexistentes, donde en la convivencia de dos personas falta una inversión recíproca, en la cual cada uno queda solo, porque no tiene esperanza de que el otro le corresponda en sus expectativas. A este estado se llega por la rutina o inercia, el interés económico, de estatus y

de afiliación, conseguir una familia de la que se carece.

Toda separación implica una pérdida, y no sólo económica, que, a veces, es un determinante que imposibilita su ejecución. La pérdida más dolorosa es la de una relación íntima, que si ha durado un largo tiempo, deja unas rutinas y actitudes que hacían más fácil una vida desprovista de amor, pero con un equilibrio gestado tras muchas discusiones y acuerdos.

A la separación de la pareja se llega a través de *Múltiples Traiciones*, que para Cirillo (6) son:

- 1- **Con una pareja sexual.** Esta traición muestra la dialéctica entre fidelidad como valor absoluto y la normalidad estadística de la separación. Por eso se entiende la paradoja de que “sólo aquel que es capaz de traicionar a otro, por ser fiel a sí mismo es alguien digno de confianza”. El amor romántico busca la persona justa. Corre el riesgo de abandonar la segunda oportunidad ante las primeras dificultades, se intenta cambiar a la nueva pareja, en vez de pensar que la única persona que podemos cambiar somos nosotros mismos.
- 2- **Con la familia de origen.** La forma más sencilla de separar una pareja es dirigir la conversación hacia los padres de cada uno, donde los padres buenos siempre son los propios. Una forma más sutil es la fuerte vinculación que se genera con los padres si no se ha sentido suficientemente amado.
- 3- **Con el trabajo.** Como centro, aleja a la pareja y lo que le reafirma frente al otro o su biografía, le aleja de él.
- 4- **Con el hijo.** Sucede mucho en la pseudo-parejas. Es el triángulo perverso de HALEY donde un progenitor se alía con un hijo frente al otro progenitor.

La separación se puede hacer de dos maneras: cerrando puertas ó dando un portazo. Generalmente la frustración y el odio que acompañan una disolución de pareja, dejan lugar sólo para el portazo. Entonces dos seres



que compartían una vida en común se encuentran arrojados a un mundo, que cuando menos desconocen, cuando no es francamente hostil. Lo peor es que no ha habido tiempo para revisar la relación, los sentimientos suscitados y decirse adiós. El tiempo se utilizó para agredir al otro en lo económico o en lo emocional. A veces no queda más remedio, por la hostilidad de un cónyuge o por la dificultad de soportar el dolor del otro. Suele ser lo más usual, a corto plazo es lo más fácil, pero deja una sensación de derribo, sin nada que construir. Esto genera un tremendo vacío, una indefensión y una sensación de desvalimiento, con aislamiento social de la que suele ser difícil salir.

Otra manera de despedirse es “cerrando puertas”. Pero esto requiere un tiempo. Y este tiempo servirá para reconocer la inviabilidad de la relación, revisar lo conseguido y reconocer lo que ha faltado. Si se cuidan y se soportan las reacciones de negación y de ira, se despedirán con pena, pero con serenidad. Lo que ocurrirá, si se permite expresar el resentimiento y se deja aparecer la aceptación, es la disolución del vínculo. En este caso prima más lo afectivo que lo material, se da tiempo para decir adiós y se clarifican las futuras relaciones de la pareja que se separa. No todo el mundo tiene la capacidad de aguantar, sin responder, los reproches del otro. No es fácil convivir durante este tiempo de despedida, la marcha de casa como una huida es la salida que más alivia, aunque no sea la mejor.

En realidad se dan diversas formas intermedias de finalizar una relación, pero las situaciones más extremas son las arriba citadas.

En ninguno de los dos casos debe confundirse la separación de pareja, con la parental.

La existencia de los hijos marca un límite que imposibilita la ruptura del rol de padres. Si no se confunden ambos roles, ambos deben hablar sobre cómo deben realizar su separación, para causar el menor daño posible a los

hijos. Una separación centrada en este objetivo, necesariamente es “no violenta”. De esta manera, los hijos verán que sus padres han dejado de discutir y se entienden entre ellos con respeto y tolerancia, incluso cuando ya no vivan juntos. Ellos ganan cuando observan que priman los acuerdos, por encima de las diferencias. La paz, el respeto y el diálogo entre los padres son las claves que tranquilizan a éstos, con independencia de que ya no se amen, o amen a otras personas. Lo que a los hijos les deja tranquilos es que sus padres se entiendan y sean felices. Si los hijos obtienen de sus progenitores el permiso para conocer y aceptar las futuras parejas de ambos, la separación será para ellos una indudable fuente de riqueza personal, en lugar de un empobrecimiento en una guerra sin fin, donde se ven atrapados en un compromiso de lealtades absurdo que les castra emocionalmente, obligándoles a tomar partido por uno de los dos padres y en contra el otro.

El uso de los hijos como armas arrojadizas es aún más letal cuando la pareja en disolución mantiene una actitud ambivalente y confusa entre su rol de padres y de pareja. Por ejemplo confunden que para entenderse como padres, que es lo deseable para los hijos y mantener un rol que no desaparece con la separación, mantienen relaciones íntimas como pareja, aún sabiendo que ésta no tiene solución. Alientan unas expectativas falsas de reconciliación que nunca van a suceder y que, a veces, hacen más daño, a ellos y a la prole, que la separación inicial.

#### **4- LA RENUNCIA AL PODER. Una espiral de mutualidad no violenta**

*El Poder* en la relación se ejerce merced al dominio, la victoria, la prepotencia, la debilidad, obediencia o dependencia que un miembro de la pareja impone al otro.



Para Población (4) las relaciones humanas se mueven entre el *Área del Amor*, que describió Moreno en las elecciones sociométricas:

1. Aceptación
2. Rechazo
3. Indiferencia

Y el *Área del Poder*:

1. Dominio
2. Sumisión
3. Equilibrio o Simetría

El poder en la pareja se establece desde el Beneficio Económico, la Agresión o la Instrumentalización de los hijos. Busca manipular al otro, pero no le tiene en cuenta, por eso se afirma que es narcisista, porque cosifica al otro sin aceptar su diferenciación, no importa el perjuicio que le ocasione con tal de alcanzar sus necesidades de someter. Encubre el temor al abandono y pugna por estar siempre al mismo nivel.

El beneficio no tiene género. Tradicionalmente, la mujer, ama de casa, era la que económicamente perdía. El acceso de la mujer al trabajo y su mejora curricular hacen que ésta tenga, en ocasiones, ingresos similares o superiores a su pareja. No obstante la protección económica es para el ama de casa, sea hombre o mujer que cuide a los hijos menores. Como suele ser la mujer la que obtiene la custodia, ésta tiene un poder suficiente para ahogar económicamente a su cónyuge que se ve forzado a trabajar sin apenas beneficio económico. En alguna ocasión, se contesta restringiendo los ingresos o retirando los emolumentos. En las parejas instaladas en la agresión, llegan hasta dejar los trabajos oficiales para hacerlo de forma privada, sin nóminas. Este abuso de poder, ejercido por uno u otro miembro de la pareja, deteriora la relación, porque su finalidad es la venganza y/o el dominio del otro y no la separación. Si hay hijos, causa un daño muy notable, a veces éstos tienen que interrumpir sus estudios para sostener a la familia.

La agresión psicológica también carece de género. Es la descalificación continuada que daña la autoestima del otro hasta inutilizarle como persona, trabajador, amante y ser humano. Es una necesidad de dominio que no cesa hasta anular sus deseos, que sólo pueden ser los del otro. Esa falta de respeto, convierte a las víctimas en seres fracasados, tristes, aislados que, para sobrevivir, se refugian en el trabajo, el juego, la bebida o en conquistas compulsivas. Esta forma de huir, de la que no dejan de ser responsables, momentáneamente, les hace sentir que se encuentran en el mundo y son dignos de ser queridos. Este tipo de agresión la realizan hombres o mujeres sobre sus parejas y no va vinculada al género. Dentro de este tipo se incluye el chantaje emocional del tipo "Si no me quieres me mato", que trata de dominar al otro y mantenerlo bajo su yugo, a pesar de sus deseos de alejamiento de una relación que no le aporta amor.

La agresión física generalmente si va ligada al género. Suele ser el hombre, con mayor fuerza física, el que realiza su dominio mediante las amenazas o su materialización. Responden a la frase, "la maté porque era mía" y de nadie más. Es el dominio por el miedo, que genera en las víctimas conductas de indefensión y, a veces de protección del agresor, lo que hace muy difícil cortar con este tipo de vínculo fusional, donde la mujer es un apéndice del hombre, sin deseos ni vida independiente. Se ejemplifica en la pintura de Frida Kahlo, donde un padre, agarrado de la mano de su hijo, se encuentra en la escena del crimen. Su esposa yace muerta en la cama del matrimonio, cosida a puñaladas, cuya sangre salpica el marco del cuadro. El asesino responde: "Sr. Juez: Sólo eran unos cuantos piquetitos." Cuando se ama al otro no se aprovecha de su debilidad, se pone al otro por delante de uno mismo, se le respeta y se tolera.

No es de extrañar que estas imágenes impactantes generen repulsa contra el agresor. De hecho la sociedad intenta proteger a todas las víctimas de la violencia doméstica. De



manera que la mujer no tiene que cargar con la prueba y la orden de alejamiento se realiza ante la más mínima insinuación. Esta protección de la persona más débil, los hijos y la mujer, genera situaciones muy injustas. Aunque excepcionales, hay hombres en la cárcel, incluso durante 3 años, hasta que sus hijas declaran que el abuso sexual fue una invención de las mismas. En mi consulta he visto a una adolescente amenazar con denuncias falsas de abuso hacia el padre, para que hiciera lo que ella deseaba. También da lugar a la retaliación, donde las víctimas se convierten en verdugos y hacen la vida imposible a sus cónyuges.

En estas escenas de peleas, los hijos no cuentan, más que para recibir la agresión. Son testigos de una guerra que se les viene encima y que les obliga a tomar partido, lo que escinde la familia para siempre.

Para pasar del Área del Poder al Área del Amor es preciso tener un concepto circular de ambos. La noción clave es la *Mutualidad* entre todos los seres humanos, donde el bienestar de unos está conectado con el de los otros. Hay que comenzar por amarse a uno mismo, para amar al otro y aceptarle como diferente. Amor y odio, altruismo y egoísmo, violencia y no violencia, son partes de la naturaleza y del Amor. *Amor = No violencia*.

Es necesario instaurar una cultura de no violencia, donde prime el amor, el respeto y la tolerancia. Estas bases permiten la expresión de sentimientos dolorosos como el de engaño, impotencia, frustración, abandono y pérdida, sin responder reactivamente. La expresión de tales

sentimientos en el seno de la pareja permite conducirlos hacia una aceptación de la pérdida, una revisión del pasado y una despedida de la relación de pareja con afecto, pudiendo mantener otros vínculos indisolubles, como es el de padres, de una forma armoniosa que no genere sufrimiento en la prole.

*El Amor* sólo puede darse en libertad, por eso el compromiso de pareja sólo es permanente si es continuamente renovado. Dicha renovación se hace cuando compensa seguir con la relación, si no es mejor la disolución que vivir en una apariencia ficticia.

*El Respeto* lleva a considerar al otro como individuo diferente, del que no somos dueños. Da lugar al reconocimiento sincero de la relación y concede la posibilidad de que el otro elija. Trata al otro con cariño y miramiento.

*La Tolerancia* consiste en admitir las decisiones del otro, aunque no se esté de acuerdo, sin juzgar o pasar por el rasero personal de cada uno. Conlleva la aceptación de ideas, creencias o prácticas del otro diferentes o contrarias a las propias.

De esta manera la pareja mantiene vínculos de afecto en su disolución, que se hace centrada en la no violencia (7).

#### Contacto:

Jose Antonio Espina  
CSM 1º Este (Sanidad)

Hospital Clínico Universitario

c/ Ramón y Cajal, 6. 47001 VALLADOLID

Tfno.: 983262304, Fax: 983268359

E-mail: jose@espinabarrío.jazztel.es



## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Alberoni F. *Enamoramiento y Amor*, México, Gedisa, 1º reimp., 1984.
- 2- Alberoni F. *Te amo*, Barcelona, Gedisa, 3º ed., 1997.
- 3- Bustos D. *Nuevos Rumbos en Psicoterapia Psicodramática – Individual, Pareja y Comunidad*, Buenos Aires, Momento, 1985.
- 4- Población P. *Las Relaciones de Poder*, Madrid, Fundamentos, 2005.
- 5- Espina Barrio J.A. "Amor, Sexo, Ternura y Psicodrama" en Herranz, T. (Coord.) *Psicodrama y Salud*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 2001.
- 6- Cirillo S. "Las Múltiples traiciones en la vida de Pareja" en *Mosaico*, nº 35, 2006.
- 7- Mountain Dreamer O. *La Invitación*, Madrid, Urano, 2000.



## De lo público, lo privado y el futuro de la asistencia a la salud mental

**Manuel Desviat**

Médico Psiquiatra.

Leganés, Madrid.

*Lo más característico de la vida moderna no era su crueldad ni su inseguridad, sino sencillamente su vaciedad, su falta de contenido.*

George Orwell

*La Ley, en su igualdad majestuosa, prohíbe tanto a los ricos como a los pobres que duerman bajo puentes, que pidan limosna en la calle, y que roben pan.*

Anatole France

Para indagar hacia dónde vamos, hacia dónde va la asistencia pública en salud mental, antes de cualquier disquisición sobre las tendencias, sobre las perspectivas futuras de la psiquiatría y la psicología, tenemos que preguntarnos por *lo público*, es decir, sobre el Estado, sobre la política del Estado y sus tendencias futuras. Y en segundo lugar por *la demanda*, por las necesidades expresadas de los ciudadanos, del consumidor de la salud y sus organizaciones, por la representación social, el imaginario, que de la enfermedad y la atención tiene la ciudadanía. Si esta doble determinación es importante en toda la sanidad, lo es mucho más en la psiquiatría por su extrema dependencia de las políticas sociales y por su fragilidad técnica (fácilmente ideologizada) que la hace muy vulnerable ante el poder político y mediático.

La primera pregunta, por tanto, que tenemos que hacernos, es qué entienden

los gobiernos por prestaciones públicas, cuál su concepción del Estado. Hay una idea del Estado minimalista que ve la sanidad como negocio y otra idea del Estado que busca su legitimación en garantizar unas prestaciones públicas como derechos ciudadanos que posibilitan la cohesión social. La primera se inscribe en aquella *fábula de las abejas*, cuyo subtítulo *vicios privados, beneficios públicos*, lo dice todo. Este poema, con el que para algunos se inicia la modernidad capitalista, escrito en 1705, por un médico holandés, Bernard Mandeville, viene a decir que el bienestar económico es mayor cuanto menor es la intervención del gobierno o de las organizaciones de caridad. “La ganancia, que entraña vicio y pecado, es necesaria para la armonía social, en cuanto es eficaz en el mercado, creando riqueza aunque no necesariamente de forma decente” (1).



Idea del Estado del capitalismo primitivo que vuelve con Thacher y Regan, y con la política del Banco Mundial que introduce el mercado en la sanidad en sus informes desde finales de los ochenta del siglo pasado, y se acerba con los *neocons* del consenso de Washington. Lo dice claramente uno de sus arquitectos, de los constructores de esta conjura neoliberal, el senador estadounidense George Kennan, en un informe secreto, hoy accesible, cuando aconsejaba que había “que dejar de hablar de objetivos vagos e irreales, como los derechos humanos, el aumento de los niveles de vida y la democratización, y operar con genuinos conceptos fuerza que no estuviesen entorpecidos por eslóganes idealistas sobre altruismo y beneficencia universal, aunque estos eslóganes queden bien, y de hecho sean obligatorios, en el discurso político” (2).

En el otro extremo está el Estado de bienestar, tan amenazado hoy por el barrido del mercado, pero aún resistente en Europa y Canadá, fundamentalmente, y que prevalece en el discurso de las organizaciones internacionales y en las declaraciones políticas de la UE. Declaraciones y acuerdos internacionales que muestran, en el caso de la salud mental, la magnitud del problema y marcan estrategias a los gobiernos. Ahí están *Los acuerdos de Helsinki* (2005) sobre salud mental suscritos por los 52 Estados participantes; el *Libro verde* (promovido por la Unión Europea); *La Declaración de Caracas* (1990, asumida por los ministros de los países de América latina y el Caribe, luego ratificada en 2005 en la Conferencia de Brasilia); y en nuestro país, *La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, aprobada, en 2007, por el Consejo Interterritorial. Acuerdos que deberían fundamentar los planes de los gobiernos y que no pasan de ser, desgraciadamente, la mayor parte de las veces, declaraciones de principio, escasamente cumplidas, o en ocasiones inmediatamente contravenidas. Válidas, eso sí, para dar cuerpo a las demandas de los profesionales y los consumidores.

Pero hay algo más en esto de la privatización, que muchas veces no se tiene en cuenta; el escamoteo de lo público, la privatización de los servicios no solo hace la sanidad más cara, no solo conlleva un mayor gasto público, supone, y esto es importante, una pérdida de poder profesional, de poder técnico y ciudadano. La sanidad concertada, como señala Paco Pereña, “implica que el cargo político es amo y señor, vía concertación, de los profesionales de la salud”. Se crea “una red de dependencias y de servidumbres que irá aniquilando de manera irreversible la capacidad de pensar por cuenta propia, de decir que no y tomar una posición crítica constante con lo que se hace. El empobrecimiento general creará un clima de mediocridad y de humillación que hará de todo desacuerdo un conflicto de poder y, por tanto, una necesidad de victoria” (3). Los profesionales debemos tener esto claro, pues la cuestión ahora no está como en aquellos acalorados debates del inicio de la democracia, sobre si asalariados o acto médico; no vamos a dejar de ser asalariados con la privatización, vamos a ser funcionarios de la empresa privada, con todas las ventajas e iniquidades que la ley del mercado nos depare.

La cosa es que la privatización tiene, además, para la salud mental, como para otras patologías que exigen del apoyo social y comunitario, repercusiones dramáticas, en cuanto relega necesariamente la atención a las patologías más graves y persistentes a tiempos de la beneficencia, socavando, por otra parte, la eficacia técnica, pues si en cirugía, para operar un tumor, hace falta un quirófano —no importa qué sea público o privado—, en salud mental es preciso que exista una pluralidad de prestaciones más allá del acto clínico que un modelo privado nunca podrá dar, porque no son negocio.

Esta seducción por el mercado, como elemento regulador, se introduce en España por los años 90 del pasado siglo, con el Informe Abril, con las nuevas formas de gestión, con las empresas públicas sujetas a derecho privado, y



más recientemente con la gestión mixta de los nuevos hospitales en la Comunidad de Madrid<sup>1</sup>. Política sanitaria que pretende ignorar los resultados de cerca de dos décadas en modelos de gestión mixta (las Iniciativas de Financiación Privada, PFI en sus iniciales en inglés<sup>2</sup>) en otros países, así como el estudio del Observatorio Europeo de la Organización Mundial de la Salud en el que se revisan los sistemas mixtos público-privados con las distintas modalidades de PFI, de los que se concluye que los hospitales bajo estas formas tienen un mayor coste, mayor complejidad y una menor calidad y flexibilidad (4). Una sanidad, donde puede privar el negocio hasta el punto que importen más la construcción de los edificios que la asistencia, “sanidad del ladrillo” como acertadamente la llama Javier Elola (5), en un país que está a la cola de la UE en gasto sanitario.

Inversión en ladrillo, en negocio, que viene acompañada, para despejar el camino, de medidas disciplinarias tendentes a un mejor control político de los profesionales. Iñaki Markez lo define con claridad en esta misma revista. Se trata de separar la *basura* (los servicios comunitarios y sus crónicos) de la parte *guapa* (los hospitales), para lo cual tienen que anular los proyectos de integración y a quienes los lideran, facilitando al tiempo la creación de hospitales privados que poco a poco irán fagocitando los recursos de una red pública que ha sido previamente “saneada” de líderes e iniciativas sanitariamente progresistas (6)<sup>3</sup>. En este senti-

do, es significativo que el nuevo organigrama de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid haya substituido la Subdirección General de Atención Especializada por una Dirección General de Hospitales, y se haya suprimido la Dirección General de Salud Pública. Para la Comunidad de Madrid queda lejos la idea de una sanidad y una atención a la salud vista desde la perspectiva de la Salud Pública. La única ingeniería social que parece entender es la inversión en infraestructuras.

Ley General de Sanidad, si bien es verdad que no excluye ninguna forma de gestión, sí compromete al Sistema Nacional de Salud, formado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas con los principios de universalidad y equidad; haciendo hincapié en unos presupuestos comunitarios para la asistencia psiquiátrica. Sin embargo, en su desarrollo se han creado inmensas desigualdades en la asistencia pública (7; 8). La falta de liderazgo del Ministerio de Sanidad ha facilitado crecimientos muy diferentes, con unas tremendas desigualdades en la oferta y la calidad de los servicios. Desigualdades entre Comunidades Autónomas, y desigualdades en las propias Comunidades y aún en las grandes ciudades. Cruzar una calle puede significar la posibilidad de unas prestaciones o no en la atención a la salud mental en Madrid y otras grandes ciudades. En psiquiatría, esto se hace evidente en los programas de rehabilitación y residenciales, en los recursos laborales y ocupacionales. Por otra

1 Los nuevos hospitales de Madrid: uno de ellos es una concesión administrativa a una empresa privada (Capiro, actualmente propiedad de Apax Partners, una sociedad de capital riesgo que ya posee otros hospitales en la comunidad, como la Fundación Jiménez Díaz. Los otros 7 se han construido por el sistema denominado “iniciativa de financiación privada” formula por la que una empresa privada construye los edificios y se queda con la gestión de la parte no sanitaria de los centros a cambio de unos pagos mensuales durante 30 años prorrogables. Ensayada en el Reino Unido y mucho más cara y con todos los riesgos para la equidad de las empresas privadas.

2 Private Finance Iniciativa.

3 Prueba de este acoso a la autonomía del técnico está en la última convocatoria de una plaza de jefe de sección de psiquiatría en el Instituto Psiquiátrico José Germain (16 de mayo de 2008) de la Comunidad de Madrid. En las bases de la convocatoria, aparte de las evaluaciones cuatrienales ya habituales en estas convocatorias con un sistema determinado por la Dirección Médica, el gerente podrá: “Por razones organizativas o asistenciales debidamente motivadas, previo informe a la Junta Técnico Asistencial, el Director Gerente podrá revocar los nombramientos que haya expedido. La confianza política o personal se legitima, quedando todo puesto de responsabilidad técnica en manos del poder político”.



parte, no hay un pacto de Estado que garantice la sostenibilidad del sistema; todo puede cambiar de la noche a la mañana por falta de una legislación nacional que defina los servicios, las prestaciones y obligue a las administraciones públicas.

## La comunidad y la demanda

El segundo actor en esta pugna público–privado, si hablamos de las sociedades democráticas, es el ciudadano y sus organizaciones vecinales, de consumidores, de pacientes, aunque solo sea porque vota cada cuatro meses. De hecho, por esa presión del voto, la ciudadanía empieza a jugar un papel cada vez más importante a la hora de la definición de las necesidades y en la creación de servicios para satisfacerlas. Los consumidores de los servicios sanitarios y sus familiares quieren ser algo más que receptores pasivos de los servicios o cuidadores informales de los pacientes mentales. Lo decía con claridad un editorial de *L'information psychiatrique* (9) en un número monográfico sobre rehabilitación psiquiátrica, al plantear que el cambio radical producido en psiquiatría francesa en la atención a la cronicidad psiquiátrica era debido al peso adquirido por los usuarios y su entorno. Presión ciudadana que va a condicionar, para bien y para mal, la expresión de la necesidad, la demanda. Para bien y para mal, en cuanto que la relación entre usuarios y actores sanitarios no es simétrica, hay una relación de agencia gracias a la experticia de los técnicos y a la ausencia de cultura sanitaria de la población. Una asimetría que hay que intentar resolver si queremos solucionar satisfactoriamente la cuestión de la adecuación de las necesidades a las demandas con algo más que buenas intenciones.

Para bien y para mal en cuanto la demanda, está influenciada en el usuario por la medi-

calización de la sociedad, por un imaginario social llenos de prejuicios; y en los poderes públicos, por el intento de cubrir las fallas sociales con la psiquiatría y la psicología, de psiquiatrizar el mal, psicologizando a los violadores, a los psicópatas, y a la violencia que surge de las desigualdades sociales, lo que exime a los gobiernos de responsabilidad. Poder de los ciudadanos, que puede estructurar no solamente los servicios asistenciales y su distribución, sino también la clínica, la investigación (¿qué prioridades?), y el debate político (¿qué lugar para la salud mental, para la rehabilitación, para los trastornos de la personalidad?).

La Comunidad de Madrid es de nuevo un ejemplo: las unidades de trastornos de la conducta alimentaria han fagocitado los recursos del Plan de Salud Mental, en contra de la opinión del grupo de expertos creado por la propia Consejería. O la creación de unidades de fibromialgia en Barcelona. La planificación de los recursos queda en estos casos a merced de lobbys societarios, cosa que no puede extrañarnos en una sociedad deficitaria democráticamente donde la participación brilla por su ausencia<sup>4</sup>; donde hay un progresivo declinar del sentido *comunitarista*, de los valores globales, de los derechos colectivos, y una proliferación de comunidades diversas. Una sociedad donde cada vez más existe el riesgo de confundir identidad con grupo separado: viejos, homosexuales, negros, mujeres, enfermos mentales, y dentro de estos por patologías; bipolares, esquizofrénicos, límites, levantando vallas, fronteras que solo sirven para fragmentar la sociedad. Se pasa de una alienación, el paternalismo sanitario a otra, la confusión del imaginario colectivo influenciado por los media sobre el ideal físico, psíquico y social: la utopía personal se fabrica en la publicidad; las Empresas crean una insatisfacción organizada que sirve a la alienación y al mercado.

4 Una participación que, como bien dice Marco Marchioni, a veces es un obstáculo, cuando no abiertamente reaccionaria (la caza al "moro", "al gitano", la exclusión de los diferentes) (10).



Por otra parte, y aún en el mejor de los casos, el poder político ha actuado siempre en esto del enfermar psíquico, de la atención a la salud mental, oscilando entre el cuidado como forma de legitimación social y el miedo a la supuesta alarma social o con la simple tacañería presupuestaria ante la atención a la cronicidad, sea la cronicidad psicótica, sean esos mínimos síntomas persistentes, patologías de la existencia, que abarrotan las consultas ambulatorias, o los programas de prevención o de atención de las poblaciones más frágiles.

## La técnica

En este contexto político, con esta demanda social ¿qué pasa con la psiquiatría, con la psicología, con la salud mental? ¿Qué clínica es posible? ¿Cómo se configura la teoría? ¿Es posible todavía un quehacer psiquiátrico comunitario? ¿Cuál es hoy el debate técnico? El *Libro Blanco de la Psiquiatría Francesa* (editado en 2003 por la Fédération Française de Psychiatrie, que agrupa a las diferentes asociaciones de psiquiatría y salud mental de ese país) (11) habla de una crisis que está cuestionando la misma supervivencia de la psiquiatría y mucho más de la salud mental comunitaria; señala el riesgo de que la psiquiatría esté perdiendo su razón de ser, ante el avance de una ideología que reduce la enfermedad mental a las ciencias moleculares del cerebro en detrimento de las *ciencias humanas* y del *espíritu*. Que anula su capacidad de integración de diferentes campos y niveles de análisis. Los autores temen por el futuro de una psiquiatría estrangulada entre un reductor positivismo médico y unas nuevas formas de gestión obnubiladas por los costes, factores a los que se añade la demanda proteica a la que me referí antes.

Sin duda, hoy, como señalan los psiquiatras galos, tenemos que hacer frente a una reducción del saber clínico, a la pérdida de la psicopatología en aras de una dudosa eficacia. El ideal de la psiquiatría conservadora en boga, “un mundo, un lenguaje”, eslogan acuñado en el

Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría de 1996, supone la erradicación de la diversidad, de la diferencia; supone, paradójicamente, en un mundo que tiende a la globalización, una aldeanización del conocimiento y de la cultura, de la teoría, de la historia, imponiendo la visión estadounidense, localista y simple, en beneficio de la empresa farmacéutica. Una visión donde importa el manejo de las cosas, no su esencia ni siquiera sus mecanismos. Razón tecnológica apoyada en dos pilares: el mercado y el Estado. Uno no entiende de moral, el otro determina la verdad. Se impone el estudio randomizado, las pruebas cuantitativas, la Medicina Basada en la Evidencia, o como escriben en el editorial de Otoño 2007 de *Siso Saúde* Luis Vila y Ramón Area, *Medicina Basada en la Obediencia*, un artículo de fe, un mandato de quienes hoy detentan el monopolio de la verdad científica(12) son verdades que precisan de guardaespaldas, en palabras de Sánchez Ferlosio(13).

Una Psiquiatría Perdida entre sus Pruebas, donde ya no cabe lo subjetivo ni la imprescindible incertidumbre de esa mirada amplia, promiscua concurrencia con la filosofía, con el arte, con la cultura que está en los orígenes de la psiquiatría. Pensemos en Pinel, en su *Tratado de la enajenación mental o la manía* (14), en los primeros alienistas, y en la variedad de enfoques psicopatológicos que se han desarrollado desde entonces y que hoy han sido relegadas por el DSM. Empobrecimiento de la clínica pues es en el saber del hombre en su contexto, en su estar—en—el mundo, en su anclaje histórico, social, biológico, psicológico, donde cobran sentido los síntomas, donde se construye la psicopatología. El problema es que siendo necesario el abordaje biológico para entender ciertos mecanismos, se vuelve nefasto cuando se erige en teoría. No se puede reconstruir todo el universo de los saberes humanos y sociales desde sus fundamentos biológicos. Tan importante es la genealogía de los genes como la genealogía cultural y mítica que se trasmite con el barrio donde se habita, con la familia de la que se desciende. El debate, la confrontación



hechos frente a valores, naturaleza versus crianza, resulta irrelevante, y no tendría consistencia alguna, sino fuera por sus repercusiones asistenciales, por llevar pareja una psiquiatría que hace desaparecer al paciente en cuanto sujeto, una psiquiatría que relega la salud mental, y por tanto lo comunitario, al campo de las prestaciones sociales. Y no nos dejemos engañar, no es la consistencia “científica” —¿dónde están los logros más allá de una psicofarmacología que mata moscas a cañonazos o de una aún balbuceante biología molecular?— lo que justifica su auge desde los años 90 del pasado siglo. Son factores de orden económico, y político, el peso de una ideología que hurta la diversidad del pensamiento y de la investigación<sup>5</sup>; es el producto del viraje neoconservador en la política de los Estados y en la conciencia y demanda de las poblaciones. De hecho, aún dentro de este mundo del capital globalizado y neocon son posibles diferencias notables. Poco tiene que ver la cobertura social y sanitaria —y su discurso teórico— de naciones como Canadá, y singularmente Quebec, con la miseria pública de EEUU que ha convertido en beneficencia los términos comunitario y público.

## La perspectiva comunitaria

En el otro extremo del debate, queda por desarrollar una clínica más comunitaria, desprendida del lastre manicomial; una nueva psicopatología para una clínica basada en la autonomía del paciente, que aúne la experticia con la libertad; que priorice el respeto y la dignidad en el cuidado subjetivo de los pacientes y sus allegados. Como dijo Lantéri-Laura (15), la clínica y la terapéutica no son sino una regulación adaptativa, dialéctica, que, ante cada caso, logra conciliar el carácter individual y singular del paciente, con los conocimientos y habilidades

del terapeuta. Una *praxis* cuyo saber teórico es incierto, exige una continua confrontación con la realidad del paciente y en ningún caso puede encasillarse en un prontuario, sea cual sea el algoritmo que lo sustente.

## El futuro de la psiquiatría y la salud mental

En realidad, el futuro de la psiquiatría no se juega en la confrontación psiquiatría biológica, psiquiatría biopsicosocial, se juega en el modelo de atención, en modular una oferta de servicios en función de las necesidades de la sociedad y en los límites de una práctica que debe recuperar una psicopatología que dé cuenta del por qué y del devenir de las enfermedades mentales, que sirva para definir su campo de competencia, su finalidad terapéutica, preventiva, rehabilitadora. El debate se centra en modelo médico hospitalocéntrico frente a un modelo orientado por la salud pública. O en otros términos, Servicios Públicos de Salud frente a servicios privatizados. Estado social frente a Estado neocon.

Un debate en el que no todo vale. Ni la farmacopsiquiatría ni el mercado como política de gobierno son una respuesta para garantizar la salud. La sociedad de mercado funciona sin referencias éticas: no le cabe el individuo en tanto sujeto moral. Hay que separar el beneficio empresarial y hasta individual de la excelencia sanitaria. Hay que insistir una vez más, por mucho que sea obvio: la manera de afrontar la enfermedad, la invalidez y el cuidado definen a las sociedades y a sus representantes políticos, diferenciando tendencias y partidos. La dignidad y el coraje de una sociedad se mide por el modo como acoge la desviación, la marginación y la locura. En este presente huero y

5 En los años 60 y 70 del pasado siglo, los primeros directores del National Institute of Mental Health eran psiquiatras formados en salud pública y las subvenciones en investigaciones estaban orientadas a patologías de la sociedad. Desde finales de los ochenta los estudios tanto del NIMH como del CSIC y el Carlos III en España privilegian la biología, neurología y la genética. Hasta el punto que se ha planteado recientemente la integración del Instituto Carlos III, que incluye la Escuela de Sanidad, el FIS, el centro de epidemiología, entre otros, en el nuevo Ministerio de Innovación Tecnológica.



desmemoriado que predica el fin de las grandes ideas de la modernidad: justicia, igualdad, progreso, hay que reivindicar una determinada ética. El cuidado ético del mundo consiste en asumir la esencial igualdad de los hombres. El cuidado, la defensa de los derechos humanos, la protección de los sujetos más frágiles, el respeto por las diferencias, al otro. La salud mental de las poblaciones, en suma, no es un privilegio del poder del dinero o de la política.

Hay que tomar la palabra, pero no hay que decir nunca es *natural* para que nada se vuelva inmutable. La utopía es necesaria como estrategia. Otra comunidad es posible. Lo público no es el regalo de los ricos a la inmensa mayoría. Lo público es un bien del que nadie debe ser excluido.

5 de Mayo de 2008

**Contacto:**

Manuel Desviat

manuel.desviat@telefonica.net



---

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Mandeville B. *La fábula de las abejas: los vicios privados hacen la prosperidad pública*, 1997. Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- (2) Chomsky N. *El beneficio es lo que cuenta*. 2000. Barcelona, Crítica. Págs. 21–22.
- (3) Pereña F. El PP, la democracia y la sanidad pública. Fundación Sindical de Estudios. URL: <http://www.fundacionsindicaldeestudios.org/22/02/2008>
- (4) Martin McKee et al. Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the WHO* 2006; 84:890–6.
- (5) Elola J. La sanidad española en la nueva legislatura autonómica (2007–2011). *Rev Adm Sanit* 2007; 5(4):635–42.
- (6) Markez I. Corren tiempos de desencuentro. *Norte de Salud Mental* 2008; 7 (30): 6–9.
- (7) Navarro V, Bernarch J. Desigualdades sociales de salud en España. *Rev Esp de Salud Pública* 1996; 70 (5–6):505–636.
- (8) Borrell C et al (editores). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe SESPAS 2004. *Gaceta Sanitaria* 18 supl. I. 2004.
- (9) Leguay D. La psychiatrie avance avec la rehabilitation. *L'information psychiatrique* 2006;82: 277–8.
- (10) Marchioni M. *Comunidad, participación y desarrollo*. Madrid: 1999.
- (11) Fédération Française de Psychiatrie. *Livre blanc de la psychiatrie*. 2003. Paris, J.L Jhon Libbeey Eurotext.
- (12) Vila L, Area R. Retórica de la psiquiatría. *Siso Saúde* 2007; 44:9–14.
- (13) Sanchez Ferlosio R. *Vendrán más años malos y nos harán más ciegos*. [ensayo]. 1994. Barcelona, Destino.
- (14) Pinel Ph. *Tratado médico-filosófico de la enagenación mental o manía*. 1988. Madrid, Nieva.
- (15) Lantéri-Laura G. *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. 2000. Madrid, Triacastela.



# Algunas consideraciones sobre la situación actual de la reforma psiquiátrica en España<sup>1</sup>

**Pilar Balanza**  
Psicóloga clínica

## Resumen

Hace más de veinte años que se iniciaron los movimientos de reforma psiquiátrica en España, pero es desde los años 80, cuando esta Reforma posee una cobertura legislativa y asistencial que le ha permitido desarrollarse en gran medida y superar el modelo manicomial tradicional, creándose redes de Salud Mental en todo el ámbito nacional, que continúan su evolución hasta nuestros días. Sin embargo los problemas de estancamiento en su desarrollo que actualmente presentan dichos dispositivos de SM resulta preocupante, persisten hoy riesgos de exclusión social graves y la sobrecarga emocional y económica en estos pacientes y sus familias, así como grandes diferencias entre las distintas comunidades autónomas en el desarrollo de servicios y en el desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos.

La reciente publicación del documento del Ministerio de Sanidad relativo al desarrollo de estrategias en salud mental, intenta superar estos y otros problemas y poner en el horizonte nuevas perspectivas en el desarrollo de la reforma psiquiátrica.

**Palabras clave:** Reforma Psiquiátrica, Salud mental comunitaria, Estrategias, AEN, exclusión social.

## Estratto

Ci sono più di venti anni che i movimenti della riforma psichiatrica in Spagna hanno cominciato, ma proviene dagli anni 80, quando questa riforma ha una copertura di assistenza sociale e legislativa che ha concesso essere diventata grande e sorpassare il modello manicomial tradizionale, ci sono create reti generate di Salute Mentale in tutta lo Stato, che continuano il loro sviluppo al tempo attuale. Ma tuttavia i problemi di ristagno nel relativo sviluppo dal momento che, oggi persistono rischi seri di esclusione sociale e del sovraccarico emozionale ed economico in questi pazienti e nelle loro famiglie, così come le differenze grandi fra le Comunità Autonome e Provincie nella creazione de i servizi e lo smantellamento degli Ospedali Psichiatrici.

La pubblicazione recente del documento del ministero della sanità riguardante lo sviluppo delle Strategie nella Salute Mentale, prova per sorpassare questi ed altri problemi e da mettere dentro nuova prospettiva di orizzonte nel movimento della riforma psichiatrica.

<sup>1</sup> Ponencia presentada en el Congreso de Psiquiatría Democrática "L'Obbligo di non dimenticare. Non legare più in una Europa senza manicomi" Roma 13 y14 de Mayo 2008.



## Summary

The psychiatric reform movement began in Spain more than 20 years ago, but this reform has come into legal effect with an appropriate care structure since 1980s. This has enabled it to develop and largely overcome the traditional asylum model. Mental Health measures present in its development nowadays, are worrying. Serious risk of social exclusion, economic and emotional overload for the patients and their families, as well as considerable differences among different Communities or Provinces in the Spanish State both in the development of services and dismantling of psychiatric hospitals, persist today.

The recent Health Ministry publication about the development of Mental Health Strategies, is trying to overcome these and other problems and have new schemes on the horizon for the psychiatric reform.

El proceso de reforma psiquiátrica en España dura ya casi 30 años, pues ya en los 70 y bajo la dictadura de Franco comenzaron las primeras denuncias y protestas contra las instituciones manicomiales, pero es tras la muerte de Franco y la llegada de la democracia a nuestro país, cuando se inicia en firme y con una amplia cobertura legislativa la Reforma Psiquiátrica. Hay dos fechas clave: La primera, en 1985 cuando se publica el Informe de la Comisión Ministerial “Documento general y recomendaciones para la Reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental” y la segunda, la publicación de la Ley General de Sanidad en 1986 que estableció un Sistema Nacional de Salud, que permitiera la cobertura sanitaria a todos los ciudadanos.

Los postulados del Informe de la Comisión Ministerial de 1985 se distinguieron según las estructuras sanitarias, el modelo y la atención de grupos de riesgo:

### 1. En cuanto a las estructuras sanitarias

- La coordinación de la estructura especializada en salud mental con los equipos de atención primaria, que han de llevar a cabo el contacto inicial del paciente con el sistema sanitario. Dichos equipos han de estar capacitados para una valoración inicial de la patología psiquiátrica, procediendo a la remisión del paciente a las estructuras especializadas de salud mental cuando el tratamiento excede sus posibilidades.

- La configuración de los equipos de SM como el primer eslabón dentro de la asistencia especializada. Los distritos deben de disponer de estos equipos que han de tener una composición multidisciplinar. Estos equipos han de ser el centro de la atención, desde ellos se derivará a otros dispositivos.
- Ubicación de las unidades de hospitalización de corta estancia en Hospitales generales. Las áreas sanitarias deben de disponer de una unidad de hospitalización breve.
- Se tenderá a una paulatina superación de los hospitales psiquiátricos en su configuración tradicional con una reducción progresiva del número de camas y, simultáneamente transformación de los mismos en instituciones de carácter básicamente rehabilitador.
- La potenciación de recursos intermedios que posibiliten la desinstitutionalización de los pacientes y la integración de los mismos en el ámbito comunitario.

2. En cuanto al modelo propuesto, debía garantizar una asistencia integral y estar integrado en la estructura sanitaria.
3. En cuanto a la atención de grupos de riesgo, hubo especial atención a la salud mental infante-juvenil, drogodependencias y pacientes geriátricos, mediante el establecimiento de programas específicos.



Con estas líneas maestras se comenzaron a configurar las redes de asistencia a la salud mental en España. Han pasado los años y, en este momento, la situación ha evolucionado favorablemente, pero se está produciendo una preocupante parálisis en algunos ámbitos.

La **AEN**. En este contexto las aportaciones de la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría- Profesionales de Salud Mental) creada en 1926, ha supuesto un referente como asociación científica y profesional en el devenir de la reforma psiquiátrica española. Es casi imposible hablar de una sin hacer referencia a la otra, compuesta por diferentes modalidades profesionales, con una clara vocación multidisciplinar y con un fuerte compromiso con el desarrollo de los servicios públicos, e independiente de la industria farmacéutica.

La AEN realizó un crítico análisis de la situación en un informe dirigido al Ministerio de Sanidad en el año 2001 aun con plena vigencia. En dicho análisis se ponía de manifiesto:

1. Uno de los logros de la Reforma ha sido la integración de la atención a la salud mental en el Sistema Nacional de Salud. Su efecto principal es el reconocimiento del derecho de los pacientes, por su condición de ciudadanos, a acceder a los servicios de Salud Mental de carácter público, universal y gratuito.
2. Otro aspecto, igualmente importante, es la emergencia de una nueva cultura asistencial, caracterizada por el desplazamiento del centro de la atención desde el hospital psiquiátrico/ manicomio a la comunidad.

La experiencia de estos años demuestra que allí donde se han desarrollado redes asistenciales —que incluyen desde los programas ambulatorios en los centros de salud mental hasta programas de hospitalización, total o parcial, programas de rehabilitación o de apoyo comunitario, por citar algunos de los más significativos— la evolución clínica de los pacientes y la calidad de vida propia y de los familiares, es muchísimo mejor que cuando eran atendidos en los antiguos manicomios.

Ante estas evidencias la lentitud de los cambios o el estancamiento en que se encuentra el desarrollo de los servicios de salud mental en muchas áreas sanitarias, resulta absolutamente inadmisibles.

Existen **temas pendientes** de gran importancia como serían:

- La gran desigualdad en el desarrollo y calidad de servicios de salud mental entre comunidades autónomas, e incluso entre áreas sanitarias de una misma comunidad o de una misma provincia.
- La gran precariedad en el desarrollo de redes de cuidados intermedios, especialmente en cuanto se refiere las alternativas residenciales y laborales para pacientes mentales crónicos con cierto grado de discapacidad o de minusvalía.
- La dotación también muy precaria, de programas de salud mental para niños y adolescentes tanto en cuanto a dispositivos ambulatorios como a hospitales de día o posibilidades de tratamiento hospitalario, de los casos que lo requieran. La puesta en marcha de la Ley de Responsabilidad Penal del Menor que cuenta con recursos insuficientes, pensamos que vendrá a mostrar aun más estas insuficiencias.
- Respuesta asistencial insuficiente, salvo excepciones, a los pacientes que padecen simultáneamente trastornos mentales y dependencia a sustancias. E inadecuada respuesta asistencial también para los problemas psicogeriátricos, cada vez más prevalentes.
- Otro grupo poblacional que padece los efectos de la insuficiencia de la red asistencial es el de los pacientes mentales en prisiones, cuya recuperación e inserción social está enormemente dificultada por diversos factores entre otros, también por la mala gestión asistencial.

Hoy persisten los **riesgos** de exclusión social para muchos pacientes graves, para quienes no se hace efectivo el derecho a la vivien-



da ni al trabajo. También persiste la sobrecarga emocional y material que significa para muchas familias el cuidado de su familiar enfermo, sin apenas opciones de atención domiciliaria. Y también hoy con más intensidad que antes, los servicios de salud mental se muestran insuficientes para responder adecuadamente a las necesidades que demanda la población (las necesidades de atención a problemas de salud mental en nuestra sociedad competitiva, mercantilista y poco solidaria están creciendo más deprisa que la capacidad de los servicios públicos para responder adecuadamente a las mismas). El resultado es que los pacientes con menos recursos (económicos y psicosociales) corren el riesgo de no ser atendidos, de cronicación, o de pasar a engrosar las bolsas de marginación o de franca exclusión, de las que les resultará prácticamente imposible salir.

En este contexto el pasado día 21 de Marzo se presentó la **Estrategia en Salud Mental del Ministerio de Sanidad**. Se trata de un documento complejo que resulta de un casi milagroso acuerdo entre el Gobierno Central, los de las diecisiete comunidades autónomas, las sociedades científicas entre ellas la AEN y los familiares y usuarios de los servicios de salud mental.

La Estrategia española sigue las directrices de los documentos europeos que, como la Declaración de Helsinki, firmada por los veinticinco ministros de sanidad de la Unión, hacen hincapié en la magnitud de los problemas de salud mental (se calcula que un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos) y en la necesidad de tomar medidas para prevenirlos y para darles una atención que permita aminorar la carga que suponen en términos económicos y de sufrimiento.

El documento presentado, de algún modo sucede al que desde 1985 sirvió de base al proceso que se llamó reforma psiquiátrica y que supuso la pérdida de la centralidad de los hos-

pitales psiquiátricos en la atención a los trastornos mentales graves (hay comunidades autónomas en las que estas instituciones han desaparecido), y su sustitución por redes complejas de dispositivos y programas que integran unidades o centros de salud mental, unidades de hospitalización en hospitales generales, hospitales de día, unidades o centros de rehabilitación psicosocial, alternativas de alojamiento supervisado o protegido o de rehabilitación laboral y otros.

Los **problemas que la nueva estrategia** ha debido de enfrentar son de dos tipos:

El primero se refiere al hecho, mencionado anteriormente, de que estas redes han sido desarrolladas, a diversos ritmos y con diferentes modelos de referencia en las distintas comunidades autónomas. A fecha de hoy, ni siquiera existe un mínimo de datos común que permita comparar los sistemas desarrollados por las distintas comunidades autónomas. Asistimos a una quiebra de la equidad entre las poblaciones de los distintos territorios del Estado.

Por otro lado, aunque en estos veinte años de reforma se han producido importantes desarrollos y un aumento sin precedentes de los recursos asignados a la atención a la salud y los trastornos mentales, éstos están aún muy lejos de haber alcanzado la magnitud relativa que le correspondería en función de la carga de enfermedad atribuible a los trastornos mentales. Se calcula que a la atención a estos trastornos responsables de un tercio de la discapacidad dedicamos menos de un diez por ciento de nuestros presupuestos sanitarios.

Hay áreas en las que se ha producido avances importantes al menos en una buena parte de los territorios, como sucede con la atención a los trastornos tradicionalmente considerados graves (como la esquizofrenia y el trastorno bipolar) donde la tarea hoy es generalizar modelos de atención de calidad ya existentes



en buena parte del país y aliviar la carga que estos trastornos siguen suponiendo para las familias.

Hay áreas en las que es necesario sentar nuevas bases sobre las que buscar nuevos desarrollos, como la salud mental de los niños y adolescentes, para cuya atención España es uno de los 3 países europeos que no cuentan con una titulación específica.

Hay grupos que requieren mucha atención como es el caso de los trastornos de la personalidad, los estados de ansiedad y las depresiones y cuyas necesidades sólo se pueden asumir muy deficitariamente desde un sistema que está pensado sobre todo para atender a los trastornos mentales más graves. En esta área hay prestaciones, como la psicoterapia, cuya generalización requeriría importantes aumentos de recursos y mejoras en la formación de los profesionales.

La promoción de conductas saludables, la prevención de los trastornos mentales y la erradicación del estigma y la discriminación son aspectos prácticamente ignorados hasta ahora y que plantean dificultades de gestión porque su abordaje requiere, más que en otros casos, la contribución de sectores institucionales y sociales muy diversos. La no discriminación de los enfermos mentales supondría pongamos

por ejemplo, la inclusión de criterios que permitieran que pudieran accederse, en los mismos términos que los discapacitados por otras causas, a los beneficios previstos en la ley de discapacidad y otras medidas de protección social.

Y hay, por fin, una necesidad urgente de definir los límites de malestar ordinario y el que puede legítimamente ser atribuido a un trastorno mental y, por tanto, objeto de una intervención del sistema sanitario público.

El documento aprobado aborda en profundidad estos y otros temas y aunque es un documento de mínimos, como todo documento que ha de resultar de un acuerdo unánime de tantos agentes con ideas e intereses no siempre convergentes, es también un acuerdo sólido que pretende sustentarse en una revisión rigurosa de las pruebas disponibles sobre la efectividad de las medidas propuestas. Marca, pues, un punto de partida y una dirección para el futuro en un momento en el que eso parece estar llamado a convertirlo en algo más que una declaración de intenciones.

**Contacto:**

Pilar Balanza

Plaza Santa Gertrudis, 2 5ºD. 30001 MURCIA.

e-mail: pilars.balanza@carm.es



---

## BIBLIOGRAFÍA

- Fermín Pérez (Coord.). *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. AEN. 2003. En formato electrónico
- Alberto Fernández Liria. *Una nueva Estrategia para la atención a la Salud Mental*. Accesible en [www.aen.es](http://www.aen.es). Asociación Española de Neuropsiquiatría. AEN. 2008.



# Del manicomio a la incertidumbre o cómo acabar con 20 años de psiquiatría comunitaria en Leganés

Ana Moreno\*, Manuel Desviat\*, Marta Sanz\*, Teo Sobrino\*\*a

\* Psiquiatra. \*\* Psicóloga clínica.

Instituto Psiquiátrico. Servicios de Salud Mental José Germain.

*Nuestra historia primera se nos pierde en la neblina. Según parece, estábamos dedicados no más que a partir piedras y a repartir garrotazos. Pero uno bien puede preguntarse: ¿No habremos sido capaces de sobrevivir, cuando sobrevivir era imposible, porque supimos defendernos juntos y compartir la comida? Esta humanidad de ahora, esta civilización del sálvese quien pueda y cada cual a lo suyo, ¿habría durado algo más que un ratito en el mundo?*

Eduardo Galeano. *Espejos. Una historia casi universal*

Mucho se ha hablado y mucho sabemos de los procesos de reforma psiquiátrica que transformaron la asistencia a las personas aquejadas de enfermedades mentales. Iniciados tras la Segunda Guerra Mundial, estos movimientos y los logros conseguidos en lo relativo a la mejora de la asistencia, de las condiciones en las que se presta y de la consideración de los que reciben la ayuda, son deudores de otros más amplios de respeto por los derechos humanos, de la consideración del individuo como el protagonista fundamental a la hora de decidir cómo vivir su vida. Logros que creíamos ya consolidados. ¿Lo están? En algunos lugares, las políticas ultraliberales, que priman la iniciativa privada, la cuenta de resulta-

dos, han venido a sustituir en unos casos y a desplazar en otros los sistemas de solidaridad social. Si la forma que una sociedad tiene de afrontar la desviación y la locura define su valentía social y la integridad de sus valores cívicos (1), quizá en los próximos años veremos las consecuencias sociales de esta deriva contrarreformista.

## I. El Instituto Psiquiátrico SSM José Germain de Leganés

En 1986 se inicia el *Plan de Reforma del Hospital Psiquiátrico de Leganés* que culmina en 1991 con la creación del Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. Para

<sup>a</sup> Los autores, responsables asistenciales del Instituto SSMJG, fueron cesados entre diciembre de 2007 y enero de 2008 de sus puestos de responsabilidad por falta de confianza política. En el caso de Manuel Desviat, Hacienda hubo de modificar la estructura de la plantilla del Instituto, para reconvertir un puesto funcional ganando en concurso público, de Director Médico a Médico. Manuel Desviat ha sido Coordinador de Salud Mental del Área 9 y Director Médico desde 1985; Ana Moreno, ha sido Coordinadora de Calidad (cesada a los pocos meses de llegar el nuevo gerente, desde noviembre de 2004), formando parte del equipo de dirección hasta la entrada del nuevo gerente, Carlos Villoria, y Jefe del Hospital de Día del Instituto desde febrero de 2004; Marta Sanz ha sido Jefe del Centro de Salud Mental de Leganés (Jefe de Distrito) desde febrero de 2004, Teo Sobrino, Coordinadora de Continuidad de Cuidados desde abril de 2006.



Yo no conocí el manicomio. Llegué a Leganés, a hacer la residencia, un momento antes de que inauguraran la Residencia Asistida: con todas las fuerzas vivas y representativas (el entonces Ministro de Sanidad, el Presidente de la Comunidad de Madrid, el Alcalde de Leganés,...) y, mas allá de anécdotas que algunos gustan de recordar (alguna de las fuerzas vivas sufrió un vahído, no se sabe si por el calor o por una concentración de los vecinos) aquella inauguración constituyó la puesta de largo del Instituto Psiquiátrico SSM José Germain.

Había cosas que diferenciaban la residencia en Leganés de otros sitios posibles en Madrid: lo que para otros era hospital y consultas externas, para nosotros era un laberinto, luego supimos que se llamaba red, de recursos que después aprendimos que estaban organizados, atendían distintos momentos del enfermar psíquico, estaban coordinados entre sí y guardaban coherencia.

Se prestaba un especial cuidado a la formación: los residentes teníamos un día a la semana dedicado a la docencia (psicopatología y psicofarmacología, sí, pero también psicoterapia, historia, ética, la mirada de los clásicos, de sociólogos, de filósofos...), había supervisión, había personas que eran capaces de transmitir entusiasmo por lo que hacían, enseñar y contener las angustias que el trato con la locura conlleva. Quizá, lo más importante que aprendí es que lo que se hace es tan importante como la manera en la que se hace y que no es posible separar técnica, respeto y compasión —en el sentido de *sentir con*— si uno quiere ser honrado en el ejercicio de la profesión.

entonces, el antiguo manicomio se ha convertido en una red de servicios que cuenta con dos Centros de Salud Mental, una Unidad de Hospitalización Breve —ubicada fuera del hospital general—, una Unidad de Rehabilitación, un Centro de Día, una Unidad Residencial, una vivienda de transición, cuatro pisos supervisados y, un año más tarde, un Hospital de Día<sup>b</sup>.

## 2. ¿En qué estábamos en el año 2006?

La apertura de dos Unidades de Hospitalización en el Hospital Severo Ochoa de Leganés y Hospital de Fuenlabrada, la reconversión de la antigua UHB en otra Unidad de Rehabilitación, la apertura de un Hospital de día Infanto Juvenil, la incorporación de recursos provenientes del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica (Centro de Día de Soporte Social, Centro de Rehabilitación Laboral, Equipo de Apoyo Socio Comunitario) dependientes de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales y la futura apertura de una Comunidad Terapéutica para personas aquejadas de trastorno de personalidad hace más completa y más compleja la red. Una red cuyo soporte principal ha sido y aún es la integración voluntaria de los profesionales; los acuerdos para la gestión clínica compartida entre las diferentes direcciones sanitarias. Unos servicios con un proyecto de futuro cuyo horizonte era la integración, sin desmembrarse, manteniendo unido el conjunto de prestaciones desde la rehabilitación y la hospitalización a domicilio a la urgencia hospitalaria, el ingreso y el cuidado residencial. En los primeros años del siglo XXI se decide profundizar, por una parte, en aspectos cualitativos que homogenicen la práctica y actualicen prestaciones y, por otra, en los sistemas de gestión de la calidad que

<sup>b</sup> El proyecto contempla, desde el principio, la integración en el Hospital General del área de todos los recursos (Hospital que se abre al año de iniciar la reforma, en 1987, el Severo Ochoa). De hecho la denominación de Instituto, inicialmente se pensó en tan solo Servicios de Salud Mental, se hace con esa intención. El retraso de las transferencias sanitarias a la Comunidad de Madrid y cuestiones de orden político retrasa una medida que se verá paralizada (cuando el Instituto estaba a punto de integrarse) por el conflicto de las sedaciones del Hospital Severo Ochoa.



faciliten la comunicación entre los aspectos gerenciales y asistenciales y, con ello, la integración en Atención Especializada.

Algunos proyectos iniciados:

- La revisión del programa de Rehabilitación y posteriormente del de Continuidad de Cuidados. Se contrata a una persona que se incorpora al mismo y, junto con profesionales del resto de dispositivos, aborda los cambios necesarios para incorporar prestaciones hasta entonces no sistematizadas: grupos de psicoeducación para familiares y pacientes, atención temprana a la psicosis, continuidad de cuidados en el programa infanto juvenil,...
- Desarrollo del proceso de Atención a Personas diagnosticadas de Trastorno de Personalidad.
- Medición de la calidad de los servicios que se prestan y del clima laboral. Incorporación de objetivos de calidad, discutidos con los profesionales del área, dentro de los objetivos anuales.
- Adaptación del Instituto, utilizando metodología de calidad, a la gestión por procesos para hacerlos más eficientes.

El objetivo final de este proceso, de acuerdo con las directrices del Plan de Salud Mental y el proyecto de la Comisión de Integración de la Salud Mental de la Consejería de Sanidad, era la integración del Instituto como una unidad de gestión clínica en la Gerencia de Atención Especializada del Área. La mayoría de estos proyectos, todos los que dependen directamente de la gerencia, se paralizan con la llegada del nuevo gerente en mayo de 2006.

### 3. ¿Qué se interrumpió, por qué, de qué modo, a qué coste?

Desde agosto de 2001 el Instituto (IPSSMJG) es un caso paradigmático de un mal muy extendido en sanidad pública: el recambio continuo de gerentes sin atender a criterios técnicos. Como se señala en el Boletín de la

AMSM (2), de estos gerentes rotantes existen dos tipologías. Unos caracterizados por asumir su situación transitoria y que pasan sin pena ni gloria y otros que sin ninguna prudencia deciden introducir cambios que casi siempre tienden a una vuelta al hospitalismo, a la desmembración de los servicios, a recuperar el Hospital y como efectos colaterales reavivan todos los conflictos que inevitablemente existen en los servicios sanitarios. Conflictos que pasan a amplificarse, con dinámicas paranoicas cíclicas de conmigo o contra mí. Por eso la llegada del último gerente al Instituto en Mayo de 2006, que pertenece a la segunda tipología de los gerentes con ideas, tiene algo de *deja vu*. No es malo tener ideas, no es malo que exista una figura de gerente independiente de la Dirección Médica (figura inicial en la responsabilidad del Instituto y que, una vez creada la Gerencia, se ha hecho cargo, entre gerente y gerente, en los últimos años de ambas cuestiones). Lo malo son las malas ideas tomadas desde el desconocimiento, la precipitación y el ninguneo a los cargos técnicos de responsabilidad del IPSSMJG, no solo a la Dirección Médica (2).

El Instituto afrontaba el reto de las reformas necesarias que permitieran su integración en la Gerencia de Atención Especializada ubicada en el Hospital Severo Ochoa, una integración que se venía dando a nivel funcional y que debería culminar con la desaparición de la gerencia y dirección médica del Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. Las ideas del nuevo Gerente son otras: se trata de potenciar las estructuras e independencia del Instituto en detrimento de la integración y del funcionamiento de Área, asumir papeles y funciones que estaban ubicadas en estructuras de Área y plantearse objetivos al margen de estas estructuras. Recupera un organigrama de hospital que va a funcionar en paralelo a la organización de las unidades y programas asistenciales, integradas funcionalmente en la atención especializada. Una vez más la lentitud en la modificación legal del Instituto permite a la Gerencia inventarse artificialmente



un Hospital dónde no lo hay para justificar la continuidad de su puesto. Este cambio de sentido, en dirección opuesta a las directrices del Plan, se lleva a cabo en un área sanitaria donde los servicios de salud mental han alcanzado un alto nivel de integración.

El gerente (sin experiencia en gestión ni en asistencia psiquiátrica como él mismo reconoció a su llegada) ha sido nombrado en un momento, al año de iniciarse el ataque contra el Hospital Severo Ochoa emprendido por la Consejería, que ha condicionado toda la actuación que ha partido de esta y removido a buena parte de los altos cargos. Durante ese tiempo, parece que importa poco la planificación y organización, la calidad de las prestaciones; importa quien está a favor y quien en contra de las denuncias y de las sanciones impuestas por la Consejería. Las directrices sanitarias se convierten en directrices políticas, y la competencia técnica en cuestión de confianza política.

Así al poco tiempo de su llegada tomó la decisión de desvincular completamente las unidades de hospitalización breve, hasta ahora en gestión compartida entre las tres gerencias del Área (Hospital Severo Ochoa, Hospital de Fuenlabrada y el propio Instituto) creando una situación de inseguridad en los equipos de profesionales que, pertenecientes a la plantilla del Instituto, trabajan en los Hospitales de Leganés y Fuenlabrada y amenazando el funcionamiento de la red.

Los objetivos de la nueva gerencia no son fáciles de entender desde un punto de vista técnico y quizás tengan más una lectura personal y política. Su gestión se ha venido caracterizando por la falta de respeto a la organización previa del Instituto y su organigrama, sin contar con la opinión de jefes de dispositivos y dirección médica en el asesoramiento técnico, con continuas incursiones, pretextando cuestiones sobre la seguridad y la calidad de la atención a los pacientes o la falta de reglamentación de las estructuras de funcionamiento existentes. Todo

ello desde el desconocimiento de lo que significa una red de servicios de salud mental cambiando unas dinámicas de poder por otras sin un proyecto asistencial claro y con vocación de futuro. El intento de control de la comisiones técnicas de Área, la creación de la Junta Técnico-asistencial del Instituto (con procedimientos denunciados por su falta de garantías), la destitución no justificada de la Coordinadora de Calidad, interrumpiendo el proceso de instauración de métodos de gestión de calidad iniciado desde 2004 en el Instituto, las amenazas a distintos profesionales por no aceptar directrices o sugerencias no apropiadas asistencialmente, la promesa de jefaturas como intento de ganarse a gente, y hasta la convocatoria de una plaza de jefe de sección (cuya impugnación fue aceptada) son ejemplos del estilo de funcionamiento puesto en marcha. Todas estas actuaciones y el clima que estaban generando, impidiendo el funcionamiento de la red, fue denunciado reiteradamente por escrito por los responsables asistenciales y la dirección médica. Algunas de las decisiones de la gerencia, como amenazas de sanciones a los médicos de guardia, o intentar cerrar la puerta de la Unidad Residencial (un dispositivo entre social y de cuidados mínimos atendido por enfermería, dos internistas y un psiquiatra a tiempo parcial, que estaba previsto integrar en medicina interna) fueron paradas por la Oficina de Salud Mental y la Subdirección General de Atención Especializada.

Esa era la situación en otoño de 2007. Pero siempre es posible un paso más. En noviembre de ese mismo año, el gerente cesa, en desacuerdo con la dirección médica, a la coordinadora del programa de Continuidad de Cuidados, figura esta de exclusivo contenido clínico y programa clave en la reordenación de la atención en la creciente complejidad del Área. El resto de responsables clínicos del Instituto, junto con la dirección médica acuden a entrevistarse con la Directora General de Salud, sin ser recibidos. La Comisión de Asistencia aprueba elevar una protesta a los máximos respon-



sables de la Consejería. Se redacta un informe por parte del Coordinador de Salud Mental del Área y director médico del Instituto que es entregado en mano por el presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría a la

viceconsejera de sanidad. Posteriormente, a primeros de enero, aprovechando una visita del Consejero Güemes al Hospital Severo Ochoa, la Junta de Personal entrega un escrito con parecido contenido.

Son tantas las cosas que resaltaría de mi estancia en el Instituto Psiquiátrico SSM José Germain que necesitaría muchas páginas para poder contarlo. Por eso me voy a centrar sólo en dos o más bien en tres. Una primera es de índole personal y se refiere al estado de estupor casi catatónico en que me hallo en los últimos 26 meses de mi vida, que si asumimos la relatividad del tiempo es un período larguísimo.

La segunda hace referencia al concepto de red, del que hace gala esta institución. Y es que yo creía que tenía claro este concepto, pero no, he tenido que aprender a redefinirlo, porque no todo el mundo lo tiene tan claro como pueda parecer.

Unos consideran red lo que está dentro de su territorio y se sienten en desventaja porque la mayoría de los dispositivos no los tienen en un radio de 500 metros.

Otros, los mismos o distintos, consideran que la red es lo nuestro, lo que pertenece a la institución y lo demás es otra cosa que está al servicio de nosotros mismos, ni siquiera de los pacientes.

Pero en este “Nosotros” y “Losotros” también hay diferente concepción. No es lo mismo ser un dispositivo sanitario que social. Y dependiendo de eso se considera más o menos de la red. Nunca he oído nombrar al Hospital de Día Infanto-Juvenil por la empresa que lo gestiona, se asume directamente que es de la red sin más, aunque sea concertado. En cambio sí se habla del CRL de Manantial, de la Miniresidencia de Intress, etc.

Y lo que no sé es porqué ocurre esto, si en las Comisiones de Asistencia están todos los dispositivos independientemente de que sean propios o concertados, sanitarios o sociales.

A lo mejor esta es una de las razones de mi cese, no tener claro este concepto tan importante.

La otra razón de mi cese seguramente es la tercera cosa a la que me quiero referir: es un despilfarro tener un coordinador de Continuidad de Cuidados cuando una misma persona puede asumir esto y muchas cosas más. Recuerdo una crítica graciosa que se hacía en uno de los boletines de la AMSM en la que llamaba superhéroes a los directores de los dispositivos de rehabilitación del Plan de Atención Social de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales porque eran capaces de dirigir varios dispositivos a la vez y aún les quedaba tiempo para ir a pescar, hacer escalada y demás actividades.

Aquí se ha intentado que sea la misma persona la que coordine el programa de continuidad de cuidados, las dos unidades de rehabilitación, de 40 y 20 camas, que no es ninguna broma, y el Centro de Rehabilitación, y excepto por cuestiones de solidaridad y lealtad con mi persona, a mucha gente le parece bien.

Esto en otras áreas es inconcebible. ¿Podemos imaginarnos que el coordinador de la Unidad de Media Estancia del Benito Menni sea a la vez el coordinador de Continuidad de Cuidados del Área 11 o que el director del CRPS y la Miniresidencia de Getafe lo sea del Programa de Continuidad de Cuidados del Área 10?

Pero es que este Instituto es diferente y eso es lo que me deja perpleja, alucinada, estupefacta, pasmada, de una pieza, atónita, sorprendida, turbada, desconcertada, de piedra, desorientada, aturdida, extrañada, asombrada, boquiabierta, patidifusa, ojiplática, fascinada, atolondrada, sobrecogida, helada y... también esperanzada porque a lo mejor el sentido común llega algún día ya que parece que los criterios organizativos y técnicos no están en su mejor momento.



Pero posiblemente, la decisión de pasar al acto definitivo de dismantelar el Instituto ya estaba tomada por la autoridad sanitaria, el cese de la Coordinadora de Continuidad de Cuidados fue el inicio, y un tanteo de la capacidad de respuestas; en un momento de interinidad de los responsables de la Oficina de Salud Mental y de toma del poder de los sectores más duros del PP. La bronca con el pueblo de Leganés y con la sanidad progresista de Madrid estaba servida con la no marcha atrás en el asunto de las sedaciones, a pesar del archivo de la sentencia de Luis Montes y compañeros de la urgencia, de la sentencia que no contempla irregularidad alguna en la actuación de los médicos de la urgencia del Severo Ochoa, y con la puesta en funcionamiento de los nuevos hospitales, donde se nombran los jefe de las unidades de psiquiatría directamente, por confianza política. Poco importaba un conflicto más en una sanidad pública incendiada. La prepotencia insultante demostrada en las comparencias de los políticos del PP en la Asamblea de Madrid mostraba que nada iba a detener su propósito de *sanear* la sanidad madrileña, eliminando a todos los que pudieran representar un riesgo para el proyecto privatizador.

A finales de 2007, la gerencia presenta un Proyecto Estratégico de Transformación 2008 que, en un lenguaje poco asequible, supone un auténtico ataque a la estructura asistencial del Instituto, sustituyéndola por otra inventada sin ninguna evidencia de que vaya a aportar una mejora en los servicios. No parte de un análisis previo que justifique la necesidad del invento de procesos nuevos, resulta inaudito que la propuesta de reestructuración sea básicamente de los procesos asistenciales sin haber contado con el personal asistencial. Como ejemplo sirvan los siguientes puntos del documento:

- Los Centros de Salud Mental pasan a denominarse "Interconsulta con Primaria". Se contesta que no es interconsulta lo que se realiza mayoritariamente en los CSM sino tratamientos, planificación de tratamientos, administración de una parte de los mismos

y coordinación con los dispositivos que realizan otra parte en el caso de pacientes con trastorno mental grave y/o que requieran otras intervenciones. La interconsulta no es toma a cargo: la atención ambulatoria que se realiza en los CSM sí. La IC es parte del proceso de atención ambulatoria así como la coordinación con Atención Primaria.

- Las Unidades de Hospitalización en Hospital General desaparecen del organigrama y se desvinculan completamente del Instituto, sin importar la continuidad de cuidados de pacientes graves, el destino y las condiciones de trabajo de los compañeros psiquiatras pertenecientes a la plantilla del mismo pero destinados en el hospital general, la situación de indefinición de todos los psiquiatras que hacen guardias en hospitales que ahora se dicen ajenos a la organización, la repercusión para la formación de residentes si no se cuenta con una red integrada.

Lo que el documento plantea es una profunda revisión de las formas organizativas que vienen funcionando desde hace más de veinte años la red de salud mental, facilitando la participación de todas las unidades en la programación y control de las actividades. No se puede ignorar que en el Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain, la experiencia de organización y desarrollo de programas comunitarios que se inició con el proceso de reforma del Hospital Psiquiátrico de Leganés, tiene décadas de historia en las que ha sabido construir un modelo de atención que hoy se considera ejemplar dentro de la Comunidad de Madrid, en España e internacionalmente. Un modelo, que es la implementación del Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, dentro de los principios de la Ley General de Sanidad y de las directrices de la OMS, organismo con el cual ha venido colaborando el Instituto, en sus paneles de expertos y en apoyo a programas de reforma en América Latina.

Un proceso que ha sido continuamente consensuado, a través de las comisiones de



salud mental, que completo sus estructura con la apertura de las unidades de hospitalización en los Hospitales de Leganés, Severo Ochoa, y Fuenlabrada; y con la incorporación de recurso de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Una realidad que ignoran los documentos de la Gerencia, empeñado, junto con el Jefe de admisión, ahora coordinador de programas clave en este nuevo proyecto estratégico, en redescubrir una asistencia “hospitalaria” que intenta borrar todo el proceso comunitario de integración y continuidad de cuidados que ha hecho una experiencia de buenas prácticas al Instituto, a la red de salud mental de Leganés.

La impostura se convierte en intento de descapitalizar el Instituto, cortando sus vínculos organizativos con las Unidades de Hospitalización, lo que, en la configuración actual de la sanidad convertiría al Instituto en un Hospital Monográfico de Crónicos, una vez que se integren los Centros de Salud Mental en la Gerencia de estos centros. Todo el proyecto planteado desde la Gerencia no es más que una superestructura burocrática, al margen de la asistencia (es evidente, la escisión respecto a la Comisión de Asistencia, organismo colegiado de la asistencia a la salud mental del Área); absolutamente desfasada, si no fuera porque simplemente es algo tan inconsistente como el entramado de consejos, juntas, comisiones y grupos de trabajo (como si de un complejo hospitalario de mediados del siglo pasado se tratara) que viene creando para sustituir la ausencia de conocimiento, la falta de respaldo de los jefes asistenciales, de los expertos y de la misma Oficina de Salud Mental. Es un montaje burocrático y falso que se hace desde el más absoluto de los aislamientos ¿Cuáles son los foros en los que se ha debatido este *proyecto estratégico*?, ¿Han planteado el gerente y el jefe de admisión sus postulados en un foro técnico, en las comisiones de área, en los círculos académicos o profesionales? No lo hicieron. A la Comisión de Asistencia, órgano en el que están representa-

dos todos los dispositivos del área, sea cual sea su adscripción administrativa, convocada para discutir el documento, no se presentaron ninguna de las personas involucradas en la elaboración del mismo.

A partir de ahí, los acontecimientos se precipitan: no hay posibilidad, a pesar de intentarlo en repetidas ocasiones, de interlocución con la administración, la gerencia no reúne a los órganos consultivos... son unas semanas de impase hasta que el 25 de enero los responsables de servicios clínicos reciben una nota de la gerencia en la que se informa del nombramiento de un nuevo director médico. No se menciona el cese de Manuel Desviat (que no lo recibe oficialmente hasta casi tres semanas después). Ese mismo 25 de enero, el nuevo director médico cesa, mediante una llamada por la tarde al teléfono móvil y sin argumentar razones técnicas, a la jefa de Distrito de Leganés y a la coordinadora del Hospital de Día.

A los pocos días de los ceses hay una asamblea de trabajadores, convocada por la Junta de Personal y el Comité de Empresa, en la que se protesta por las medidas y se pide el cese del Gerente. En Leganés y Fuenlabrada se convoca el Consejo municipal de Salud que emiten sendos comunicados de reconocimiento a la labor desarrollada por los cesados exigiendo sus restitución. Las manifestaciones públicas convocadas por las asociaciones de vecinos y los sindicatos se solapan con las protestas por la no aceptación, política y administrativamente, de la sentencia totalmente exculpatoria de Luís Montes y otros compañeros de la urgencia por el asunto de las sedaciones. En un par de semanas se reúnen cerca de 500 firmas, de profesionales de la salud mental de dentro y fuera del país, protestando de la medida al Consejero de Sanidad de la Comunidad, Sr. Güemes. Se realiza una pregunta parlamentaria en la Asamblea de Madrid. En la prensa, sobre todo local, aparecen comunicados y escritos de protesta.



#### 4. ¿Cuál es el contexto de Madrid?

El 13 de febrero de 2008 tiene lugar una asamblea convocada por las Asociaciones Madrileña de Salud Mental y Madrileña de Rehabilitación Psicosocial a la que acuden más de 100 personas y en la que se hace el siguiente análisis de situación:

##### **Crisis de la Salud Mental en Madrid: Temas clave (3)**

###### **a.- Deterioro progresivo del sistema sanitario público y privatización**

Hay consenso entre los asistentes en que lo ocurrido en salud mental responde a una situación que afecta a toda la sanidad. Y esta situación se resume en la mayor agresión hacia la sanidad ocurrida hasta hoy. Bajo una estrategia intencionada y articulada se pretende acabar con la sanidad pública como la conocemos. En los últimos años se han producido una serie de acontecimientos como la creación de hospitales con capital privado, la externalización de servicios rentables como el radiodiagnóstico y los laboratorios para empresas privadas y, más recientemente, la nueva Ley de Acompañamiento a los Presupuestos prevé que cualquier centro puede privatizarse con un simple informe de Hacienda. Además se ha producido un hostigamiento a los profesionales, y en ocasiones, como en el caso Montes, criminalizando hasta el ensañamiento, y creando en la opinión pública la idea de “por algo será” pese a sentencias absolutorias, y repitiendo la estrategia con las recientes destituciones de Leganés.

Los nuevos hospitales no suponen la contratación de más personal. Se han nutrido de profesiones de centros públicos ya existentes cuyas plazas no van a cubrirse, lo que afectará a las listas de espera y a la calidad de la atención. En este contexto de desprestigio hacia la sanidad pública y sus profesionales, la Consejería de Sanidad puede a

continuación acudir al “rescate” del ciudadano con nuevos hospitales con capital privado y empresas sanitarias. El objetivo final es convertir la sanidad en un mercado rentable para intereses particulares.

###### **b.- Quiebra del modelo comunitario en salud mental**

Eliminación de la zonificación, del concepto de área. La integración en especializada, uno de los objetivos del Plan de Salud Mental 2003–2008 no se ha iniciado siquiera. Los nuevos hospitales nacen sin población de referencia. El Consejero hace declaraciones en las que afirma que el concepto de área es innecesario. Se pretende fomentar una competencia entre centros, donde su utilización esté determinada por el ‘mercado’. Los nuevos hospitales nacen descoordinados con lo ya existente. No se sabe qué programas van a desarrollar. Más bien parece que dependerá de los intereses del jefe del servicio o del profesional concreto. Nacen con personal dotado para consultas externas al margen de los Servicios de Salud Mental. Sin proyecto de integrarse en los Programas de Continuidad de Cuidados de cada área.

El Servicio de Salud Mental de Valdemoro tiene el mérito de ser el primero que desaparece absorbido por el hospital.

Y el Hospital Clínico de San Carlos tendría el mérito de ser el primero que trata de que el responsable del Continuidad de Cuidados esté en el hospital.

Y en otras áreas (por ejemplo en el área 7) se intentan movimientos como la posibilidad de derivar a los recursos de rehabilitación psicosocial directamente desde el hospital.

###### **c.- Repercusión en la calidad de la atención. Reducción del personal en centros existentes por traslado a hospitales nuevos sin posibilidad de cubrir vacantes.**

Los nuevos hospitales no suponen la contratación de más personal. Se han nutrido



de profesiones de centros ya existentes cuyas plazas no van a cubrirse.

La Oficina Regional de Salud Mental ha estimado que se pueden perder alrededor de 30 profesionales.

Un decreto reciente en el BOCAM establece que no va a haber ninguna contratación durante el 2008. Queda claro que estamos ante una “reordenación”, sin nuevos contratos.

Los Servicios de Salud Mental, ya saturados, tendrán que seguir funcionando sin los profesionales que se han trasladado a los nuevos hospitales.

#### **d.- Actitud de hostigamiento de la administración hacia sus profesionales**

No hay una cabeza visible en la administración que funcione como interlocutor con los profesionales de la salud mental. Hace tiempo que el papel de la Oficina Regional de Salud Mental ha ido desapareciendo. No parecen participar de los cambios. No hay un referente que escuche las propuestas de los profesionales ni que de explicaciones de los planes de la administración.

Se han producido destituciones despóticas y por razones de “falta de confianza” de cargos de Leganés con trayectoria ampliamente probada tanto por su capacidad técnica como organizativa. Se ha destituido a profesionales de referencia para un modelo comunitario de salud mental en un área pionera y referente a nivel nacional: Manuel Desviat (director médico IP José Germain), Ana Moreno (responsable de calidad y jefa de Hospital de Día), Marta Sanz (jefe del Centro de Salud Mental de Leganés), y Teo Sobrino, responsable Programa Continuidad de Cuidados, que fue la primera destitución, y en un programa clave para el área. No es gratuito. Es un ataque a proyectos que creen en la salud comunitaria. Con ceses discrecionales por razones “de confianza”.

## **5. ¿Qué cabe esperar?**

En el nuevo organigrama (4), la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha sustituido la Subdirección General de atención Especializada por la “Dirección General de Hospitales”, suprimiendo asimismo la Dirección General de Salud Pública. Los mismos problemas que tienen que ver con la desinversión en lo público y la apuesta por lo privado que se está dando en la Sanidad, se dan también en Educación. Por otra parte, la aplicación de la Ley de Dependencia en la Comunidad de Madrid lleva un retraso considerable respecto a otras comunidades. ¿Puede hacerse una lectura conjunta de todos estos datos?

Como se señalaba en el informe sobre la asistencia a la psicosis en España (1), los riesgos para las reformas tienen que ver con dos aspectos fundamentales:

- a.- Cambios en la forma de gestión sanitaria y su repercusión en la forma de articulación de los dispositivos y programas de salud mental. Son loables los intentos de mejorar la gestión de lo público, pero no es esa la línea seguida por la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Sin que se haya demostrado en ningún estudio, no sólo se asume que el derecho público conduce al despilfarro y la ineficiencia y el derecho privado es garantía de calidad y excelencia, sino que se invierte en hospitales privados y/o propiedad de constructoras y se desinvierte en lo público. Como ya se ha señalado, la dedicación de prácticamente todo el presupuesto a los nuevos hospitales, la no cobertura de los profesionales que se han ido a estos centros, la ausencia de planificación sólo puede conducir a la falta de equidad del sistema, a la ruptura de la continuidad de cuidados, al desprestigio de la sanidad pública como paso previo para la privatización de servicios. Ya se ha hecho con las más fáciles y más rentables: laboratorio y radiología. ¿Alguien duda, por ejemplo, de la facilidad con la que es posible privatizar la



atención a la llamada patología menor de Salud Mental?

b.- Cambios en la ideología de políticos sanitarios. A pesar de la existencia de documentos técnicos que apoyan la eficacia del modelo comunitario de atención a la salud mental, sólo los gobiernos progresistas han desarrollado estructuras y legislación que permitiera su implantación y crecimiento. Es necesario situarse en el contexto político de la Comunidad de Madrid, con una mayoría arrolladora de la derecha, donde, por ejemplo, está permitido —a algunos— cuestionar las resoluciones judiciales que atestiguan la falacia orquestada en el Caso Lamela, para entender lo ocurrido en Leganés. En ese contexto, sobran los lugares que demuestran cada día con el trabajo de los profesionales que las personas aquejadas de problemas de salud mental pueden vivir en la comunidad, integrados entre sus vecinos, que la existencia de un pequeño número de pacientes difíciles no justifica el mantenimiento de instituciones psiquiátricas. Hace siglo y medio, el manicomio de Leganés recibía enfermos mentales de todo el territorio nacional. En la actualidad, la Comunidad de Madrid deriva a algunos de sus pacientes más graves a instituciones psiquiátricas localizadas fuera de su territorio, sustrayéndoles así la posibilidad de un proceso rehabilitador que les permita la vuelta a su comunidad, a su barrio, a su familia.

No cabe duda de la impotencia que esta situación conlleva para los profesionales comprometidos en la defensa de un sistema sanitario público y del modelo comunitario de atención a la Salud Mental. Sin embargo, el mayor riesgo lo constituye el que la sensación de que se haga lo que se haga no servirá para nada lleve a dar cualquier tipo de acción como fracasada antes de iniciarla y a la parálisis. Quizá sea cierto, en un modo de despido interior, que la batalla está perdida de antemano y sólo es posible intentar sobrevivir en un sistema

cada vez más inhóspito. Pero también podría ser cierto que los profesionales tenemos la obligación de denunciar las situaciones que rompen con los principios de solidaridad, equidad, universalidad, calidad y eficacia a los que los ciudadanos tienen derecho cuando precisan asistencia sanitaria.

No nos engañemos, el conflicto de Leganés no es un conflicto aislado que obedece a un mal quehacer de una gerencia; no es sólo una cuestión de personas. El conflicto de Leganés es la consecuencia de una política determinada de la Comunidad. Las sedaciones sirvieron de pretexto para descabezar un hospital vanguardia de lo público; en salud mental un gerente instrumentó un largo conflicto con el mismo fin.

La crisis de la sanidad pública en Leganés abre un camino de tremendas consecuencias para el funcionamiento de la asistencia sanitaria. Que la confianza política prevalezca sobre el conocimiento y la experticia de los técnicos es algo impropio en un país democrático que pone en peligro el normal funcionamiento de la administración del Estado; al propio Estado. En el momento en que un jefe clínico puede ser cesado por falta de confianza, personal o política, y esto es defendido públicamente como normal —dado que han ganado las elecciones—, algo se ha quebrado en el talante moral de esta sociedad y sin ninguna duda estamos comprometiendo su futuro, no solo la calidad de los servicios públicos, sino todo un proyecto de sociedad.

*Leganés* es un paso más en el despiece de la asistencia pública, de un modelo de Estado. Quienes creemos en unos servicios públicos dignos, en un Estado social, tenemos que tener en cuenta el poema con el que se inicia el editorial del Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental (Primavera, 2008)



Primero se llevaron a los funcionarios de correos,  
pero a mi no me importó,  
porque yo no lo era.

Luego fueron los del ayuntamiento,  
pero a mi no me importó,  
porque yo tampoco era.

Cuando fueron a por los especialistas de laboratorio de los nuevos hospitales,  
no protesté,  
porque yo no era de laboratorio,

Cuando vinieron a buscar a los de radiodiagnóstico,  
no protesté,  
porque yo no era de rayos.

Cuando vinieron a buscarme,  
ya fue tarde,  
no quedaba nadie más que pudiera protestar.

Madrid, mayo 2008.

**Contacto:**

Ana Moreno

ana@anamoreno2.jazztel.es



---

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Desviat M. La asistencia de la psicosis en España o hacia dónde va la reforma psiquiátrica. En: Rivas Guerrero F (ed). La psicosis en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid 2000: 41–73.
- (2) Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental, otoño de 2007.
- (3) Conclusiones de la asamblea de las Asociaciones Madrileña de Salud Mental y Madrileña de Rehabilitación que tuvo lugar el 13 de febrero de 2008 en el salón de actos del Hospital Niño Jesús en Madrid.
- (4) Decretos 22 a 24/2008 publicados en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid en miércoles 9 de abril de 2008.



## Apren­diendo psiquiatría comunitaria. Entrevista al Dr. Manuel Desviat

Ander Retolaza, Iñaki Markez

*Manuel Desviat, psiquiatra, es uno de los líderes de los procesos de la Reforma Psiquiátrica. Desde la Asociación Española de Psiquiatría, desde los diferentes proyectos editoriales —libros y revistas— que ha impulsado y, en el día a día, desde la atención a la salud mental en el Hospital Psiquiátrico de Leganés —hoy Instituto de Servicios de Salud Mental José Germain— y el sur metropolitano de Madrid. Consultor de la OMS, ha sido presidente de la AEN y ha formado parte de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría. Integrado en numerosos grupos de expertos, sus múltiples iniciativas e ideas innovadoras en torno a la psiquiatría comunitaria han hecho que fuera un adelantado en muchas ocasiones a pesar del débil apoyo institucional.*

**Pregunta:** *Algunos sabemos como te iniciaste en la psiquiatría, conocemos algunos de tus referentes tras muchos encuentros en las dos últimas décadas, quizá más tiempo... pero ¿podrías situarnos qué ilustres de la psiquiatría determinaron los primeros pasos del joven Desviat?*

**Respuesta:** Mis maestros están más en los libros, en los pacientes y en mis propios compañeros, como ha sido una constante en mi generación, que la dictadura franquista dejó sin maestros. De estudiante leí y conocí a los dos únicos psiquiatras que en su exilio interior enlazaban con la generación republicana, que junto con la figura de Luis Martín Santos, apuntalaron en mí una decisión tomada antes de iniciar los estudios de medicina, pues mi interés por la psiquiatría fue la razón de hacerme

médico. Influyeron, la lectura de Freud, de Wilhelm Reich, del freudomarxismo de la Escuela de Francfort; una idea humanista, sin duda romántica de la psiquiatría en un momento iniciático de la lucha política, el movimiento estudiantil de los años sesenta, en un tiempo de lucha por las libertades. Me hice psiquiatra en las Clínicas de Ibiza, el antiguo Hospital Provincial de Madrid, el Francisco Franco, con el *Tratado* de Enry Ey, la *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* y los casi obligatorios Jaspers y Schneider como fundamento para la clínica, al tiempo que metido en las turbulencias profesionales del momento: la Coordinadora de psiquiatría, la Plataforma de los trabajadores de salud mental, las Comisiones Cívicas del PCE, los grupos autonomistas (fui coautor de un librito marxista *Por la autonomía de los trabajadores*, publicado en Castellote). Sin duda,



este compromiso hizo que me inclinara por una psiquiatría que se miraba en las experiencias de salud mental del Chile de Allende, los centros comunitarios norteamericanos y la lucha antiinstitucional italiana (aún guardo la cinta de una entrevista grabada en mi casa, en la semiclandestinidad de 1972, con Franco Basaglia). Esa primera atracción por la clínica psicoanalítica, que tenía una expresión asistencial en la psicoterapia institucional, estaba en España, por entonces, en manos de terapeutas mediocres y conservadores. Requería una práctica privada y la ética de lo público exigía de la exclusividad. De la antipsiquiatría, me interesó la inglesa, en especial Laing. Pero en España no eran posibles, en la práctica, las vanguardias, más allá de las vanguardias políticas. Una práctica pública, que unía la lucha por la transformación de la psiquiatría con la lucha por las libertades. Y que nos llevó a muchos, en los años setenta, a expedientes y despidos.

**P:** *Llegaste a ser director de la revista de la AEN en 1980 hasta 1986 y presidente de esta Asociación en los años 1993 a 1997 con una intensa actividad, invitando y entrevistando a participantes, hurgando y analizando todo tipo de documentos...*

**R:** Entré en la Junta directiva de la AEN en 1977, en Sevilla, cuando ganó la candidatura renovadora, como vocal, encargándome de la Comisión de Asistencia. La revista y las publicaciones de la AEN nacen tras el primer congreso de la nueva asociación, que se hizo en Madrid en 1980, del que fui Coordinador. La idea era hacer una revista que posibilitará el debate entre las distintas escuelas y orientaciones, y permitiese recoger el movimiento asistencial, los procesos de transformación que se estaban dando en el país, y no un simple órgano de expresión de la asociación (para eso se reservaron unas páginas diferenciadas que dependían directamente de la Secretaría General). No queríamos encorsetar el debate ni siquiera con las presiones inherentes a toda asociación. La asociación tenía que conseguir

una presencia técnica, profesional, sin dejar de estar presente en la movilización asistencial. Los títulos de los primeros números son elocuentes: Artículos en portada en el número 0: "Justificación de Edipo" (Víctor Gómez Pin); "Entrevista con Faustino Cordon"; "En torno a la diferencia de sexos" (Francisco Pereña); "Tácticas para realizar juegos sin fin" (Carmen Rojero y Teresa Suárez); "Acerca de la supervisión: entrevista con Carlos Sopena"; "El síntoma



Iñaki Markez, Manuel Desviat y Ander Retolaza, en las XXII Jornadas de la AEN. Girona, 2008.

ma psicossomático en el niño" (José Luis Pedreira y Federico Menéndez Osorio). A estas páginas, se añadía una sección de rescate de textos clásicos que iniciamos con un texto de Pierre Janet "L'automatisme psychologique"; una sección con informes, debates asistenciales, reflexiones sobre la marcha del proceso de reforma, decretos, leyes, denuncias ("Ingresos en el Hospital Psiquiátrico de Madrid y sus motivaciones"; "Características del enfermo psiquiátrico con internamiento judicial"; "El papel del auxiliar psiquiátrico dentro de la transformación de la asistencia psiquiátrica"; "Acuerdos del V Congreso sobre la organización de los auxiliares psiquiátricos"). Había un desafío técnico y un desafío de estrategias, de proyecto asistencial. La revista debía servir para la construcción de un discurso teórico propio, de la AEN, del sector progresista de la salud mental, y de una estrategia para el cambio de la asistencia. Un discurso y una estrategia que van a influir decisivamente en la reforma psiquiátrica española. Mantener una presencia profesional y



pública fue también la preocupación principal de la Junta Directiva que luego presidí, rompiendo barreras en lo interdisciplinario e intentado consolidar el peso de las asociaciones autonómicas y el modelo asistencial. Recuerdo que conseguimos meter en el Catalogo de Prestaciones Sanitarias las psicoterapias, que habían sido excluidas.

**P:** *Además de la Revista de la AEN, te has involucrado en otras actividades editoriales...*

**R:** A finales de los ochenta, cuando preparaba la ponencia de *Epistemología y práctica psiquiátrica*, y andando todo el día de bibliotecas públicas y fotocopias buscando clásicos, pensé que era más eficaz reeditar y traducir los clásicos, y después de convencer a un editor y un distribuidor, surgió Nieva (luego Dor) y sus Colección Clásicos de la Psiquiatría, con Pinel, Kraepelin, Esquirol, Falret, Maudsley... Una colección que alcanzó 18 volúmenes (también se publicaron traducciones de libros de atención comunitaria como el de Golberg y Huxley, de psicoterapia breve, de Davanloo o la *Invencción de las enfermedades mentales* de José María Alvarez (que acaba de reeditar Gredos). En verdad, mi pasión por los clásicos se inició en los primeros setenta, en el Sanatorio Psiquiátrico del PANAP Conde de Romanones (Alcohe-te). Morales Belda, su director, consiguió una importante cantidad de dinero, con el que pude saquear la librería Fuentetaja e iniciar una biblioteca para el sanatorio. Como en todos los manicomios, sobre todo en las guardias, había mucho tiempo para leer.

Con la revista *Psiquiatría Pública* se hizo una especie de "entrismo". Utilizar los medios que usa tradicionalmente la otra psiquiatría, el modelo biomédico y sus normas para hacer una revista distinta, donde cupiera la diversidad, la psiquiatría pública, comunitaria. Una revista que salía seis veces al año, con absoluta regularidad, y difundía más de 4000 ejemplares entre España y America latina, gracias a la publicidad farmacéutica. Que llegó a dar un premio del

millón de pesetas en 1992 en un concurso internacional. Con un equipo de redacción de clara vocación pública, Alberto Fernández Liria, Paco Chicharro, Fernando Colina, Mariano Hernández Les, Josefina Más, y más de un centenar de colaboradores nacionales e internacionales. Duró 12 años. Entrando en este siglo, oscuros intereses boicotearon la publicidad y la revista no pudo salir.

**P:** *Y más recientemente la revista Átopos...*

**R:** Es la respuesta, desprendida de toda atadura, tanto de normas como de agencias publicitarias. Lo que limita su tirada y su periodicidad, pero deja un gran margen de libertad.

**P:** *El término "psiquiatría comunitaria" ahora mismo parece un tanto trasnochado. Según tu opinión. Actualmente ¿Cuál es el "estado de salud" de la Psiquiatría Comunitaria? Aceptando que se trata de una vertiente más de la salud pública y su adecuada organización asistencial ¿No sería mejor llamarla Psiquiatría Pública, simplemente? ¿O para ti se trata de dos cosas distintas?*

**R:** Efectivamente, recuerdo algún escrito antiguo donde utilizo el término psiquiatría pública por psiquiatría comunitaria; por la ambigüedad del término, que al menos en nuestro país, puede llegar a no decir nada. Su generalización alcanza a definir cualquier actividad profesional con tal que se realice fuera de los hospitales psiquiátricos o de las unidades de psiquiatría de los hospitales generales. El título de la revista *Psiquiatría Pública* surge precisamente cuando buscaba un término que vinculara la psiquiatría a la Salud Pública. En el la última edición de Sinopsis de Psiquiatría de Kaplan y Sadock, manual universal de la psiquiatría actual, llegan a utilizar como sinónimos los términos psiquiatría pública y psiquiatría comunitaria, claro que en EEUU lo público equivale a atención a pobres, a la beneficencia. Por otra parte, hoy, en este tiempo pleno de susceptibilidades gremiales, podría parecer que la expre-



sión *psiquiatría pública* deja fuera a otros profesionales de la salud mental. Posiblemente tendríamos que ir hacia salud mental pública, o bien a otros términos, como el de *salud mental colectiva*, que se está utilizando en Brasil. Lo que si es necesario es recalcar lo que entendemos por atención comunitaria. Señalar su dónde (el territorio, la comunidad), pero sobre todo su cómo, sus exigencias. Los principios de salud pública, para qué podamos hablar de psiquiatría comunitaria, de salud mental. Un modelo que había que reformular en términos de salud pública; asumiendo principios de salud pública no siempre presentes en nuestra práctica, como la unidad de los niveles de intervención, desde la prevención a la rehabilitación; el trabajo con agentes de salud, poblacionales... ese es el debate, junto con una nueva psicopatología que contemple la autonomía del paciente, el cuidado del sujeto. Hemos integrado, o estamos integrando, la psiquiatría en la sanidad general. Ahora se trataría de integrar la sanidad, toda la asistencia sanitaria, en la salud pública. Por mucho que las circunstancias políticas y económicas no sean en absoluto favorables como señaló en un artículo que se publica en este mismo número de Norte.

**P:** *¿Cómo valoras el estado actual del Psicoanálisis? Aquí, en España y también en el ámbito 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. ¿Es esto una paradoja?*

**R:** Desde los noventa del pasado siglo vivimos en la edad del cerebro. No nos puede extrañar que las jóvenes generaciones de profesionales de la salud mental se alejen de la psicopatología, de la psicoterapia, de la escucha del paciente, cuando buena parte de los próceres de la psiquiatría (los empleadores de los profesionales en ciernes) reducen ésta al DSM y a la prescripción farmacológica. Cuando la

industria farmacéutica financia la formación, los congresos, los ensayos. Hay en la psiquiatría biológica cierta renuncia a la indagación psicopatológica; miedo a la incertidumbre, a la confrontación con distintas verdades, a la escucha del sujeto. Se quieren verdades, hechos empíricos, datos que reducen el discurso, la clínica; niegan la interpretación. El psicoanálisis permite indagar sobre la subjetividad del sujeto, se pregunta sobre el sentido, abre la clínica a la trastienda del ser humano y a una antropología del saber. Pero, para esa psiquiatría de los datos, ¿cómo matematizar el sueño de Irma? Y sobre todo, ¿qué fármaco aplicarle a Irma? El problema del psicoanálisis no son los autores originales, con gran capacidad de producción, y muchas veces originalidad, son las fotocopias, la repetición de una jerga hueca en unas escuelas que se escinden continuamente, en un contexto privado que les obliga a la competencia. Francia, el último reducto a escala nacional del psicoanálisis, se plateaba hace unos pocos años la regulación pública de las terapias en una propuesta legislativa, la enmienda Accoyer para garantizar unos requisitos a su práctica.

Por otra parte, la producción teórica en nuestro país se produce alejada de la práctica, de la práctica pública; de nuevo se produce esa escisión de la que hablara Jaspers, psiquiatra de la universidad, psiquiatra del manicomio. Ahora la psiquiatría pública ha sustituido al manicomio por unas consultas con una demanda difícil de atender, unas urgencias y unas unidades hospitalarias saturadas. En la Universidad o en el Centro de Investigación se produce, se investiga, pero lo que se produce y se investiga tiene que ver poco con la realidad, hay dos lenguajes. Sucede como con los pacientes de los ensayos clínicos de los nuevos fármacos, que luego no se encuentran en la práctica diaria.

La empresa farmacéutica y el monólogo de la psiquiatría biológica dejan poco espacio para la psicopatología. Esto explica la pérdida de peso en la formación de especialistas del psicoanálisis, el que no encuentren un hueco en el



espacio público. Pero también las peleas sectarias en las que se desangran.

**P:** *Mientras las posiciones diferenciadas y las divergencias entre psicoanalistas crecen por doquier resulta que tú, más pragmático, te dedicaste y sigues invirtiendo tus energías en formar profesionales en gestión clínica, en recursos comunitarios e —incluso— has editado varios libros centrados en la psiquiatría comunitaria. ¿Cómo ves a día de hoy tu trayectoria profesional (y personal) en este orden de cosas?*

**R:** Es cierto que desde hace mucho tiempo, desde 1984, prácticamente, aunque nunca he dejado de ver enfermos, ni de estar envuelto en la clínica, he dedicado mi tiempo, básicamente a la gestión de servicios, a la gestión clínica, a la organización y dirección de redes, y al asesoramiento sobre estos temas como consultor de OPS/OMS. Por ahí he encaminado, preferentemente mi actividad docente. O me la ha encaminado la demanda. Pero siempre he procurado que la formación que se daba en los servicios que ha dirigido se preocupara de la clínica, que los residentes tuvieran una formación en psicopatología, y en las distintas escuelas, y una mirada abierta a otras disciplinas. Un amigo me decía hace poco que había un *estilo Leganés* en los profesionales allí formados. Quizás ese sea mi mayor satisfacción, en ese balance personal que me pedís, el saber que hay varias generaciones de psiquiatras, de psicólogos, de enfermeras...y otros profesionales que se reconocen en el modelo de *Leganés*; que hay experiencias en otros países que también reconocen su deuda con el Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. Nuestro cese ha servido para *sentir* que *Leganés* importaba, que nuestro trabajo de tantos años era reconocido. Sin este apoyo, quizás los *represaliados*, como yo nos llamo, es probable que nos hubiéramos hundido. Mi mayor insatisfacción, el posible derrumbe, aunque sea parcial, de la red. La intención de los nuevos responsables asistenciales no es

otra que ocupar en el puesto y harán lo que les pida el poder político.

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

**R:** Creo que hay una psiquiatrización de la sociedad. En las sociedades ricas, como ya es la nuestra, la insatisfacción ciudadana, el malestar del ciudadano le lleva a buscar soluciones en las recetas psi, y de forma masiva en los psicofármacos. El ciudadano de hoy del primer mundo tolera mal la frustración, y se le ofrecen remedios prêt à porter, rápidos, sin esfuerzo, sin hurgar en las emociones. Por otra parte, el Estado favorece este imaginario social psiquiatrizando la falla social: violadores, psicópatas, maltratados..., psiquiatrizando el mal, como diría Guillermo Rendueles. Así se exculpa, elude toda responsabilidad: es un problema médico que deberá encontrar una solución médica (entendiendo además que el trastorno o la enfermedad es algo que acaece por razones individuales ya sean genéticas o de conducta). En cuanto a Atención Primaria, sin duda el pilar fundamental de la reforma del sistema de salud español, lleva años en una importante crisis por el incremento de la demanda, la baja laboral como medio de protesta, de huelga, hecho cuerpo el malestar, he ahí las fibromialgias y no sé cuantos malestares de la existencia hechos enfermedad, nuevos cuadros conversivos de una sociedad que se establece sobre la insatisfacción generalizada. Una insatisfacción que pretende satisfacerse con el consumo. Consumo de médico de atención primaria, cirugía, consumo de psicólogo/psiquiatra, consumo de



sectas, chamanes... Crisis de la atención primaria por esta demanda proteica e inabarcable, pero también por el abandono, en muchas comunidades, del modelo. De nuevo se privilegian los hospitales, se alzan puentes entre la atención especializada y la atención primaria. Se rompe o ignora el área sanitaria. La urgencia revienta por las listas de espera de las consultas de especializada. La atención primaria no puede ejercerse con la presión asistencial actual, sin más recursos, sin más personal.

**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:** Es un tema complejo que tanto la psiquiatría, la medicina forense, como la judicatura resuelve de una forma simple. Se tiende a considerar a todo paciente con una psicosis grave, con una esquizofrenia, por ejemplo, como irresponsable. Esto es olvidar o ignorar que todo acto de un psicótico no es obligatoriamente psicótico ni todo acto psicótico es un acto enajenado judicialmente. La consideración de la responsabilidad no se debería hacer sobre un estatuto de enfermo, sino sobre una situación acotada en el tiempo; no se es inimputable por ser un loco sino por estar en el momento de los hechos enajenado. Y sobre todo: se puede ser esquizofrénico y criminal, como se puede ser esquizofrénico y rico, o blanco o negro, o payo o gitano. Por otra parte, y ya desde un aspecto clínico, se plantea otro problema, ¿cómo tratar a un paciente sin que asuma cierto grado de responsabilidad en el tratamiento y en su conducta? No está claro que la inimputabilidad absoluta sea la mejor de las respuestas. No está comprobado que sea mejor en todos los casos el ingreso en un hospital que el internamiento en una cárcel.

**P:** *Tras los procesos de reforma asistencial en los años 80, seguro que entonces imaginabais ilusionados un panorama asistencial esperanzador como resultado final del camino. Casi treinta años después, ¿Qué valoración haces de lo conseguido? ¿Qué ha merecido la pena y qué no se ha alcanzado?*

**R:** La reforma psiquiátrica española fue un pacto en un escenario internacional ya lleno de nubarrones. La psiquiatría conservadora que provenía de la dictadura no se desmanteló, quedó enrocada en la universidad y en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales. El cuestionamiento del Estado de bienestar y de los sistemas garantistas universales de salud empieza en los ochenta, y La Ley General de Sanidad es de 1986. Las amenazas estaban ya. Tacher, Reagan, el Banco Mundial. Con esto quiero decir que la expectativa, siendo alta, no estaba exenta de advertencias. Con todo, el movimiento sanitario y de salud mental que se hizo en el tardo franquismo y la transición consiguió darle un vuelco a la sanidad del país y sacarla del atraso a que le había llevado la dictadura. La reforma que impulsó la Ley General de Sanidad ha conseguido crear un Sistema Público de Salud y un subsistema de salud mental modélico en muchos aspectos, otra cuestión son sus insuficiencias que están llevando a grandes desigualdades entre comunidades; y su politización, la no existencia de un pacto de Estado que garantice su sostenibilidad más allá de los intereses electorales o partidistas. Insuficiencias que en salud mental nos hablan de carencias sobre todo en los recursos de rehabilitación y residenciales, allí dónde es más necesaria la cohesión social, y allí donde son los programas son más vulnerables a los vientos privatizadores que nos invaden. Pero, ¿otra reforma hubiera sido posible? Seguramente sí, en el terreno de lo cuantitativo. Ir más allá en el modelo significa un cambio de sociedad. Si se trataba, como en el eslogan de los movimientos de los mentaleros brasileños de cambiar la vida, no solo no se ha hecho, sino que la socie-



dad europea, y con ella España, se ha vuelto en este tiempo más individualista, insolidaria y socialmente regresiva.

**P:** *Obviamente se ha diluido aquel tipo de objetivos y el entusiasmo asociado a ellos. A falta de esto y con la alta competitividad laboral existente ¿Cómo crees que puede eso incidir sobre el sentimiento de pertenencia e identidad de los nuevos profesionales?*

**R:** La identidad te da una pertenencia, a una comunidad, a una escuela, a un grupo social. Se constituye como una necesidad de reconocimiento, afirma una diferencia, unos valores, un proyecto. El problema surge cuando la identidad se repliega sobre sí misma, se hace única, algo cerrado, sectario, que se suma, a otra serie de identidades. El modelo biomédico es lineal, responde a una simplificación. En ocasiones es una forma de integrista. ¿Es esta la opción que tienen los nuevos profesionales? No parece que la mayoría de los nuevos residentes en psiquiatría, en psicología, en enfermería psiquiátrica, ni otras profesionales de la salud mental, estén en la idea de buscar otras alternativas. No existen las inquietudes de cambio, de buscar otra sanidad y otra sociedad que tenía mi generación, el grupo generacional que se hizo en los años sesenta y ochenta. No solo por la competitividad laboral. Las generaciones pasadas lo tuvieron más difícil en cuanto al trabajo, no había los recursos, faltaban plazas de psiquiatras. Ahora faltan psiquiatras. Quienes se mueven vocacionalmente en el ámbito comunitario son una minoría. Además, la representación social del médico ha perdido el sentido de excelencia que se le atribuía —y otras profesiones con menos peso o identidad social han sido arrastradas por esta devaluación de la consideración del médico—, y los nuevos residentes, de psicología, de psiquiatría, por lo general no parecen que contemplan un ideal a alcanzar profesionalmente. ¿Es suficiente con ser médico o psicólogo? ¿O el proyecto se inscribe en la ganancia?

**P:** *¿Cómo ves el paradigma de la Medicina basada en la evidencia? Y —en consecuencia— ¿Qué opinas de la Psiquiatría basada en evidencias (o mejor dicho en pruebas)? ¿Crees que es posible hacer ciencia desde los condicionantes actuales de la práctica psiquiátrica o psicológica?*

**R:** La Medicina basada en la evidencia es una teoría cargada, donde se tiende a ver lo que se quiere ver. En el caso de la salud mental, es una propuesta instrumentalizada por una psiquiatría que pretende reducir la clínica a las neurociencias, con el apoyo de la empresa farmacéutica. Una propuesta de la que si hay una evidencia es su ineludible y descarado conflicto de intereses con la buena práctica clínica. De todas formas, ha sido un intento fallido, al menos en los presupuestos de su inicio, cuando el grupo capitaneado por Sackett, anunciaban haber encontrado la panacea, nuevo paradigma revolucionario que daba cuenta de toda la realidad de la práctica psiquiátrica y dejaba resuelto para siempre el viejo debate, entre hechos y valores. En mi opinión, pocos defienden hoy los dogmas iniciales de la MBE. Hay un amplio consenso, entre los investigadores libres de intereses, en la necesidad de utilizar en las ciencias de la salud tanto enfoques cuantitativos como cualitativos. Aunque el término evidencia, con ese mimetismo tan al uso, ha invadido todo discurso científico, profesional, político y divulgativo.

¿Me preguntáis por hacer ciencia? ¿Por la posibilidad de hacer ciencia, o mejor dicho investigar en psiquiatría y psicología? Hoy ciencia es la física, la genética, la biología molecular; esto es lo que se financia, basta ver quienes dirigen organismos como el CSIC o la deriva del Instituto Carlos III (con la Escuela Nacional incluida) al recién creado ministerio de Ciencia e Innovación. Esto es lo que financia el Estado y lo que financian las empresas farmacéuticas y Fundaciones de Investigación. Queda poco espacio para otro tipo de investigaciones. El clí-



nico, además, no tiene ni financiación ni tiempo. Su labor investigadora es poco reconocida, a no ser que se mueva en los ensayos farmacéuticos. ¿Qué decir de la prevención? ¿De la investigación social de las enfermedades?

**P:** *En relación con otro aspecto en boga actualmente ¿Cuáles es tu posición respecto a los desarrollos de la Bioética aplicada a la psiquiatría? Considerando los contextos actuales de trabajo en psiquiatría y salud mental ¿De qué tipo de ética estamos hablando según tu opinión?*

**R:** Hablar de ética, es hablar de respeto, de dignidad, de autonomía. De libertad. Solo se puede montar una ética desde el respeto a las diferencias, a la diversidad, desde la aceptación del otro y sus valores, partiendo del consenso social no de la excelencia de uno u otro oficio. En sanidad, hay una relación de agencia que convierte al facultativo, al enfermero, al profesional sanitario en el experto, en el que sabe, y genera una indefensión importante en el que acude con sus dolencias. La ética que predomina es una ética defensiva que está representada en el consentimiento informado: que no es una información para que el paciente decida, sino una salvaguarda ante las posibles responsabilidades legales de toda intervención sanitaria. Uno de los problemas que emergen ahora tras la desinstitucionalización, en los procesos de reforma psiquiátrica, es precisamente ese paternalismo en muchos de los sistemas y en la mentalidad de muchos de los profesionales, aunque entre los que trabajan en recursos comunitarios. Hay una excesiva tutela en los programas de rehabilitación, que en mi opinión hay que evitar. Por eso es tan importante la noción de recovery, de recuperación, y de empoderamiento. La terapia, el tratamiento, en cualquiera de sus niveles, es un proceso que debe abrir espacios de negociación con el paciente, con la familia, con el entorno y con los servicios que se ocupan del paciente.

Por otra parte, tiene razón Thomas Szasz cuando señala que la principal decisión ética para el médico —y para todos los profesionales de la sanidad— es elegir el tipo de sanidad en que prefiere trabajar. La opción pública o privada y la defensa de un modelo (más conservador) u otro (más abierto y comunitario). Siempre que puedan elegir, claro.

**P:** *Ya hemos hablado de ello antes. Pero ahora te pedimos una respuesta breve. 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 tú y por qué?*

**R:** Creo que hay que mantener el modelo comunitario allí donde se pueda, aunque no sea el modelo hegemónico. Por otra parte, si vemos la evolución del modelo comunitario podemos comprobar que hay países muy desarrollados, y con el mercado como fundamento de su sistema económico, que mantienen un sistema comunitario de salud mental como política de Estado, como Canadá y particularmente Quebec; y se alza con fuerza en algunos países en vías de desarrollo, como Brasil. Hay quien dice que la tendencia neoliberal de la globalización neocon puede estar entrando en su final (la crisis de las hipotecas, del capital riesgo, de las medidas de no regulación financiera propugnadas por el Banco Mundial..., están ahí, y pueden señalar una crisis de un modelo de crecimiento). Sin ver hoy por hoy una alternativa socializadora global creo que es posible una vuelta a la consideración, por parte de los gobiernos, de los sistemas que protegen algunos derechos básicos, como la sanidad y las prestaciones sociales, como medio de garantizar un crecimiento económico más sostenible socialmente. Al menos esa debe ser la batalla de la izquierda, y sus organizaciones, de la ciudadanía en general. La seducción por la privatización se puede frenar, como ha sucedido en otros países, ante la realidad de unos servicios más



caros e ineficaces, siempre que la población tome conciencia de ello.

**P:** *Otros temas, también “comunitarios”, como la cuestión de las drogas, la violencia, la inmigración, las guerras, la marginalidad en general, no aparecen tanto entre tus trabajos y dedicaciones. 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. ¿O no es así?*

**R:** No es fácil para mí separar la exclusión, la violencia y las catástrofes de la enfermedad o de los problemas de salud mental. Más allá de algún viaje a zonas de conflicto con alguna ONG, mi colaboración es estos aspectos ha sido como consultor temporal de OMS/OPS, que prioriza estas cuestiones en las agendas de colaboración. Con OPS en América latina, adquirí un compromiso que ha llegado a dos o tres viajes de varias semanas al año, trabajando con poblaciones donde impera la violencia, las drogas y la marginación. Pero es verdad que mis publicaciones que tratan de la guerra, o la tortura, o ese cuarto mundo que crece y crece en las ciudades del mundo rico, se encuentran más en medios no psiquiátricos. Más de divulgación.

Respecto a las drogas, en Leganés se creó uno de los primeros programas de atención a las toxicomanías, allá por finales de los 70 del pasado siglo; un programa de atención ambulatoria, que fue desmontado cuando la Comunidad pasó a servicios sociales la atención a las toxicomanías. Una separación que ha sido un gran error. La falta de coordinación ha supuesto retraso en adoptar medidas necesarias. Por ejemplo, cuando la irrupción del SIDA, desde la Consejería de Sanidad se intentó retomar en parte el tema, y Pedro Sabando, entonces consejero, me encargó un informe que realicé visitando los recursos de Ámsterdam y otros lugares, para intentar introducir medidas preventivas, que entonces fueron rechazadas por la

Consejería de Servicios Sociales y tardaron bastantes años en imponerse.

**P:** *Tras la batalla habida en el Hospital Severo Ochoa con el asunto de las sedaciones terminales, recientemente, los responsables sanitarios de la Comunidad de Madrid parecen haber decidido terminar con la experiencia de psiquiatría comunitaria en Leganés. Para muchos de nosotros la estructura de servicios en red conectada con el Instituto de Psiquiatría José Germain, aunque también sea una experiencia colectiva, está muy ligada a tu persona, dada tu gran significación como líder y gestor en todo el proceso habido durante estos años. ¿Qué opinas de lo que está ocurriendo? ¿Podrá salvarse algo de lo realizado?*

**R:** De momento la red se está fragmentando. La comisión de asistencia, formada por todos los responsables de los servicios de salud mental del Área, ya no se reúne. Era el lugar de consenso y dirección asistencial desde hace 22 años. Ningún programa se puso en funcionamiento sin pasar previamente por esta comisión. El debate ha cesado. Hay miedo a hablar. Cada unidad va por su lado. Hay un movimiento de repliegue en cada unidad, en cada estamento. Afloran posiciones defensivas frente a los pacientes. Se ha incrementado las contenciones mecánicas, por ejemplo. Pero el mayor problema, para mí, no es este. Pueden cesar las personas, el gerente, la dirección médica y, sin embargo, el daño ya está hecho. El daño es grande, porque ha roto la continuidad, se ha quebrado la sostenibilidad del proyecto al decapitar al grupo de personas que lo pilotaba. No ha sido mi defenestración lo más importante, sino impedir la continuidad del proyecto eliminado a quienes podían liderarlo en el futuro. Las personas que se han hecho con la dirección no tienen ni autoridad técnica ni moral, ni interés alguno en sostener el proyecto. Un proyecto a contracorriente, que exige mucho de quienes lo lideren.



**P:** *Si no es abusar (y si estás dispuesto a darla) te pedimos también una valoración política sobre el mismo asunto. No parece casual que estas agresiones se produzcan en el territorio de Madrid Sur, que es una zona obrera (y hasta hace poco al menos) con conciencia de clase social dentro de la Comunidad de Madrid. ¿Crees que Esperanza Aguirre y sus acólitos neocon quieren hacer un escarmiento? ¿Han decidido dar un aviso a navegantes sobre lo que les espera a quienes se opongan a sus designios privatizadores? ¿Cómo es posible que no se haya producido una mayor resistencia de los sectores populares que son los que más salen perdiendo con todo esto? ¿Ves aún posible una recuperación?*

**R:** Está claro que el sur metropolitano, en específicamente el Área 9, representaba una apuesta por lo público, por una atención que se miraba en los principios de la Ley General de Sanidad, tanto en la atención primaria, como en la atención especializada, como en la conciencia ciudadana, como bien se puede comprobar por la importancia de sus consejos de salud municipales. El Severo Ochoa era uno de los pocos hospitales públicos donde se hacían IVES, donde tanto los ginecólogos como los psiquiatras del área colaboraban en cumplir la ley de interrupción voluntaria del embarazo desde lo público, donde se contemplaban los paliativos desde una dimensión técnica y humana, sin falsos fundamentalismos religiosos, donde la salud mental había cerrado el manicomio y practicaba una atención comunitaria en contacto con el resto de las estructuras sanitarias y sociales y organizaciones de familiares y usuarios y ciudadanas. Sin duda, un bastión de lo público del que se sentían orgullosos los ciudadanos. Y de hecho si hubo resistencia popular. La agresión sufrida en la urgencia, primero, al cesar al Dr. Luis Montes, y luego por los distintos servicios, donde fueron cesados, por falta de confianza política, los principales jefes es un proceso que dura desde abril de 2005, y que ha movilizado a toda la población de Leganés. El conflicto de

salud mental se enlaza con éste último, todos los que hemos sido cesados, habíamos participado en el apoyo a los compañeros de la urgencia, habíamos hecho nuestra la protesta, porque era nuestra. Ha habido movilizaciones, manifestaciones de las asociaciones ciudadanas, de los sindicatos, acuerdos de las Juntas municipales y de los Consejos de Salud, en relación a los ceses en salud mental, pero se han visto tapados a nivel nacional por la actualización del tema de las sedaciones, por el escándalo de ignorar y despreciar la Consejería el fallo judicial que daba la razón a Luis Montes y su equipo. La repercusión a escala nacional del tema de los paliativos ha sido, es, lógicamente enorme. La salud mental, los servicios de salud mental, recibieron un gran apoyo de la población, donde se encuentran inmersos; pero la repercusión mediática fue muy pobre, fuera de los medios locales.

En cualquier caso, la persecución ideológica y el integrismo religioso no lo explican todo. En el trasfondo hay una intencionalidad: desmontar lo público. El PP de Madrid ensaya una sanidad de gestión privada, de Estado neoliberal; en mi opinión sin tapujos.

**P:** *Para finalizar, y teniendo mucho que agradecer por parte de los profesionales de nuestra generación en lo que respecta a las opciones formativas que posibilitaste, ¿Qué les dirías (o aconsejarías) a las generaciones más jóvenes que se acercan al mundo de la salud mental?*

**R:** Algo breve y conciso: no se puede saber medicina sin saber qué es un hombre, una persona, con palabras tomadas de los tratados hipocráticos.



# 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 2.008. 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



## EMILIO RODRIGUÉ

### psicoanalista puro devenir

**Lidia H. Bruno**

Médica psiquiatra.

Psicoanalista, miembro de APA y API. Coordinadora de Dpto. de Historia del Psicoanálisis "Celes Cárcamo" de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA).



Murió Emilio Rodrigué... a los 84 años el 21 de febrero pasado, médico argentino pero sobre todo "psicoanalista de las 50.000 horas" como alguna vez se definió a sí mismo. No es fácil explicar porqué la muerte de alguien en la octava década de su ciclo vital impacte como dolorosa *sorpres*a quizás, su creatividad en y para la vida pueda explicar éste fenómeno o tal vez sentimientos similares a aquellos que sustentaron la aseveración de Tato Pavlosky en el homenaje realizado el 18 de marzo pasado en la Biblioteca Nacional de Buenos Aires. "Emilio era puro devenir".

Aconteció en Bahía, Brasil, su tierra de adopción, adónde había llegado en 1974 con su pareja de entonces la psicóloga Marta Berlín huyendo de una Argentina que entraba en un cono de sombra de su Historia que aún continúa ensombreciéndola con sus "restos".

Lo conocimos durante una entrevista filmada que realizamos hace un par de años a Fernando Ulloa (actualmente forma parte de

los Archivos Históricos de Asociación Psicoanalítica Argentina, la APA), su participación en ella fue un hecho no previsto y a pesar de estar afectado por un síndrome gripal no eludió la exposición ni el compromiso respondiendo con lúcida e inapelable sinceridad preguntas centradas en aquella década cismática y la comprometida participación de él y sus amigos entonces. "Éramos un grupo vanidoso, cruel, arrogante y talentoso". "El grupo Plataforma

significó una divisoria de aguas entre un antes y un después, marcó el ocaso de la IPA Imperial”.

Nació en Buenos Aires en medio de una familia católica de la alta burguesía terrateniente, culta y refinada siendo el menor de seis hermanos. A los 20 años, mientras cursaba tercer año de Medicina, comienza a analizarse con Arnaldo Rascovsky y frecuenta como candidato conferencias en primera sede de APA en la calle Junca. A través de su padre francés había recibido los libros de Freud. El freudismo ya estaba en Buenos Aires pero el Psicoanálisis comenzaba su instalación de la mano del fervor creador de los pioneros, Ángel Garma, Celes Cárcamo, Arnaldo Rascovsky, Enrique Pichon Rivière y también Marie Langer, la más joven del grupo y la última en incorporarse a él y a los ideales que los sostenían manteniendo soterrados por un tiempo a sus otros intereses de cambio social revolucionarios a través de sus valores setentistas.

Entre 1948–1953 continúa su formación en el Instituto de la Asociación Psicoanalítica de Londres analizándose con Paula Heimann, relacionándose con analistas de la época, Melanie Klein fue su supervisora didáctica. Cuando regresa a la Argentina será un entusiasta promotor de las ideas de M. Klein junto con Arminda Aberastury y Betty Garma y colaborará a introducir las ideas de Bion quién finalmente visitará la APA en 1968. En 1956 funda la Sociedad de Psicología y Psicoterapia de Grupo junto con Jorge Mom, Juan J. Morgan, Raúl Uzandivaras, etc.

Nuevamente en 1957, como diez años antes, cuando decide viajar a Londres a realizar–continuar su formación, “dificultades” con lo instituido lo conducen a trasladarse a EEUU con su mujer y tres hijos pequeños, a la Austen Riggs Center dirigida por Robert Knight, Eric Erikson y David Rapaport donde como médico residente continúa su trabajo con grupos. La experiencia de esa época la plasmará en su libro “Biografía de una Comunidad Terapéutica”.

Reinstalado en Buenos Aires y miembro en función didáctica en APA, la presidirá durante el período 1966–1967, década donde intensifica sus lazos amistosos con el conocido entonces como “Grupo Escobar” (Mimí Langer, León Grinberg, David Liberman, etc.). Posteriormente acentúa su participación en la FAP (Federación Argentina de Psiquiatría) la cual presidirá e irá radicalizando su posición con respecto a la participación activa e ingerencia del Psicoanálisis en lo social, integrando más tarde el Grupo Plataforma (adherido al movimiento Plataforma Internacional) el cual finalmente se escindirá de APA en 1971 junto con otros didactas como Gilou y Diego García Reinoso, Marie Langer o Tato Pavlosky. A fines de 1971, 30 miembros y 30 candidatos, nucleados estos últimos alrededor de Fernando Ulloa (didacta) en el grupo Documento, renuncian a la Institución pionera del Psicoanálisis además de las diferencias referidas cuestionaban verticalismo en la formación y la relación entre los psicoanalistas y las instituciones. Muchos partirán al exilio más tarde perseguidos por la intolerancia política y los grupos paramilitares de la derecha peronista.

Ya instalado en Bahía continuó trabajando como psicoanalista e inició la formación del movimiento psicoanalítico local. Prolífico escritor, agudo, irreverente, reflexivo y también apasionado va enhebrando una larga autobiografía con el relato de una época donde los ideales modernistas de un mundo más justo y libre estimulados por el Mayo francés, el “Cordobazo” y los desarrollos de un Psicoanálisis Latinoamericano que comenzaba a cursar en *la calle* o sea dentro y también **fuera** de las instituciones psicoanalistas.

La irá desarrollando en obras como “El paciente de las 50.000 horas”, “El antiyo–yó”, “La lección de Ondina”, “Ondina, Supertramp”, “El libro de las separaciones”, “Heroína” una novela de la década del 70, éxito editorial que fue llevada al cine, dirigida por Raúl de La Torre.



Estrictamente psicoanalíticos son su libro “Psicoterapia de grupo” junto con Marie Langer y León Grinberg (1957) y “El contexto del proceso psicoanalítico” un buen trabajo escrito junto con Nuone T. de Rodrigué, “Un sueño de fin de análisis”, etc.

Un párrafo aparte merece su obra ciclópea, enciclopedista de dos tomos “Sigmund Freud. El siglo del Psicoanálisis” (1996) fecha de su edición en castellano (Editorial Sudamericana) excelente, la primera biografía de Freud escrita por un sudamericano.

Donde describe también las relaciones personales de éste, sus discípulos más cercanos, la intensidad de sus vínculos donde vida y obra se entrelazan. Cuenta los tiempos prehistóricos y los primeros de la institucionalización del Psicoanálisis. Con respeto, con solvente erudición, con humana lucidez, con humor despliega un siglo de Psicoanálisis y su pasión por él.

Dra. Lidia H. Bruno.  
Abril 2008  
elebe@fibertel.com.ar

---

## Y ahora Fernando Ulloa (1925-2008)



Les comento que acaba de morir nuestro queridísimo y entrañable amigo Fernando Ulloa. Una muerte cercana a las de Bauleo y Rodrigué.

Fue uno de los miembros titulares de la Asociación Psicoanalítica Argentina, que junto con otros psicoanalistas generó una propuesta disidente plasmada en *Documento*, que luego se unió a *Plataforma*, con la intención no de apartarse del Psicoanálisis, sino de producir un movimiento comprometido social y políticamente con su tiempo.

Gran psicoanalista y gran persona. De los terapeutas de consulta para quienes como Hernán Kesselman y Tato Pavlovsky, parte de la fratría, buscaban una oreja resonante desde un lugar amistoso e inteligente.

Para los psicoanalistas conocidos y de trayectoria no es fácil encontrar a quienes puedan acompañar las propias problemáticas vitales que no por ser terapeutas puede evitarlas. Amigo de Rodrigué, lo siguió a pocos meses. Este año nos está tocando fuerte.

Un abrazo muy fuerte

(30-5-08)  
Susy Kesselman  
kesselman@pccp.com.ar





Estrictamente psicoanalíticos son su libro “Psicoterapia de grupo” junto con Marie Langer y León Grinberg (1957) y “El contexto del proceso psicoanalítico” un buen trabajo escrito junto con Nuone T. de Rodrigué, “Un sueño de fin de análisis”, etc.

Un párrafo aparte merece su obra ciclópea, enciclopedista de dos tomos “Sigmund Freud. El siglo del Psicoanálisis” (1996) fecha de su edición en castellano (Editorial Sudamericana) excelente, la primera biografía de Freud escrita por un sudamericano.

Donde describe también las relaciones personales de éste, sus discípulos más cercanos, la intensidad de sus vínculos donde vida y obra se entrelazan. Cuenta los tiempos prehistóricos y los primeros de la institucionalización del Psicoanálisis. Con respeto, con solvente erudición, con humana lucidez, con humor despliega un siglo de Psicoanálisis y su pasión por él.

Dra. Lidia H. Bruno.  
Abril 2008  
elebe@fibertel.com.ar

---

## Y ahora Fernando Ulloa (1925-2008)



Les comento que acaba de morir nuestro queridísimo y entrañable amigo Fernando Ulloa. Una muerte cercana a las de Bauleo y Rodrigué.

Fue uno de los miembros titulares de la Asociación Psicoanalítica Argentina, que junto con otros psicoanalistas generó una propuesta disidente plasmada en *Documento*, que luego se unió a *Plataforma*, con la intención no de apartarse del Psicoanálisis, sino de producir un movimiento comprometido social y políticamente con su tiempo.

Gran psicoanalista y gran persona. De los terapeutas de consulta para quienes como Hernán Kesselman y Tato Pavlovsky, parte de la fratría, buscaban una oreja resonante desde un lugar amistoso e inteligente.

Para los psicoanalistas conocidos y de trayectoria no es fácil encontrar a quienes puedan acompañar las propias problemáticas vitales que no por ser terapeutas puede evitarlas. Amigo de Rodrigué, lo siguió a pocos meses. Este año nos está tocando fuerte.

Un abrazo muy fuerte

(30-5-08)  
Susy Kesselman  
kesselman@pccp.com.ar





# Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (3)

**Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz**

## **Despedida de la parte:**

Con esta 3ª entrega damos por terminado el repaso a algunos de los aspectos más actuales e interesantes en el importante campo de los Trastornos de Ansiedad. En los próximos números de NORTE serán abordados nuevos trastornos y nuevos campos en psiquiatría.

Esperamos que nuestros lectores estén disfrutando al trabajar los ítems publicados, poniendo en práctica sus habilidades cognitivas y académicas, y nos conformaríamos si el material elaborado sirve para lo que fue propuesto: mantener la puesta al día en aspectos relevantes en psiquiatría y áreas afines así como ser un valioso material de autoevaluación para opositores y MIRes.

## **TEPT y por estrés agudo**

### **Pregunta 19:**

Observaciones clínicas señalan que una de las siguientes sustancias disminuye la intensidad de las pesadillas en el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en mayor medida que las restantes sustancias enumeradas:

- A) Agomelatina.
- B) Fenilpiperacina.
- C) Sertralina.
- D) Valproato.
- E) Ciproheptadina.

### **Pregunta 20:**

Se ha prestado mucha atención a las variables neuroquímicas y fisiológicas tempranas con valor pronóstico en el TEPT después del suceso traumático. Una de las siguientes alteraciones se halla fuertemente asociada a la evolución posterior a TEPT tras el episodio agudo desencadenante:

- A) Bradicardia en reposo.
- B) Hipotensión arterial mantenida.
- C) Cortisolemia reducida.
- D) Hiperactivación del sistema nervioso autónomo parasimpático.
- E) Picos plasmáticos nocturnos de factor del crecimiento tumoral.



### **Pregunta 21**

La técnica de Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing —EMDR—*) ha sido empleada en el tratamiento del TEPT. Acerca del EMDR señale la proposición que considere falsa:

- A) La técnica EMDR es una forma de psicoterapia basada en la exposición.
- B) Los resultados terapéuticos obtenidos mediante la EMDR son mucho mejores que los logrados con tratamiento cognitivo conductual (TCC).
- C) Durante la EMDR el paciente debe permanecer en estado de máxima relajación.
- D) Aparentemente los movimientos oculares que lleva a cabo el paciente durante el EMDR, no son ni necesarios ni suficientes para obtener respuesta terapéutica.
- E) Durante la EMDR el paciente debe concentrarse en sus experiencias traumáticas, pero no debe analizarlas.

## **TAG**

### **Pregunta 22**

¿Cuál de las siguientes es la característica fundamental del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), según el DSM-IV-TR?:

- A) Miedo/evitación acusados de situaciones sociales.
- B) Pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes que se experimentan como intrusos.
- C) Miedo/evitación de objetos o situaciones circunscritas.
- D) Ansiedad y preocupación excesiva difícil de controlar.
- E) Crisis de angustia inesperadas y recidivantes.

### **Pregunta 23**

¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación al trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es falsa?:

- A) Es más frecuente en mujeres.
- B) Tiene una alta tasa de comorbilidad.
- C) Es un trastorno con tendencia a la cronicidad.
- D) La prevalencia es más elevada en contextos médicos.
- E) Las benzodiazepinas son la primera opción de tratamiento.

## **T. Mixto ansioso-depresivo**

### **Pregunta 24**

Según el DSM-V-R el diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo no debe considerarse si el paciente ha padecido en algún momento la presencia de 4 trastornos. Señale, de entre los siguientes el que no pertenece a esos 4 diagnósticos señalados:

- A) Trastorno de ansiedad generalizada.
- B) Trastorno depresivo mayor.



- C) Trastorno obsesivo–compulsivo.
- D) Trastorno distímico.
- E) Trastorno por angustia.

### **Pregunta 25**

Señale de entre las siguientes proposiciones sobre el Trastorno mixto ansioso–depresivo la que considere FALSA:

- A) La característica esencial es un estado de ánimo disfórico persistente o recurrente.
- B) La duración debe ser de al menos un mes.
- C) La tasa de prevalencia actual oscila entre el 1,3 y el 2% en centros de asistencia primaria.
- D) La relación longitudinal entre este trastorno y otros trastornos de ansiedad y depresivos se desconoce.
- E) El padecer el trastorno constituye un riesgo alto para sufrir otro trastorno mental como trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno por angustia.

### **T. ansiedad inducido por sustancias**

#### **Pregunta 26**

Uno de los siguientes principios activos, NO es causa de ansiedad químicamente inducida:

- A) Metilendioximetanfetamina (MDMA).
- B) Dietilamida del ácido lisérgico (LSD).
- C) Alcohol etílico.
- D) Valeriana officinalis.
- E) Hipericum perforatum (Yerba de San Juan).

### **T. ansiedad inducido por sustancias**

#### **Pregunta 27**

El diagnóstico del DSM-IV-TR de ansiedad debida a enfermedad médica hace referencia a la ansiedad que es fisiológicamente secundaria a una enfermedad médica. ¿Cuál de las siguientes enfermedades no se considera que genere ansiedad de causa biológica?:

- A) Diabetes mellitus.
- B) Enfermedad de Graves–Basedow.
- C) Enfermedad de Parkinson.
- D) Asma.
- E) Accidente cerebrovascular.



## RESPUESTAS y COMENTARIOS

### Pregunta 19, Respuesta correcta: E

**Comentario:** Se ha comunicado que la **ciproheptadina** disminuye enormemente las pesadillas características del TEPT. La **agomelatina**, sustancia innovadora que actúa sobre los receptores melatonérgicos y que será comercializada a lo largo de 2008 en España, no dispone de estudios en el TEPT. La **fenilpiperacina**, un metabolito activo de nefazodona (retirada del mercado mundial) y trazodona, puede causar ansiedad y síntomas obsesivos y compulsivos, careciendo de cualquier actividad terapéutica en ningún trastorno psiquiátrico. La **sertralina**, aprobada por la FDA para el tratamiento del TEPT, dispone de ensayos controlados que sugieren su eficacia, aunque no particularmente en la reducción de las pesadillas. El **valproato** parece disminuir la hiperactivación y la intrusión de recuerdos en vigilia aunque no el embotamiento afectivo característico del TEPT.

**Bibliografía:** Hollander E, Simeon D. Trastornos de ansiedad. En Tratado de Psiquiatría Clínica 4ª ed. Hales R, Yudofsky S. ed. Editorial Masson 2004, pag 605.

### Pregunta 20, Respuesta correcta: C

**Comentario:** es realmente singular que los niveles de cortisol sean bajos puesto que normalmente cualquier situación de estrés provoca incremento en la cortisolemia.

La aparición de trastorno por estrés agudo en el mes siguiente al trauma es una variable con un valor pronóstico muy sólido de TEPT posterior. El diagnóstico de trastorno por estrés agudo junto con una frecuencia cardiaca en reposo superior a 90 latidos minuto tiene una sensibilidad sorprendentemente alta, del 88%, y una especificidad del 85% para pronosticar el desarrollo de un TEPT. De igual manera la taquicardia y la cortisolemia baja, como manifestación de las consecuencias agudas del trauma, se relacionan firmemente con el TEPT posterior.

Cuando el TEPT se desarrolla bajo un trauma muy grave o repetido, la respuesta de estrés se regula mal y se instaura una hiperactividad autonómica crónica, que se manifiesta en los síntomas positivos del trastorno, es decir hiperactivación y recuerdos intrusivos.

**Bibliografía:** Hollander E, Simeon D. Trastornos de ansiedad. En Tratado de Psiquiatría Clínica 4ª ed. Hales R, Yudofsky S. ed. Editorial Masson 2004, pag 598–600.

### Pregunta 21, Respuesta correcta: B

**Comentario:** La técnica de Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing —EMDR—*) es una técnica psicoterapéutica relativamente nueva que ha sido empleada en el TEPT. La EMDR es una forma de psicoterapia que incluye terapia basada en la exposición (con múltiples exposiciones breves e interrumpidas relacionadas con los acontecimientos traumáticos), movimientos oculares y recuerdo y verbalización de los recuerdos traumáticos. Durante la EMDR se le pide al paciente que se concentre en el movimiento lateral del dedo del clínico mientras mantiene una imagen mental de la experiencia traumática, pero que no analice la experiencia. Los movimientos oculares no parecen ser ni necesarios ni suficientes para obtener respuesta clínica aunque esta observación sigue siendo controvertida. La creencia general es que los síntomas se pueden aliviar cuando los pacientes elaboran el suceso traumático mientras se encuentran en un estado de relación profunda. Existen dudas acerca de si la mejoría clínica puede persistir en el tiempo, pero desde luego los beneficios obtenidos con la EMDR no parecen ser mejores que los obtenidos con técnicas cognitivo conductuales (TCC).

**Bibliografía:** Ursano RJ., Bell C., Eth S., Friedman M., Norwood A., Pfefferbaum B., Pynoos R., Zatzick D., Benedeck D. Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos por Estrés Agudo y Estrés Postraumático. En Guías



Clínicas para el Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos. American Psychiatric Association. *Ars Médica* 1ª ed 2006 pag: 1117.

**Pregunta 22, Respuesta correcta: D**

**Comentario:** Según el DSM-IV-TR, la característica principal del TAG es la ansiedad y preocupación excesiva difícil de controlar por una serie de acontecimientos o actividades, durante la mayoría de los días, al menos por un período de 6 meses. La respuesta A hace referencia a la característica principal de la fobia social. La B a la del trastorno obsesivo compulsivo. La C a la fobia específica. La E a la del trastorno de angustia.

**Bibliografía:** Brown TA. Clasificación de los trastornos de ansiedad. En *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Stein DJ, Hollander E. *Psiquiatría Editores, S.L.* 2004, pág 16.

**Pregunta 23, Respuesta correcta: E**

**Comentario:** Hoy en día los ISRS, junto con la velafaxina, son los fármacos de primera elección para este trastorno. Recientemente la FDA ha aprobado también el empleo de la pregabalina que parece que ofrece ventajas respecto a las benzodiacepinas. La prevalencia de por vida es de casi el 7% en mujeres, en muestras de comunidad, en comparación con aproximadamente 4% para hombres. Según el estudio *National Comorbidity Survey* la comorbilidad psiquiátrica global en el TAG es de 66,3%, y de por vida el 90,4%. Los estudios del curso del TAG se han encontrado generalmente con un curso crónico. Por las características de este trastorno muchos pacientes consultan primero al médico de cabecera o a diferentes especialistas, buscando tratamiento para los síntomas somáticos del cuadro clínico.

**Bibliografía:** Hoge EA, Oppenheimer JE, Simon NM. Trastorno de ansiedad generalizada. En *FOCUS APA Trastornos de ansiedad*. Hales DJ, Hyman Rapaport M, Bystrisky A. Traducido al español por Medical Trends SL 2005, págs 25-39.

**Pregunta 24, Respuesta correcta: C**

**Comentario:** Los criterios de investigación del DSM-IV-R para el trastorno mixto ansioso depresivo especifican que se deben cumplir tres condiciones:

1. Nunca se han cumplido criterios diagnósticos para Trastorno Depresivo Mayor ni Trastorno Distímico, ni para Trastorno por angustia ni Trastorno por ansiedad generalizada.
2. En el momento actual no se cumplen criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno de ansiedad o del ánimo.
3. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

**Bibliografía:** DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. Apéndice B. Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores. Pag 868-70. Editorial Masson. Barcelona. 200.

**Pregunta 25, Respuesta correcta: E**

**Comentario:** Es importante señalar que la relación longitudinal entre el Trastorno mixto ansioso-depresivo y otros trastornos de ansiedad y trastornos depresivos se desconoce. Por tanto, no queda claro en qué proporción de individuos este patrón sintomatológico puede constituir un riesgo de sufrir otro trastorno mental, como trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno por angustia. El resto de las afirmaciones son correctas, en relación la característica principal del trastorno es un ánimo disfórico que dura al menos un mes. En relación a la tasa de prevalencia actual oscilan entre el 1,3 y el 2 % en los centros de asistencia primaria. En muestras generales, la prevalencia actual se ha estimado en el 0.8%. Se ha observado que el trastorno mixto ansioso-depresivo es también bastante frecuente en los pocos centros psiquiátricos que se ha estudiado.

**Bibliografía:** DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. Apéndice B. Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores. Pag 868-70. Editorial Masson. Barcelona. 2002.

**Pregunta 26, Respuesta correcta: D**

**Comentario:** Un amplio espectro de sustancias puede causar síntomas de ansiedad. Anfetamina, cocaína, cafeína, drogas serotoninérgicas (LSD, MDMA son causa frecuente de ansiedad tóxica). Los efectos del alcohol etílico sobre la ansiedad son variables: sexo, cantidad de alcohol ingerida y actitudes culturales influyen significativamente en la toxicidad cognitivo-conductual.

El *hipéricum perforatum* (Yerba de San Juan) tiene como principios farmacodinámicamente activos hipericina, hiperforina, adhiperforina, flavonoides y xantonas. Poseen actividad inhibitoria sobre la MAO (monoamino oxidasa), la COMT (catecol orto metil transferasa), la dopamina β hidroxilasa y sobre la recaptación de serotonina, noradrenalina y dopamina. Por si fuera poco el *hipéricum perforatum* inhibe la recaptación de GABA y glutamato. Curiosamente posee actividad antirretroviral frente al VIH (virus de la inmunodeficiencia humana). Dosis altas o reacciones idiosincráticas al *hipéricum perforatum* pueden producir ansiedad, ataques de angustia e incluso manía.

La raíz de **valeriana** (*Valeriana Radix*) contiene principios activos sedantes, hipnóticos y espasmolíticos. Los ácidos valeránico y acetoxivaleránico se consideran los responsables de la inhibición del catabolismo GABA. Además la valeriana posee actividad espasmolítica sobre

la musculatura lisa. La valeriana no induce ni dependencia física ni síndrome de discontinuación. No ha sido descrito ansiedad tóxica inducida por valeriana.

**Bibliografía:** Cañigüeral S., Vila R., Vanaclocha B. Principios Fitoterapéuticos. En Tratado de Psicofarmacología: Bases y Aplicación Clínica. Salazar M., Peralta C., Pastor J. editores. Editorial Médica Panamericana 2004 pag 423-439.

**Pregunta 27, Respuesta correcta: A**

**Comentario:** Se debe tener presentes las diferencias entre la ansiedad que es fisiológicamente secundaria a una enfermedad médica, y la ansiedad que es comórbida a una enfermedad médica o constituye una reacción psicológica a ésta. Así, el hipertiroidismo puede causar por mecanismos biológicos ansiedad, mientras que la diabetes no. El diagnóstico DSM-IV-TR de ansiedad debida a enfermedad médica hace referencia a la primera de ellas, y no a la segunda. Diversos estudios avalan una relación causal entre la enfermedad de Parkinson, el asma y los accidentes cerebrovasculares -sobre todo del hemisferio derecho- y la ansiedad.

**Bibliografía:** Epstein SA, Hicks D. Trastornos de Ansiedad. En Tratado de Medicina Psicosomática. Tomo I. Levenson JL. Grupo Ars XXI de comunicación SL 2006, pág 262.





# Análisis narrativo: acercamiento a los significados de una paciente con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad

**Elena Álvarez Girón**

Formadora y grupoanalista. Equipo Aquo

## Resumen

Cualquier problema de salud, en este caso trastorno límite de personalidad (TLP), representa un acontecimiento que interrumpe, fragmenta, de manera intempestiva, la de vida de una persona, es una interrupción en la biografía que ha absorbido todos los significados que la esta tenía hasta enfermar.

El análisis de la narrativa permite capturar esta vivencia desde quien es el experto: la persona que padece el TLP, quien, desde su condición interpreta el papel que juega y el significado que le otorga a la experiencia en su diario vivir y padecer.

El objetivo de este trabajo es dar cuenta, por medio de este análisis de la narrativa y los significados del paciente, de la experiencia de dicho padecimiento en una mujer de 33 años, diagnosticada de TLP. De esta manera, se pretende acceder al significado que la persona entrevistada, le otorga a sus ideas, a sus creencias, a sus valores y a sus principios; así como también posibilita entender su relación con el otro, su contexto, historicidad y colectividad.

**Palabras clave:** Narrativa, significados del paciente, trastorno límite de personalidad (TLP).

## Abstract

Any health problem, in this case a Borderline Personality Disorder (BPD), is an event which interrupts, breaks into, in a radical manner, the life of a person; it is an interruption in the person's biography which absorbs all the meanings that it had up to the moment of becoming ill.

Narrative analysis permits to capture this experience from the point of view of the expert: the person who lives with BPD, who, from his or her situation, interprets a rol and gives a meaning to the experience in his or her daily living and suffering.

The aim of this paper is to show, through narrative analysis and through the patient's meanings, the experience of such a suffering in a 33 year-old woman, diagnosed with BPD. In this way we aim to access to the meaning that this person gives her ideas, her beliefs, her values and her principles; as well as to enable to understand the relationship with the other, its context, history and collectivity.

**Key words:** Narrative, patient's meanings, Borderline Personality Disorder (BPD).



## I. INTRODUCCIÓN

La pérdida de la salud ya no puede interpretarse como una alteración mecanicista del cuerpo. Es una interrupción en la biografía que ha absorbido todos los significados que la persona tenía hasta enfermar. Para dar nuevos significados, contenido y perspectiva a su experiencia de la enfermedad, la persona necesita contar y narrar, lo cual le ayudará a salir de sí misma y a hacer suya la experiencia.

Durante décadas se ha utilizado la cura por el habla (*the talking cure*). Dicha cura fue presentada por Freud como una terapia para mitigar el sufrimiento del ser humano, puesto que se enfrenta a obstáculos, a pérdidas, a impulsos, a actitudes violentas, destructivas, ansiosas... Poco a poco se ha ido fraguando la representación social de que hablar tiene un efecto liberador. Relatar un problema es visto como un desahogo, como una manera de reducir tensiones y obtener alivio sintomático.

El interés de esta investigación también está puesto en otra forma de mitigar este sufrimiento: la cura por la escritura (*the writing cure*). En los últimos veinte años, la cura por la escritura está conociendo su máximo desarrollo como medio útil y elemento primordial de formatos y dispositivos de ayuda. Cada vez más, los profesionales de ámbitos biopsicosociales lo han ido incorporando como un recurso más de su práctica, reto que también deben ir asumiendo los profesionales de la enfermería.

Pero de lo que ya no cabe duda alguna, es que existe una gran cantidad de literatura científica que apoya la hipótesis de que hablar o escribir a cerca de las propias experiencias traumáticas tiene efectos positivos en la salud física y psíquica (Pennebaker, 1990, 1995, 2004).

A medida que el enfermo verbaliza su narrativa (el lenguaje y los códigos de ese país que es la enfermedad), la enfermedad adquirirá un significado más claro para el paciente, y su

implicación en la relación clínica podrá ser central. Pero la construcción de esta narrativa necesita un ayudante, alguien que escuche con habilidad, en este caso: el profesional de enfermería.

Esta investigación pretende analizar la narrativa escrita y hablada de una persona con la etiqueta diagnóstica de trastorno límite de personalidad. En la actualidad a los pacientes que les han otorgado la etiqueta diagnóstica de trastorno límite de personalidad (TLP) ocupan un amplio espacio en el mundo socio-sanitario.

Debemos tener en cuenta la importancia y trascendencia del TLP en el ámbito de la salud mental y en el sanitario en general, y considerar sus características clínicas, entre las cuales es conocida su elevada comorbilidad, que se dan en los trastornos psicóticos y del humor —ya sean de tipo depresivo o bipolar— de la impulsividad, los trastornos ansiosos, obsesivo-compulsivos, alimentarios —anorexia y bulimia—, drogadicciones, tendencias suicidas, etc... Sin olvidar la simultaneidad con síntomas de otros trastornos de la personalidad como son los de tipo antisocial, paranoide, evitativo y esquizotípico. Si a todo esto le sumamos las graves repercusiones que ello conlleva en el ámbito familiar y los problemas que acarrea en el ámbito social, jurídico e incluso económico, nos encontramos ante un gran reto para todos aquellos profesionales que trabajan en el sistema sociosanitario y en especial para la enfermería.

El objetivo de este escrito es el dar cuenta, por medio del análisis de la narrativa tanto hablada como escrita, de la experiencia del sufrimiento de vivir con TLP. Dicho análisis permite capturar esta vivencia desde la historia de quien es el experto: la persona que tiene el TLP, quien, desde su condición interpreta el papel que juega y el significado que otorga en su diario vivir y sufrir.



## 2. ENFERMERÍA CENTRADA EN LOS SIGNIFICADOS DEL PACIENTE: NARRATIVA Y SIGNIFICADOS

### 2.1. LA IMPORTANCIA DE LA NARRACIÓN HABLADA Y ESCRITA

Los seres humanos habitamos un mundo lingüístico. Vivimos dentro del lenguaje y nada que nos caracteriza ocurre fuera de él. El lenguaje es la máquina que sostiene nuestra producción para captar y comprender. En nuestro desempeño, necesitamos saber qué cosas somos capaces de hacer con palabras (Austin, 1982).

El lenguaje es complejísimo. Nos habilita para tener una historia personal y social. Nos permite crear otros mundos y proyectarnos en espacios trascendentes (Bruner, 1998). A diferencia de lo hablado, —y según dice el refrán “las palabras se las lleva el viento”—, la palabra escrita se apoya en una materia que está fuera del lenguaje: “está enraizada en un más allá del lenguaje, se desarrolla como un germen y no como una línea” (Barthes, 1973).

Sin duda alguna, cuando se habla de los desarrollos de la escritura y sus propiedades, la autoridad indiscutible es J.W. Pennebaker, investigador de terapias de escritura y profesor de psicología en la Universidad Metodista del Sur, en Dallas. Él ha estudiado la relación entre la escritura y los sentimientos y ha llegado a la formulación de descubrimientos muy reveladores. En estos estudios se pone de manifiesto que, gracias a la escritura, las personas pueden percibir de forma inmediata su malestar y su tristeza. A través de la narrativa escrita la persona conoce su forma particular de dar sentido a sus experiencias.

Basándonos en la ideas de Arriero, la escritura permite articular aquellos aspectos inmutables de nosotros mismos, aquellas características que de forma recurrente nos identifican con independencia de los rasgos emocionales,

del carácter, de las circunstancias, como también aquellos aspectos más circunstanciales. Escribir es, en consecuencia, plasmar la experiencia del vivir y mezclar lo que pasó con el fondo de uno mismo. En definitiva, es un recurso accesible que permite expresar acontecimientos y situaciones que con otras formas de comunicación resultaría insuficiente y que ayuda a la persona a afrontar sus obstáculos y sus dificultades.

### 2.2. LA IMPORTANCIA DE LA NARRATIVA Y LOS SIGNIFICADOS DEL PACIENTE

La experiencia individual se va conformando en el contexto social, familiar, y cultural pero no necesariamente son el centro de esta experiencia. Es decir, ésta se enmarca en los términos del individuo, en su narrativa y su significado.

Si hay algo que caracteriza a los humanos es que somos seres interpretantes (Anderson, H., 1997; Bateson, G., 1972; Bruner, J., 1988; D Foucault, M., 1980; Gergen, K., 1994; White, M. y Epston, D., 1990), vamos moldeando nuestras experiencias a medida que nuestra limitada estructura va percibiendo los estímulos que pueden ser captados mientras vivimos nuestras vidas.

Estas experiencias sólo se pueden moldear en la interpretación, si reconocemos la existencia de algún marco de inteligibilidad que brinde el contexto para el vivir de la experiencia y la atribución de significado a aquéllas. (White, M. y Epston, D., 1990). ¿Cuál sería el marco? los relatos narrativos y sus significados.

El *significado* es un concepto básico de la psicología humana, según Jerome Bruner y Carol Feldman, entre otros, es: cómo se adquieren los significados, cómo se construye el orden simbólico que articula toda la vida social; es, asimismo, el gran tema de la socialización. Cuando hablamos de nuestras vidas lo hacemos *narrando* y, aunque a primera vista estamos estableciendo nexos causales entre



los aspectos que resaltamos, en el fondo, lo que estamos haciendo es *interpretar*, no explicar. Bruner afirma: “Mi propuesta es que lo que moldea la mente humana no es la biología sino la cultura. Y lo hace atribuyendo significados a toda acción. O, si se quiere, situando los estados intencionales en un sistema de interpretación. Lo cual hace imponiendo las pautas propias de los sistemas simbólicos que son las culturas: su lenguaje, su discurso y su tipo de lógica, los modos de explicación narrativa y las normas de vida comunitaria” (Bruner, 1988).

Para ir dando nuevos significados, contenidos y perspectiva a la experiencia vital, el ser humano necesita narrar y contar, esto le ayuda a salir de sí mismo y hacer suya la experiencia. Por eso, lo narrado, puede ser contradictorio, paradójico, incompleto, descontextualizado, frustrante y fragmentado; puesto que es un grupo de metáforas para organizar sensaciones a través de las que cada uno construye su verdad con elementos subconscientes de su historia a medio escribir. Para poder construir la narración es necesario un ayudante que escuche con respeto e interés, es decir, un testigo empático que legitime y afirme la experiencia de la persona.

Eruditos en la narrativa postulan que la llave de la comunicación eficaz entre profesional y paciente está en la capacidad de sacar, de interpretar y de traducir la historia de su enfermedad, es decir, para oír con eficacia al paciente como ser único, voz individual. Desde enfermería debemos ser, como dice Arturo Kleinman, testigos empáticos del cuidado. Debemos facilitar la construcción de una narrativa que tenga sentido y dé valor a su experiencia. El que el paciente puede hablar de la experiencia de su enfermedad le ayudará en la importante tarea de convivir con los cambios que conlleva esa interrupción. Y para esto necesita a un profesional que escuche sus significados con una presencia terapéutica y empática, tal y como se hace desde enfermería centrada en los significados del paciente.

### 3. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

#### 3.1. DEFINICIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad, TLP (*borderline personality disorder, BPD*) es un síndrome heterogéneo, de difícil delimitación. Las formas de sus determinantes etiológicos, sus manifestaciones clínicas y comportamentales de presentación son las que permiten su diferenciación, no sólo entre individuos sino incluso, entre las etapas de evolución de un mismo paciente. Por eso, su definición y su diagnóstico resultan a menudo problemáticos, pese a la existencia de criterios definidores.

El diagnóstico y tratamiento del TLP ha ido de la mano de la evolución histórica de la estructura psicopatológica. Fue Freud (1917) uno de los pioneros en describir este trastorno al señalar en su trabajo *Duelo y Melancolía* que: “...sabemos que el hombre no abandona gustoso ninguna de las posiciones de su libido, aun cuando les haya encontrado ya una sustitución. Esta oposición puede ser tan intensa que surja el apartamiento de la realidad y la conservación del objeto por medio de una psicosis desiderativa alucinatoria”.

La primera descripción del TLP como tal la encontramos en Adolf Stern que basa este diagnóstico en 10 ítems heterogéneos donde mezcla criterios de fenomenología psiquiátrica con otros de corte psicoanalítico.

Contemporáneamente existe una tendencia a estudiar el TLP como una forma de descontrol de los impulsos (van Reekum, R, 1994, Stone, M. 1980) e inestabilidad afectiva debido a un daño orgánico, de temperamento y de perturbaciones psicológicas desde la primera infancia, con relación a experiencias adversas. Todo ello según los modelos de Otto Kernberg y Margareth Malher, quienes atribuyen la etiopatogenia del TLP a alteraciones del proceso de separación-individuación, en el que por carencias afectivas, el sujeto no alcanza a internalizar



una imagen de la figura de la madre positivamente y tampoco integra las identificaciones de signo opuesto. El TLP no unifica el objeto bueno y malo en una representación total integrada por los impulsos libidinales y agresivos.

Los criterios del DSM IV 1994 para definir el trastorno son:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alterancia entre los extremos de idealización y desvalorización.
3. Alteración de la identidad: auto-imagen o sentido de sí mismo acusado y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo (por ejemplo: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamientos intensos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo (por ejemplo: episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y raras veces unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ejemplo: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Para poder realizar un diagnóstico del TLP tienen que concurrir cinco o más criterios de los diez enumerados

### 3.2. EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Las primeras manifestaciones de este trastorno aparecen en la adolescencia y la preado-

lescencia. El momento de máxima expresión clínica se sitúa al inicio de la vida adulta. Los síntomas se atenúan con la edad y alrededor de los 40 o 45 años declinan los más relacionados con la impulsividad. Al llegar a este punto de la vida, la mitad de los pacientes se habrán establecido, pero la otra mitad se aislará progresivamente y es muy probable que acabe con un severo deterioro personal y relacional. Entre las personas diagnosticadas desde la adolescencia hasta la mediana edad, un 70% habrá cometido algún intento de suicidio y un 50% lo repetirá incluso varias veces a lo largo de su vida. Entre un 8% y un 10% lo consumará. Por otro lado, es una población con un consumo sanitario, que representa aproximadamente el 10% de las personas visitadas en los centros ambulatorios de salud mental y en torno al 20% de los pacientes ingresados en psiquiátricos.

La prevalencia de los trastornos límite se sitúa entre el 1,1% y el 4,6% y la media se establece en un 2% (APA, 1994; Mattia y Zimmerman, 2001), es decir, que la prevalencia del TLP dobla la de la esquizofrenia. Se diagnostica predominantemente en mujeres, en una ratio de 3:1. A falta de estudios sobre la prevalencia en nuestro medio, y aceptando la tasa del 2%, en Cataluña podrían sufrir este trastorno unas 120.000 personas. Según los datos que constan en el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de los Centros de Salud Mental (CMBDCSM) del CatSalut, durante el año 2003 se atendieron 1.076 pacientes diagnosticados como TLP en los centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ) y de adultos (CSMA), lo que da una idea del bajo nivel de diagnóstico del trastorno.

### 3.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En las personas que han sido diagnosticadas con TLP suele aparecer una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta sus consecuencias, lo que se une a un ánimo inestable y caprichoso. Existe una inestabilidad respecto a la vivencia de la propia imagen, de las relaciones interpersonales y del



estado de ánimo. Hay una alteración de la identidad que se manifiesta con incertidumbre ante temas vitales, como por ejemplo, objetivos a largo plazo; lo que las conduce a una sensación de vacío y aburrimiento. Pueden presentar manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos, al margen, de la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos, donde pueden producirse también autolesiones y explosiones de violencia, comportamiento amenazante y chantajista, afectación de la imagen de sí mismos, con alteraciones de la conducta alimentaria; se implican en relaciones intensas e inestables, realizan tentativas y amenazas autolíticas. Sus relaciones interpersonales pasan de la idealización a la devaluación. Es habitual el abuso de sustancias psicoactivas como mecanismo de huida, frecuentes y rápidos cambios de humor, ideación paranoide transitoria, descompensaciones de tipo psicótico de presentación atípica y corta duración.

### 3.4. CURSO Y PRONÓSTICO

El TLP es un trastorno de juventud, que suele mejorar con los años y que, en general, no se prolonga más allá de la tercera o cuarta década de vida. No es infrecuente que, una vez resueltos los síntomas más acuciantes y reducida la ansiedad que éstos conllevan, emerjan otros cuadros subyacentes, enmascarados hasta entonces por la amalgama sintomática. Un porcentaje significativo llega al suicidio cuando el trastorno se asocia a enfermedad depresiva. El deterioro de sus relaciones interpersonales y la inestabilidad emocional le llevan a un aislamiento y en muchas ocasiones su falta de control de impulsos y su abuso de sustancias han implicado contactos con la justicia.

### 3.5. TRATAMIENTO

El tratamiento del TLP es uno de los desafíos más difíciles con el que se enfrenta el personal sanitario y, sobre todo de enfermería, puesto que cuidar a los que pacientes que les han otorgado esta etiqueta diagnóstica supone un gran reto, ya que, es muy complejo acompa-

ñar al paciente en esta variabilidad de estados de ánimo que pueden ir desde rabia hasta tristeza, pasando por las ideas y actuaciones suicidas. Estas manifestaciones están en continua fluctuación, su severidad altera gravemente las relaciones interpersonales, la actividad laboral, la calidad de vida y la capacidad para recibir una asistencia psiquiátrica adecuada. En los últimos años, se considera que el tratamiento más eficaz para estos pacientes es la combinación de abordajes psicológicos y farmacológicos, con la finalidad de aliviar el sufrimiento que altera su calidad de vida. No obstante, ninguno de los dos tratamientos ha demostrado suficiente eficacia terapéutica y a menudo ha generado una notable controversia. Los motivos que impiden constatar la eficacia terapéutica de los tratamientos son: la validez de los criterios diagnósticos, la elevada frecuencia de comorbilidad, las altas tasas de abandono del tratamiento y su no adherencia al tratamiento, que oscilan entre el 23% y el 67%. Por eso, desde enfermería debemos comprometernos a acompañar y apoyar a estos seres humanos que sufren, que están intentando llegar a puerto "sanos y salvos" (por lo menos salvos), que están deseando encontrar sentido en su enfermedad. Debemos participar en su vulnerabilidad e intentar acompañarles en su alivio, para ayudar al paciente a ser el autor de su propia experiencia (Valverde, C., 2007)

## 4. ANÁLISIS NARRATIVO

A través del análisis de la narrativa escrita y hablada, esta investigación tiene como propósito indagar y reflexionar sobre la realidad y los significados de Eli, una paciente diagnosticada de TLP, para alcanzar un conocimiento más comprensivo y reflexivo de cómo está conviviendo con su situación.

La metodología utilizada es la de caso-control. Es apreciativa, porque pretende conocer y captar cuáles son los factores que pueden facilitar el mejor conocimiento y reconocimiento de la realidad de una persona que vive con el



diagnóstico de TLP. Por otra parte, es narrativa, se basa en narraciones porque la ilusión y la energía de las personas no está en los datos contados sino en las historias que cuentan y, también, porque pretende captar el “cómo”, no sólo el “qué”. La paciente es una persona adulta con diagnóstico de TLP que aceptó voluntariamente a formar parte del estudio.

El material utilizado fue una grabadora de audio, los cuadernos de pensamientos escritos por Eli y un ordenador. El instrumento utilizado fue la entrevista en profundidad utilizando la metodología caso control. No se utilizó una guía de entrevistas con el fin de que la paciente pudiera expresarse con libertad y no se sintiera controlada, pero sí se estableció un guión con temas que habían surgido en su cuaderno. Previamente se dio lectura a los cuadernos de pensamientos donde Eli escribe a modo de diario y anota aquello que le apetece de forma libre.

El análisis de los resultados se realizó tomando como referencia el método de análisis narrativo de Gee, 1991 y Riessman, 1993, de acuerdo con la organización de la narrativa por temas y la interconexión de éstos.

El escenario utilizado fue un consultorio médico que permitió la conversación privada. Se estableció contacto con la persona entrevistada en un centro psiquiátrico, y se le expuso el proyecto de investigación —aclarando los alcances y limitaciones de éste— así como el uso que se daría de la información que se obtuviera del mismo (incluyendo el permiso de publicación). Se requirió la cesión de los cuadernos de escritura y la realización de una entrevista en profundidad, una vez por semana, de aproximadamente noventa minutos de duración.

## LA NARRATIVA: ANÁLISIS

Esta investigación se ha centrado en descubrir conexiones inconscientes sobre los acontecimientos quebrantadores de la vida de Eli. La significación relativa de los acontecimientos se

ha convertido en el resultado de la experiencia que ha alterado de forma fundamental su biografía prevista. Se ha pretendido conocer la identidad que se acerca como “lucha performativa sobre los significados de su experiencia” (Langellier, 2001). El análisis narrativo ha tomado como objeto de la investigación la historia de Eli en sí mismo. El objetivo es poner de relieve, a través del análisis de la narrativa, la experiencia del padecimiento de vivir con una patología llamada TLP. El acercamiento no ha asumido objetividad sino que, en su lugar, ha asumido los privilegios del posicionamiento y de la subjetividad.

Es un estudio centrado en un caso que no pretende ser un análisis etnolingüístico, sino un análisis narrativo para conocer los significados hablados y escritos de Eli. Ha pretendido, en primer lugar, adentrarse en el mundo de la paciente a través de sus cuadernos de pensamientos, en su vivir, en la pérdida de su salud, en sus síntomas, signos y símbolos; en definitiva, en sus momentos claves, con el objetivo de poder construir la narrativa desde su verdad e intentar entender los significados que da a cada componente de su historia. En segundo lugar, ha pretendido leer y oír los nudos que le hacen sufrir y que pueden frenar la evolución de su experiencia. En tercer lugar, ha pretendido apreciar su experiencia vital y de sufrimiento con su narrativa escrita y hablada. Y por último, Organizar la narrativa por temas (Gee 1991; Michaels, 1981; Riessman, 1987) y ver como están interconectados.

El mundo de Eli se inicia en 1977 en Quito (Ecuador), tercera de cuatro hermanas dice que supera con algún esfuerzo tener que resignar sus infantiles sueños de convertirse en médica. En el 2000 termina sus estudios de música en la Escuela de Música Nacional de Ecuador. En el año 2002 viaja a España para poder progresar en sus estudios musicales. Tras varios meses “vagando por Madrid”, establece, desde principios de 2003, su residencia en la ciudad de Barcelona.



*Tengo TLP diagnosticado desde hace 2 años, ahora tengo 30. Tengo un trabajo estable y, bien remunerado, me encanta lo que hago, vivir de mi música me permite vivir de forma independiente. ..Estoy en tratamiento médico y psicoterapia continuo desde los 28 años, empecé con problemas a la edad de 21 años... Ya a los 13 años, en la época de cambio del colegio al instituto, en esa época empecé a volverme pasota, irrespetuosa, violenta, ¡como no! las drogas aparecieron en mi vida. Empecé primero por el alcohol y después continué con algún porro para tranquilizarme y alguna vez que estaba de bajón u poquito de polvos... Desde pequeña he sido muy promiscua sexualmente, nunca he podido tener amigos duraderos porque, ¿soy o era? tremendamente susceptible... Mi capacidad de aburrimiento era total, mis sueños se van desvaneciendo, lo dejo todo a la mitad; trabajo, estudios, relaciones... Mi ira iba contra el rechazo que tengo de la gente sobretodo de las mujeres, y por mi inutilidad para mantener ilusiones... Podría alargarme con mi historial de ideas repetidas de suicidio, que en realidad era una llamada de atención y de amor... En resumen: pareja inestable, abandono personal, ideas de suicidio, incluso miedo a recaer en esa etapa de ganas de descansar, de acabar con mi vida. Descontrol con la comida, dinero y sexo. Ideas delirantes y alucinaciones en momentos de ansiedad alta... ¿Habré aprendido a vivir con TLP y ahora soy tan necia que soy incapaz en muchos momentos de controlar los impulsos, la inestabilidad de ánimo, los brotes psicóticos y la depresión? (Textos seleccionados de los cuadernos de Eli).*

En este texto, se percibe una narración escrita con mucho coraje, tristeza, sufrimiento, soledad y dolor. Tras el análisis de sus dos cuadernos y 540 minutos de entrevista, se puede apreciar siete grandes temas que están estrechamente unidos e interconectados: la familia y su país de origen, la diferencia desde la nacionalidad, la libertad, la locura, el poder y la auto-ridad, el amor y relación de pareja y las drogas.

Uno de los grandes temas, yuxtapuesto al de su país de origen, es el de su familia. Sobre-

todo lo concerniente a la figura de su madre y su padre. Hablar de la madre es hablar de las características que la conforman de manera simbiótica. Existe una sobrepresencia, aun estando en la distancia, que no permite el manejo de la ausencia. En cambio, cuando se refiere a su padre lo asocia con “costumbres muy latinas”: “lo que se debe hacer” y “lo que no se debe hacer” de acuerdo con sus hábitos, valores e ideas y los une a la añoranza de elementos característicos de su país.

Se analiza y aparece otro tema, el hecho de la diferencia, ya sea por su origen étnico, color de piel, religión, lengua, nacionalidad, costumbres, preferencia sexual, estética, ritmos, valores o hábitos. Le preocupa que por ser “diferente” no se le otorgue reconocimiento y aceptación completa e incondicional con todos los derechos y deberes, para convivir en una “simbiosis de culturas” que permita hablar de multiculturalidad como se hace con cualquier otro blanqueto.

La libertad la entiende como una elección ante una o más alternativas de acción, en base a criterios que tienen que ser elaborados, tales como: ponerse un par de bambas: “un bamba roja y otra bamba amarilla” o la inscripción a “mil cursos que nunca voy a terminar, sé que no los acabaré nunca pero me apunto”. Reivindica la libertad de actuar de manera autónoma, la posibilidad de una elección y el compromiso con una decisión: “elijo: elegir”. Este compromiso se refiere a la responsabilidad que se configura no sólo por los condicionantes prácticos, sino también frente a ellos. Su libertad es sinónimo de determinación, de posición activa frente al mundo.

El cuarto tema podríamos resumirlo con la idea de Henry Ey: “si no hay libertad humana no puede haber locura”. Por tanto, la libertad la conecta con un nuevo tema: la locura en la medida que son los dilemas morales los que ponen en juego su ejercicio espontáneo. La constricción de la libertad se encuentra en la



base de su locura: “loca de atar”. Las dudas referidas a los propios derechos y a la legitimidad de su ser, sus conflictos relacionales, sus sentimientos de obligación, de temor a traicionar, a que le sean infiel y a serlo y de no complacer a los demás, se convierten con frecuencia en un freno a su proyección en el mundo.

Entrelaza la libertad y la capacidad de elección con el poder, con la autoridad. Consciente de esta autoridad, va conformándose su personalidad, y su posición o rol social. Ella rechaza la autoridad y lo impuesto, reclama la individuación y la consecución de la propia autonomía. Habla del poder: desde el que “ejerce la Iglesia” pasando por el de los gobiernos y el de la familia, sobretodo asociado a la figura de su padre. Padre que vive como autoritario, con poca presencia física, que cuando ejerce su papel paternal produce miedo en ella y siente que su padre pasa de ser un “papito” con autoridad al dictador más cruel.

La aparición del amor representa para ella una experiencia trascendental. El enamoramiento le arrebató hacia la fusión no hacia la individuación. Si encuentra la mirada del otro se siente reconocida como persona única y al mismo tiempo siente deseos de confundirse con el otro. El amor le lleva a percibir al otro, a acoger sus deseos más insignificantes, a recubrir de belleza su persona, sus palabras, todos sus gestos. Descubre el sentido de su experiencia en ser para el otro: “quiero tenerte para encontrarte, quiere tenerte para encontrarme”.

Mostrándose a veces cariñosa, y otras hostil e ingobernable, es capaz de aceptar ciertas circunstancias para no perder el amor o la estima del ser querido. Se aprecia una dificultad para establecer relaciones íntimas y afectivamente estables. Frente a la sensación de estar condenada a la soledad emocional, busca que los contactos con los otros sean más fluidos. Necesita amor pero no logra confiar ni sentirse amada, lo que alimenta el círculo de su sufrimiento.

No maquilla la desesperación tras las rupturas amorosas. Si se siente sola y con ganas de amor, es cuando su “cama huele un poco a todos los tíos con lo que me he acostado”. Su vacío es grande y sabe que no se aliviará con amor. En sus relaciones busca la seguridad edípica. No le sirve ninguna pareja puesto que no le puede regalar la fuerza, consuelo y estímulo afectuoso igual que lo haría una madre. Ni el otro le puede dar lo que ella necesita.

Debe hacer frente a problemáticas y dilemas que vienen de los conflictos entre deseos y obligaciones, necesidades y prohibiciones, expectativas y fracasos, pérdidas de diferentes grados de libertad (espontaneidad, elección, decisión), condicionamientos internos y externos que se establecen como un obstáculo en el camino hacia la estabilidad de su mundo.

En el momento que ha sufrido mucho, cuando el dolor le ocupa casi toda la capacidad afectiva, la droga viene a darle alivio, obtura su angustia, llena el vacío que produce el excesivo malestar con el que convive.

El arte de la escritura cobra su valor, en el caso de Eli, como un proceso creativo que puede ayudar de manera significativa a canalizar tendencias destructivas. Es el medio del que se vale para dejar asentada su identidad. Su manifestación escrita suele tener la cuota necesaria de energía para transmitir un reclamo o una exigencia. Puede ser su recurso más accesible para contar los pesares que le abruman en un momento crítico. Al escribir incita fácilmente la proyección de componentes emocionales, aun cuando el contenido no esté necesariamente sujeto a un área afectiva. Se le activa un proceso donde pone en funcionamiento su imaginación, una cualidad propia del pensamiento creativo y alternativa a la función racional.

En su modo de operar se puede apreciar que escribir como escribe le ayuda a la reflexión que le sirve de base para la expansión de



su conciencia. Conecta con esta conciencia para transformar su mundo, el mundo.

Habla en primera persona, por ella misma, sin extrapolarlo a lo que le ocurre a los demás. Se responsabiliza de sus acciones y decisiones. Sensible y lábil y con dificultad de integrar matices: amor y odio, euforia y depresión, ingenuidad y desconfianza, todo o nada. Se siente abrumada por mil intensas y contrapuestas emociones. El miedo, la culpa y la rabia están arraigadas en su corazón. No sabe amar ni sentirse amada, se siente vacía y sola, siente que no se adapta socialmente, tiene conductas autodestructivas. Está en la búsqueda de un sitio donde sienta que encaja, en la búsqueda de su identidad.

Es una “nómada” que no puede asentarse en ninguna región y vive en el permanente litigio. Le está vedado asentarse en un lugar. Su frontera es la de no territorio, “náufraga”, “extranjera”, “condenada a vagar”, a transitar, impedida de poder aposentarse en un lugar con una cierta paz.

## 5. CONCLUSIONES

Los profesionales de la enfermería no atienden casos, ni enfermedades, ni trastornos, sino seres humanos particulares, complejos, no reductibles a ningún diagnóstico. Todo caso es extraordinario porque todo sujeto es único, irreplicable. Se pretende escuchar a esta persona, a ese ser humano concreto, a su malestar, partiendo de la premisa de que es un caso excepcional porque es un individuo particular, al que no podremos abarcar con ningún diagnóstico, por más categorías que creemos.

Desde enfermería se tiene la posibilidad de acercarse a la mirada de la persona que tiene TLP, a su experiencia, a su vivencia, a sus creencias y sus valores. Desde este posicionamiento no es necesario discriminar entre lo normal y lo patológico. No interesa la universalidad sino la particularidad de cada persona que lo sufre.

TLP es, con toda seguridad, el concepto más desafortunado para denominar este trastorno. La denominación “límite” (*borderline*) es secuela histórica de cuando este trastorno se consideraba fronterizo entre la psicosis y la neurosis. En la clasificación CIE 10 se le denomina *trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad*, más descriptivo de lo que en realidad es este trastorno. Existen otras propuestas o denominaciones como son : trastorno global de la personalidad, trastorno generalizado de la personalidad, trastorno mórbido de la personalidad o trastorno deteriorante de la personalidad.

Si el diagnóstico de TLP sirvió en su momento a Eli para nombrar su malestar y dejar de sentirse un bicho raro, la puesta en cuestión de ese mismo diagnóstico le ha permitido dejar de verse a sí misma como un caso, como una enferma, para comenzar a considerarse una persona con dificultades psicológicas, siendo este el primer paso para hacerse responsable de su actitud en la vida y de los problemas que esta actitud le produce. Permanece atada a una imagen ya formada de sí misma; puede que con el tiempo llegue a acompañarla, o puede que tenga que seguir sola en este camino.

A través de narrar o escribir lo que le sucede y su posterior análisis, es cuando se puede encontrar una causa que ordene su situación; para reducir su culpabilización, designada ahora como enferma, padeciendo de una enfermedad reconocida por la ciencia; para reconocerla como un ser humano con un trastorno mental y no como una simple víctima de la familia, sus parejas, sus amigos, de la sociedad. Sin encerrar a la “enferma” en su enfermedad, desconociendo así sus pensamientos, preferencias, deseos, reivindicaciones, que dejan de ser los suyos para ser considerados efectos de su enfermedad.

Como dice Foucault, cada época histórica ha desarrollado sus propias patologías menta-



les. ¿No será el TLP, y en general los trastornos narcisistas, por complejas causas sociales y psicológicas, un mal característico del tiempo que nos toca vivir? No se pretende su negación, todo lo contrario, la existencia de patologías individuales y diagnósticos que permiten agruparlos y orientar, a condición de que estos diagnósticos no sean compartimentos estancos en los que encerrar a los pacientes y que estemos siempre abiertos a los cambios que se produzcan a lo largo de su tratamiento.

## 6. EPÍLOGO

El campo del análisis narrativo se está moviendo rápidamente y ninguna revisión puede ser completa y resumir los muchos tipos de trabajo que son evidentes hoy.

Los métodos no son apropiados para los estudios de una gran cantidad de temas sin nombre. El acercamiento es lento y cuidadoso, requiriendo la atención a la delicadeza: matices del discurso, de la organización de una respuesta, de relaciones entre el investigador y de contextos sociales e históricos del tema.

El análisis narrativo es un acercamiento, no una panacea, conveniente para algunas situaciones, no otras. Permite el estudio sistemático de la experiencia y de los significados personales. El acercamiento permite a los investigadores estudiar “el activo, uno mismo formando la calidad del pensamiento humano, la energía de las

historias que se crean y las nuevas formas de manera de identidad personal”, (Hinchman e Hinchman, 1997).

Las narrativas son un género particularmente significativo para representar y analizar la identidad en sus modos múltiples, en los diversos contextos.

El contar y escribir una historia una y otra vez es necesario para que el paciente pueda ir deshaciendo ese ovillo que es su experiencia. Escribir y contar es salir de uno mismo y ser testigo de la propia experiencia. Desde la distancia el paciente puede empezar a encontrar sentido e imaginar nuevas posibilidades de vida u opciones de convivencia con su nueva situación. Lo que dice o escribe y cómo lo dice o escribe contiene el marco.

Las narrativas personales proporcionan ventanas en las vidas que enfrentan los apremios de circunstancias. La atención a las narrativas personales en entrevistas abre los espacios divagadores para nuevos temas de la investigación en enfermería y otras profesiones del ámbito sociosanitario.

### Contacto:

Elena Álvarez Girón  
C/ Chafarinas 1 4<sup>a</sup> I<sup>a</sup>. 08033 BARCELONA.  
Tfnos: 607 155 715; 93 276 27 36.  
elenagolance@hotmail.com



---

## BIBLIOGRAFÍA

- Arriero, G. (2004). *Estudios y diálogos sobre la identidad personal*. Las Palmas: Cop.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, Language and Possibilities: A Postmodern Approach to Therapy*. New York: Basic Books.
- APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995].
- APA. (2001) *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association. [Guía Clínica para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. Barcelona, Psiquiatría Editores, S.L., 2002].
- APA. (2002). *Guía Clínica para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad*. Barcelona: Ars Médica.
- Austin, J.L. (1982). *Cómo hacer las cosas con palabras*. Barcelona: Paidós.
- Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohé Editores.



- Barthes, R. (1973). *El placer del texto*. Barcelona: Ed. Buenos Aires.
- Benner, P. (1994). *Interpretive phenomenology: embodiment, caring, and ethics in health and illness*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Bruner, J. (1988). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.
- Charon, R. (2006). *Narrativas del Enfermo*. Culturas, La Vanguardia, 28 de junio 2006.
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press.
- Ey, H., Bernard, P., Brisset, CH. (1974). *Tratado de psiquiatría*. 6ta. Ed. Barcelona: Toray.
- Freud, S. *Duelo y melancolía*. BN (9 vols.), 6, págs. 2091-100. Traducción de Luis López-Ballesteros. <http://www.librosgratisweb.com/pdf/freud-sigmund/duelo-y-melancolia.pdf> (20/10/2007).
- Foucault, M. (1985). *Herculine Barbin llamada Alexina B.* en *El sexo verdadero*, selección de Antonio Serrano. Madrid: Revolución.
- Foucault, M. (1991). *Tecnologías del yo (y otros textos afines)*. Barcelona: Paidós.
- Gee, J.P. (1986). Units in the Production of Narrative Discourse. *Discourse Processes* 9: 391–422.
- Gee, J.P. (1991). "A Linguistic Approach to Narrative" *Journal of Narrative and Life History* 1: 15–39.
- Gergen, K. (1994). *Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Hinchman, L.P. and S.K. Hinchman. (1997). *Memory, Identity, Community: The Idea of Narrative in the Human Sciences*. Albany: State Univ. of N.Y. Press.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, Conn. Yale University Press, 1984.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
- Laplanche-Pontalis (1974). *Diccionario de Psicoanálisis*. España: Ed Labor.
- Mahler, M. y otros. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Ed Paidós.
- Mahler, M. y otros. (1977). *Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Ed Paidós.
- Mattia J.L., Zimmerman M. (2001). *Epidemiology*. A Livesley W.J., *Handbook of personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Michaels, S. (1981). Sharing Time: Children's Narrative Styles and Differential Access to Literacy. *Language and Society* 10: 423–442.
- Mishler, E.G. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Langellier, K. (2001). *You're Marked: Breast Cancer, Tattoo and the Narrative Performance of Identity*. In *Narrative and Identity: Studies in Autobiography, Self, and Culture*. Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins.
- OMS, IPDE. (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Meditor.
- Pennebaker, J.W. (1990). Opening up: the healing power of confiding in others. N.Y. William Morrow. Edición castellana: *El arte de confiar en los demás*. Alianza Editorial. 1994.
- Pennebaker, J.W. (1995). *Emotion, disclosure and health*. American Psychological Association. Washington: DC.
- Pennebaker, J.W. (2004). *Writing to Heal. A guided journal for recovering from trauma and emotional upheaval*. New Harbinger: Publications, Inc.
- Pennebaker, J.W. y Seagal, J. D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1243–1254.
- Riessman, C.K. (1987). When Gender is not Enough: Women Interviewing Women. *Gender and Society* 1: 172–207.
- Riessman, C.K. (1993). *Narrative Analysis. Qualitative Research Methods Series*, No. 30. Newbury Park, CA: Sage.
- Riessman, C.K. (2000). *Even if we don't have children [we] can live: Stigma and Infertility in South India*. In *Narrative and Cultural Construction of Illness and Healing*. Univ. of California Press: Ed C. Mattingly and L. C. Garro.
- Stern, A. (2002). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal Q* 1938,7:467–489.
- Sontag, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas: El sida y sus metáforas*. Punto de Lectura.
- Stone, M.H. (1980). *The borderline syndromes*. Nueva York: McGraw–Hill.
- Stone, M.H. (1994). *The borderline syndromes*. Nueva York: McGraw–Hill.
- Taylor, S.J. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Valverde, C. (2005). ¿Quién está escuchando? La narrativa del paciente, caos y cronicidad. *Aten Primaria*. 36(3):159–161.
- Valverde, C. (2006). El médico y el paciente como exploradores en una geografía de historias emergentes: hacia un nuevo paradigma clínico para las enfermedades crónicas. *Norte de Salud Mental*, 2006. n° 25: 77–81.
- Valverde, C. (2006). Historias que cuentan: Experiencia de la enfermedad. Culturas, *La Vanguardia*, 28 de junio 2006.
- Valverde, C. (2007). Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería. *Norte de Salud Mental*, 2007. n° 28: 8–15.
- Valverde, C. (2007). *Comunicación terapéutica en enfermería*. Madrid: Dae.
- White, M. & Epstein, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New Cork: Norton.
- Wittgenstein, L. (1977). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Altaza.
- White, M. y Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. (1994). *El hogar nuestro punto de partida*. Buenos Aires: Paidós.



# Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto en una mujer con Arnold–Chiari tipo I

**Patricia Fernández Martín**

Psicóloga Interno Residente  
Hospital de Galdakao. Bizkaia

## Resumen

En este artículo se presenta el estudio de un caso de trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo, en una mujer con diagnóstico Arnold–Chiari tipo I. Se ofrece una propuesta de intervención psicológica de orientación cognitivo–conductual.

Se analizan los problemas expresados a nivel fisiológico, motor y cognitivo, y la relación funcional entre éstos y la manifestación del trastorno. Se exponen asimismo los determinantes y antecedentes de la conducta problema. Como métodos de evaluación se empleó una entrevista de elaboración propia, y los cuestionarios HAD, y BDI y un cuestionario de evaluación conductual diseñado por Raimon Gaija (1993).

La intervención se estructuró en 10 sesiones clínicas de una hora de duración, de periodicidad quincenal. Los resultados evidencian la eficacia de la intervención.

**Palabras clave:** Arnold–Chiari, terapia cognitivo–conductual, terapia de aceptación y compromiso, trastorno adaptativo mixto, terapia psicológica adyudante.

## Introducción

Se presenta el caso de una mujer de 36 años, que cumple los criterios diagnósticos para un Trastorno Adaptativo Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo; el estresante principal es el diagnóstico de Arnold–Chiari tipo I.

La paciente convive junto a su pareja desde hace dos años llevando catorce años de relación. Tienen una hija de 22 meses y una sobrina que convive con ellos los fines de semana.

Es la pequeña de siete hermanos, con su padre mantiene buena relación. A su madre la

describe como una mujer rígida y autoritaria y exigente con la que se siente incomprendida.

Ha trabajado en diversos trabajos que le han exigido gran esfuerzo físico: operaria arreglando grúas, en cadenas de pinturas y en una empresa hidráulica.

A los 32 años, tuvo un accidente de tráfico que le paralizó el brazo derecho y le produjo un golpe intenso en el esternón. Fue el desencadenante del comienzo de su enfermedad, ya que empezó a sufrir intensos dolores muscula-



res que le obligaron a acudir a su médico de cabecera reiteradamente hasta que se consiguió tras 2 años de insistencia, a través de una resonancia, confirmar el diagnóstico de enfermedad Chiari tipo I.

La malformación de Chiari consiste en un desplazamiento hacia debajo de la porción caudal del cerebelo y, a veces, del tronco cerebral cerebral, que se encuentran situados por debajo del foramen magno.

La causa exacta de la malformación Chiari es desconocida. Chiari las clasificó en cuatro tipos: en el caso de la paciente están descendidas las amígdalas cerebelosas.

La cirugía está indicada en casos sintomáticos, especialmente como en el caso de la paciente, si hay deterioro clínico o el paciente presenta síntomas invalidantes. El índice de éxito oscila entre 50–85%.

Entre estos pacientes es común un peregrinaje por psicólogos y psiquiatras al tener un cuadro tan poco evidente y que muchas veces se confunde. Los síntomas experimentado por la paciente fueron: dolor de cabeza, fatiga, torpeza general, presión en el cuello, pérdida de libido, disfunción en habilidades motoras, dolor de espalda, presión en los oídos, náuseas... El síndrome está poco reconocido, con un retraso en el diagnóstico de alrededor de cinco años tras la aparición de síntomas.

La paciente fue sometida a cuatro operaciones quirúrgicas, debido a complicaciones en el post-operatorio, con necrosis que obligó a injerto de piel de pierna en el cráneo. Su alta hospitalaria fue dada a los 3 meses, siendo la evolución confusa debido a la desinformación y la no desaparición de síntomas iniciales. Actualmente tiene como secuelas calvicie y cicatrices externas en el cráneo que le obligan a llevar peluca.

Es derivada por el servicio de neurocirugía de su hospital de referencia. Como motivo de

consulta la paciente expresa su deseo de recuperar el “control de su vida” y las “ganas de vivir”. Contempla las sesiones como un espacio donde expresar emociones, cambiar la forma de percibir y aceptar su enfermedad recuperando a la vez actividades que ha dejado de hacer.

Muestra alta motivación desde el inicio, su contacto es adecuado definiéndose como mujer optimista, alegre, comunicativa con discurso coherente. Cuenta con apoyo social y familiar adecuado. Las quejas que trae a consulta son: dificultades para aceptar y asumir la enfermedad, estado de ánimo bajo, episodios de llanto incontrolados, sobreingesta e hipersomnia.

La terapia se ha basado en el esquema de la Terapia Psicológica Adyudante, modelo propuesto por Moreey y Creer en 1989, como programa cognitivo-conductual que adapta la Terapia Cognitiva de Beck a la intervención psicológica de personas con cáncer. Elegimos este modelo por ser una terapia comprobada, estructurada, breve, focalizada en el problema y participativa.

## METODO

### 1. Análisis de los problemas:

En el proceso de evaluación se detectan una serie de conductas problema en los tres sistemas de respuesta, que se describen a continuación.

A nivel fisiológico, la paciente refiere hipersomnia (llega a dormir 14 horas), irritabilidad, cambios de humor, llanto incontrolado, pérdida de deseo sexual y tensión muscular. Como síntomas físicos asociados a la enfermedad aparecen fatiga, dolor intenso, parestesias, cansancio, hormigueo constante y dolores musculares.

A nivel motor se han generalizado conductas de evitación de situaciones sociales: no va a la piscina por vergüenza a cambiarse en el ves-



tuario; menos interés en el contacto social. Ha habido un gran descenso del nivel de actividad, no sólo ha dejado toda actividad distractora, social, sino que tampoco lleva a cabo sus obligaciones en el hogar por sus evidentes limitaciones físicas. Necesita ayuda externa y está pendiente de incapacidad absoluta.

A nivel cognitivo, hay que resaltar la indefensión, incontrollabilidad e incertidumbre que genera en la paciente la situación que está viviendo. Los sentimientos de indefensión afloran por lo inesperado de los diagnósticos y el peregrinaje previo al diagnóstico de la enfermedad. Esto genera sentimientos de vulnerabilidad, pensamientos catastrofistas que se expresan también a nivel fisiológico y motor. La incertidumbre se genera ante la imposibilidad de predecir los acontecimientos y la falta de información respecto a su pronóstico (¿qué puedo y no puedo hacer...?)

Entre las distorsiones cognitivas, resalta la idea interiorizada de que ha de ser competente y saber resolver todo si quiere considerarse necesaria y útil. Le ha podido influir la alta exigencia por parte de la madre que no entiende ni respeta su enfermedad obligándole a cumplir con tareas de hogar cada vez que la paciente visita su casa.

Aparecen frecuentes pensamientos de inutilidad cada vez que se muestra incapaz de realizar algo que solía hacer o cuando no logra “disfrutar de la vida” como hacía antes.

Muestra un bajo nivel de autoestima, relacionado principalmente con el gran descenso en su nivel de actividad, que la priva de toda actividad gratificante. Hay una dificultad para asumir su nueva imagen, debido a la calvicie y cicatrices externas en cráneo. Esto ha contribuido al descenso en su nivel de autoestima.

## 2. Determinantes:

Como estímulos antecedentes externos, el ingreso prolongado de tres meses tras cuatro

operaciones, la ausencia de información en cuanto al pronóstico y sobre todo que los síntomas no hayan desaparecido tras la intervención y sigan siendo tan invalidantes.

Como estímulos antecedentes internos, aparecen la alta autoexigencia o la falta de entendimiento por parte de su madre y la inutilidad y frustración a la hora de desenvolverse en una amplia variedad de tareas.

## 3. Evaluación:

Se administraron tres cuestionarios: La Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el cuestionario de evaluación conductual de Raimon Gaija.

En la adaptación española del HAD la paciente obtuvo una puntuación de 8 en escala de ansiedad, y de 12 en la de depresión, que son criterio para la consideración de caso clínico en ambos cuadros.

La versión española del inventario de Depresión de Beck (BDI) sitúa la paciente en el rango de depresión moderada (puntuación de 27).

Los datos obtenidos confirman el diagnóstico de Trastorno Adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, en base al cual se estructura la terapia.

## 4. Análisis funcional y objetivos:

Como hipótesis de origen se plantea que el diagnóstico de Arnold-Chiari, la ausencia de información sobre el pronóstico, la falta de entendimiento por parte de su madre, han confluído en una situación que la paciente vive con incertidumbre, indefensión y ausencia de control, dando origen al trastorno y expresándose con sintomatología ansiosa y depresiva.

Las consecuencias se aprecian en los tres niveles de respuesta: en el motor con conductas de evitación y descenso en el nivel de acti-



vidad; en el fisiológico, con la confluencia del efecto de las cirugías, con las reacciones de llanto, hipersomnia, tensión muscular y fatiga; y en el cognitivo, influido por la presencia de distorsiones cognitivas y pensamientos negativos. Estos efectos en el triple sistema de respuesta conducen a un aumento de los síntomas depresivos y ansiosos, así como un descenso en los niveles de autoestima. Todo ello retroalimenta el cuadro de incertidumbre, indefensión e incontrolabilidad.

Se establecieron como objetivos generales de la intervención psicológica adquirir un modo de afrontamiento efectivo a su situación, mejorar el estado de ánimo y disminuir la ansiedad; en suma, recuperar los niveles de funcionamiento previos.

Los objetivos específicos que nos planteamos fueron:

- Aumentar el nivel de actividad mediante una planificación de actividades placenteras.
- Mejorar la calidad del sueño a través de técnicas higiene del sueño.
- Reducir ansiedad y frenar la hiperfagia con el empleo de técnicas de relajación.
- Mejorar conductas de evitación y adquirir habilidades de afrontamiento mediante reestructuración cognitiva.
- Aceptar nueva imagen física para mejorar autoestima.
- Técnica de ventilación de sentimientos que ayuden a expresar y comunicar mejor sus problemas.
- Aumentar el nivel de información debido a la desinformación y el sentimiento de soledad para compartir experiencias de su enfermedad junto a los profesionales médicos.

## **5. Planificación de la intervención psicológica:**

A continuación se describe las técnicas terapéuticas utilizadas con la paciente y los resultados obtenidos con el empleo de cada una de ellas.

### **5.1 Planificación de actividades:**

Desde el inicio de las consultas planteó como objetivo primordial “poder activarse en la medida que las limitaciones físicas se lo permitieran” ya que “le duele no se autosuficiente”.

Se elaboró un listado de actividades pasadas, presentes y futuras, con especificación del costo conductual actual y nivel de refuerzo pasado o potencial y plan de actividades semanal. Las actividades escogidas fueron: ir a la piscina, andar, leer un libro, apuntarse a talleres, ver películas...

Se comienza a planificar situaciones de exposición semanales y la cumplimentación de un autorregistro: situación, emoción, pensamiento y conducta; su finalidad era identificar las características diferenciales en los días en los que su estado de ánimo era superior.

### **5.2 Ventilación de sentimientos:**

Se empleó esta técnica con el fin de favorecer la liberación de sentimientos y desahogar las emociones contenidas.

Se consiguió a través de la escucha empática y sin pronunciar juicios de valor, intentando generalizar esta técnica a su realidad cotidiana.

### **5.3 Higiene del sueño:**

Se propuso tres medidas de control estimular: uso de despertador para levantarse a una hora fija, eliminación de períodos de somnolencia diurna, establecimiento de una rutina para acostarse a una hora fija.

No alcanzamos los objetivos fijados ya que la paciente necesitaba dormir para “estar de buen humor y evitar el cansancio que la superaba”.

### **5.4 Técnicas de relajación:**

El objetivo era reducir la activación fisiológica. Aplicamos la relajación progresiva de Jacobson, explicando y demostrando la técnica en una sesión. Se le animó a practicarla diariamente.



te una vez al día antes de acostarse. A la vez se le instruyó en la respiración diafragmática y se añadió escenas de visualización de escenas relajantes.

Cumplió con las indicaciones y se redujo eficazmente el nivel de tensión muscular.

### 5.5 Psicoeducación:

Se le animó a buscar información fiable en páginas web sobre los síntomas y indicaciones de su enfermedad. Se le puso en contacto con asociación de enfermos y familiares de Arnold-Chiari.

Se intentó ayudar a resolver temas burocráticos: acudir al abogado, logro de la incapacidad absoluta, preparar visita al tribunal médico.

Debido a la evidente desinformación, se le animó del mismo modo a solicitar información al médico de referencia.

### 5.6 Terapia cognitiva:

Se explicó el modelo cognitivo de Beck en una sesión, utilizando como ejemplos sus pensamientos automáticos negativos: “mi vida no vale la pena”; “nada tiene sentido”... Se incluyó dos columnas para la consiguiente discusión cognitiva que pudiera favorecer la generación de cogniciones alternativas, buscando una nueva interpretación en términos flexibles y realistas y cuestionando la validez de los pensamientos negativos automáticos.

## RESULTADOS:

De un modo cualitativo se observaron cambios en el triple sistema de respuesta:

### –nivel fisiológico:

- Mejoría de su nivel de ansiedad, irritabilidad y manifestaciones.
- Llanto más controlado, e incluso con elección de un espacio y tiempo específicos para llorar.
- Reducción de la tensión muscular y mejor manejo del dolor y fatiga crónica.

- Se mantiene la hipersomnia y sobreingesta; la recuperación del deseo sexual está siendo gradual.

### –nivel motor:

- Mejora en las conductas de evitación social: ha conseguido ir a la piscina; relacionarse mejor.
- Ha mejorado la ansiedad social que antes atribuía a la peluca.
- Ha desaparecido la agitación.

### –nivel cognitivo:

- Mejoría en disminución de pensamientos de inutilidad e incompetencia.
- Nivel más adaptativo en pensamiento catastrófico.

## DISCUSION:

A la vista de los resultados, la intervención psicológica de orientación cognitivo-conductual que se ha planteado, ha resultado eficaz en el caso de esta paciente con trastornos adaptativo mixto. Se ha llevado a cabo una intervención basada en una psicoterapia de comprobada eficacia, la TPA, aunque combinando sus elementos en función de las necesidades de la paciente.

La TPA tiene como características ser estructurada, breve, estar focalizada en el problema y ser participativa. Hace uso de la tareas para casa y emplea una variedad de técnicas de tratamiento: conductuales, como la relajación, las tareas graduadas y la planificación de actividades; técnicas cognitivas, como el registro de pensamientos automáticos, estrategias cognitivas de afrontamiento y reestructuración cognitiva; así como métodos no directivos como la ventilación de sentimientos que se empleó a lo largo de toda la terapia.

En el buen desarrollo de la intervención hay que mencionar la importancia del alto grado de motivación, implicación y participación de la paciente en la terapia. También el sólido apoyo



familiar y social contribuyó al progreso de la terapia. Su marido se mostró especialmente comprensivo durante el proceso y contó con el cariño incondicional de sus hijas, especialmente valorado por ella.

Considero que el empleo de estrategias terapéuticas derivadas de la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) podría ser un complemento necesario y útil para la intervención psicológica con estos pacientes. Esta terapia nace dentro de las terapias contextuales o terapias de conducta de tercera generación. Se trata de un sistema clínico orientado al tratamiento de personas que muestran patrones de evitación experiencial destructivo, y se está mostrando útil para las personas cuyo diagnóstico de enfermedad grave se ha convertido en una “barrera” en su vida.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) propone a los clientes de la terapia aceptar y experimentar los eventos privados sin someterlos a un ‘juicio valorativo’, a la vez que les propone perseguir los valores y objetivos relevantes para su vida. Consiguientemente, la ACT no se centra en el cambio de la experiencia privada ni de los síntomas presentados, sino en su aceptación y al mismo tiempo en la orientación de la persona hacia objetivos valiosos a pesar de tal experiencia y demás síntomas.

**Contacto:**

Patricia Fernández Martín  
Servicio de Psiquiatría  
Hospital de Galdakao  
e-mail:

PATRICIA.FERNANDEZMARTIN@osakidetza.net



---

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson; 1995.
2. Vázquez I. *Técnicas de Relajación y Respiración*. Madrid: Editorial Síntesis; 2001.
3. Fernández A, Rodríguez B. *La práctica de Psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao. Desclée de Brouwer; 2001.
4. Caballo VE, editor. *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. 3ª edición. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1995.
5. Olivares J, Méndez FX. *Técnicas de Modificación de Conducta*. 2ª edición. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 1998.
6. Greer S, Moorey S, Baruch JD, Watson M, Robertson BM, Mason A, et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *Br. Med. J.* 1992; 304: 675–80.
7. Morrey S, Greer S. *Psychological Therapy for patients with cancer. A new approach*. Londres: Heinemann Medical Book; 1989.
8. Kelly, Wilson G., Soriano C. *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid. Editorial Pirámide, 2002.



## El Grupo de Psicoterapia Psicoanalítica de Bilbao, GPAB. (1.975–2008) Breve cronología histórica

**J. Karmelo Malda Bikarregi\***

Psiquiatra

CSM Infanto-Juvenil de Comarca Interior. Bizkaia

El GPAB tiene sus orígenes en un grupo de estudiantes de medicina, médicos y psicólogos que en el año 1.975, comienzan a reunirse en torno a la vuelta desde Suiza de unas psiquiatras y psicoterapeutas con formación psicodinámica que generosamente ponen a disposición de los jóvenes colegas que encuentran en Bilbao, sus conocimientos clínicos, teóricos y técnicos inspirados en la teoría psicoanalítica. Son varios años en los que se organizan seminarios, lecturas, grupos de estudio y de supervisión clínica grupal e individual y en los que bajo el trasfondo de profundos cambios políticos y sociales, los facultativos van consolidando una sólida formación psicoterapéutica, complementaria de la que recibieron en la Universidad y en los hospitales psiquiátricos.

En el año 1.976, se organiza por el GPAB, la primera conferencia en el Colegio de Médicos de Bizkaia, impartida por el psiquiatra y psicoanalista de origen argentino Dr. León Grinberg, a la que seguirán a lo largo de los últimos treinta años alrededor de doscientas actividades científicas (Conferencias, Cursos, Jornadas, Mesas Redondas, Seminarios), a las que han

asistido como profesores varios centenares de psiquiatras, psicoterapeutas y psicoanalistas de España (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla), Sudamérica (Argentina, Brasil, Chile, Uruguay, Venezuela), EEUU, y Europa (Francia, Inglaterra, y Suiza).

Durante los años 1977–78–79 gran parte de los MIR de los hospitales psiquiátricos de Bizkaia son miembros del GPAB y colaboran activamente en la denuncia de la situación asilar de la psiquiatría, en nuestra provincia, así como en la huelga y encierro de los MIR en el Colegio de Médicos de Bizkaia durante esos años.

Varios son los miembros del GPAB que participan en la Asamblea y Comisión Representativa de los profesionales de la psiquiatría en Bizkaia del año 1978 y posteriores<sup>1</sup>.

El 6 de Junio de 1.983, el GPAB se constituye como Asociación sin ánimo de lucro con el n° de Registro RPB 1.619. Desde entonces, por orden cronológico han sido presidentes del mismo: Dr. Pedro de Torre Garnica, Dr. J.

\* Psiquiatra. Psicoterapeuta. Jefe del CSM Infanto-Juvenil de la Comarca Interior. Osakidetza (Galdakao-Bizkaia). Vocal de la Junta Directiva del GPAB.

<sup>1</sup> Para quien desee tener mas información de estos acontecimientos, puede consultar el documentado artículo de Oscar Martínez Azumendi en Norte n° 27 / Junio 2007.



Karmelo Malda Bikarregi, Dr. Antonio Guerrero Jiménez, D. Julen Ortiz de Murua, Dr. Salvador Álvarez Leal, Dña. Begoña Tejedor Zubiria, Dña. Marian Moreno Perez, hasta llegar al presidente actual D. Aitor Urieta Guijarro.

En la actualidad el GPAB, reúne a ciento cinco médicos, psiquiatras, psicólogos y profesionales de la Salud Mental de Araba, Bizkaia y Gipuzkoa.

A partir de la década de los 80, diversos profesionales con orígenes en el GPAB, fundan o contribuyen a formar diversos grupos y asociaciones en diversas ramas de la psicoterapia, el psicoanálisis y la psiquiatría en nuestro entorno. Podemos citar entre ellos: Escuela Lacaniana de Psicoanálisis, Consorcio Uribe-Kosta de Salud Mental, Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica Grupal (APAG), Osasun Mentalaren Ikerketarako Ezarkundea (OMIE), Asociación Vasco-Navarra de Terapia Familiar (AVNTF), Sociedad de Estudios Psicosomáticos Ibero-Americana (SEPIA), Asociación para la Promoción de la Salud Mental de Niño y Adolescentes ALTXA, Academia Vasca de Ciencias de la Salud Mental, Osasun Mentalaren Elkartea (OME-AEN), Centro Psicoanalítico del Norte (CPN), etc. De estos profesionales muchos conservan la doble pertenencia asociativa hasta el día de hoy.

Del mismo modo varios de sus miembros han trabajado o trabajan en Hospitales y Centros de Salud Mental de Osakidetza en Araba, Bizkaia y Gipuzkoa y/o en centros y consultas privadas de psiquiatría, psicología, psicoterapia y psicoanálisis.

Entre los que se pueden considerar hitos de la historia del GPAB cabe destacar a los siguientes:

- En noviembre de 1987, finalizado el II Congreso Mundial de Psiquiatría, celebrado en Bilbao, el GPAB organiza en el Colegio de Médicos una Mesa Redonda acerca de la "Psicoterapia de las psicosis" en la que par-

ticipan como ponentes Jorge García Badaracco (APA-Bs. Aires), R. Horacio Etchegoyen (APDEBA-Bs. Aires) – quien posteriormente será Presidente de la IPA, Ramon Ganzaraín (Clínica Menninger-Topeka, en EE.UU), Valentín Barenblitt (APA-Barcelona) y José Guimón (GPAB-Bilbao) siendo moderador J. Karmelo Malda (Presidente GPAB).

- En el año 1.989 aprovechando el desplazamiento desde Buenos Aires a Madrid del Dr. Ángel Garma para recibir de manos del Rey Juan Carlos I, la Gran Cruz de la Orden del Mérito Civil, el GPAB invita le invita a venir a Bilbao, su ciudad de origen, y le prepara un encuentro con el alcalde José María Gorordo en el salón Árabe del Ayuntamiento. Posteriormente, miembros del GPAB le acompañan a reconocer diversos rincones de su Bilbao natal, entre otros la iglesia de San Vicente donde había sido bautizado y le regala una copia de su partida bautismal.
- El 17 de Diciembre de 1.989, el GPAB organiza una cena-homenaje al Dr. Ángel Garma Zubizarreta, ilustre psiquiatra y psicoanalista, (Bilbao, 1904-Buenos Aires, 1.993) en el Hotel Carlton y le nombra miembro de Honor del GPAB dado su mérito como pionero e introductor del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica en la Argentina y en varios países de Latinoamérica. El Dr. Garma, acude con su esposa Betty Goode de Garma, también famosa psicoterapeuta y psicoanalista de niños (Ver foto 1).

Durante el curso 1.989-1.990 el GPAB organiza el primer curso de Teoría Psicoanalítica de varios meses de duración y que es impartido íntegramente por diez miembros del propio Grupo. Lo que da cuenta del crecimiento teórico-clínico de sus asociados. El curso se celebra en el Colegio de Médicos de Bizkaia y en el mismo se inscriben más de 50 profesionales de la salud mental diferentes ámbitos públicos y privados.



**Foto1.** Imagen 1. Sentados o agachados, de izda a dcha.: A. Guerrero, J.K. Malda, I. Amieba, Betty Goode, Ángel Garma, J.M. Erroteta, y Ana Wülle, (esposa de Mariano Bustamante). De pie 2ª fila de izda. a dcha.: M.Zubiri, D. Luna, K. Totorika, I. Usobiaga, J.A. Martín Zurimendi, J.A. Santa Eufemia, A. Arregi, M. Gutiérrez, P.Ortega, M. Belandia, P. Onaindía, J. Ortiz de Murua, M. Moreno, P. Puertas, J. Crawford, J.Mª Gutiérrez, D. Castillo, S. Álvarez.

- Tras el fallecimiento del Dr. Garma en 1.993, su esposa vuelve a Bilbao en febrero de 1.994 para cumplir el último deseo expresado por Ángel: “Que sus cenizas fueran arrojadas en el Abra, en la desembocadura de la ría del Nervión”.
- Aprovechando la estancia entre nosotros de Betty Garma durante esas fechas del año 1.994, el GPAB organiza, como homenaje póstumo a su Miembro de Honor, una Mesa Redonda en el Colegio de Médicos de Bizkaia, destacando diversos aspectos del pensamiento psicoanalítico del Dr. Garma. En ella participan Betty Goode de Garma (APA), Mª Luisa Castillo (APM y GPAB), Jose Ángel Santa Eufemia (APM y GPAB) y J. Kar-melo Malda (APM y GPAB).
- En junio del año 1.995, el GPAB organiza las I Jornadas Internacionales sobre “Anorexia y Bulimia” y desde entonces estos encuentros científicos se vienen celebrando puntualmente cada dos años en el marco del Auditorium de la Universidad de Deusto, habiendo sido las temáticas posteriores: “La Depresión”(1.996), “Las Fobias”(1.998), “La Histeria”(2.000), “Los Sueños”(2002), “Los Trastornos de la Personalidad”(2004), y la “(In)Pertinencia de la Psicoterapia Psicoanalítica en el Siglo XXI”(2.006).



**Foto2.** Mesa Redonda Colegio Médicos Bizkaia. Homenaje A. Garma. Febrero 1.994. De izda. a dcha.: J.A. Santa Eufemia, Betty Goode de Garma, M<sup>a</sup> Luisa Castillo, y J. Karmelo Malda.

- A finales del año 1.995, el GPAB decide nombrar miembro de Honor, a la Dra. M<sup>a</sup> Luisa Castillo Villegas, (Bilbao), por su especial contribución a la creación y consolidación del GPAB y su especial dedicación a lo largo de los años, a la formación de gran cantidad de psicoterapeutas de orientación psicoanalítica en nuestro entorno.
- A finales de la década de los 90, el GPAB decide incorporarse a la corriente de agrupación de las asociaciones de psicoterapia que recorre tanto Europa como el Estado Español, en un intento de crear un estatuto legal para la psicoterapia y el psicoterapeuta. Así, en 1.998 se incorpora a la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) en su sección de Psicoterapia Psicoanalítica. La FEAP integra en la actualidad a más de 50 Asociaciones de Psicoterapia del Estado Español, con un total de unos casi 3.000 psicoterapeutas.
- Un poco más tarde, el GPAB es elegido como la única Asociación reconocida en Euskadi representante de la AEPP (Asociación Española de Psicoterapia Psicoanalítica)

ca) y de la FEPP (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector) que reúne actualmente a más de 13.000 psicoterapeutas psicoanalíticos que trabajan en 22 países de la Comunidad Europea.

- En el año 1.999, la Asamblea del GPAB decide formar una Escuela de Formación en Psicoterapia Psicoanalítica estructurando una formación teórico-clínica de 600 hs. que certifican la posible acreditación como psicoterapeuta ante las Asociaciones de Psicoterapia a las que pertenece en el Estado Español (FEAP y AEPP). Así mismo, actualmente se están iniciando los contactos para que dicha formación sea acreditada por el Sistema Nacional de Salud y por la Escuela de Formación de la AEN.

- A lo largo de estos años, han pasado por la Escuela más de un centenar de médicos, psicólogos, MIR de psiquiatría, PIR y psiquiatras. Las valoraciones que hacen de la Escuela y de sus más de veinte profesores dichos alumnos, es altamente satisfactoria.

La Escuela de Formación, facilita la adquisición de los complejos conocimientos teórico-clínicos necesarios para lograr un sólido desarrollo profesional. El curso de formación de psicoterapeutas de orientación psicoanalítica está concebido como un modo de proporcionar a los profesionales interesados, una formación estructurada y rigurosa en teoría, técnica y psicopatología psicoanalíticas.

- En el XXIII Congreso de la AEN celebrado en Bilbao, entre los días 10-13 de Mayo de 2006, el GPAB participa con el Symposium acerca de "Intervenciones Psicoterapéuticas en la Asistencia Psiquiátrica Ambulatoria" Participan en el mismo: Salvador Álvarez, Karmelo Malda y Koldo Totorika.
- En el mes de enero 2008, el GPAB crea su propia página web<sup>2</sup>.



- Para el año 2008, el GPAB tiene programadas las siguientes actividades:
  - Conferencias de difusión del pensamiento psicoterapéutico-psicoanalítico.
  - El comienzo en octubre 2.008, de la 7ª Promoción (2.008- 2.011) del Curso de Formación en Psicoterapia de Orientación Psicoanalítica.
  - Ha solicitado la participación en el II Congreso Nacional de la FEAP que bajo el título de “Psicoterapia y Multiculturalidad se celebrará en Donostia, los días 7 y 8 de noviembre de 2008. Proponiendo el Symposium “Intervenciones psicoterapéuticas con niños y adolescentes emigrantes”. En el que participarán: Anton Del Olmo, J.K. Malda, Ibone Ruiz de Velasco, Antonio Suarez.
  - Para los días 14 y 15 de Noviembre de este año 2.008 está prevista la organización de las VIII Jornadas Internacionales - XXV Aniversario GPAB: “Psicopatolo-

gía Psicoanalítica: Narciso y Edipo en los escenarios del psiquismo. Historia-Identidad-Alienación”, con la participación de Jacques André (París), Patrick Casement (Londres) y Luis Hornstein (Buenos Aires).

- Se cumplen este año más de treinta años desde los orígenes del GPAB, y XXV desde su inscripción en el registro de Asociaciones, por lo tanto se puede considerar, la Asociación de Psicoterapeutas decana y más consolidada de todo el País Vasco. Esperamos poder seguir creciendo y ocupando un espacio de reflexión y de formación para los jóvenes psicoterapeutas que deseen compartir con nosotros sus inquietudes científicas y sociales. Solo así podremos devolver a la comunidad en la que vivimos, nuestras mejores capacidades destinadas al alivio del sufrimiento mental.

**Contacto:**

Karmelo Malda

[cmalda@smeb.osakidetza.net](mailto:cmalda@smeb.osakidetza.net)





***De locos a enfermos.  
De la psiquiatría del manicomio  
a la salud mental comunitaria***

**Autor: Manuel Desviat**

Edita: Ayto. de Leganés/Legacom Comunicación.  
ISBN: 978-84-9306161-8-5.  
223 págs.

No podía ser más descriptivo el título de este libro que refleja detalladamente el proceso de desinstitucionalización del hospital psiquiátrico de Leganés y la reforma en la atención a la salud mental en el sur metropolitano de Madrid.

Un recorrido histórico desde la inauguración del Hospital de Dementes o Casa de Salud de Sta. Isabel en 1851 hasta el desarrollo de nuevos recursos y múltiples iniciativas propias de un modelo de salud mental comunitaria impulsadas desde el actual Instituto de Salud Mental José Germain. Eso sí, el libro, escrito en 2007, no refleja la actual crisis tras las destituciones en estos últimos meses pretendiendo desde instancias gubernamentales volver a un modelo diferente de la sanidad, volver al modelo manicomial.

Ya en los años ochenta se vislumbraba un proceso a la reforma de la asistencia a la enfermedad mental. Tiempos aquellos del Reseau de

Alternativas a la Psiquiatría. Tiempos donde había mayor sensibilidad social, reivindicación de más y mejores servicios sanitarios y sociales públicos, mayor receptividad política hacia la reforma de los servicios de salud de cobertura universal y, en este caso, un amplio equipo de profesionales motivados para impulsar el cambio. Se pasó del servicio de psiquiatría (tras los muros del manicomio y en algunas consultas de neuropsiquiatría) a los servicios de salud mental con una amplia red de recursos, hospitalarios o extrahospitalarios, integrados y coordinados con otros dispositivos y programas.

Si Leganés, lugar de ubicación del hospital psiquiátrico, fue famoso por su manicomio, después lo ha sido por su reforma, por la demolición de los muros de los viejos edificios, conocido y admirado nacional e internacionalmente por el proceso de desinstitucionalización y por la creación de los nuevos servicios comunitarios, con un plan de reforma, modelo de organización y ordenación de los servicios de salud mental e incluso favoreciendo planes urbanísticos municipales pues donde antes existieron unas huertas después hubo un jardín municipal y hoy una plaza mayor del pueblo. En todo este proceso, Manuel Desviat ha sido impulsor y dinamizador, bien apoyado por un equipo ilusionado con el nuevo modelo.

Son ocho de los capítulos temáticos de esta obra, bien documentada y con una cercanía propia de un estilo divulgativo al apoyarse en escogidas ilustraciones –fotografías, dibujos, imágenes de prensa,... fiel reflejo de la realidad psicosocial de la época, de los pacientes y resto de la sociedad, al menos, en el sur metropolitano de Madrid.

- I. Primer capítulo es una introducción a los orígenes del manicomio, la vecindad de la locura con las gentes de Leganés y un esbozo de los cambios desde 1986 por la tenacidad y tozudez de los profesionales de la salud mental, en torno a 200 traba-



jadores de salud mental en el área 9 en sus orígenes. Número de trabajadores que han pasado a ser más del doble.

- II. Repaso histórico del Hospital Psiquiátrico de Leganés. Desde la fundación de la Casa de Salud Santa Isabel hace 157 años con sus muros mudéjares, crecimiento de nuevos edificios, y en cuyo entorno fue creciendo el pueblo de Leganés. Descripción manicomial ya por Benito Pérez Galdós en *La desheredada* hace más de un siglo, y por la opinión de José Germain hace un cuarto de siglo. El influjo de la AEN y la Liga de Higiene Mental en la II República, y también en el psiquiátrico de Leganés. Hasta la época de dirección de Rafael Vallejo-Nájera que cesa en 1970 habiendo logrado escasas mejoras en quince años.
- III. Dirección Colegiada, señalando los diferentes responsables desde la fundación del psiquiátrico en 1852. En los años 70, el Patronato Nacional Psiquiátrico (PANAP) aumenta plantillas y dedicación de los facultativos lo que sería la base de una futura reforma. Y tras la muerte de Franco emerge con fuerza el potencial y liderazgo de la reforma sanitaria y psiquiátrica.
- IV. La Reforma. A mediados de los años 80 se inició la reforma de la atención a los trastornos mentales; hacía décadas que la comunidad cultural y científica había llegado a la conclusión de que el hospital psiquiátrico no era la solución, y sí la actividad asistencial en red, integrando la Atención Primaria y con la integración con otras especialidades.
- V. Rehabilitación y apoyo comunitario. Iniciativas diversas, experiencias conocidas internacionalmente, rehabilitación como conjunto de actuaciones para devolver al paciente la capacidad para vivir con dignidad en su medio, desarrollando sus habilidades personales y utilizando los recursos

ambientales apropiados. Rehabilitación y apoyo comunitario no se improvisan pero sí se experimenta y aprende.

- VI. Morbilidad e imaginario social. Realizado un estudio en la primera mitad de la década de los 90 financiado por el FIS se conoció la prevalencia de trastornos mentales en una población de 200.000 habitantes, el uso de servicios de salud mental, y también las opiniones y actitudes o las representaciones que tiene la gente de la enfermedad mental y los servicios asistenciales, su discurso social.
- VII. Vigencia de la Psiquiatría comunitaria. La vigencia del modelo comunitario en la atención a los trastornos de la salud mental con servicios públicos en el horizonte del Estado de bienestar. Una sencilla y bien definida exposición de los que supone la reforma psiquiátrica y la psiquiatría comunitaria así como la cuestión de la clínica en las anteriores.
- VIII. Espacio diferencia. Las fotografías de fachadas protegidas, demolición de edificios, espacios recuperados, casas taller, centros de salud, jardines, derribo de la valla, rehabilitación de la antigua capilla en auditorio, etc. son expresión del cambio.

Como bien señala Alberto Fernández Liria, *el hospital psiquiátrico de Leganés... ha sido punta de lanza y banco de pruebas de todos y cada uno de los instrumentos que han hecho posible la transición de una institución custodial a una red compleja de servicios comunitarios al servicio de una población durante una larga época desde los años 80 y a lo largo de la cual ha sido permanentes la contribución de Manuel Desviat.*

**Iñaki Markez**





## ***Días de duelo, encontrando salidas.***

**Autores: Jorge L. Tizón  
y Michele G. Sforza**

Editorial: Alba.

299 págs.

Barcelona. Marzo 2008

¿Por qué la muerte se ha convertido en el gran tabú de nuestras sociedades opulentas? ¿Por qué la juventud y la imagen de cuerpos perfectos y sanos son los grandes estereotipos que dominan y bombardean nuestras retinas? Y a pesar del intento de nuestro entorno de eliminar la muerte del marco público, ésta resurge de nuevo con la entidad que le es propia.

Si realmente nos planteamos qué se esconde detrás de esta negación, de este conato de evitar lo inevitable, llegamos a descubrir la ideología social dominante en donde no se puede soportar la frustración, la pena, la tristeza y en general la tolerancia al sufrimiento es baja o nula.

“Días de duelo, encontrando salidas” recupera el tema de la muerte de los seres queridos y los duelos que de ella se desencadenan y establece cómo deben ser plantados, replantados y asistidos dichos duelos y cómo todos estos procesos general cultura humana; proporciona las herramientas necesarias, tanto profesionales como no profesionales, para comprender todo el proceso del duelo, los distintos tipos que se pueden dar y cómo se puede superar o ayudar a superar estas situaciones.

El libro se desglosa en ocho capítulos, que son una secuencia lógica de etapas, abordando al final del mismo, situaciones específicas de duelos con la finalidad de dotar de los recursos humanos necesarios para ayudar a superar estos trances.



En los dos primeros capítulos se centra el tema del duelo desde el punto de vista de la muerte de un ser querido y cómo se desarrolla el proceso de la elaboración. En esta elaboración se va pasando por una serie de “momentos” que van desde el impacto y shock inicial, para continuar con una turbulencia afectiva que lleva a la desesperanza y desemboca en un periodo de reorganización y revinculación con el mundo. En cada uno de estos “momentos” se produce una reacción que estará en función de la existencia de una serie de sentimientos y las conductas que manifiestan dichos sentimientos y todo ello dependiendo de la personalidad concreta del individuo que sufre esta pérdida y de la cultura en la que se esté inmerso.

Una vez establecida la base del duelo como procesos que incluyen un desarrollo, una evolución y una serie de cambios a lo largo del tiempo, en el capítulo tercero se desglosan las tareas fundamentales que se han de completar a lo largo de estos procesos: Aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor de las pérdidas, readaptarse al mundo contando con la ausencia de los perdido y reubicar lo perdido en nuestra mente.

En el capítulo cuarto “Cómo facilitar el proceso natural del duelo” los autores unen los momentos del duelo con las tareas a desarrollar en cada uno de los momentos y facilitan una serie de recomendaciones sobre lo que nos puede ayudar a superar ese trance. Se van tocando distintos aspectos del duelo, desde cómo informar de la proximidad de la muerte, cómo comunicar un duelo anticipatorio, cómo ayudar a los familiares y al enfermo, la agonía, etc.

El capítulo quinto se centra en el duelo de los/as niños/as, colectivo especialmente sensible dada su inmadurez psicoafectiva, su desarrollo cognitivo y físico inacabado y su necesidad de depender de personas o situaciones que los/as protejan. Las reacciones de los niños y niñas dependerán y variarán mucho en fun-

ción de un gran número de factores como la edad en la que se produzca la pérdida, la fase del desarrollo en la que se encuentre, la relación que se mantenía con la persona perdida... factores que forman parte de una perspectiva más amplia: “la mentalidad familiar, social y religiosa de la muerte” que influyen en las percepciones y elaboraciones del duelo.

A lo largo del capítulo sexto se desarrollan las pérdidas afectivas y los duelos en la familia, primera red social a la que pertenecemos y donde se intercambian afectos, emociones, etc. La influencia entre sus miembros es recíproca, dada la estructura de interrelación que posee el grupo. Cada familia tiene una forma de reaccionar distinta en función de las características sociales, afectivas, culturales y las formas de relación que existen entre sus miembros.

Ante la pérdida de un ser querido, cada persona reacciona de una manera distinta según sus características personales, pero en conjunto, lo que prevalece es la forma de actuar de la familia como sistema.

Una vez establecido el carácter de la familia como grupo interrelacionado, los autores se centran en los duelos por pérdidas de hijos, cónyuges y padres.

El duelo por un/a hijo/a constituye una de las muertes que más altera el sistema establecido porque trastoca el orden natural de la vida y es una de las experiencias más duras por la que puede pasar un padre o una madre y una familia en general, ya que toda la estructura familiar queda gravemente dañada. La vía fundamental para superar este duelo está en la capacidad de los padres y las madres para compartir los sentimientos. La conducta de los progenitores es el modelo por el que los/as hijos/as aprenden a gestionar el dolor. Si se consigue que la comunicación se mantenga abierta, esta propiciará la capacidad de poner en marcha los mecanismos de readaptación internos y externos de todos los miembros de la familia.



Cuando la pérdida es la de un cónyuge, el cambio en la vida afectiva del otro miembro de la pareja es total, pero también se ven afectados los sistemas personales, familiares, sociales... en definitiva, tanto el mundo interno como el mundo de las relaciones. Esta pérdida es mucho más acusada según avanza la edad y es común la aparición de trastornos depresivos.

Si la pérdida es de uno de los progenitores, el duelo es especialmente complicado tanto para niños/as como para adolescentes, obligando al otro progenitor a sumir tanto sus roles como los de la persona que falta. Si la familia es capaz de encontrar estrategias adecuadas, utilizando sus capacidades de adaptación y sus recursos afectivos y relacionales, podrá alcanzar el reequilibrio del sistema que conlleva un nuevo funcionamiento familiar.

En el capítulo séptimo se hace un recorrido amplio por los duelos en situaciones específicas de pérdida, incidiendo en cómo la modalidad de la pérdida o el contexto en el cual ocurre puede constituir un elemento decisivo en cuanto a la intensidad y duración de las reacciones afectivas y cómo pueden afectar estos hechos particulares en la afectación de las personas que sufren las pérdidas. Estas circunstancias pueden provocar, en algunos casos, que se produzcan complicaciones especiales que dificulten el proceso de elaboración. Pérdidas inesperadas, presuntas o repentinas, los duelos por suicidios, homicidios, la muerte en el anciano, muertes de bebés recién nacidos, el duelo tras un aborto o las muertes perinatales, la muerte de la pareja en relaciones homosexuales, la desaparición de un animal de compañía... consti-

tuyen el recorrido de los autores, incidiendo en todas ellas en los sentimientos que se desarrollan y cómo puede ayudarse al deudo a superar el trance.

Finalmente, en el capítulo octavo, se exploran los distintos recursos humanos y profesionales que poseemos para poder afrontar y elaborar los sufrimientos y desequilibrios que provocan los duelos, tanto internos: recuerdos, enseñanzas, capacidades personales... como externos: familia, red social, actividades laborales y escolares, redes profesionalizadas de asistencia... Los autores limitan la intervención de estas redes profesionalizadas de asistencia, a las situaciones en donde los niveles anteriores no existen o bien por el hecho de tratarse de duelos complicados, reiterados o patológicos. Las redes profesionalizadas de asistencia están formadas por profesionales y equipos multidisciplinares con capacidades para ayudar en los duelos y las pérdidas, aunque en muchos casos estos profesionales no poseen ni la formación necesaria, ni el tiempo que se requiere para llevarlo a cabo. Dada las características de la sociedad en la que estamos inmersos (aislamiento, baja tolerancia a la frustración...) el hecho de crear estas redes profesionalizadas de asistencia conllevaría el solucionar los duelos de una forma correcta; si se tiene en cuenta que la evolución de los procesos de duelo es básico para el desarrollo del individuo y éste a su vez forma parte de una sociedad, ésta se vería beneficiada y en conjunto todos los miembros de la misma, de ahí la importancia básica de esta creación.

**Eva Cuesta**





# Agenda

- 18 al 21 de junio** ..... **Granada**  
Conferencia Temática de la WPA sobre  
*Depresión y Otros Trastornos mentales comunes en Atención Primaria*  
www.wpa2008granada.org; www.fase20.com; Mail: info@wpa2008granada.org
- 21 de junio** ..... **San Clodio–Ourense**  
V Conversaciones. La otra Psiquiatría. *La histeria*
- 26, 27 de junio** ..... **Avilés**  
V Simposium sobre Tratamiento asertivo comunitario en Salud Mental  
Organizan: Asoc. Asturiana de Rehabilitación PsicoSocial (AARP); ASGATAC; SESPA,  
Hospital de San Agustín de Avilés. Información: www.modeloaviles.com;
- 19 al 25 de Septiembre** ..... **Praga**  
XIV Congreso Mundial de la WPA  
Congress Administration – Opletalova 22, 1 10 00 Prague I. Czech Republic  
Tel.:+420 284 001 444; Email: wpa@guarant.cz
- 2, 3, 4 de octubre** ..... **Huesca**  
XVI Reunión de la Sdad. Española de PsicoGeriatría (SEPG)  
Secretaría: 91 352 15 26; www.sepg.es
- 9 al 11 de octubre** ..... **Madrid**  
*Psicosis: Cultura, Psicoterapia e Integración social*  
www.cursoesquizofreniamadrid.com
- 3 al 7 de noviembre** ..... **Valencia**  
XII Congreso Nacional de Psiquiatría: *Los desafíos de la Psiquiatría: luces y sombras*  
Organizado por la SEP, SEPB y FEPSM. www.psiquiatriavalencia08.com
- 14, 15 de Noviembre** ..... **Bilbao**  
VIII Jornadas Internacionales del GPAB  
*Psicopatología Psicoanalítica: Narciso y Edipo en los escenarios del psiquismo*  
Web: www.gpab.org; Email: gpab@euslkanet.net
- 3–6 de Junio de 2009** ..... **Cádiz**  
XXIV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN):  
*Nuevas expresiones clínicas en una sociedad cambiante.*  
www.24congresoAEN.com