

NORTE

DE SALUD MENTAL

Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen VIII N°33 Febrero 2009



“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: Violeta Barberá

El significado de la portada es que las personas con problemas mentales necesitan ser escuchadas y respetadas para conseguir la integración social. La llave está en el respeto.

El hombre de la portada tiene una mano en la boca, que simboliza el miedo o la represión, el corazón simboliza la necesidad de afecto y comprensión, el interrogante simboliza lo desconocido, el cerebro humano es todavía un gran desconocido.

Volumen VIII



N°33

Volumen VII



N°27



N°28



N°29



N°30



N°31



N°32

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:

Francisco Chicharro
Oscar Martínez-Azumendi
Germán Molina
Fernando Santander
Pilar de la Viña

Fernando Colina
Juan Medrano
Ander Retolaza
José J. Uriarte

**Director
Revista NORTE:**

Iñaki Markez

**Consejo Asesor
y de Redacción:**

Alvarez, JM.
Arias, P.
Ballesteros, J.
De la Rica, JA.
Elortegi, I.
Esteban, R.
Filgueira, J.
Gonzalez-Pinto, R.
Gutierrez Fraile, M.
Hernanz, M.A.
Laespada, T.
Levav, I.
Marín, M.
Marquínez, F.
Morchón, J.
Redero, JM.
Susparregui, JM.
Vega, A.
Ylla, L.

Aparicio, V.
Ayuso, JL.
Berrios, G.
Desviat, M.
Erkizia, B.
Fernández Liria, A.
Garnica, E.
Guimón, J.
Hernández, M.
Irurzun, JC.
Lasa, A.
Marijuan, M.
Marina, P.
Martínez, R.
Palomo, Ch.
Rendueles, G.
Thornicroft, G.
Verdejo, M.
Zuazo, JI.

Sede Social: Apdo. Correos 12, 48950 - Erandio. Bizkaia.

Acceso disponible en: www.ome-aen.org/norte.htm

Correo-e: 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

La revista *NORTE de Salud Mental* es accesible también en el Servicio Bibliográfico de:

- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco).

- IME (Índice Médico Español).

- DIALNET.

NORTE de Salud Mental
Vol VIII nº33, Febrero 2009
www.ome-aen.org/norte.htm

© Copyright 2008 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.
E-mail: norte@ome-aen.org

Autora de la portada:
Violeta Barberá

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: 10 euros.

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

– Departamento de Sanidad. Eusko Jaurlaritza



– Laboratorios farmacéuticos:

Janssen-Cilag, Schering-Plough, Pfizer, Glaxo Smith Kline, Novartis.

NORTE de Salud Mental no tiene conflicto de intereses con las firmas de la industria farmacéutica colaboradoras.

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



S U M A R I O

PRESENTACIÓN

| | |
|---|---|
| La investigación, la estadística y la tiranía de los valores–p | 6 |
| Ioseba Iraurgi e Iñaki Markez | |

ORIGINALES Y REVISIONES

| | |
|--|----|
| Duloxetine: dos años y medio de experiencia | 9 |
| Luis Pacheco y cols | |
| El niño con trastorno del desarrollo de la coordinación ¿un desconocido en nuestra comunidad? | 18 |
| Raquel Plata y Garbiñe Guerra | |
| El precio de la inocencia | 31 |
| Francisco Ferrández Méndez | |

PARA LA REFLEXIÓN

| | |
|---|----|
| Silencio y duelo. El trabajo de elaboración psíquica en las generaciones de la posguerra | 41 |
| María José de la Viña Guzmán | |
| Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico | 51 |
| Carlos Sirvent | |
| Depresivos y antidepresivos | 59 |
| Enrique González Duro | |
| Sobre el estado actual del psicoanálisis | 63 |
| Piedad Ruiz Castillo | |
| Transferencia y contratransferencia en los pacientes psicóticos | 67 |
| Jose M ^a Erroteta | |

METÁLOGOS

| | |
|---|----|
| De “Pretérito imperfecto” al presente, y más. Entrevista a Carlos Castilla del Pino .. | 73 |
| Eudoxia Gay e Iñaki Markez | |

HISTORIA

| | |
|---|----|
| Arminda Aberastury: pionera del psicoanálisis de niños en la Argentina | 79 |
| Ana Bloj | |
| La creación del manicomio de Jaén: reflexiones históricas para la construcción de un discurso social de la atención psiquiátrica | 87 |
| María Hernández Padilla | |

FORMACIÓN CONTINUADA

| | |
|---|-----|
| Evaluación de resultados clínicos I: Entre la significación estadística y la relevancia clínica .. | 94 |
| Ioseba Iraurgi | |
| El Litio. Necesidades Alteradas durante el tratamiento. Intervenciones de Enfermería .. | 109 |
| Eva Collado, Leire Varona, Aitziber Pinillos | |
| Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (V) | 114 |
| Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor | |

ART-PSI

| | |
|---|-----|
| Artisticoterapeuticosupercalifragilístico | 122 |
| Helena González-Sáez | |
| Humor, psiquiatría y fotografía. El amante desdeñado de S.Troisi | 127 |
| Oscar Martínez Azumendi | |

IN MEMORIAM

| | |
|---------------------------------|-----|
| Juan Campos Villar | 134 |
| Feli Estévez | |

ACTUALIZACIONES

| | |
|------------------------------|-----|
| Actualizaciones | 136 |
|------------------------------|-----|

AGENDA

| | |
|-----------------------------|-----|
| Próximas citas | 145 |
|-----------------------------|-----|



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 trabajos a publicar

Se enviarán al Editor de **Norte de salud mental**: norte@ome-aen.org, o bien al 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 mas destacadas. Se incluirán de 3 a 6 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

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

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

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

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



Normas de publicación

Artículos de revistas

Artículo normal

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

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

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

Autor institucional

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

Sin nombre de autor

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

Libros y otras monografías

Indicación de autores personales

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

Indicación de directores de edición o compiladores como autores

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

Indicación de una organización como autor y editor

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

Capítulo de un libro

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

Actas de congresos

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

Original presentado en un congreso

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

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

Tesis doctoral

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

Otros trabajos publicados

Artículo de periódico

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

Material audiovisual

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

Diccionario y obra de consulta semejantes

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

Trabajos inéditos

En prensa

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

Material electrónico

Artículo de revista en formato electrónico

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



La investigación, la estadística y la tiranía de los valores-p

Ioseba Iraurgi e Iñaki Markez

Con bastante frecuencia nos encontramos con colegas clínicos que tras haber realizado un esfuerzo considerable en la ejecución de un estudio para valorar los resultados de un determinado tratamiento o terapia se muestran decepcionados porque las pruebas estadísticas utilizadas para la comparación de los grupos tratados no han mostrado significación estadística, es decir, no han aparecido valores de probabilidad ('valores-p') con el suficiente número de ceros tras la coma. En estos casos, en la mayoría de las ocasiones, la decisión es abandonar el estudio. También es bastante frecuente que cuando revisamos un artículo científico vayamos inmediatamente a las tablas de datos y miremos con expectación cuántos asteriscos o cuántos ceros asociados a los valores-p aparecen en las tablas. Si por casualidad aparecen muchos ceros o asteriscos aparece una especie de clarividencia que nos anima a pensar que ese estudio está muy bien, nos informa de resultados importantes y es recomendable leerlo y considerarlo para nuestras futuras decisiones. Si la significación estadística alcanzada está cercana al valor de referencia estándar de $p = 0,05$, entonces nuestro entusiasmo ya no es tan exaltado, y tendemos a pensar que, bueno, los resultados son válidos, pero no tan espectaculares como los que estarían asociados a un valor-p, por ejemplo, de $0,001$. Por otra parte, es raro que en la revisión

de artículos de revistas científicas nos encontremos con resultados donde las pruebas estadísticas muestren valores-p superiores a $0,05$ ya que los editores tienden a no considerar aquellos estudios 'no significativos'.

Nos encontramos, entonces, que en la valoración de nuestros hallazgos, en la elección de los artículos que merecen ser leídos y en la consideración de los resultados que merecen ser aplicados a la práctica cotidiana nos hallamos subyugados a los valores-p, lo cual resulta muy preocupante. Hacemos de ellos una interpretación un tanto exotérica, al asociar un mayor número de ceros tras la coma —o de asteriscos— a una mayor fuerza y validez de los resultados, de modo que los aceptamos como 'evidencia probada'. Y como muchos de los lectores ya saben, o empiezan a intuir, nada más lejos de la verdad. El sentido común y, sobre todo, nuestra experiencia y conocimiento nos dicen que lo clínicamente relevante es una cosa, y lo estadísticamente significativo es otra. Pero en el ámbito de la comunicación científica tendemos a confundirlos, y priorizamos la herramienta metodológica —la estadística— sobre las bases teóricas y prácticas.

Tal es el punto de utilización perversa de la estadística que han aparecido innumerables opiniones y reflexiones sobre la misma, tales como las que se reflejan en la tabla 1.

Tabla 1. Reflexiones y citas sobre ‘la estadística’ y ‘las estadísticas’

- Las estadísticas son al mundo lo que el poste al borracho; sirven para sostenerlo, no para mejorarlo (Cantervill)
 - Las estadísticas son como las minifaldas: te dan algunas ideas, pero esconden lo más importante (Ebbe Skovdahl)
 - Las estadísticas me producen el mismo efecto que las minifaldas: muestran lo atractivo, ocultan lo vital (Doris Band)
 - Hay mentiras, malditas mentiras y estadísticas (Mark Twain)
 - La estadística es una ciencia según la cual todas las mentiras se tornan cuadros (Dino Segre Pitigrilli)
-
- La estadística es como una mujer con bikini, muestra casi todo, pero lo fundamental lo oculta... Olvidaba decir que lo fundamental es... lo que yo quiera creer (Robert Frost)
 - La estadística es una ciencia que demuestra que si mi vecino tiene dos coches y yo ninguno, los dos tenemos uno (George Bernard Shaw)
 - La estadística ha demostrado que la mortalidad de los militares aumenta perceptiblemente durante tiempos de guerra (Alphonse Allais)
 - La estadística es la primera de las ciencias inexactas (Edmond Hout de Goncourt)

Ninguno de los autores de estas citas era estadístico o matemático, ni tampoco médico o psicólogo, pero sí encontramos desde ilustrados dramaturgos, hasta periodistas e incluso entrenadores de fútbol. En las cinco primeras citas, las opiniones se refieren básicamente a los resultados (‘las estadísticas’) y no al método (‘la Estadística’) basado en teorías matemáticas. Y aquí vendría a cuento otra cita anónima: *‘las cifras no mienten, pero los mentirosos también usan cifras’*. No hay que confundir el método con el uso que se hace de él; la estadística es una herramienta, una buena herramienta, que bien utilizada puede ayudarnos en la toma de decisiones allí donde hay incertidumbre. Recordemos a Descartes en su ‘Discurso del método’: *‘si no está en nuestro discernir las mejores opciones, debemos elegir las más probables’*; y ahí es donde puede asistirnos la estadística. Siguiendo con el juego de citas, en las cuatro últimas hay quienes se atreven a opinar sobre el propio método, planteando poco menos que se trata de una ciencia de la obvedad. Quizá la opinión menos errática es la que hace el escritor francés del siglo XIX E. Hout de Goncourt, quien al describirla como ciencia inexacta, sin

saberlo bien, estaba acertando con su objeto: donde no hay certeza (exactitud) bien cabe aproximarse desde lo que es posible, probable; y es que la estadística tiene su fundamento en la teoría de la probabilidad.

En cualquier caso, respecto al valor que hay que conceder a las opiniones recogidas, responderemos con otra cita del gran Dylan: *‘No critiques lo que no puedes entender’*. Y, precisamente, para poder criticar con entendimiento, para que aquellos clínicos que no siendo expertos en metodología tengan la necesidad de utilizar la estadística y puedan manejarse sabiendo lo que ésta implica, se inicia en este número de la revista *Norte de salud mental* una serie de artículos sobre la Evaluación de Resultados Clínicos, siendo el primero de ellos un artículo de revisión que trata de diferenciar lo que representa un resultado estadísticamente significativo en contraposición a lo que es clínicamente significativo, relevante o importante. Los hallazgos de una investigación pueden ser ciertos y notables, y, sin embargo, no alcanzar significación estadística; pero también pueden ser irrelevantes y resultar estadísticamente muy signi-



ficativos. La estadística es un instrumento para la determinación de cuán probable es que los resultados encontrados no sean debidos al azar sino a la acción de una variable que actúa como causa de otra (un agente infeccioso respecto a una enfermedad, un tratamiento respecto al logro de salud, etc.) y que ha sido puesta a prueba en el estudio. En ese artículo se repasa lo que está implícito en una investigación y en el proceso de inferencia estadística; los errores en la interpretación a los que nos podemos someter y cómo minimizarlos; lo que diferentes protagonistas del ámbito clínico interpretan como 'resultado clínicamente relevante' y cómo diferenciarlo del concepto 'resultado estadísticamente significativo'. Se trata de un artículo cuyo objetivo es aclarar conceptos y sentar algunas bases que posteriormente reaparecerán cuando afrontemos algunos métodos específicos en el análisis de resultados clínicos.

La investigación clínica es un requerimiento necesario e ineludible, tanto para avanzar en el conocimiento de las mejores acciones clínico-terapéuticas como para actualizar su aplicación en los recursos asistenciales ordinarios. A este respecto, en aras a evaluar de forma precisa y válida la eficacia de un determinado tratamiento, el diseño de elección es el ensayo clínico aleatorio, el cual compara grupos de participantes sometidos a diferentes opciones de tratamiento y donde una de ellas es la que se evalúa como novedosa o preferente a las alternativas. Este tipo de estudios, por su com-

plejidad y costes, no está al alcance del clínico que ejerce su labor asistencial en lo que coloquialmente conocemos como 'las trincheras'. Requiere la formación de grupos muy controlados en su selección y meticulosamente seguidos en su evolución, cuestiones raramente habituales en la práctica cotidiana; atendemos lo que nos toca a demanda y, en muchas ocasiones, las altas no son producidas por haberse cubierto los objetivos terapéuticos sino por desenlaces de lo más variopintos. No obstante, el clínico de trincheras no tiene por que perder su interés por evaluar los resultados obtenidos.

Concluimos esta editorial con una última cita, que en esta ocasión pertenece al físico Stephen W. Hawking: *'Alguien me dijo que cada ecuación que incluyese en mi libro reduciría las ventas a la mitad. He puesto una ecuación, la famosa ecuación de Einstein $E=mc^2$. Espero que esto no asuste a la mitad de mis potenciales lectores'*. Los artículos metodológicos pueden ser materia árida que requieran una lectura reposada, o quizá más de una, pero consideramos que pueden ser una guía para la valoración científica y rigurosa de nuestros resultados clínicos. Asimismo, hay que valorar con mayor conocimiento el alcance de los estudios publicados, diferenciando entre las decisiones tomadas con ayuda de la estadística y las conclusiones devenidas de la relevancia clínica. Como Hawking, esperamos que los lectores no se atemoricen y den acogida a esta y próximas iniciativas.



Duloxetina: dos años y medio de experiencia

Angel Segura *, **Leire Erkoreka ****, **Laura Uriarte ***, **Maidier Prieto *****,
María Aragüés ****, **Enrique Aragüés ***, **Pablo Malo ***, **María Echeveste ***
y Luis Pacheco *.

* Centro de Salud Mental Bº Etxaniz. SVS–Osakidetza. Bilbao.

** Hospital de Basurto. SVS–Osakidetza. Bilbao.

*** Centro de Salud Mental Sestao. SVS–Osakidetza. Bizkaia.

**** Hospital 12 de Octubre. Servicio Madrileño de Salud. Madrid.

Resumen: Se realiza un análisis subjetivo del papel que ha representado la introducción de duloxetina, el último antidepresivo inhibidor dual de la serotonina y noradrenalina comercializado en España, tras treinta meses de su uso clínico. Se analizan las pautas de dosificación, efectos inherentes al tratamiento, interacciones y lugar que ocupa el mismo en comparación con el resto de antidepresivos, dentro del ámbito de la consulta psiquiátrica extrahospitalaria.

Palabras clave: Duloxetina, IRSN, dosis, Tratamiento.

Summary: We do a subjective analysis of the impact of duloxetine, the last dual serotonin and noradrenaline uptake inhibitor commercialized in Spain, after thirty months in the market. We review practical aspects such as dosing, interactions, the safety and efficacy profile and its place in relation to the rest of the antidepressants, always in the outpatient mental health care context.

Key words: Duloxetine, NSRI, dose, Treatment.

1. Introducción

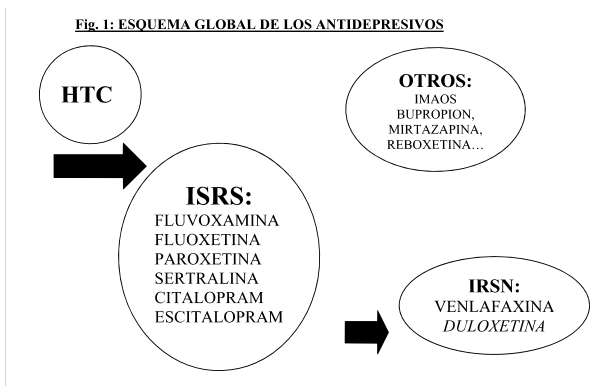
Nuestra idea a la hora de realizar el presente trabajo es mostrar la opinión subjetiva que tenemos respecto al último de los antidepresivos inhibidor de la serotonina y noradrenalina (IRSN) comercializado en España. Queremos dejar claro, por tanto, que las cuestiones aquí expuestas son totalmente discutibles y no están basadas en ningún análisis estadístico (ni, por supuesto, “científico”) de los datos expuestos. Se trata, sencillamente, de la experiencia consensuada de un grupo de profesionales tras el uso de este fármaco después de

más de treinta meses de su presencia en el mercado farmacéutico. Por último, cabe aclarar también que dado que la mayor parte de los autores trabajan en un centro de salud mental, nuestra idea ha sido expresar nuestra experiencia en el ámbito ambulatorio, quedando —por tanto— fuera de nuestra opinión lo que al uso del fármaco pudiera competir en el ámbito hospitalario. En definitiva, lo que queremos es exponer la idea común que nosotros tenemos de este fármaco; como lo posicionamos respecto al resto de los antidepresivos y

cuáles son las utilidades e inconvenientes que le encontramos en nuestra práctica diaria. Creemos que esto es lo más novedoso que podemos aportar en este trabajo y que no suele ser habitual en los artículos de psicofarmacología. Por tanto, se esté de acuerdo o no con lo expuesto, esto es lo que nosotros creemos que aporta la duloxetina al arsenal terapéutico actual.

La duloxetina es el segundo antidepresivo IRSN (Figura 1) comercializado en España, concretamente en el mes de Febrero del año 2006. Los IRSN se caracterizan por tener propiedades inhibitorias de la recaptación de serotonina, noradrenalina y —en menor medida—

Fig. 1: ESQUEMA GLOBAL DE LOS ANTIDEPRESIVOS



de dopamina, pero sin propiedades bloqueadoras de los receptores colinérgicos o de los receptores de la histamina. En este sentido, duloxetina se ha mostrado como un potente inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina en el cerebro, tanto en vivo como in vitro (1).

En el momento de redactar este artículo, duloxetina lleva treinta y dos meses de presencia en la práctica diaria. En la actualidad su uso autorizado en nuestro país está restringido a:

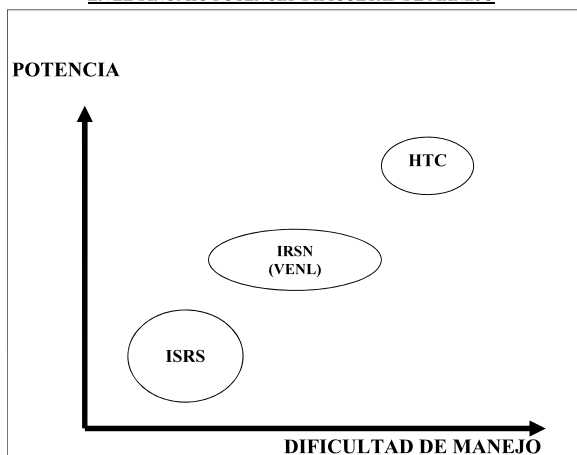
- Tratamiento de los episodios depresivos mayores.
- Tratamiento del dolor neuropático periférico diabético en adultos.
- Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada.

Sin embargo, en los Estados Unidos tiene, además, su uso aprobado en el tratamiento de la “fibromialgia” y en la Unión Europea está aprobado para la “incontinencia urinaria de esfuerzo”, con los nombres comerciales de Yentreve® y Ariclaím®, aunque aún no está disponible en España para este uso.

2. Ubicación subjetiva de los principales antidepresivos en relación a su potencia y dificultad de manejo

El primero de los antidepresivos duales IRSN autorizado en España fue Venlafaxina, en el año 1995, siguiendo la corriente que llevó en su día a la comercialización de los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) como sustitutos, en la práctica, de los antidepresivos heterocíclicos (HTC). Por tanto, en el momento actual, podemos realizar un análisis de dicho fármaco con más de 13 años de experiencia. Nuestra opinión es que la venlafaxina puede posicionarse en un estado intermedio —entre HTC y los ISRS— respecto a su potencia antidepresiva y su dificultad de manejo clínico (Figura 2).

Fig. 2: UBICACIÓN SUBJETIVA GLOBAL DE LOS ANTIDEPRESIVOS EN EL BINOMIO POTENCIA-DIFICULTAD DE MANEJO



Lectura de la figura:

- IRSN: Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina
- ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
- VENL: Venlafaxina
- HTC: Antidepresivos heterocíclicos



Es decir, entendemos que venlafaxina resulta más potente que los ISRS (aunque para obtener efectos duales hace falta llegar a dosis altas) y menos potente que los HTC, mientras que su manejo es más cómodo que estos últimos y más difícil que los primeros. Entre otros motivos, consideramos que su manejo es más difícil por la mayor presencia de hipertensión arterial como efecto secundario; la necesidad de dar el producto varias veces al día en la formulación no retardada y —especialmente— por la alta frecuencia de “síndrome de discontinuación” que presenta este producto cuando se retira (2).

Así las cosas, cabría esperar que la duloxetina presentase un perfil similar a venlafaxina, respecto al binomio dificultad de manejo/potencia, al pertenecer ambos al mismo grupo neuroquímico de antidepresivos (ISRSN). Sin embargo, nuestra opinión es que hay ciertos matices que los hacen diferentes.

Por ejemplo, entendemos que la duloxetina resulta más fácil de manejar —en cuanto a efectos secundarios/interacciones— que ciertos antidepresivos ISRS, como pudieran ser la paroxetina y la fluvoxamina y también nos resulta más cómoda de manejar que la venlafaxina. (Figura 3).

Fig. 3: UBICACIÓN SUBJETIVA DE LOS ANTIDEPRESIVOS POR SU FACILIDAD DE MANEJO

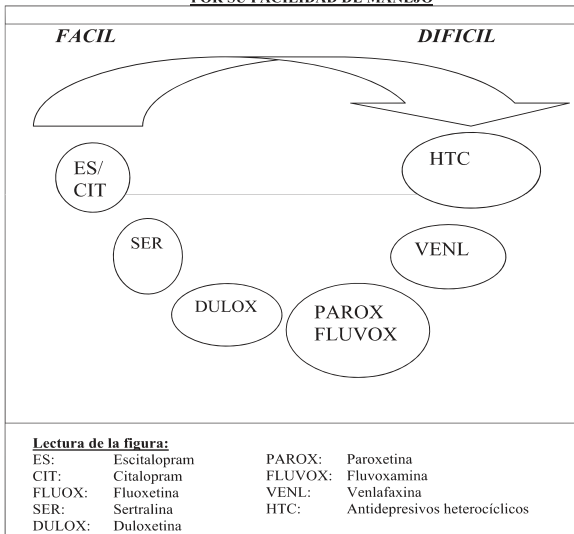
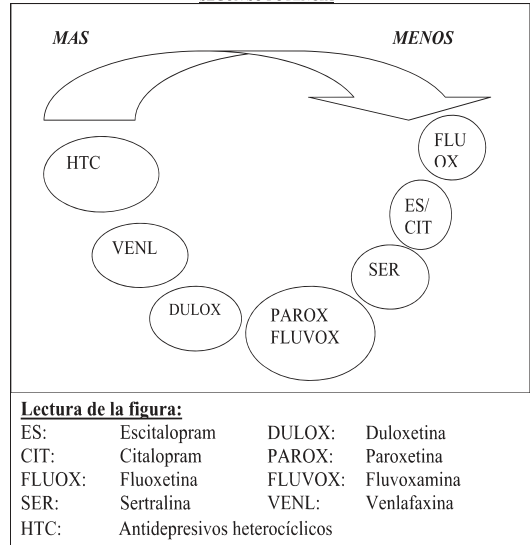


Fig. 4: UBICACIÓN SUBJETIVA DE LOS ANTIDEPRESIVOS SEGÚN SU POTENCIA

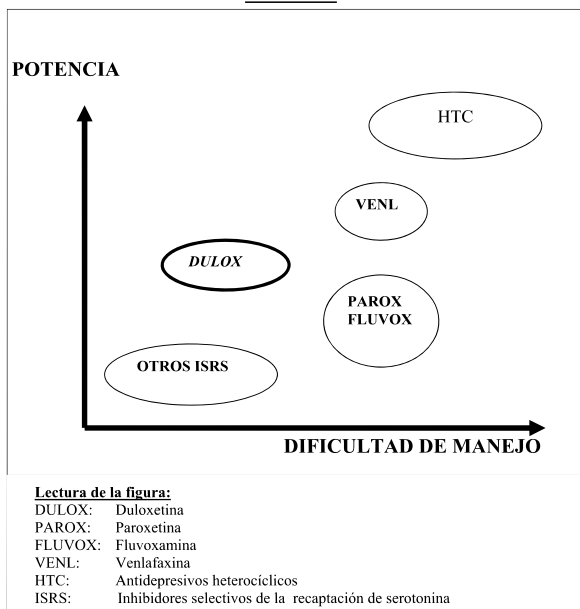


A este respecto, pensamos que la paroxetina resulta un fármaco complicado de manejar, tanto por sus interacciones, como por su propia inducción del metabolismo a partir de dosis medias-altas, así como por una presentación de síndrome de discontinuación similar a venlafaxina y ganancia de peso (3). Y, en cuanto a la fluvoxamina, creemos que es uno de los ISRS con más interacciones a la hora de su uso clínico, aunque pensamos que es un buen antidepresivo, en cuanto a potencia y especialmente eficaz en los pacientes obsesivos (3,4).

Sin embargo, respecto a la potencia de duloxetina en relación al resto de los antidepresivos, nosotros la situaríamos en un estadio intermedio entre la venlafaxina (menos potente que esta) y la paroxetina y fluvoxamina (más potente que estos dos fármacos) (Figura 4). Y de una manera totalmente subjetiva, pero basada en nuestra experiencia con estos fármacos, venimos a considerar que 120 mg./día de duloxetina equivaldrían, aproximadamente, a 225 mg./día de venlafaxina, mientras que 60 mg./día de duloxetina nos resultarían equivalentes —en cuanto a potencia— a 30 mg./día de paroxetina.

Por tanto y en relación a los matices diferenciales a los que antes hacíamos alusión, y en un hipotético binomio “potencia/dificultad de manejo”, la duloxetina nos resulta más fácil de manejar que la paroxetina y fluvoxamina, a la vez que creemos que resulta más potente que estos dos fármacos. Todos ellos resultarían, a su vez, más potentes que el resto de los ISRS y menos que venlafaxina y los HTC (Figura 5).

Fig. 5: UBICACIÓN SUBJETIVA DE LA DULOXETINA EN RELACION A OTROS ANTIDEPRESIVOS, EN EL BINOMIO POTENCIA-DIFICULTAD DE MANEJO



3. Dosis de inicio y dosis estables de duloxetina

Siguiendo el mismo esquema subjetivo que hemos indicado a lo largo de todo el trabajo, entendemos que las dosis a emplear con duloxetina corresponden a 30 mg./día, durante 5–7 días para, posteriormente, ascender a 60 mg./día, preferentemente al desayuno o comida. No encontramos ventajas relevantes a empezar con 60 mg./día y entendemos que la aparición de secundarismos (sobre todo náuseas) puede ser mayor si la dosis de inicio es más alta. Por otro lado, creemos que retrasar cinco

días la dosis de 60 mg./día tampoco va a disminuir de manera importante, el tiempo de latencia del antidepresivo, que para nosotros se sitúa, como con la mayor parte de todos ellos, en torno a las 4–6 semanas.

A partir de esa dosis de inicio y respecto a las dosis estables o de mantenimiento, que procuramos alcanzar, nuestro proceder es el siguiente:

- Pacientes que reciben tratamiento de novo o bien su cuadro depresivo es de leve intensidad: 60 mg./día en una sola toma.
- Pacientes con cuadros depresivos de moderada intensidad: 90 mg./día; bien en una sola toma al desayuno, bien 60 mg./desayuno y 30 mg./comida.
- Pacientes cronicados, sin respuesta a numerosos tratamientos previos o con cuadros depresivos de severa intensidad: 120 mg./día, en dos tomas (desayuno y comida) de 60 mg. cada una.

Sin embargo, en la propia ficha técnica del producto (5) se señala tanto que en los pacientes depresivos no existe evidencia clínica que sugiera que los que no responden a la dosis inicial recomendada (60 mg./día) se beneficien de incrementos en la dosis, como que en pacientes con Episodios Depresivos Mayores co–mórbidos al Trastorno de Ansiedad Generalizada —y aunque la dosis de inicio como la de mantenimiento es de 60 mg./día— se ha demostrado que son eficaces las dosis de hasta 120 mg./día. Es decir, para la Agencia Española del Medicamento, no habría eficacia en los episodios depresivos mayores con dosis de más de 60 mg./día, salvo que vayan asociados a un Trastorno de Ansiedad Generalizada, donde entonces sí servirían dosis de 120 mg./día. Nuestra experiencia clínica no coincide con esto, pero nos trae a colación lo absurdo —en nuestra opinión— de intentar hacer fichas técnicas con encorsetaciones rígidas de autorizaciones. Al margen de que dudamos de la existencia en la clínica de una Depresión Mayor sin ansiedad comórbida —llámese o no “ansiedad



generalizada” — creemos que los pacientes con sintomatología depresiva severa se benefician más de dosis altas que de dosis bajas, como suele suceder de manera habitual — a nuestro parecer — con todos los psicofármacos en general y los antidepresivos en particular. Otra cosa sería la tolerancia del producto, pero curiosamente tampoco hemos encontrado grandes problemas al respecto, en función de las diferentes dosis.

4. Duloxetina y dolor

Un aspecto que hacía atractivo a los clínicos la comercialización de duloxetina era su aprobación en el tratamiento del dolor neuropático periférico diabético en adultos y, por analogía, su posible inclusión — al menos teóricamente — en los cuadros de dolor crónico. Sin embargo, no podemos perder de vista que la duloxetina es principalmente, un antidepresivo y no un analgésico. Merece la pena recordar que casi todos los psicofármacos existentes han sido postulados, en alguna u otra ocasión, en el tratamiento del dolor, desde los opiáceos como grupo fundamental, hasta los antiepilépticos (gabapentina, topiramato, pregabalina, carbamazepina, etc.), pasando por el litio, los HTC (especialmente la amitriptilina) y ciertos antipsicóticos (haloperidol, clorpromazina, etc.). Es decir, en la historia del tratamiento del dolor, de manera comprensible, han sido ensayadas casi todas las probabilidades psicofarmacológicas, pero ninguna de ellas (salvo quizá los opiáceos) ha mostrado una respuesta y eficacia sostenidas y generalizadas.

Respecto al uso de duloxetina y dolor, son varios los trabajos que muestran su aparente eficacia en el dolor neuropático (recordamos que es una de las indicaciones aprobadas en nuestro país) incluso comparándolo con amitriptilina (6,7,8) y ya existen algunos trabajos que señalan una cierta eficacia en otros tipos de dolor, planteando que el efecto de duloxetina en la percepción del dolor es independiente del efecto antidepresivo (9,10).

En otros cuadros de dolor crónico, como pudiera ser la fibromialgia, duloxetina solo tiene aprobado su uso —que nosotros sepamos— en los EE.UU. Aún son pocos los ensayos en este campo y en un trabajo comparativo de doce semanas con placebo en 354 mujeres con fibromialgia, la puntuación media de dolor disminuyó con duloxetina respecto a placebo. Pero aunque hubo diferencias estadísticamente significativas, las mismas fueron escasas, y por tanto de relevancia clínica dudosa (11); si bien es verdad que en este trastorno no parecen existir fármacos realmente eficaces contra el dolor.

5. Efectos inherentes al tratamiento con duloxetina

El efecto secundario más frecuentemente encontrado por nosotros son la náuseas, de manera similar a la mayor parte de los ISRS e IRSN actuales. Otros efectos secundarios relativamente frecuentes han sido la presencia de sequedad bucal, cefaleas, somnolencia e insomnio y estreñimiento (12,13). Sin embargo, entendemos que no se modifica de manera relevante el peso corporal, ni hemos encontrado importantes alteraciones de la tensión arterial, a lo largo del tratamiento. La ausencia significativa de estos efectos también ha sido señalada por otros autores (13,14), si bien también hay trabajos que señalan variaciones transitorias de la tensión arterial (15), por lo que quizá —y dado lo poco molesto que resulta—, sea conveniente realizar tomas periódicas de la tensión arterial mientras se mantiene el producto, especialmente en pacientes hipertensos.

No parece que sea un fármaco especialmente implicado en el síndrome de discontinuación de los antidepresivos. Al menos, parece estarlo en menor medida que paroxetina o venlafaxina y sería más lógico ubicarlo en el grupo “B” o de implicación mediana (2). En todo caso, se ha descrito la aparición de náuseas, mareos, parestesias y otros síntomas de discontinuación en algunos de los pacientes en los



que se procede a la interrupción brusca del fármaco (14). Por ello, lo aconsejable sería proceder a la supresión muy paulatina, salvo que —por fuerza mayor— se deba interrumpir más bruscamente. Un ejemplo, suponiendo una dosis total diaria de 120 mg., podría ser el siguiente:

- Durante 1–2 semanas: Mantener 90 mg./día
- Durante 1–2 semanas: Mantener 60 mg./día
- Durante 1–2 semanas: Mantener 30 mg./día y suspender el fármaco

Queremos llamar la atención sobre un aspecto que puede no ser tenido en cuenta, a primera vista, al usar el fármaco. Como comentábamos al inicio, es un fármaco aprobado en la incontinencia urinaria. Por tanto, es lógico pensar que uno de sus efectos —en este caso, buscado— es provocar en mayor o menor medida, una retención urinaria. Al parecer, la duloxetina actuaría sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo al bloquear la recaptación de la serotonina y la norepinefrina en la médula espinal, lo que estimularía un aumento de la actividad del nervio pudendo y esta actividad aumentada del nervio pudendo incrementaría a su vez las contracciones del esfínter de la uretra en la apertura de la vejiga, contribuyendo así a prevenir las pérdidas involuntarias de orina (16,17). Esto obligaría a extremar la precaución con el uso conjunto de fármacos que provoquen retención urinaria, bien con los fármacos que tienen esta indicación de uso (Tolterodina, etc.), ó bien con fármacos que puedan provocar esta acción como efecto secundario (anticolinérgicos o antidepresivos tricíclicos, por ejemplo). El hecho de que duloxetina se haya presentado en el mercado español haciendo solo referencia a su uso autorizado como antidepresivo puede hacernos olvidar que se usa también en la incontinencia urinaria y, por tanto, no tener presente esta cuestión.

6. Seguridad del tratamiento con duloxetina

Las interacciones farmacodinámicas (debidas al uso conjunto de fármacos con efectos

secundarios y/o farmacológicos similares y/o antagónicos) y las farmacocinéticas (que se producen cuando un fármaco modifica la absorción, distribución, metabolismo o excreción de otro, aumentando o reduciendo la cantidad de fármaco disponible para producir sus efectos) no resultan fáciles de predecir, aunque muchas de ellas solo afectan, —de manera clínicamente relevante—, a un pequeño porcentaje de los pacientes tratados con asociaciones farmacológicas. El sistema de las isoenzimas del citocromo P450 interacciona con un amplio número de fármacos, pero los efectos observados “in vitro” no pueden generalizarse de manera exacta al uso clínico de los mismos. Debido a que este citocromo tiene especial importancia en el metabolismo de duloxetina, ciertos medicamentos deben usarse con precaución cuando se asocie duloxetina. La propia ficha técnica del producto (5) señala la recomendación de no usar conjuntamente duloxetina con ciprofloxacino y enoxacino, debido a que puede aumentarse la toxicidad de la duloxetina por la inhibición del metabolismo a nivel del citocromo P450-1A2. En realidad, si no queda más remedio que usar dicha asociación, lo prudente sería disminuir las dosis de duloxetina, pero lo razonable —y más aconsejándolo la propia ficha técnica—, es evitar su uso conjunto. Por las mismas razones, se recomienda evitar el uso con flvoxamina.

En otro sentido de riesgo, y debido a la alta probabilidad de producirse un síndrome serotoninérgico, se desaconseja su uso conjunto con los IMAOS, especialmente con los inhibidores irreversibles no selectivos. Aunque este riesgo parece menor con el uso conjunto de los inhibidores selectivos reversibles de la MAO (los denominados RIMA), tampoco se aconseja su uso asociado (5).

En síntesis, debería evitarse el uso conjunto de duloxetina con: IMAOS, Flvoxamina, Ciprofloxacino, Enoxacino.



Otra cuestión sería el uso prudente de ciertos fármacos, en asociación con duloxetina. Es decir, combinaciones cuyo empleo no está desaconsejado, pero que requerirían un especial seguimiento, especialmente por la posibilidad de presentarse un síndrome serotoninérgico con el uso asociado a duloxetina. A este respecto, las más notables serían las asociaciones con:

- Ciertos antidepresivos heterocíclicos, ISRS, Venlafaxina, Litio, Hipérico, Buspirona y Triptófano: Lo razonable es usar dosis menores de las habituales para estos fármacos, si su uso es imprescindible.
- Tramadol, Meperidina, Dextrometorfano, Triptanos, Bromocriptina, Triptanes, Sibutramina y L-Dopa: Lo razonable es usar dosis menores de las habituales para estos fármacos, si su uso es imprescindible. A este respecto, queremos llamar la atención sobre un hecho que nos resulta común en la práctica diaria, como es la utilización cada vez mayor de duloxetina en las unidades de dolor y el hecho de que muchos pacientes vienen medicados con la asociación de duloxetina y tramadol, dada la amplia prescripción de este producto en las unidades de dolor.

Por otro lado, se han descrito secundarismos relevantes con el uso conjunto de:

- Anticoagulantes y agentes plaquetarios: Se ha descrito un aumento del riesgo de sangrado con su uso conjunto (18). Se debería disminuir la dosis de duloxetina, si su empleo es inevitable.
- Ciertos antiarrítmicos, como la flecainida, la propafenona o el metoprolol. Parece que duloxetina aumentaría la concentración de estos fármacos con su uso conjunto, por lo que, si resulta imprescindible hacerlo, se aconseja disminuir la dosis de duloxetina, respecto a su uso habitual.

Curiosamente, parece que los fumadores tienen concentraciones plasmáticas de duloxetina casi un 50% más bajas que los no fumado-

res, por inducción del CYP1A2 (15). Sin embargo, en la ficha técnica del producto no se recomiendan ajustes especiales de la dosis en esta población, aunque —en nuestra opinión— debería considerarse esta opción en los pacientes resistentes, que además sean fumadores.

Una última cuestión a tener en cuenta es el riesgo de utilizar varios antidepresivos en combinación. Esta es una opción ampliamente reconocida en los pacientes depresivos resistentes y se han realizado excelentes trabajos sobre el tema (19), al margen de existir en España un grupo de trabajo monográfico sobre esta cuestión, conocido como G.E.A.A. y dirigido por De la Gándara (20). Sin embargo, en la práctica ambulatoria suele ser problemático —por no decir casi imposible— realizar los niveles plasmáticos de los antidepresivos y esto puede llevar a sorpresas y efectos secundarios no deseados. En este sentido, queremos llamar la atención sobre un caso de asociación de duloxetina con mirtazapina, que se relacionó con una hepatitis fulminante (21), lo que obligaría a extremar la prudencia en dicha asociación; si bien es verdad que se trata de un caso único, por el momento.

7. Cambio a duloxetina desde el uso previo de otros antidepresivos

En este apartado queremos comentar el esquema que seguimos para realizar el cambio a duloxetina, desde el uso previo de otros antidepresivos (Tabla I). En general, nuestra manera de actuar es similar a la empleada por otros autores (22) y pensamos que debe tenerse especial precaución con el cambio desde el uso previo con paroxetina y/o venlafaxina. Creemos que:

- No es recomendable retirar bruscamente algunos de los ISRS (especialmente paroxetina) y empezar al día siguiente con duloxetina. Nuestra opinión está más a favor de intercalar ambos fármacos, en una estrate-



gia de disminución paulatina de paroxetina, junto al incremento progresivo de duloxetina, en el plazo aproximado de 1–2 semanas, en función de la dosis que estemos utilizando.

- De manera similar actuaríamos al respecto de venlafaxina.

Entendemos que, en ambos casos, si se suprime bruscamente el fármaco previo, la probabilidad de síndrome de discontinuación (con paroxetina y venlafaxina) es muy alta. Por otro lado, es cierto que la utilización conjunta de

dos antidepresivos podría comportar algunos riesgos (como por ejemplo, un síndrome serotoninérgico), pero pensamos que poco tiempo de uso conjunto (1–2 semanas y con la disminución paulatina de uno de ellos), implica un menor riesgo de esta posibilidad, a la vez que disminuye también la posibilidad de un síndrome de discontinuación.

Correspondencia:

Dr. Luis Pacheco Yáñez

LUIS.PACHECOYANEZ@osakidetza.net



TABLA I: CAMBIO A DULOXETINA DESDE OTROS ANTIDEPRESIVOS

| ANTIDEPRESIVO PREVIO | ESTRATEGIA A SEGUIR ANTES DE INSTAURAR DULOXETINA |
|----------------------|---|
| IMAOs IRREVERSIBLES | Suspender y esperar dos semanas. |
| RIMA | Suspender y esperar dos semanas |
| HETEROCICLICOS | Retirar paulatinamente en 3-7 días y empezar al día siguiente con duloxetina |
| TRAZODONA | Retirar en 3 días y empezar al día siguiente. Valorar sustituir trazodona por una bzd por posible insomnio de rebote. |
| MIRTZAPINA | Retirar en 3 días y empezar al día siguiente. Valorar sustituir mirtazapina por una bzd por posible insomnio de rebote. |
| PAROXETINA | Retirar paulatinamente en 1-2 semanas, intercalando progresivamente duloxetina en ese tiempo |
| FLUOXETINA | Retirar bruscamente y tras una semana, empezar con duloxetina. |
| OTROS ISRS | Retirar en 3-7 días y empezar al día siguiente con duloxetina. |
| VENLAFAXINA | Retirar paulatinamente en 1-2 semanas, intercalando progresivamente duloxetina en ese tiempo. |
| BUPROPION | Retirar en 3-7 días y empezar al día siguiente con duloxetina. |



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Inchausti L y Oraá R. *Inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina: Duloxetina*. En: Tratado de psicofarmacología: Bases y aplicación clínica. (Salazar M, Peralta C y Pastor), editores). 1ª. Madrid. Edit. Médica Panamericana. 489–492. 2004.
- 2 Pacheco Yáñez L. *Síndrome de discontinuación*. En *Psicofarmacología aplicada en Atención Primaria*. (L Pacheco y J Medrano, editores). Barcelona. Glosa. 2007.
- 3 Pacheco L, Etxebeste M^o, Malo P y cols. Dilemas en torno a los viejos y nuevos psicofármacos: Nuestra experiencia clínica en pacientes ambulatorios. *NORTE de Salud Mental* 2002; IV, 14: 49–67.
- 4 Pies R W. *Manual de Psicofarmacología básica*. Barcelona. Masson. 2000.
- 5 Agencia Española del Medicamento. Duloxetina: Ficha técnica. Cymbalta y Xeristar Disponible en: <http://www.agemed.es>. Consultado el 5–12–2008.
- 6 Gil–Aldea I, Pérez–Cajaraville J. Nuevas perspectivas en el tratamiento del dolor neuropático: duloxetina. *Rev Soc Esp Dolor* 2006; 13,6 :421 – 427
- 7 Raskin J, Wang F, Pritchett YL y cols. Duloxetine for patients with diabetic peripheral neuropathic pain: A 6-month open-label safety study. *Pain Medicine*. 2006; 7:5:373–385.
- 8 Calvo T, Cánovas L, Castro M, y cols. Duloxetina frente a Amitriptilina en el dolor neuropático: Experiencia en 120 casos. VIII Reunión de la Sociedad Española del Dolor. Ferrol. 2006. Disponible en: <http://www.sedolor.es/ponencia.php?id=691> Consultado el 12–12–2008.
- 9 Yllanes JD, Cano A y Sarria G. Mejoría del dolor articular en un cuadro depresivo concomitante tratado con duloxetina. *Psiquiatr Biol*. 2008; 15: 23–26.
- 10 Raskin J, Wiltse CG, Siegal A, y cols. Efficacy of duloxetine on cognition, depression and pain in elderly patients with major depressive disorder: An 8-week, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007; 164,6:900–909.
- 11 Arnold LM, Rosen A, Pritchett YL, y cols. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder. *Pain* 2005; 119: 5–15.
- 12 Perahia D, Gilaberte I, Wang F y cols. Duloxetine in the prevention of relapse of major depressive disorder: Double-blind placebo-controlled study. *British Journal of Psychiatry*. 2006; 188:346–353.
- 13 Bousoño M. Revisión concisa. Nuevos fármacos en el tratamiento de los trastornos depresivos: Eficacia y seguridad de duloxetina frente a otros antidepresivos. *Evidence-based Mental Health*. Edición española. 2006; 2,1: 1–7.
- 14 Frampton JE, Plosker GL. Duloxetine: A Review of its Use in the Treatment of Major Depressive Disorder. *CNS Drugs*. 2007; 21,7:581–609.
- 15 Servicio Navarro de Salud. Duloxetina. Ficha de evaluación terapéutica.04/2006. Disponible en: http://www.cfnavarra.es/salud/publicaciones/Fet/textos/FET_2006_4.pdf. Consultado el 5–12–2008.
- 16 Cordero L, Gómez–Utrero E. *Duloxetina. Guía de ayuda para la evaluación*. Lilly S.A. 2005. Disponible en: <http://www.elrincondesisifo.es/Duloxetina.pdf> Consultado el 12–12–2008.
- 17 Espuña M, Puig M. Tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2004; 47,6: 278–290.
- 18 Glueck CJ, Khalil Q, Winiarska M y cols. Interaction of duloxetine and warfarin causing severe elevation of International normalized ratio. *JAMA*. 2006; 295, 13: 1517–1518.
- 19 Martín López, LM. Uso de combinación de antidepresivos en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Tesis doctoral (J Vallejo y JE Rodés, directores). Fac. Med. Univ. Barcelona. Junio. 2005. Disponible en: http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0525106-113752/LML_TESIS.pdf Consultado el 12–12–2008.
- 20 Grupo G.E.A.A. Disponible en: <http://www.asociaciondeantidepresivos.es>. Consultado el 12–12–2008.
- 21 Hanje AJ, Pell Lj, Votolato NA y cols. Case report: fulminant hepatic failure involving duloxetine hydrochloride. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2006; 4,7: 912–917.
- 22 Henderson S. Switching between tricyclic, SSRI and related antidepressants. July. 2007. From the National Electronic Library for Medicines. NHS. www.nelm.nhs.uk. Disponible en: <http://www.nelm.nhs.uk/en/> Consultado el 19–12–2008.



El niño con trastorno del desarrollo de la coordinación ¿Un desconocido en nuestra comunidad?

Raquel Plata Redondo

Terapeuta ocupacional. Hospital de día de Basauri, SMEB. Osakidetza–Servicio Vasco de Salud.
Asociación para la atención a niñ@s con alteraciones del desarrollo, Kulunka

Garbiñe Guerra Begoña

Terapeuta ocupacional. Dpto. de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco.
Asociación para la atención a niñ@s con alteraciones del desarrollo, Kulunka

Resumen: La amplia bibliografía consultada revela que el trastorno del desarrollo de la coordinación aparece en un 5%–6% de la población infantil en edad escolar. Sin embargo, en nuestra comunidad es poco frecuente su detección y diagnóstico, con las consecuencias que esto reporta a los niños y sus familias. Hacemos una descripción de este trastorno, sus características más importantes, prevalencia, etiología, evaluación e intervención, obtenida fundamentalmente de la revisión bibliográfica realizada. Nuestro objetivo fundamental es la difusión de esta información, pues no es frecuente encontrar documentos en castellano al respecto, y una reflexión sobre la situación de estos niños en nuestra comunidad.

Palabras clave: Trastorno del desarrollo de la coordinación, dispraxia, retraso psicomotor, niño torpe, déficit de atención.

Abstract: Comprehensive literature about the subject shows that the Developmental Coordination Disorder (DCD) appears in around the 5–6 percent of the school age population. Nevertheless it is seldom detected and diagnosed within our community, with all the consequences that this causes to children and their families. We describe this disorder, its main features, prevalence, etiology, evaluation and intervention, based upon a bibliographic review. Our main aim is to divulge this information, because Spanish language documents on this subject are not easy to find, nor any discussion about the situation of these children in our community.

Key words: Developmental coordination disorder, dyspraxia, psychomotor delay, clumsy child, attention deficit.

Introducción

Desde principios del siglo XX la comunidad científica ha venido reconociendo las dificultades en el desarrollo de habilidades motoras en un gran número de niños, sin que éstas hayan podido ser explicadas por causas médicas concretas⁽¹⁾.

Estas dificultades, observadas en niños con un desarrollo intelectual adecuado, han sido

denominadas en diferentes momentos de la historia de diversas maneras: niño torpe o síndrome del niño torpe, torpeza motriz, disfunción cerebral mínima, disfunción perceptivo–motriz, dificultad del aprendizaje motor, dispraxia del desarrollo, déficit en la atención, control motor y percepción, problemas de la coordinación óculo–manual, disfunción de integración sensorial^(2, 6, 25).



Actualmente el término consensuado internacionalmente es el de Trastorno del Desarrollo de la Coordinación (Developmental Coordination Disorder, DCD); término que hace referencia al síndrome descrito por la Organización Mundial de la Salud en 1992 e incluido en los manuales diagnósticos de la Asociación Americana de Pediatría desde 1989⁽³⁾. En la edición española de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (10ª edición) de la Organización Mundial de la Salud, en su Capítulo F (V), a este trastorno se le denomina Trastorno específico del desarrollo psicomotor⁽⁴⁾, que incluye el síndrome del niño torpe, dispraxia del desarrollo y el trastorno del desarrollo de la coordinación.

Características principales

Su característica principal es el retraso en el desarrollo de la coordinación de los movimientos, sin que éste pueda ser explicado por un retraso intelectual general o por un trastorno neurológico específico, congénito o adquirido, y no cumple los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

El nivel de desarrollo de la coordinación de movimientos (gruesos y finos), que afecta al rendimiento en las actividades cotidianas, aparece en estos casos significativamente inferior al esperado para la edad cronológica del niño y su inteligencia general. Este retraso puede ser observado en la adquisición de hitos del desarrollo motor (como gatear, caminar, sentarse...), torpeza general, dificultades para el deporte, en la escritura... Asimismo, la conclusión diagnóstica de este trastorno incluye la necesidad de la presencia de estas dificultades desde los comienzos del desarrollo del niño, y sin relación directa con déficits de visión, de audición o cualquier trastorno neurológico diagnosticable^(3,4).

Está claro que en el desempeño de actividades motoras diarias hay todo un espectro de posibilidades en cuanto a su ejecución, inclu-

yéndose dentro de una curva de normalidad muchos niños que presentan problemas motores. Sin embargo, debemos considerar al niño fuera de esa "normalidad" si sus dificultades limitan el desarrollo de actividades cotidianas y escolares⁽²⁵⁾.

Igualmente, no todos los niños con TDC presentan las mismas características y grados de afectación, y menos aún si este trastorno coexiste con otros problemas (de atención, dislexia, de lenguaje...). Es cada vez mayor la evidencia sobre la heterogeneidad que existe en este grupo, que requiere ser abordada de manera exhaustiva e individualizada^(7,9,28,29). Algunos autores, incluso han propuesto subtipos dentro del TDC^(33,38) para identificar los distintos tipos de disfunción motora que pueden presentar.

Prevalencia

La fundación británica Dyspraxia Foundation estima unos datos del 1–10%, y según la Asociación Americana de Pediatría (AAP) podemos encontrar entre el 5–6%, lo que implica que al menos hay un niño por aula que presenta TDC. Según diversos autores^(9,25,42) la cifra varía del 1% al 15%, aunque la que más se ajusta a la mayoría de los resultados obtenidos en diferentes estudios^(9,25) es la proporcionada por la AAP. A éstas hay que añadirles que aproximadamente el 50% de niños con TDAH, trastorno del aprendizaje y trastorno específico del lenguaje (TEL) presentan también TDC⁽¹⁾.

En cuanto al sexo, según la bibliografía consultada, se da mayor prevalencia en niños que en niñas, pero el actual ratio es bastante variable y depende de los métodos usados en la identificación de casos⁽¹⁾. La AAP establece una prevalencia de 2:1, y la Dyspraxia Foundation 4:1⁽⁴²⁾.

La relevancia de estos datos nos sugiere la importancia de la detección e intervención temprana para prevenir futuros problemas, y favorecer así una mayor comprensión de la



problemática por parte de la escuela y la familia. En especial en los casos en los que coexiste con otro trastorno, nos va a permitir realizar un mejor enfoque y elección de tratamiento⁽¹⁾.

Causalidad:

¿Cuál es la etiología del TDC? Probablemente no exista una única causa, especialmente por la gran heterogeneidad que presenta este grupo de niños con diferentes subsistemas disfuncionales⁽¹⁷⁾.

Este trastorno ha sido foco de distintos estudios, aunque por el momento se desconoce su causalidad. Existen diversas teorías al respecto, sin que existan aún pruebas empíricas concluyentes⁽³²⁾.

Algunos autores han considerado el TDC no como un trastorno en sí, sino como parte de un continuo normal del desarrollo motor. Así como hay niños hábiles y con grandes destrezas en esta área, otros podrían encontrarse en la situación opuesta dentro de una variante de normalidad. No lo considerarían patológico, por lo que no sería necesaria ninguna intervención terapéutica⁽⁵²⁾. Otros lo han tratado como un retraso madurativo, que es superado por el niño a medida que va haciéndose adulto⁽⁵²⁾.

Sin embargo, las investigaciones realizadas en los últimos años y los recientes documentos bibliográficos publicados, sugieren el TDC como un trastorno de impacto en la vida del niño, que no se resuelve de manera espontánea y con consecuencias en la vida adulta.

A partir de estas investigaciones, algunos autores consideran los problemas de coordinación motora como el resultado de alteraciones en el proceso cognitivo y perceptivo. Igualmente se han relacionado con déficits sensoriales, especialmente con los sistemas visual y kinestésico^(17, 32, 33), y con problemas en el procesamiento sensorial^(17, 32).

Esta última teoría⁽²⁹⁾, Teoría de la integración sensorial expuesta por Ayres en la década de los años 60, explica los problemas en el desempeño motor desde la interacción que realiza el niño con su medio ambiente a través de los canales sensoriales y el procesamiento de la información que de esta interacción se deriva. Los problemas pueden ocurrir en diferentes etapas a medida que se integra la información sensorial y se utiliza para ejecutar un movimiento preciso. El niño puede tener dificultades para analizar la información del ambiente, para usarla en la elección de un plan de acción, en la secuenciación de los movimientos individuales de la tarea, en enviar el mensaje correcto para producir una acción coordinada, o en integrar todos estos pasos para controlar el movimiento. El resultado de cualquiera de estos problemas es el mismo: el niño parecerá torpe y tendrá dificultades de aprendizaje y ejecución de tareas motoras nuevas.

Otro aspecto que aparece en diversas investigaciones es la influencia de alteraciones cerebelosas en el desarrollo de la coordinación motora^(7, 33, 52); aunque aún sin confirmación científica.

Igualmente, parece existir un alto riesgo de TDC en niños prematuros y de bajo peso al nacer^(25, 28). Profesionales expertos en la materia recomiendan realizar una evaluación y seguimiento de estos niños durante los primeros 12 meses, pues es en este periodo en el que se puede obtener información de gran utilidad para el diagnóstico temprano de alteraciones del desarrollo⁽³¹⁾.

Como vemos, son diversas las investigaciones realizadas y las hipótesis planteadas, aunque por el momento no existe evidencia clara sobre la etiología del TDC. Tal como algunos autores apuntan, probablemente sean diferentes causas las que estén provocando estos problemas en la coordinación motora, aunque las diferentes hipótesis actuales y estudios realizados sobre los trastornos del desarrollo apun-



tan de manera casi unánime a una etiología de carácter neurológico^(17, 29, 32, 33, 52).

Comorbilidad:

Además de los problemas propios del trastorno que presentan estos niños, hay que añadir la alta prevalencia que existe, según investigaciones actuales, del TDC con problemas de lenguaje, dislexia, trastorno específico del aprendizaje, trastornos de lectura y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)^(27, 33, 38). Algunos autores cuestionaron inicialmente el TDC como diagnóstico propio, pero los estudios actuales parecen confirmar su carácter diferenciado, utilizándose como tal si la condición más evidente que presenta el niño es la dificultad motriz^(33, 38).

Aunque existe una alta prevalencia de comorbilidad con estos otros trastornos mencionados, queremos destacar en especial la relación que presenta con el TDAH, pues son numerosos los documentos científicos que hacen referencia a ello. El TDC aparece como uno de los principales diagnósticos comórbidos del TDAH (entre un 47% y 50% de los casos), presentando conjuntamente peor pronóstico (trastornos psiquiátricos, abuso de alcohol, delincuencia, desempleo, dislexia y bajo nivel académico)^(25, 40, 52).

Impacto en la vida diaria del niño

Cuando describimos un niño con TDC es importante reconocer que este trastorno hace referencia a un grupo de características muy diversas. Algunos pueden experimentar dificultades en varias áreas de su vida diaria, mientras que otros pueden tener problemas sólo con algunas actividades específicas⁽²⁹⁾.

Muchos padres los definen por sus dificultades con las tareas cotidianas como el vestido, las dificultades para atarse los cordones, andar en bicicleta...; sus profesores se quejan de que

son lentos en las tareas escolares y tienen problemas con la escritura.

Efectivamente, el TDC muestra una serie de dificultades que pueden impactar de manera directa en el desempeño diario del niño, con consecuencias no sólo funcionales, sino también emocionales y sociales⁽¹⁾.

La implicación del niño en las actividades de la vida diaria (AVD) es un componente esencial para su desarrollo general. La investigación sugiere que la participación en estas actividades en la infancia contribuye al desarrollo cognitivo, afectivo y físico del niño⁽⁹⁾. Sin embargo, los niños con TDC tienen dificultades funcionales significativas en las AVD y a menudo son derivados a terapia ocupacional para mejorar su desempeño.

Algunos de los problemas que pueden observarse están relacionados con la alimentación. Pueden mostrar dificultad para usar los cubiertos, derrames de comida, rechazo de algunos alimentos por su textura... El vestirse también resulta complicado para muchos de estos niños, ya que se trata de una actividad compleja que implica diversas etapas. Atarse los cordones puede ser una tarea altamente difícil para ellos, y muchos puede que no logren realizarla hasta edades superiores. Todas estas actividades requieren una adecuada planificación motora, integración bilateral, ajustes posturales, buena integración visuo-motriz, características que en los niños con TDC están afectadas, haciendo que el desarrollo de las actividades cotidianas sea más lento y dificultoso que de lo normal^(5, 38, 52).

Además de estos problemas en la vida cotidiana, el TDC impacta de manera significativa en el área escolar. Aunque muestren un desarrollo intelectual y cognitivo adecuado para su edad, estos niños presentan problemas para el logro de diversos objetivos curriculares.

Diferentes estudios han mostrado las dificultades de estos niños en el desarrollo académ-



mico, especialmente si coexisten problemas de atención⁽⁷⁾. Pueden observarse problemas en el aprendizaje de idiomas, en las asignaturas de arte y plástica, en educación física, y en especial en el desarrollo de la escritura y la lectura. Este último podría estar relacionado con las dificultades visuo-perceptivas que muchos de estos niños presentan, y que afectan a su habilidad para percibir la forma, el tamaño y la orientación de las letras y las palabras⁽⁷⁾.

Se ha relacionado con la dislexia y la adquisición de la lectura^(7,27,52), encontrando en ellos similitudes en cuanto a la aparición de problemas fonológicos. Esto ha llevado a diversos autores a estudiar de manera más profunda los posibles mecanismos neurológicos que podrían estar influyendo en el desarrollo de este área, aunque los resultados aún no son concluyentes y necesitan mayor investigación⁽⁷⁾.

Las actividades que requieren una buena coordinación óculo-manual también presentarán problemas. De entre ellas hay que destacar la adquisición y desarrollo de la escritura, que con frecuencia se ve gravemente afectada^(5,43-48). Se trata de una actividad motora compleja que supone para muchos niños todo un reto. Esto puede ser debido a diversas causas: bajo tono muscular, inestabilidad en las articulaciones de los miembros superiores, persistencia de reflejos primitivos, tipo de pinza o presa utilizado, temblor o falta de control de los movimientos de las articulaciones de los miembros superiores. Asimismo puede derivarse de una rápida fatiga de los músculos intrínsecos de la mano. A veces estos niños sujetan el lápiz con más fuerza porque no tienen un buen feedback propioceptivo y/o táctil. Frente a esto, el niño puede presentar un trazo y una organización deficiente en el papel⁽⁶⁾.

Los problemas de escritura aparecen en numerosos artículos y documentos, y hay autores que los consideran un primer síntoma o signo que hace sospechar que el niño pueda tener TDC^(1,9). Es un aspecto del trastorno rele-

vante en numerosas investigaciones. Cuestionarios específicos sobre el TDC dirigidos a profesores y padres incluyen un apartado relacionado con los problemas de escritura. Asimismo, aparece como capítulo específico en numerosos libros especializados^(8,33,38,49-51).

También es frecuente encontrar que a estos niños, debido a problemas de integración visuo-motriz, les resulte muy difícil realizar la copia, especialmente de la pizarra al papel.

No es raro tampoco que encuentren problemas para el manejo de utensilios escolares, como las tijeras, compás, regla... Estas dificultades hacen que las asignaturas relacionadas con estas destrezas, como plástica y arte, supongan un gran esfuerzo para ellos con resultados muy pobres.

Otra de las áreas escolares que suele verse afectada es la educación física, ya que se trata de un espacio donde los componentes motores son necesarios para su desarrollo. El profesor puede encontrar que el niño es torpe en los movimientos, con tendencia al choque con objetos, dificultad para las actividades que requieren un buen desarrollo motor grueso (como saltar, correr, trepar,...) y para el aprendizaje de tareas motoras nuevas. Debido a todas estas dificultades, esta área curricular puede generar en el niño angustia y rechazo.

Los deportes suponen uno de los mayores retos para ellos, especialmente aquellos que implican objetivos grupales y uso de materiales en movimiento (balones, pelotas). La ejecución de juegos en equipo (especialmente competitivos) no es igual que la realizada en juegos individuales, ya que, al ser más lentos y menos eficaces que el resto de niños, no pueden seguir el ritmo del grupo. Estas dificultades son observadas no sólo por los profesores, sino también por el resto de alumnos; como consecuencia, en los juegos y actividades deportivas, en la creación de equipos, suelen ser los últimos en ser elegidos.



Estas limitaciones hacen que muestren menos confianza en sus habilidades físicas y menor autoeficacia percibida en las actividades motoras que los niños sin TDC^(26,52). Como consecuencia de todo ello, es frecuente ver cómo estos niños tienden a rechazar juegos y actividades deportivas, mostrando mayor interés por otros más sedentarios e incluso solitarios. Esta tendencia, y diversos estudios así lo confirman, puede implicar a medio y largo plazo problemas de salud física, como la obesidad⁽¹⁾.

Hay que tener en cuenta, además, las consecuencias que esta problemática puede suponer en el desarrollo de su vida social. Algunos estudios han mostrado como la participación en actividades sociales físicas es menor en niños con TDC, observándose mayor nivel de soledad⁽⁵⁴⁾. Estas dificultades les hacen impopulares en muchos de los casos, teniendo incluso que soportar acoso y burla por parte de sus compañeros. Los niños que tienen restringida su participación en situaciones de la vida cotidiana están en riesgo de experimentar aislamiento social, victimización y rechazo por parte de sus iguales^(34,35).

A modo de resumen, podemos decir que toda esta problemática descrita supone una serie de consecuencias en el desarrollo general del niño con TDC; tienden a una ejecución académica pobre, sentimientos de baja autoestima, pobre competencia percibida, abandono escolar, baja tolerancia a la frustración, motivación disminuida, aislamiento, problemas de conducta, obesidad, ansiedad y en algunos casos depresión^(5, 27-29, 52, 54); aspectos que en muchos casos seguirán latentes en la vida adulta, o influirán de manera determinante en ella.

TDC en la vida adulta

Como se ha explicado anteriormente, han existido algunas hipótesis sobre la etiología del TDC que daban por hecho que estos niños superarían sus dificultades de manera espontánea; actualmente la evidencia revela que los

problemas motores persisten en la adolescencia e incluso en la vida adulta, pudiendo llegar a tener graves consecuencias emocionales, sociales y ocupacionales^(1, 5, 23, 52). Desde la década de los 80 se han venido realizando estudios longitudinales que muestran esta persistencia⁽¹⁾. Se estima que entre un 30% y un 87% de los niños con TDC continuarán exhibiendo pobre coordinación en su vida adulta⁽⁶²⁾.

Existe una fuerte evidencia que indica que, incluso los niños que parecen tener sólo dificultades motrices “leves”, suelen experimentar problemas sociales y emocionales secundarios serios⁽⁹⁾. Dada la heterogeneidad del trastorno, las consecuencias en la vida adulta varían según los casos.

Los niños con TDC tienen problemas con numerosas tareas cotidianas, siendo vividas como retos sociales y emocionales. Estas pueden persistir en la adolescencia y afectar a las elecciones ocupacionales que realice al llegar a la madurez⁽⁴¹⁾. Con el tiempo las dificultades se hacen más evidentes, se pasa de problemas en el juego y en el plano motor en los primeros años, a problemas de autocuidado y académicos en la infancia, y a dificultades relacionadas con la autoestima y emocionales en edades posteriores⁽⁵⁴⁾.

Hay que destacar que, en aquellos casos en los que coexiste con otro trastorno, como es el caso del TDAH, tal como ya se ha comentado, presentan mayor incidencia de trastornos psiquiátricos, abuso de alcohol, delincuencia, fracaso escolar y desempleo.

La evidencia sugiere que la identificación temprana, una intervención efectiva y un buen enfoque vocacional de los niños con TDC son importantes para minimizar sus experiencias negativas que pueden afectar su futura vida académica, ocupacional y social^(1, 54).

Evaluación:

No es suficiente una sola herramienta para evaluar exhaustivamente el grado de desarrollo



de las habilidades del niño con TDC. El diagnóstico es probable que pueda realizarse mediante entrevistas y evaluación de síntomas, o incluso utilizando una herramienta de evaluación que determine la desviación de la norma del niño; pero para llevar a cabo un estudio más profundo del caso, especialmente para enfocar el tratamiento, se hace necesaria una evaluación multidisciplinar y variada con herramientas que abarquen diferentes áreas^(14, 15, 27).

Podemos usar dos fuentes para recopilar información sobre posibles signos de problemas de coordinación motora; por un lado, escalas estandarizadas de valoración de las habilidades motrices del niño y de otros mecanismos subyacentes de este trastorno; y por otro, entrevistas o cuestionarios dirigidos a padres y profesores para obtener una descripción sobre cómo se desenvuelven los niños en sus actividades diarias y en la escuela^(36, 37).

Herramientas estandarizadas:

Expondremos solamente algunas de las que pueden utilizarse en el TDC, ciñéndonos a criterios de frecuencia de uso y aparición en los diferentes documentos bibliográficos consultados, así como a estudios realizados sobre su eficacia.

Una de las más utilizadas y extendidas en diversos países para la realización del diagnóstico del TDC es el Movement Assessment Battery for Children (MABC) (Henderson and Sugden 1992)^(6, 7, 15, 16, 19, 24). Esta herramienta proporciona información sobre el desarrollo del niño de edad comprendida entre 4 y 12 años. Se subdivide en tres tests: destreza manual, habilidades con el balón y equilibrio estático y dinámico. Ha sido estudiada con niños de diversos países (USA, Australia, Gran Bretaña, Japón, Singapur, Suecia, Holanda).

Otra herramienta comúnmente usada para la evaluación del desempeño motor a partir de los 4 años es el Bruininks–Oseretsky Test of Motor Proficiency (BOMPT, Bruininks

1978)^(15–17). Esta escala, sin embargo, aunque bastante extendida, no recibe buenas críticas sobre su fiabilidad y validez. Según algunos autores se halla desfasada en cuanto a sus criterios normativos, pues parece no haber sido revisada y actualizada desde hace 20 o 30 años. Algunos autores no parecen recomendarla como herramienta apropiada para la evaluación del niño con TDC⁽¹⁶⁾.

Para la evaluación temprana de las habilidades motoras muchos profesionales utilizan el *Peabody Developmental Motor Scales* (PDMS) (Folio and Fewell, 2000). Se usa con niños pequeños, y se considera apropiada para la detección de características del TDC en edades tempranas. También puede usarse como medida de evaluación de la intervención⁽¹⁶⁾.

Uno de los principales problemas que se observan en niños con TDC, como ya se ha dicho, son los problemas visuo–perceptivos. Muchos terapeutas utilizan para la evaluación de este área escalas como el Beery–Buktenica Test of Visual Motor Integración VMI (Beery 1997)^(17, 18). Es un test basado en normas, con fuertes propiedades psicométricas.

Cuestionarios y pruebas de screening para padres y profesores:

Se han diseñado algunas herramientas específicas para el screening de niños con TDC. La Children's Self–Perceptions of Adequacy in and Predilection for Physical Activity scale (CSAP–PA), elaborada en Canadá, está dirigida a niños de edades comprendidas entre 9 y 14 años. Es un instrumento que puede ser administrado por profesores, y tiene la ventaja de poder llevarse a cabo en grupo. Requiere mayor investigación, aunque los estudios realizados hasta la fecha sobre su validez y fiabilidad muestran buenos resultados⁽¹⁹⁾.

Developmental Coordination Disorder Questionnaire (DCD–Q) es otro instrumento de screening, también elaborado en Canadá, usado para la detección del TDC en niños



mediante un cuestionario para padres. Al igual que el anterior, los estudios sugieren adecuada fiabilidad y validez, pero requiere un mayor estudio^(20, 36).

Detección temprana:

Queremos destacar y darle especial importancia a la detección temprana de los niños con TDC, por las consecuencias positivas que esto supone para ellos, sus familias y la sociedad en general.

Bajo una perspectiva de desarrollo, es posible identificar dificultades en la coordinación motora en edades tempranas^(23, 25, 27, 28). Esto es importante por dos razones: primera porque el TDC va a poder ser abordado lo antes posible, con el beneficio que esto reporta al futuro del niño en cuanto a la prevención de problemas secundarios en el desempeño de su vida diaria, especialmente el aprendizaje. Segundo, porque va a facilitar y mejorar el abordaje de niños que presentan además otros trastornos comórbidos. De esta manera, familiares, profesores y otros profesionales estarán preparados para enfrentarse gradualmente a las diferentes dificultades que estos niños presentan⁽²⁷⁾.

Aproximadamente un 25% de los niños diagnosticados de TDC es detectado antes de comenzar la escuela. Esto ocurre fundamentalmente en aquellos casos que pertenecen a familias de clase media-alta, que logran una evaluación temprana del niño. El 75% restante se da en los primeros años de educación primaria⁽²⁵⁾ (estos datos han sido elaborados para población británica).

La escuela es el ámbito en el que se detectan los principales problemas que llevan a solicitar una evaluación de estos niños. Generalmente la demanda se realiza debido a dificultades como lentitud motora, problemas de escritura, dificultad para la copia de la pizarra, retraso en la adquisición del lenguaje y problemas de atención y conducta⁽²⁵⁾.

Intervención:

Desde sus inicios la intervención del TDC se ha centrado en los déficits subyacentes del procesamiento y la facilitación del desarrollo neuromadurativo. En los últimos años este pensamiento ha ido cambiando, dando como resultado nuevos enfoques que enfatizan la adquisición de destrezas y la resolución de problemas funcionales. Sin embargo, no existe evidencia científica sobre la idoneidad de un tratamiento frente a otro. En los diferentes documentos bibliográficos encontramos referencias a diversas técnicas de eficacia variada, todas ellas aún controvertidas. Actualmente existe un fuerte debate sobre la intervención y un movimiento hacia la obtención de resultados empíricos al respecto.

Además de la evidencia científica, otra de las cuestiones importantes a tener en cuenta a la hora de elegir el modelo de intervención es la heterogeneidad que existe en el TDC, especialmente si consideramos la alta comorbilidad con otros trastornos. Esto hace que los diferentes enfoques no obtengan el mismo resultado en todos los casos. Por ello, es necesaria una evaluación exhaustiva, especialmente como medio para la selección de la intervención adecuada para cada niño.

Según la información obtenida en la distinta bibliografía consultada, podemos clasificar los diferentes enfoques en dos grupos:

- Aquellos basados en un planteamiento “bottom up”, es decir, que siguen un pensamiento iniciado en los aspectos subyacentes del procesamiento y del desarrollo neuromadurativo como influyentes en el desempeño funcional y en la adquisición de destrezas.
- Los que se basan en el planteamiento “top down”, enfocados en la resolución de problemas funcionales. Se basan en la adquisición de destrezas y enfatizan los factores contextuales que intervienen en ella.



Dentro de los primeros (bottom up) se encuentran fundamentalmente el modelo basado en la teoría de la integración sensorial, el tratamiento orientado al proceso, el entrenamiento perceptivo-motor y un enfoque que combina los tres modelos. La teoría de la integración sensorial es actualmente una de las más extendidas y estudiadas, goza de gran popularidad entre diferentes profesionales y familiares, especialmente en países como Estados Unidos o Canadá, aunque aún no existe suficiente apoyo empírico que muestre mayor eficacia frente a las demás en la mejoría funcional del niño. Una de las posibles razones por la que probablemente no haya obtenido aún resultados científicos concluyentes es la dificultad de aislar este enfoque para su estudio, pues generalmente se encuentra asociado a otros modelos, aunque la evidencia y la práctica sugieren buenos resultados.

Entre los modelos ubicados en el segundo grupo (top down) se encuentran principalmente la intervención específica de tareas y el enfoque cognitivo. Este último guía al niño en el descubrimiento de estrategias que le ayuden a resolver problemas durante las actividades que requieren aprendizaje motor. Poseen un fuerte contenido verbal^(23,25). Ninguno de ambos modelos ha obtenido evidencia científica sobre su eficacia, especialmente sobre la generalización de los aprendizajes realizados.

Diversos autores^(10-13, 23) sugieren que la adquisición de destrezas se logra por la interacción entre el niño, el entorno y la tarea; por lo tanto, si el objetivo es facilitar la adquisición de destrezas entonces habrá que utilizar intervenciones basadas en actividades funcionales más que aquellas que se centran en los componentes subyacentes neuromadurativos, pues parece existir poca evidencia de que la intervención mejore la habilidad motriz en general^(21, 22). Sin embargo, sí encontramos algunos estudios que muestran la eficacia de intervenciones basadas en los componentes motores⁽²³⁾ en aquellos niños con características límites o menos graves⁽²⁴⁾.

Otros⁽⁹⁾, que apoyan esta idea, sugieren una combinación de varios enfoques según las características individuales de cada niño. Esto parece un planteamiento bastante sensato, especialmente si tenemos en cuenta, como se explicaba anteriormente, la heterogeneidad que existe en el TDC.

En nuestra opinión, y basándonos en la práctica diaria, creemos que una combinación de diferentes modelos, elegidos según el caso, resulta más eficaz que si nos basamos en uno sólo, especialmente si abarca componentes del neurodesarrollo y aspectos funcionales. A esto hay que añadir la importancia de la intervención en el entorno del niño (hogar, colegio...), y la educación, apoyo y asesoramiento a padres y profesores^(21, 22).

Un aspecto de la intervención que sí parece estar más claro, o al menos aparece de manera extensa en la bibliografía existente, es la necesidad de un enfoque multidisciplinar. Este enfoque no está solamente dirigido a la intervención, sino también a la evaluación. En primera instancia encontramos el papel fundamental que desempeñan los equipos pediátricos de atención primaria en la detección y diagnóstico del caso; a través de ellos se facilita el acceso a los servicios adecuados para estos niños y familias⁽¹⁾. Desde aquí se guiarán las pruebas clínicas específicas que confirmen o descarten el TDC.

Otros profesionales que se consideran fundamentales en la intervención con estos niños, muchas veces consultados para la confirmación diagnóstica^(1, 5, 53), son el terapeuta ocupacional (que trabaja para el logro del desempeño funcional del niño y su autonomía en las AVD, el juego y actividades escolares, especialmente la escritura), el logopeda (para los problemas relacionados con el lenguaje receptivo y/o expresivo y de articulación) y el psicólogo (que aborda los problemas sociales, emocionales y de conducta que aparecen en este trastorno). Además, otros profesionales que con frecuen-



cia también aparecen en estos equipos son el fisioterapeuta (especialmente con niños con dificultades de motricidad gruesa severas) y el optometrista.

Además de los equipos de intervención, en el área escolar los educadores poseen un rol importante en la identificación temprana de estos niños, y en facilitar el éxito usando estrategias adecuadas para cada uno, promoviendo el aprendizaje y la integración social.

La colaboración y coordinación de todos estos profesionales, y de las diferentes instituciones y departamentos, se consideran fundamentales para la intervención óptima y obtención del máximo desarrollo del niño y apoyo a las familias.

TDC en nuestra comunidad:

Toda la información aportada hasta el momento se basa en documentos bibliográficos y experiencias desarrolladas en otros países, destacando en especial Canadá, Estados Unidos, Suecia, Holanda, Australia y Reino Unido. Sin embargo, ¿cómo se presenta la situación del niño con TDC en nuestra comunidad? ¿Existen niños con TDC?

Como dato orientativo de la situación de estos niños en el País Vasco, podemos decir que, según la información proporcionada por el Servicio Vasco de Salud—Osakidetza para el territorio histórico de Álava en el año 2005, no se ha detectado ningún caso especificado bajo este diagnóstico, cuando la cifra debería ser, siguiendo la prevalencia descrita en el DSM-IV, de 1001,9. La diferencia es notoria.

Igualmente, consultando los ejes diagnósticos del Departamento de Educación del Gobierno Vasco, sobre los alumnos con necesidades educativas especiales en Bizkaia, vemos que no se detectan casos de niños con TDC, aunque sí con retraso psicomotor (159 casos en el curso escolar 07-08); aplicando las tasas

de prevalencia que arrojan las estadísticas se debería esperar un número de casos de 3738.

Tal como ya hemos explicado, estos son sólo datos orientativos. Sería de gran interés investigar de manera más exhaustiva la confirmación de la prevalencia del TDC en Euskadi. Sin otras fuentes, y confiándonos a esta cifras, resulta alarmante como nuestro sistema no está detectando los casos de TDC, con las consecuencias que esto reporta a los niños, sus familias y a la sociedad en general.

Tal vez vivamos en una sociedad donde este tipo de trastorno del desarrollo pudiera aparecer raramente. Ojalá fuera así, pero la práctica diaria nos confirma lo contrario. En comparación con otros trastornos más conocidos y considerados más graves (autismo, parálisis cerebral, TDAH...), el TDC es tratado por lo general como retraso más leve o límite, siendo éste el más difícil de diagnosticar⁽⁵⁵⁾. Suelen comenzar a detectarse a partir de los 3 años, llegando incluso en muchos de los casos a edades posteriores, cuando las dificultades escolares son ya evidentes, habiéndose perdido con ello un tiempo fundamental. Incluso pueden llegar a no detectarse de manera formal, cargando el niño y la familia con la problemática que esto conlleva y sin el apoyo de recursos públicos. Esta última situación suele ser, según nuestra experiencia, la que con más frecuencia se da.

Como hemos visto, la evidencia avala la detección temprana en el TDC. A pesar de las pruebas a favor de su importancia y de estar recogida en nuestras leyes, es todavía una asignatura pendiente en el sistema actual. Esto conlleva a que el acceso a los recursos especializados de tratamiento y atención sea tardío y en edades mayores, cuando los problemas están ya instaurados⁽⁵⁷⁾, e incluso no llegando muchos de ellos ni siquiera a detectarse.

La detección temprana en nuestra comunidad es prácticamente inexistente en esta población. Por lo general, la mayoría de los



casos detectados antes de los 3 años son aquellos que presentan retrasos o síndromes severos, quedando el TDC excluido de estos recursos, a menos que los problemas que presenten sean muy evidentes y estén limitando de manera contundente la adquisición de hitos del desarrollo motor.

Cuando el niño presenta uno de estos trastornos de menor entidad o gravedad, su familia se encuentra con una serie de problemas y preguntas de difícil solución. Frente a la situación de las familias con un niño afectado por una alteración 'grave', que disponen de diversos apoyos (instituciones, asociaciones, escuela, etc.), éstas a las que nos referimos se encuentran con que, al no haber un diagnóstico concreto o definido del problema de su hijo o ser relativamente ligero, no encuentran el apoyo necesario en los ámbitos mencionados; o quizá ignoren que el problema puede ser tratado.

Y son precisamente estos niños, los que presentan problemas menos graves, los que más se pueden beneficiar de los programas de atención, pudiendo prevenir así la aparición de trastornos más graves en edades posteriores.

Análisis de los recursos que disponemos para su tratamiento:

En cuanto a la intervención y abordaje de los problemas de los niños con TDC, aunque sí contamos con espacios públicos que cubren muchas de sus necesidades, estos recursos no son siempre suficientes⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾.

Las Diputaciones Forales subvencionan los programas de atención temprana, en los que se abordan las distintas áreas del desarrollo infantil; sin embargo, este programa en la práctica está bastante enfocado a niños con alteraciones graves del desarrollo, y tan sólo cubre la franja de edad de 0 a 3 años.

En los servicios sanitarios la intervención se realiza fundamentalmente sobre los aspectos biológicos, pasando por los equipos de rehabi-

litación en procesos agudos, y por los servicios de psiquiatría infanto-juvenil, en los que se desarrollan, por lo general, programas de intervención psicofarmacológica y psicoterapias breves; donde los equipos están constituidos casi exclusivamente por psiquiatras y psicólogos⁽⁵⁸⁾.

Pese a que la Ley General de Sanidad y el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica hacen hincapié en el desarrollo de programas y servicios específicos para la atención a la infancia y adolescencia, esta atención aún queda lejos de alcanzar los niveles esperados.

Tal como se explica en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006, *el desarrollo en los últimos 20 años de la atención a la infancia se ha dado en ausencia de planes globales, de manera desigual y siempre a la cola de otras prioridades en salud mental*⁽⁵⁹⁾.

En la Sanidad Pública se han desarrollado programas específicos de atención que han recibido mayor apoyo (los trastornos de alimentación, las conductas adictivas, los trastornos graves de conducta...) lo que ha generado una percepción de que existen subgrupos de niños con privilegios asistenciales, con la consiguiente sensación de discriminación y agravio comparativo⁽⁵⁹⁾.

Es en Educación donde podemos encontrar una política de integración de estos niños, con recursos psicopedagógicos y con equipos multiprofesionales que trabajan directamente en la escuela, que coinciden con el modelo de equipo de profesionales recomendado y extendido en otros países con experiencia en la atención al TDC. Sin embargo, esta intervención está enfocada exclusivamente a la obtención de objetivos curriculares y tan sólo con aquellos casos más graves, volviendo a encontrar una situación de desprotección en los menos graves, especialmente si no han sido diagnosticados.



Con respecto a estos dos espacios (sanitario y educativo), otro de los problemas con el que nos encontramos es la derivación de responsabilidades terapéuticas al ámbito escolar, cuando éste está fundamentalmente concebido, tal como ya hemos expuesto, a la obtención de objetivos curriculares, y no tanto a la rehabilitación.

Esto deja, por tanto, un vacío en cuanto a los recursos asistenciales; vacío que ha de cubrirse con la derivación a profesionales privados, con los costes que esto supone, y sobre todo con las iniciativas de los familiares⁽⁵⁹⁾.

¿Estamos suficientemente formados e informados sobre el TDC?

Como consecuencia de todo esto, nos parece que, si bien las alteraciones más graves o conocidas gozan de una proyección pública y de la intervención institucional en forma de medios y programas de formación e información, escasean los recursos destinados a afrontar los trastornos menos conocidos. Muy en especial son necesarios para la detección adecuada y temprana, que permita al niño afectado y su familia prevenir la derivación hacia situaciones de mayor gravedad.

En el caso del TDC, comprobamos que se trata de un trastorno poco conocido en nuestra comunidad. A pesar de la alta prevalencia y la evidencia que se está acumulando sobre las consecuencias secundarias, hay muy poca información en la literatura científica, divulgativa y educativa⁽⁶⁾. Es difícil encontrar bibliografía y documentación en castellano al respecto. No ocurre así en otros países, como Gran Bretaña o Canadá, donde la información e investigación sobre este trastorno, lejos aún de alcanzar los niveles deseados, es bastante más habitual.

Es necesario que se desarrollen programas, proyectos de investigación e iniciativas encaminadas a un mayor conocimiento del propio trastorno y de las diferentes estrategias de atención, así como a su difusión en la comunidad. Esto ayudaría a detectar los casos lo antes posible, prevenir complicaciones secundarias⁽²⁹⁾ y desarrollar programas de atención especializados⁽⁵³⁾.

CONTACTO:

Raquel Plata Redondo
CSM de Basauri
C/ Gaztela I Bajo 48970 Basauri (Bizkaia)
raket@kulunka.net;
raquel.plataredondo@osakidetza.net



BIBLIOGRAFÍA

1. Missiuna C, Gaines R, Soucie H, Malean J. (2006) Parental questions about developmental coordination disorder: A synopsis of current evidence. *Paediatr Child Health* vol 11 N° 8.
2. Magalhaes LC, Missiuna C, Wong S. (2006) Terminology used in research reports of developmental coordination disorder. *Dev Med Child Neurol* 48: 937-941.
3. DSM-IV (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (1995). Barcelona. Masson.
4. CIE 10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. (1992) Organización Mundial de la Salud. Madrid. Mediator. (ICD-10, International Classification of Diseases, 10th revision).
5. Missiuna C, Rivard L, Pollock N. (2004) They're bright but can't write: Developmental Coordination Disorder in school aged children. *Teaching Exceptional Children Plus*. Volume 1, Issue 1.
6. Wright HC, Sugden DA. (1996) A two-step procedure for the identification of children with developmental coordination disorder in Singapore. *Dev Med Child Neurol* 38: 1099-1105.
7. O'Hare A, Khalid S. (2002) The association of abnormal cerebellar function in children with developmental coordination disorder and reading difficulties. *DYSLEXIA* 8: 234-248.
8. Ball MF. (2002) *Developmental Coordination Disorder. Hits and tips for the activities of daily living*. Jessica Kingsley Publishers. London.
9. Mandich AD, Polatajko HJ, Macnab JJ, Miller LT. (2001) Treatment of Children with Developmental Coordination Disorder: What Is the Evidence?. *Phys Occup Ther Pediatr* 20(2-3):51-68.
10. Gentile AM. (1992) The nature of skill acquisition: therapeutic implications for children with movement disorders. *Med Sport Sci* 36:31-40.
11. Mathiowetz V, Haugen JB. (1994) Motor behavior research: implications for therapeutic approaches to central nervous system dysfunction. *Am J Occup Ther* 48(8):733-744.
12. Thelen E. (1998) Self-organization in developmental process: can systems approaches work? In: Gunner M, Thelen E. eds. *The Minnesota symposium in child psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.



13. Ulrich BD. (1997) *Dynamic systems theory and skill development in infants and children*. In: Connolly KJ, Forsberg H. eds. *Neurophysiology and Neuropsychology of Motor Development*. London, UK: Cambridge University Press.
14. Watter P, Rodger S, Marinac J, Woodyatt G, Ziviani J, Ozanne A. (2008) Multidisciplinary Assessment of Children with Developmental Coordination Disorder Using the ICF Framework to Inform Assessment. *Phys Occup Ther Pediatr* 28: 4, 331–352.
15. Johnston L, Watter P. (2006). Clinimetrics: Movement Assessment Battery for Children. *Australian Journal of Physiotherapy* 52, 68.
16. Missiuna C, Rivard L, Bartlett D. (2006) Exploring Assessment Tools and the Target of Intervention for Children with Developmental Coordination Disorder. *Phys Occup Ther Pediatr* 26: 1, 71–89.
17. Sellers JS. (1995) Clumsiness: review of causes, treatments and outlook. *Phys Occup Ther Pediatr* 15: 4, 39–55.
18. Crawford SG, Wilson BN, Dewey D. (2001) Identifying Developmental Coordination Disorder: Consistency Between Tests. *Phys Occup Ther Pediatr* 20: 2, 29–50.
19. Civetta, Lauren R. BPhy (Hons), GradDipPubHlth: Hillier; Susan L. PhD, BAppSc (Physiotherapy) (2008). The Developmental Coordination Disorder Questionnaire and Movement Assessment Battery for Children as a Diagnostic Method in Australian Children. *Pediatric Physical Therapy* 20(1): 39–46.
20. Schoemaker MM, Flapper B, Verheij NP, Wilson BV, Reinders–Messelink HA, de Kloet A. (2006) Evaluation of the Developmental Coordination Disorder Questionnaire as a screening instrument. *Developmental Medicine & Child Neurology* 48: 668–673.
21. Polatajko HJ, Mandich, AD, Miller, LT, Macnab, JJ. (2001) Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO–OP): Part II: The evidence. *Physical and Occupational Therapy* 20, 83–106.
22. Hillier S. (2007) Intervention for children with developmental coordination disorder: A systematic review. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. Volume 5 Number 3.
23. Missiuna C, Rivard L, Bartlett D. (2003) Early Identification and Risk Management of Children with Developmental Coordination Disorder. *Pediatr Phys Ther* 15: 32–38.
24. Pless M, Carlsson M, Sundelin C, et al. (2000) Effects of group motor skill intervention on five– to six–year old children with developmental coordination disorder. *Pediatr Phys Ther* 12: 183–189.
25. Gibbs J, Appleton J, Appleton R. (2007) Dyspraxia or developmental coordination disorder? Unravelling the enigma. *Arch Dis Child* 92: 534–539.
26. Cairney J, Hay JA, Wade TJ, Fought BE, Flouris A. (2006) Developmental Coordination Disorder and Aerobic Fitness: Is it all in their heads or is measurement still the problem? *American Journal of Human Biology* 18: 66–70.
27. Iversen S, Berg K, Ellertsen B, Tønnessen FE. (2005) Motor coordination difficulties in a municipality group and in a clinical sample of poor readers. *DYSLEXIA* 11: 217–231.
28. Hadders–Algra M. (2002) Two distinct forms of minor neurological dysfunction: perspectives emerging from a review of data of the Groningen Perinatal Project. *Dev Med Child Neurol* 44, 561–571.
29. Missiuna C. (2003) *Children with developmental coordination disorder: at home and in the classroom*. [en línea] Canadá: McMaster University School of Rehabilitation Science, CanChild Centre for Childhood Disability Research. [Consulta: 8 de agosto de 2006]. Disponible en Web: www.fhs.mcmaster.ca/canchild.
30. Missiuna C, Rivard L, Johal H. (2003) *Developing service provision models for children with developmental coordination disorder*. Hamilton, ON: McMaster University School of Rehabilitation Science, CanChild Centre for Childhood Disability Research.
31. Olhweiler L, Silva AR, Rotta NT. (2002) Estudio del desarrollo psicomotor en pacientes prematuros durante el primer año de vida. *Rev Neurol* 35 (8): 727–730.
32. Ameratunga D, Johnston L, Burns Y. (2004) Goal–directed upper limb movements by children with and without DCD: a window into perceptuo–motor dysfunction? *Physiotherapy Research International* 9 (1) 1–12.
33. Sugden D et al. (2006) Development Coordination Disorder as a Specific Learning Difficulty. *Leeds Consensus Statement ESRC Seminar Series Developmental Coordination Disorder LEEDS 2004–2005*.
34. Poulsen, A.A., & Ziviani, J.M. (2004). Can I play too? Physical activity engagement patterns of children with developmental coordination disorders. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71, 100–107.
35. Fox, A. M., & Lent, B. (1996). Clumsy children: Primer on developmental coordination disorder. *Canadian Family Physician*, 42, 1965–1971.
36. Wilson, B.N., Kaplan, B.J., Crawford, S.G., Campbell, A., & Dewey, D. (2000). Reliability and validity of a parent questionnaire on childhood motor skills. *American Journal of Occupational Therapy* 54(5), 484–493.
37. Rosenbaum P L, Missiuna C, Echeverria D, Knox S S. (2008). Proposed motor development assessment protocol for epidemiological studies in children. *J Epidemiol Community Health* 2009;63(Suppl 1):127–136.
38. Cermak, S., & Larkin, D. (2002). *Developmental coordination disorder*. Albany, NY: Delmar.
39. Wilson, P.H., Larkin D. (2008) New and emerging approaches to understanding developmental coordination disorder. *Human Movement Science* 27: 171–176.
40. Artigas–Pallares J. (2003) Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología* 36 (Supl. 1): S68–S78.
41. Candler, C, Meeuwssen, H. (2002). Implicit learning in children with and without developmental coordination disorder. *American Journal of Occupational Therapy* 56, 429–435.
42. Missiuna C, Pollock N, Egan M, DeLaat D, Gaines R, Soucie H. (2008) Enabling occupation through facilitating the diagnosis of Developmental Coordination Disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(1), 26–39.
43. Missiuna C, Pollock N. Children with motor difficulties in junior and senior kindergarten: a resource for educators [en línea]. Canadá: McMaster University School of Rehabilitation Science, CanChild Centre for Childhood Disability Research. [Consulta: 3 de abril de 2007]. Disponible en Web: www.fhs.mcmaster.ca/canchild
44. Missiuna C, Pollock N. Children with motor difficulties in grade 1–2: a resource for educators [en línea]. Canadá: McMaster University School of Rehabilitation Science, CanChild Centre for Childhood Disability Research. [Consulta: 3 de abril de 2007]. Disponible en Web: www.fhs.mcmaster.ca/canchild
45. Missiuna C, Pollock N. Children with motor difficulties in grade 3–4: a resource for educators [en línea]. Canadá: McMaster University School of Rehabilitation Science, CanChild Centre for Childhood Disability Research. [Consulta: 3 de abril de 2007]. Disponible en Web: www.fhs.mcmaster.ca/canchild
46. Missiuna C, Pollock N. Children with motor difficulties in grade 5–6: a resource for educators [en línea]. Canadá: McMaster University School of Rehabilitation Science, CanChild Centre for Childhood Disability Research. [Consulta: 3 de abril de 2007]. Disponible en Web: www.fhs.mcmaster.ca/canchild
47. Missiuna C, Pollock N. Children with motor difficulties in grade 7–8: a resource for educators [en línea]. Canadá: McMaster University School of Rehabilitation Science, CanChild Centre for Childhood Disability Research. [Consulta: 3 de abril de 2007]. Disponible en Web: www.fhs.mcmaster.ca/canchild
48. Lockhart J, Missiuna C. Adolescents with Motor Difficulties: A Resource for Educators [en línea]. Canadá: McMaster University School of Rehabilitation Science, CanChild Centre for Childhood Disability Research. [Consulta: 7 de enero de 2008]. Disponible en Web: www.fhs.mcmaster.ca/canchild
49. Addy L. (2004) *Making Inclusion Work for Children with Dyspraxia: Practical Strategies for Teachers*. Routledge editors.
50. Ripley K. (2001) *Inclusion for children with dyspraxia/DCD: A handbook for teachers*. David Fulton Publishers: London.
51. Kurtz LA. (2003) *How to help a clumsy child: Strategies for young children with developmental motor concerns*. Jessica Kingsley Publishers: London.
52. Artigas–Pallarés J. (2002) Problemas asociados a la dislexia. *Rev Neurol* 34 (Supl 1): S7–S13.
53. DCD. *Developmental coordination disorder. Practical tips for parents* (2003) Folleto divulgativo producido por the Dyspraxia/DCD Association en cooperación con la DCD Unit St. Finbar Hospital, Cork.
54. Poulsen AA, Ziviani JM, Cuskelly M, Smith R. (2007) Boys With Developmental Coordination Disorder: Loneliness and Team Sports Participation. *American Journal of Occupational Therapy* 61(4), 451–462.
55. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria, (2003). 2003–2006 *Plan de Atención Temprana*. [Cantabria].
56. Millá–Romero M.G, Mulas, F. (2002) Diagnóstico interdisciplinar en atención temprana. *Rev. Neurología* 34 (Supl. 1): S139–S143.
57. Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Gobierno Vasco. (1983). Plan de asistencia psiquiátrica y salud mental.
58. Observatorio de Salud Mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2005. Disponible en <http://www.observatorio-aen.es/>
59. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 11 de diciembre de 2006.
60. Pérez F. (2006) *Das décadas tras la reforma psiquiátrica*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios. Madrid.
61. Kirby A, Sugden D, Beveridge S, Edwards L, Edwards R. (2008) Dyslexia and developmental coordination disorder in further and higher education. Similarities and differences. Does the label influence the support given? *Dyslexia* 14: 197–213.



“El precio de la inocencia”

Francisco Ferrández Méndez

MIR IV Psiquiatría. Hospital Universitario “Pío del Río Horteiga”
Centro Asistencial Dr. Villacián. Valladolid

Resumen: El presente artículo pretende revisar tres textos clásicos de la psiquiatría a la luz de la teoría psicoanalítica, con especial atención al terreno intermedio entre la paranoia y la melancolía.

Palabras clave: Paranoia, melancolía, Superyo, Bleuler, Kretschmer, Conrad.

Summary: This article reviews three classical psychiatric texts from the point of view of psychoanalytic theories, with special emphasis in the middle course between paranoia and melancholia.

Key words: Paranoia, melancholia, Super-ego, Bleuler, Kretschmer, Conrad.

Introducción

Hay problemas psicopatológicos que pasan por irresolubles o que sólo ven algo de luz al precio de la adhesión ciega a una determinada teoría o corriente de pensamiento psiquiátrico. Lo cual, si se mira bien, deja al ojo en mala disposición de ver, y al juicio con pocas armas para discriminar. Y aunque la coyuntura no parezca, mal que pese a muchos, privativa del conflictivo campo de la ciencia de lo mental, hasta tal punto es crítica en éste que cabría decir que la magnitud de aquellos problemas podría medirse antes por las preguntas que continúan suscitando que por el volumen de las respuestas que se le dedican. En efecto, no siempre el estudioso es valiente. Y no es menos cierto que se puede argumentar y pensar mucho y bien, pero hacerlo sobre estupideces.

Trataremos aquí de una de esas espinosas cuestiones: la de las fronteras comunes de melancolía y paranoia, e intentaremos plantear, si no un conflicto común a ambas, si una de las líneas de fractura de la identidad que estas dos formas de padecer dejan al descubierto. Debemos a Freud una bellísima metáfora sobre el alcance de los conocimientos que puede aportar la ciencia psicopatológica: la salud, que es el silencio quimérico del cuerpo y el alma, apenas desvela nada sobre nuestra esencia como seres humanos. Sin embargo, la enfermedad, como la guerra o la dialéctica, es capaz de revelarnos, de forma harto dramática a veces, las más profundas disensiones de nuestra intimidad. En sus palabras: «Allí donde se nos muestra una fractura o una grieta puede existir normalmente



una articulación. Cuando arrojamos al suelo un cristal, se rompe, mas no caprichosamente; se rompe, con arreglo a sus líneas de fractura, en pedazos cuya delimitación, aunque invisible, estaba predeterminada por la estructura del cristal»¹.

Hablaremos, entonces, del límite entre las psicosis afectivas y las que atañen al pensamiento, de los trastornos del humor y los trastornos del juicio. Se advierte pronto lo sospechosa que habría de resultar cualquier respuesta apresurada para la solución de un conflicto de tales dimensiones. Punto que se hace aún más patente en los problemas que evoca su sola mención: del distingo entre afecto y representación al dualismo cuerpo–mente. Incluso los partidarios de una psicosis unitaria, a los que nos adscribimos acaso porque pensamos que sería ingenuo no reconocer en la militancia ideológica una necesidad o un vicio antes que una elección libre y sopesada, tienen por reto consolidar el conjunto nosológico de la psicosis examinando con atención los límites que aquí se plantean. A nosotros nos bastará por ahora, para dibujar esa línea de fractura de la subjetividad, con rescatar de entre los textos freudianos aquellos que, culminando en “El Yo y el Ello”, ponen sobre la mesa el problema del Ideal, y confrontarlos con algunos de los textos clásicos sobre la psicosis que nos legó la clínica alemana del siglo pasado. Pretendemos así mostrar una de esas cicatrices que jalonan la aventura de ser hombre y que, bien maquillada por su carácter universal, sólo se reabre y hace aparente cuando el dolor la muestra en su singularidad.

La divergencia

La cuestión viene, pues, de antiguo. En lo que hace a la ciencia psiquiátrica, ya la lectura del Tratado de Pinel nos regala descripciones de melancólicos que muy a gusto consideraríamos hoy en día dentro del grupo de los paranoides. Pero será su alumno Esquirol quien divida la polémica categoría de las monomanías

en intelectuales, afectivas e instintivas. Las descripciones de Baillarger y Falret de la locura de doble forma o circular, futura psicosis maniaco-depresiva, parecen afianzar ya una independencia de la psicosis afectiva frente a los trastornos del juicio que culminará en la separación radical que en la nosografía kraepeliniana se establece entre ésta, la demencia precoz y la paranoia, consideradas ya como “enfermedades mentales”².

Sin embargo, a esta corriente disgregadora de la alienación mental en enfermedades diversas y estancas se opuso siempre otra, más o menos marginal según el momento histórico, que proponía la unidad de todas las expresiones de locura como fases o momentos de una misma forma de enajenación³. Valgan de ejemplo la psicosis única (*einheitspsychose*) de Griesinger, puesta en marcha por mecanismos afectivos, o la frenalgia como dolor del alma y raíz de todos los trastornos mentales propuesta por Guislain.

Y es que la clínica se ha obstinado siempre en poner en entredicho la consistencia de cualquier sistema nosológico. Por muy insidiosa que se pretendiese la patogénesis de la paranoia y por muy larvado que fuera su inicio, pocos tratadistas excluyeron de sus descripciones un período prodrómico teñido de una tonalidad hipocondríaca o depresiva, o, menos veces, maniaca. Al esfuerzo discriminativo de unos clínicos enfrentados a los límites de la locura debemos hallazgos de capital importancia en psicopatología, y a su constancia en la observación, estudio y descripción de la casuística, la impresión de que paranoia y melancolía se encuentran, de alguna forma, hermanadas. Sirva de ejemplo el testimonio de Clemens Neisser: «No podría entenderse que durante tanto tiempo, y por parte de buenos observadores, se haya supuesto la aparición previa de una melancolía si no hubiesen estado presentes al inicio de la enfermedad, en no pocos casos de paranoia, fenómenos melancólicos reales»⁴. De ahí su empeño por encontrar el mecanismo



específico de la paranoia, y la solución aportada en su célebre conferencia de 1891: para que se pueda hablar de ésta, debe detectarse el fenómeno de la autorreferencia. En sus palabras, el sentimiento de *significación personal mórbida*.

La virtud de Neisser fue aislar para la paranoia este fenómeno clave, la significación personal, al igual que el genio de De Clérambault describió para el otro polo de las psicosis de la razón, el polo esquizofrénico, el síndrome de automatismo mental como base de las vivencias de influencia⁵. Ambos autores subrayan, sin embargo, la neutralidad afectiva de estos fenómenos iniciales, vengan o no precedidos de vivencias depresivas o de cualquier otra naturaleza emocional. En efecto, parece que nos separamos de nuestro propósito inicial para ahondar en la divergencia entre la lesión de los afectos y la enfermedad del pensamiento. Sin embargo, esperamos encontrar en la obra de una serie de autores que recogen en un punto determinado el testigo de Neisser la manera de volver a acercar a esas dos formas de vida que la clínica nos presenta a veces de un modo bifronte, cuando no indistinguible. Lo que la experiencia nos revela emparentado pero el análisis semiológico separa, quizá sepa reunirlo la metapsicología freudiana.

La reunión

Se ha dicho que la corriente más fructífera en la investigación de la paranoia la constituyen los trabajos que se oponen al dogma kraepeliniano de su cronicidad⁶. Neisser estudió casos de paranoia "aguda", y toda una serie de autores harían lo propio en la Alemania de principios del siglo XX. Friedmann, por ejemplo, que habla de "formas benignas". También Bleuler, aunque no acierta a explicar el mecanismo por el que el delirio se disuelve en la tibia calma de la realidad compartida. Y la escuela de Tubinga, con las teorizaciones sobre la paranoia abortiva de Robert Gaupp y, sobre todo, la obra de su alumno Ernst Kretschmer sobre el "delirio

sensitivo de referencia". Nos inclinamos a pensar que el mismo objeto de estudio a que se dedicaron es una de las razones de la fertilidad de estos trabajos. El curso agudo, más o menos breve, de estas formas clínicas facilitaba la atención a sus aspectos más puramente biográficos. Durante un lapso de dos o tres años se podía asistir a la psicogénesis de cada caso, a cada detalle de su decurso si se trataba de pacientes ingresados en una clínica mental, y a la final disolución del delirio o, en su caso, al éxito de tal o cual técnica psicoterapéutica. La hipótesis de una génesis psicológica de la paranoia a partir de un conflicto vivencial es un punto en que incluso Kraepelin se mostró de acuerdo con los teóricos de las formas curables o benignas. Veremos hacia dónde apuntan las descripciones de este conflicto y si la obra de Freud, que es un tratado sobre las guerras intestinas del alma, nos ayuda a elucidarlo.

Tomemos como primer ejemplo la obra de Bleuler *Afectividad, sugestibilidad, paranoia*. El suizo señala al delirio como único síntoma de la paranoia, y explica que éste se produce por una deformidad del juicio causada de forma catátmica por los afectos. Insiste: por más que la práctica muestre indicios de distimias maníacas o depresivas al inicio o durante el cuadro, no se trata de un trastorno primario del ánimo. Es más, ni siquiera la desconfianza puede tenerse por un verdadero afecto, y tampoco se presenta en todos los casos⁷. Desde una perspectiva asociacionista, enjuicia que apenas hay vivencia que no enlace un afecto y una representación, y define la suspicacia no como un afecto sino como un "sentimiento intelectual", un modo especial de conocimiento. La génesis del delirio se debe a que un pequeño grupo de representaciones se han cargado de forma crónica de un afecto intenso, merced a determinada vivencia conflictual. La fuerza de esta carga deja desatendidas a otras representaciones o las sesga para que se enlacen al complejo patógeno. De ahí, según Bleuler, el sentimiento de autorreferencia: múltiples percepciones son relacionadas de forma errónea con el sujeto de



aquella vivencia. Pero, ¿cuál es este conflicto que tiene la virtud de despertar en él sentimientos tan acusados y estables que le lleven a deformar crónicamente su capacidad de juicio? Para el padre de la esquizofrenia, cuya lectura de la obra de Freud se nos antoja superficial y que no había asistido aún a los escritos freudianos sobre el narcisismo⁸, lo que se sitúa en la raíz del problema paranoico es el enfrentamiento entre una ambición desmedida por parte del sujeto y la impotencia para llevar a cabo sus deseos en una realidad algo más dura de lo que quisiera. Los casos que presenta se orientan en ese sentido: partiendo de un conflicto en que el sujeto vive su propia *insuficiencia*, la culpa es proyectada al exterior, apareciendo como delirio de persecución, y el yo se altera de manera reactiva, apareciendo los sentimientos megalomaniacos. La idea de la proyección se puede encontrar ya en los primeros escritos de Freud sobre la paranoia⁹, pero no agota el problema: proyectar la culpa al exterior no lleva necesariamente a la persecución. Aún más, la mayoría de los casos nos muestran que no se acusa al prójimo más que de la propia persecución, y no del entorpecimiento del camino que ha de llevar al paranoico a determinado éxito. Volveremos más adelante sobre la raíz metapsicológica que atribuye Freud a la fenomenología que rodea la autorreferencia. Por ahora baste con señalar el conflicto que Bleuler propone como origen de la paranoia: una vivencia de insuficiencia, de vergüenza, de culpa, de impotencia para alcanzar un Ideal que al sujeto parece venirle grande, sea porque el deseo aspira a más de lo que puede, sea porque el ambiente no le es favorable. Luego, la proyección de esa vivencia, su desaparición en el sujeto y su atribución al otro.

Debemos a Robert Gaupp la presentación de uno de los casos más clarificadores del acontecimiento vital que supone la paranoia, el del maestro Wagner, que pasa al acto homicida precisamente para limpiar de la faz de la tierra el ideal de una estirpe, la suya, que considera degenerada. Los paranoicos de Gaupp, de temple

depresivo y rasgos psicasténicos, sufren de un conflicto similar al presentado por Bleuler¹⁰. En el caso de Wagner, la culpa insoportable que comportaba una acusación de bestialismo. Pues bien, los *sensitivos* de Kretschmer son dignos hijos de estos pesarosos perseguidos. En su obra sobre *El delirio sensitivo de referencia*, el psiquiatra y neurólogo alemán traza tres ejes para la comprensión del desencadenamiento de este delirio de relación: vivencia, ambiente y carácter. El inicio de la clínica de estos delirios, mucho más nítido por abrupto que lo insidioso de los casos clásicos de paranoia, permitía analizar los factores implicados en el conflicto original. El carácter, por un lado: muy lejos de ser hostiles y suspicaces por naturaleza, como pretendían las doctrinas constitucionalistas sobre la paranoia, estas personalidades *sensitivas* presentan un carácter *asténico*. Son hombres o mujeres inteligentes y de fina sensibilidad, de marcada escrupulosidad ética, aunque no están exentos de una “espinas esténica” que se exterioriza en una tímida pero presente ambición y que marca la viveza de su reactividad a los acontecimientos exteriores. Es éste un punto muy importante del delirio descrito por Kretschmer: tales acontecimientos, considerados como parte del *ambiente* en que vive el delirante, tienen que ver con la cultura, las costumbres y la moral de la época. Los casos típicos que aporta muestran ora a masturbadores que, por culpables, se sienten observados, ora a solteronas de pequeños pueblos del ambiente rural que han visto puesta en entredicho su honradez. No nos parece nada superflua la atención que dedica a este punto. Puesto el sujeto en alerta, activada la sospecha, lo primero que se torna extraño es, precisamente, lo más familiar. Lo que otrora unía y aportaba una identidad, es vivido ahora como persecutorio. La familia, el barrio o el pueblo son ambientes hostiles y vigilantes. Un hermano o la propia madre hurgan en sus cajones. En la televisión, o en internet, nuevas formas de vínculo y familiaridad con lo social, se habla de él.

Volveremos más tarde sobre este extrañamiento de lo familiar y lo cotidiano, de tan



“siniestra” reminiscencia freudiana. Atendamos, antes de proseguir, a la *vivencia* típica que lleva al estallido del delirio y que viene determinada por el carácter y el ambiente descritos. Se trata, para Kretschmer, de una situación de orden ético en que el sujeto se siente preso de un sentimiento de “insuficiencia vergonzante”. Situaciones como el cumplimiento del deber en el trabajo o la observación de la moral sexual favorecen, pues, la aparición de estos cuadros en personas de carácter sensitivo. De nuevo encontramos sentimientos de la serie de la vergüenza y la culpa en el origen de delirios paranoicos y de nuevo podemos sentir la vecindad del espectro maníacodepresivo. Si los paranoicos benignos de Friedmann eran sujetos exaltados, la personalidad descrita por Kretschmer no deja de recordarnos a los rasgos obsesivos que Karl Abraham detectó entre fase y fase en pacientes melancólicos. Más alejado del psicoanálisis, Tellenbach traza en su monografía sobre la melancolía un perfil caracterial y unas vivencias desencadenantes muy similares. Y la tesis doctoral de Jacques Lacan, que se inicia precisamente con un recorrido por la historia conceptual de la paranoia, aborda este mismo tema y acaba por presentar, siguiendo los esquemas psicogenéticos de Abraham, el caso Aimée como el de una mujer que asesina su Ideal en busca del autocastigo. Pero señalemos ya que los masturbadores o las solteras de Kretschmer, aun viviéndose culpables, no dejan de considerar su persecución y asedio desmedidos, cuando no carentes de sentido. Se sienten, volveremos a ello más adelante, siempre inocentes.

Este último aserto, por sintético y reduccionista que pueda parecer, surge de la interpretación de hechos clínicos, y no carece de validez como hipótesis de trabajo. De hecho, recientes estudios de la psicología cognitiva y experimental dedican sus esfuerzos a contrastarlo. Fuentenebro y algunos colaboradores del Hospital San Carlos de Madrid llevan largo tiempo estudiando en virtud de qué “sesgos atribucionales” el sujeto paranoico evacua la culpa que el depresivo asume, subrayando de

nuevo la proximidad psicogenética de ambos fenómenos y abundando con nuevas armas en una polémica de dos siglos de antigüedad¹¹.

Nos acercamos ya al objetivo de nuestro trabajo: señalar una fractura en el Yo que consideramos, con Freud, universal, y que se hace especialmente patente en determinados cuadros patológicos. Pero, como no podía ser de otra forma, una pregunta sin respuesta no puede hacer sino convocar más y más cuestiones. La primera y más fundamental, la del límite entre la neurosis y la psicosis, si hemos de situar la culpa en un lugar tan central. De hecho, acabamos de hablar de un autor, Kretschmer, que admite la “neurosis de referencia” como entidad clínica. Aunque esperamos, más adelante, poder decir desde el psicoanálisis algo sobre esta cuestión, no podemos hacer otra cosa que detenernos y volver a centrar el problema. Fuera de toda intención de formular una hipótesis etiológica, y más aún de enfrentarnos a los límites entre estructuras, se trata aquí solamente de señalar una línea de división en el Yo y definir la postura que adoptan frente a ella el melancólico y el paranoico.

Sin embargo, y si nos hemos adscrito de salida a la tesis de una unidad estructural entre paranoia y esquizofrenia, no podemos continuar sin hacer siquiera un breve comentario sobre este segundo polo de las psicosis de la razón. Y precisamente porque apostamos por esa unidad, no habrá de extrañarnos encontrar una vivencia del tipo de las descritas más arriba, o al menos de los sentimientos que despierta, al principio del proceso esquizofrénico. Habíamos comenzado con un Bleuler asociacionista y concluimos el recorrido con un Conrad que enfoca el problema desde la psicología de la forma. Su obra *La esquizofrenia incipiente*, de 1958, supone una verdadera “tercera vía” para la psiquiatría alemana de la época. Negándose tanto a aceptar la incomprendibilidad del proceso, como quiere la psicopatología clásica, como a aportar una interpretación cuajada por la filosofía, que es la propuesta de antropología



fenomenológica, Conrad propone el análisis gestáltico del brote esquizofrénico como forma de *explicar* de un modo causal los fenómenos que en él se presentan. El resultado, obtenido en toda su riqueza por el estudio minucioso de más de cien casos sacados de las enfermerías de la segunda guerra mundial, es quizá uno de los frescos más logrados sobre los mecanismos y las vivencias puestas en marcha en la esquizofrenia. No renuncia, sin embargo, a la presentación del caso tipo. Un caso que, por ejemplar, pueda servir de molde a toda la elaboración posterior. Rainer es, para Conrad, lo que Schreber para Freud, Wagner para Gaupp o Aimée para Lacan.

Pues bien: Rainer se enfrenta, en efecto, a un callejón sin salida. Deseoso de seguir la carrera de oficial, aunque consciente de que ello es imposible porque no acabó el bachillerato, vive cierto tiempo sometido a una especie de *presión* que viene determinada por la sensación de que *se espera mucho de él*. Esta tensión vivida va en aumento y despliega todas las características de un período que Conrad llamó “trema”, y que va bastante más allá de la perplejidad, de la que muchos lo quieren casi sinónimo. Efectivamente, el trema¹² incluye esta perplejidad, pero es sobre todo una reacción *afectiva* a una vivencia de *aumento de tensión* ligada a un estrechamiento del campo vivencial. Es la sensación de la inminencia de un algo indeterminado que tiene que ver con una culpa vaga, de un acontecimiento en el que, de alguna forma, se va a ver concernido. Y ante ese acontecimiento “sólo cabe la victoria o la derrota”. Las más de las veces, la tonalidad afectiva de este período es la depresiva, la de la derrota, pero no faltan los casos en que el ánimo se presenta más bien eufórico sin una razón aparente. Volvemos, pues, a encontrarnos con el espectro maniaco-depresivo al inicio de la psicosis. Sólo un poco más tarde en su evolución, dentro ya de los fenómenos delirantes, del período que Conrad llama de “apofanía”, el paciente desarrollará de forma estable el sentimiento de autorreferencia, esto es, la ya citada *significación personal*

(Neisser) o *conciencia de significación anormal* (Jaspers). Y este período, como los siguientes, se coloreará a menudo de la tonalidad con que se inició el proceso: la exaltación o la depresión del ánimo. Leyendo a Conrad, se nos antoja que podrían rebajarse en mucho los diagnósticos de trastornos esquizoafectivos.

De “Introducción al Narcisismo” a “El Yo y el Ello”

La obra de Freud es, antes que muchas otras cosas, un ejercicio de desconfianza. Y la labor del psicoanalista, a veces, la de un paranoico amateur. Sospecha e interpretación se cuentan entre sus armas principales, la lectura de la transferencia en sentido autorreferencial es una caricatura del principal mecanismo paranoide, y a ratos parece que las sucesivas fracturas del sujeto en la teoría son la consecuencia de una persecución implacable del genio maligno cartesiano. Muy a gusto aplicarían sus detractores los rasgos principales de la constitución paranoica¹³ a determinadas figuras de la historia del psicoanálisis: sobreestimación de sí mismo, desconfianza, inadaptación social y falsedad de juicio. Y no tendríamos que negarles parte de razón si no fuese porque la tal falsedad de juicio puede imputarse al psicoanálisis sólo desde el paradigma de la ciencia positiva.

Uno de los resultados que el insistente recurso a la sospecha trajo consigo fue el nacimiento de la llamada primera tópica. Pero su ejercicio sistemático tiene algo de repetitivo y de insaciable, como la pulsión, y pronto la primera fractura del sujeto dio paso a varias otras. Se invirtió entonces el interés del problema y se convirtió en enigma justamente el juego de fuerzas que hace posible la precaria cohesión del sujeto, hasta entonces apenas puesta en duda más que en el período romántico. De una de esas fracturas vamos a hablar ahora.

Para que esa unidad, espejismo desde su inicio, pueda fraguarse, el niño debe alucinar su omnipotencia allí donde sólo hay sujeción al



cuidado materno. Desde que el hombre dejó de andarse por las ramas y levantó la cabeza en suelo firme, el tiempo de gestación se redujo y el infante nació prematuro, desasistido, necesitado. Narcisismo primario no es ni mucho menos autismo ni autosuficiencia. La identidad ha de vérselas desde un principio con esa dependencia, y se fragua precisamente en ese difícil compromiso: el del sometimiento a la razón que le precede y que explica el comportamiento del otro nutricio y amoroso. Por eso hay superyó y culpas tempranas en la teoría de Klein y un sometimiento precoz a la ley en Lacan: no porque tales acontecimientos se puedan explorar, sino porque el rigor especulativo así lo exige y determinada mirada clínica contribuye a sustentarlo en los fenómenos surgidos a posteriori en forma de síntoma.

Y por eso el Freud de *Introducción al Narcisismo* se acerca al problema de la identidad y el Ideal desde cuestiones más o menos íntimas y desasidas del vínculo social como son la psicosis, la enfermedad orgánica y la hipocondría, pero acaba hablando del amor. En efecto, la nostalgia del narcisismo primario, que fue la perfecta comunión con otro que colmaba nuestros deseos, tiene como única forma de recuperar lo perdido la identificación o el espejismo de la relación amorosa: tareas condenadas al fracaso puesto que lo perdido es, por definición, irrecuperable. Y que, además, siembran en el núcleo mismo del yo la posibilidad de enloquecer viviendo ese Ideal como intruso, como sedimento de identificaciones que pueden ser sentidas como extrañas. Así lo afirma Freud, que va dando pequeños pasos para la constitución del Superyó. Por ahora, supone, aunque no nombra, una instancia psíquica encargada de la vigilancia del sujeto y de medir su altura frente al Ideal, y que se identifica en las funciones de la censura y de la conciencia moral. Se hace así más comprensible, dice, el "delirio de observación" de los paranoicos, las quejas de que alguien conoce los propios pensamientos, la enunciación de actos... "Estas quejas son justas", señala Freud, que concluye

su artículo así: «La frecuente causación de la paranoia por una mortificación del yo; esto es, por la frustración de satisfacción en el campo del ideal de yo, se nos hace así comprensible»¹⁴.

Un año más tarde este Ideal, que había servido para explicar algunos fenómenos paranoicos, forma parte de la patogénesis propuesta para la melancolía: la pérdida de un objeto profundamente amado, esto es, al que el yo se ha identificado en cierta medida, desata amargos reproches por parte del Ideal, que lo culpa de la desaparición de aquél. Es la tesis de *Duelo y melancolía*, y Freud procede igual que con la queja del paranoico a la hora de dar una entidad verdaderamente positiva a los dichos del paciente: en el autorreproche, el melancólico debe tener razón, sólo que no se entiende por qué ha de enfermar para darse cuenta. En *Psicología de las masas...*, Freud acaba de asentar la importancia del Ideal en el origen de los estados maniaco-depresivos: la manía es la negación de la pérdida y el falso triunfo de la identificación con el ideal, mientras que la melancolía es el ahondamiento de la herida que lo separa del Yo.

Resulta llamativo que, a medida que el Superyó va cobrando forma y, casi se diría, vida propia, pierde peso en la concepción freudiana de la paranoia. El Superyó censura, culpa y reprocha, casi de forma autónoma, y queda dentro de las "psiconeurosis narcisistas" en la nosografía freudiana posterior a *El yo y el Ello*¹⁵. Las otras dos entidades, neurosis de transferencia y psicosis (parafrenia y paranoia) son fruto, respectivamente del conflicto entre el yo y el ello, y entre el yo y la realidad.

La paranoia, decimos, queda del lado de un conflicto con la realidad que a la sazón poco tiene que ver con ella¹⁶ y mucho con la vivencia de lo ajeno y lo propio. Así es para el propio Freud, cuando postula la proyección como su mecanismo principal y la describe así: "lo cancelado adentro, retorna desde fuera"¹⁷. Y también para las escuelas que le sucedieron: lo mismo el juego de proyecciones e introyeccio-



nes kleinianas que la propuesta de Lacan de la forclusión y el retorno en lo real como mecanismo principal de la psicosis.

Nos acercamos al objetivo de nuestro artículo. Como advertimos, no se trata de hacer del problema de la culpa (en cuanto transgresión de la ley que detenta el Ideal) o de la verigüenza (como distancia que lo separa de él) el origen de estas dos psicosis que hemos propuesto vecinas. Pretendemos tan sólo señalar que, roto el cristal en el momento del desencadenamiento, las líneas de fractura muestran a un melancólico que no renuncia a esa entelequia, a esa voluntad de perfección, y que sufre el ahondamiento de esa herida en forma de culpa monstruosa. Y que el paranoico, por el contrario, verdadero alienado en el sentido literal de la palabra, paga su incontrovertible inocencia sufriendo no tanto de lo ajeno, lo intruso, en el sentido de la psicopatología clásica, como de lo propio enajenado y no reconocido.

Los mecanismos que se han propuesto para los dos polos de la psicosis de la razón, *xenopatía* y *significación personal*¹⁸, representan el mismo fenómeno de alienación de lo propio. Séglas lo intuyó en sus célebres “alucinaciones psicomotrices verbales”¹⁹: Los enfermos musitaban aquello que decían oír. Y Lacan²⁰ niega en rotundo que las voces sean “percepciones sin objeto”, como pretende la definición más clásica²¹. Se trata, pues, en la *xenopatía*, de la invasión del cuerpo por fenómenos de influencia que pueden leerse como el retorno del Yo Ideal, imaginario; y en la *significación personal*, de la alienación de un Ideal del Yo²² que se muestra en principio tan sólo como vigilante, para adoptar con el curso del delirio la forma del amado o del perseguidor.

Esta forma de ver el problema quizá tan sólo sirva para hacer patentes las virtudes que aún conserva la segunda tópica freudiana a la hora de exponer los fenómenos de la clínica diaria, que no es poco. Tomando en cuenta al Ideal como protagonista del drama paranoico

no sólo explicamos su vecindad con la melancolía, sino que muchas de las descripciones clásicas sobre el contenido o el mecanismo de los delirios cobran para nosotros un nuevo relieve.

Las tres funciones que según Freud detenta el Superyó²³ (observación, censura y sostén del Ideal) recuerdan vagamente a algunos aspectos de la fenomenología delirante, sólo que tales cometidos se atribuyen ahora a algo exterior. La *observación* se da en el sentirse concernido, en la orientación autorreferencial de la realidad. O en la enunciación de actos y la difusión del pensamiento esquizofrénicos. La *censura*, toda vez que el sujeto ha ganado su inocencia merced a esa expulsión, en lo persecutorio, en el castigo, más o menos asintótico y relegado al futuro, que temen se abata sobre ellos y que dicen no merecer. O, en su versión exaltada, en la afrenta ya sufrida que el reivindicador trata de enmendar querellándose. Las alucinaciones, cabe siempre recordarlo, deben parte de su poder perturbador a que insultan o menoscaban moralmente al sujeto. “Maricón” o “no vales nada” se cuentan entre las más frecuentes. Finalmente el *sostén del Ideal* hace del amante o el perseguidor del enfermo paranoico un ser encumbrado, monstruosamente omnipresente e infinitamente poderoso. Por esa cualidad idealizada, sólo en los momentos de mayor angustia se teme su aparición y, en el caso de los delirios pasionales, apenas sí se le espera, conformándose muchas veces con el platonismo de un amor que no pasa de mensajes cifrados. De ahí que, por ejemplo, Aimée se contentase con la protección calurosa del Príncipe de Gales y en ningún momento soñase con ninguna prosaica realización carnal.

En cuanto a la megalomanía, nos sumamos a la crítica de Freud: el silogismo de Foville no puede representar una realidad psíquica, sino una lógica que impone el observador de acuerdo con su forma de comprender las relaciones causales de este lado de la frontera de la psicosis. La persecución no lleva al orgullo, sino a la angustia, y no es menos cierto que no es nece-



saría para la elación. A nosotros nos parece que el paranoico, al alienar su Ideal, se fuerza a construirse uno propio y carente de toda referencia. El delirio megalómano no es sino la consecuencia lógica de su soledad: él es la única medida de sí mismo y, como tal, siempre cumple con la más alta expectativa de esa identidad autista²⁴.

El precio de la inocencia

La postura del melancólico y el paranoico frente a la culpa ha sido llamada, con mayor o menor razón, psicótica, porque se aparta de la realidad. Aunque tal criterio carezca de todo valor desde una perspectiva psicoanalítica, contribuye a comprender por qué la psicopatología clásica arroja de buena gana ambas actitudes al terreno de lo psicótico. A la melancolía, porque hipertrofiando de forma monstruosa el autorreproche, llega al punto de negarse el derecho a la vida, la posibilidad de redención o los mismos intestinos. A la paranoia, por el sesgo irrefutable que da a la realidad para defender su inocencia. Incluso la esquizofrenia, se podría decir, solventa el problema de forma aún más radical: desapareciendo como sujeto (atomizándose, disgregándose) y llevándose la realidad a la tumba con él (así se pueden leer las vivencias del fin del mundo o el autismo).

Se me reprochará que ni culpa ni vergüenza son sentimientos privativos de la psicosis. Aún más, se me dirá que, de quererlos típicos, habría que asignarlos al campo de lo neurótico. Y así es, en efecto. Siguiendo a Lévi-Strauss, la sociedad se funda en una prohibición, la del incesto, y siguiendo al Freud de *Totem y Tabú*, ese veto sólo tiene sentido si le precede un crimen: la muerte del padre como pecado original. La postura frente a éste, inocencia o culpabilidad, será entonces toda una forma de vivir. La novela neurótica facilita un lugar en el mundo y frente al prójimo al precio de entrar en todo un juego de identificaciones que consiga salvar el escollo de la culpa. En palabras de George Simmel: «La mentira no pertenece a los hombres más que para forjar el límite entre ellos mismos

y el mundo exterior»²⁵. Efectivamente, la psicosis es el drama del que elige la inocencia al precio de la alienación y de la soledad. Sólo idéntico a sí mismo, medida de todas las cosas, debe despojarse de todo lo que huele a otro y se condena irremediamente a no vivir jamás entre iguales. Si el melancólico se duele a la sombra del objeto, el paranoico hace el duelo de sus propias identificaciones, de lo que de ajeno pueda haber en él. Es el mundo entero el que se llena de sombras, de intrigas, de intenciones. Apasionado de la verdad, no acepta el teatro de la neurosis, y se condena a construir el interminable dique que lo separe de lo que alienó. Observador y observado, hasta su propia imagen en el espejo le resulta inquietante.

Ya Freud había señalado la utilidad de investigar el terreno del narcisismo: acercarse a la psicosis y al fenómeno de las masas. Pues bien, es precisamente en *psicología de las masas* donde bosqueja, casi de forma involuntaria, los campos en que el paranoico muestra su fracaso y el alto precio que paga por su inocencia. Concebido en principio como una elucidación de la relación entre pares, del vínculo que une a los hombres, el texto acaba siendo un estudio sobre los ideales que lo sustentan. Donde pretendía hallar la lógica de las identificaciones del grupo, Freud se encuentra con la identificación vertical del líder en la masa, del terapeuta en la hipnosis y del otro en la relación amorosa. El paranoico, rechazando el Ideal, es tan incapaz de amistad como de fe y de amor, y se convierte así en un ser solitario, incrédulo y frío²⁶. Rechazando lo único que pudiera humanizarle, despreciando una fraternidad que se funda en un crimen del cual se sabe inocente, se condena al autismo, al delirio y al desamparo.

Noviembre de 2008

Contacto:

Francisco Ferrández Méndez
Centro Asistencial Dr. Villacián
C/ Orión, 2. 47014 Valladolid.

Tlf.: 665 103 331

fferrandez@hotmail.com





BIBLIOGRAFÍA

- 1 FREUD, S., *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis. Lección XXXI: Disección de la personalidad psíquica*, en *Obras Completas*, 3ª Ed, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973, p.3133.
- 2 Sobre el cambio de paradigma psiquiátrico de una psicosis única a diversas "enfermedades mentales", véase LANTÉRI-LAURA, G., *Ensayos sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Triacastela, 2000. Sobre la importancia de la figura de J.P. Falret en este cambio de paradigma, consúltese, antes que cualquier otro, ÁLVAREZ, JM., *La invención de las enfermedades mentales*, 2ª Ed., Madrid, Gredos, 2008. Un resumido pero muy completo recorrido por la historia de la paranoia se puede encontrar en ÁLVAREZ, JM., *De nuevo la paranoia*, prólogo de libro ÁLVAREZ, JM. y COLINA, F. (Comps.), *Clásicos de la paranoia*, Madrid, DOR, 1997.
- 3 HUERTAS, R., Nosografía y antinosografía en la Psiquiatría del siglo XIX: en torno a la psicosis única, en *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1999, vol. XIX, n.º 69, pp. 63–76.
- 4 NEISSER, C., *Disertación sobre la paranoia desde el punto de vista clínico*, en ÁLVAREZ, JM. y COLINA, F. (Comps.), *Clásicos de la paranoia*, Madrid, DOR, 1997, p.98.
- 5 ÁLVAREZ, JM., *Los fenómenos elementales de la psicosis*, en "Estudios sobre la psicosis", Vigo, AGSM, 2006, pp. 110–118.
- 6 ÁLVAREZ, JM., *De nuevo la paranoia*, Op. Cit., p.56.
- 7 BLEULER, E., *Afectividad, sugestibilidad, paranoia*, Madrid, Morata, 1969, p.204.
- 8 La primera edición del texto de Bleuler es de 1906.
- 9 En concreto en los llamados "Manuscrito H" y "Manuscrito K", pertenecientes a su correspondencia con Wilhelm Fliess (FREUD, S., *Obras Completas*, Vol. I, Buenos Aires, Amorrortu, 1976, pp. 246–253 y 260–269), y también en los textos *Las neuropsicosis de defensa* y *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa* (FREUD, S., *Obras Completas*, Vol. III, Buenos Aires, Amorrortu, 1976, pp. 41–62 y 157–185), todos ellos anteriores a 1896.
- 10 Un breve recorrido por los teóricos de la llamada "Escuela de Tubinga", y en especial por las aportaciones de Robert Gaupp y su alumno Ernst Kretschmer, se puede encontrar en LACAN, J., *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, Barcelona, RBA, 2006.
- 11 VÁZQUEZ, C., DíEZ-ALeGRÍA, C., NIETO-MORENO, M., VALIENTE, C., FUENTENEbro, F. (2006): Atribuciones causales explícitas e implícitas en el delirio: estudio de su especificidad en delirios paranoides y no paranoides. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 11 (1), 21–36.
- 12 "Trema" es un término que Conrad toma del teatro y que hace referencia a la angustia vivida por el actor frente a las luces de candilejas. Comporta, así, tanto la perplejidad ante el enigma del resultado como una idea anticipada de él: un éxito (aplauso) o un fracaso (abucheo).
- 13 Tomamos aquí los rasgos del carácter paranoico descritos por la psiquiatría francesa. Véase GENIL-PERRIN, G., *Los paranoicos*, en ÁLVAREZ, JM. y COLINA, F. (Comps.), *Clásicos de la paranoia*, Madrid, DOR, 1997.
- 14 FREUD, S., *Introducción al narcisismo*, en *Obras Completas*, 3ª Ed, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973, p.2033.
- 15 FREUD, S., *Neurosis y psicosis*, en *Obras Completas*, 3ª Ed, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973, p.2744.
- 16 La referencia a una realidad objetiva es rechazada por Freud como criterio diagnóstico diferencial entre neurosis y psicosis en *La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis*, en *Obras Completas*, 3ª Ed, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973, p.2745–2747.
- 17 FREUD, S., *Manuscrito K*, en *Obras Completas Vol I*, Buenos Aires, Amorrortu, 1976, pp. 260–269.
- 18 ÁLVAREZ, JM., *La certeza como experiencia y como axioma*, en "Estudios sobre la psicosis", Vigo, AGSM, 2006, pp. 171–174.
- 19 Su descripción de las alucinaciones verbales se puede encontrar en la primera de sus lecciones clínicas en SÉGLAS, J., *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière 1887–1894)*, Paris, Asselin et Houzeau, 1895.
- 20 LACAN, J., *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*, en *Obras Escogidas*, Barcelona, RBA, 2006, pp.513–564.
- 21 Esquirol...Ball. Ver artículo JMª&F. Estévez
- 22 La distinción de Lacan entre "Ideal del Yo" en el plano simbólico y "Yo ideal" en el imaginario nos parece aquí útil.
- 23 FREUD, S., *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis. Lección XXXI: Disección de la personalidad psíquica*, en *Obras Completas*, 3ª Ed, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973, p.3138
- 24 En palabras de Fernando Colina, "el paranoico se identifica con la ley". Véase "Paranoia y amistad", prólogo al citado libro ÁLVAREZ, JM. y COLINA, F. (Comps.), *Clásicos de la paranoia*, Madrid, DOR, 1997.
- 25 Simmel, G., "El fabricante de mentiras", en *Imágenes momentáneas*, Barcelona, Gedisa, 2007, p.44.
- 26 Una de las primeras hipótesis de Freud sobre la paranoia se basa en la incapacidad de éste para asumir el reproche, para creer en su veracidad: el paranoico "deniega" esa "creencia". FREUD, S., *Manuscrito K*, en *Obras Completas*, Vol. I, Buenos Aires, Amorrortu, 1976, pp. 266–268.



SILENCIO Y DUELO. El trabajo de elaboración psíquica en las generaciones de la posguerra

María José de la Viña Guzmán

Psicoanalista.

Psiquiatra del Servicio de Salud Mental de Parla (Madrid)

Resumen: Este trabajo recoge algunos textos de escritores españoles pertenecientes a tres generaciones diferentes, recorriendo su distinta posición sobre la legitimidad de la violencia y la guerra, y aborda la transmisión en la novela familiar de los relatos del horror o de los silencios que, en ocasiones, pueden presentarse en forma de delirio en la tercera generación.

Palabras clave: Guerra, duelo, transmisión de una historia, psicosis.

Durante el año 1915, meses después del comienzo de la primera guerra mundial, la consulta de Sigmund Freud¹ se redujo drásticamente, pero su producción teórica fue notable. Entre otros muchos artículos escribió *Los Instintos y sus destinos*, *Duelo y melancolía* y *Consideraciones sobre la guerra y la muerte*. ¿Qué es lo que nos mueve? ¿Cuáles son las dificultades que sufrimos para poder despedirnos de los seres queridos? ¿Cómo nos separamos de nuestros objetos? Y por fin ¿Ha habido algún progreso moral en la humanidad a lo largo de los siglos? Sus conclusiones no puede decirse que sean optimistas.

Si bien, no podemos dejar de reconocer que sólo raras generaciones a lo largo de la historia se han visto libre de vivir una guerra, para los europeos, el siglo XX ha sido uno de los más terribles, teniendo en cuenta dos factores añadidos a la intrínseca crueldad de toda guerra: el progreso técnico e industrial que ha per-

mitido la aparición de armas cada vez más destructivas, y junto a ello, la aplicación sistemática de los avances científicos al exterminio de poblaciones civiles.

En la guerra civil española situada entre la primera guerra mundial y la segunda, encontramos la particularidad de que, por una parte, se utilizó —e incluso se puso a prueba— armamento que permitió ataques masivos contra poblaciones civiles y, por otra, al tratarse de un conflicto civil, hubo una polarización de las posiciones de la población que extendió la sospecha, la delación, los ajustes de cuentas y las venganzas personales amparadas en diferencias ideológicas a todos aquellos que hasta entonces habían sido compañeros, vecinos, conocidos... a los más próximos, en suma.

Desaparecido el freno social que impide matar, robar, escarnecer al prójimo... la conciencia individual no siempre resiste los emba-



tes de la pulsión destructora. Personas que muy probablemente, en otras circunstancias, no habrían destacado por su crueldad o por su cobardía moral, se ven puestos a prueba y no resisten.

No resulta fácil recabar testimonios ni reflexiones de quienes se vieron inmersos en la crueldad fratricida, de los agentes de la violencia contra sus semejantes: siempre cabe escudarse en la excepcionalidad de los tiempos de guerra, la obediencia debida, la necesidad de salvar a la patria... Escondarse en el olvido y echar la culpa al otro, al responsable de haber despertado en uno mismo los peores instintos.

Seguramente, sin la necesidad de rescatar algo perdido no hay motor para ponerse a escribir sobre ello. Los perdedores de las guerras, o las víctimas de la violencia, o los que no se dejaron arrastrar en las oleadas de los movimientos de masas y fueron capaces de mantener algún grado de lucidez y conciencia crítica, son quienes han dejado testimonio de su tiempo, y los que nos permiten entrever las transformaciones subjetivas a que se vieron forzados para enfrentar el horror que les tocó vivir.

Este capítulo va a intentar plantear algunas de las cuestiones relacionadas con las consecuencias que las guerras pueden acarrear en el psiquismo de la generación que las sufre, pero también va a seguir retrospectivamente el rastro de las guerras en generaciones sucesivas, a través de las huellas transmitidas y también a través de los silencios, de la transmisión de ciertos vacíos simbólicos.

Natalia Ginzburg² en su libro *Le piccole virtù* nos habla desde el punto de vista del adulto que ha atravesado una guerra: “Ha habido guerra y la gente ha visto derrumbarse muchas casas, y ahora ya no se siente segura en la misma casa que antes había sido tranquila y segura. Esto es algo de lo que uno no se cura, y pasarán los años, pero no nos curaremos

jamás. Quizá tengamos otra vez una lámpara sobre la mesa, y un florero, y los retratos de nuestros seres queridos, pero nosotros ya no creemos en ninguna de estas cosas, porque una vez tuvimos que abandonarlas de improviso, o estuvimos buscándolas inútilmente entre los escombros. (...) Cuando miro a mis hijos mientras duermen pienso, con alivio, que no tendré que despertarles en plena noche y escapar. Pero no es un alivio pleno y profundo. Tengo continuamente la impresión de que un día u otro tendremos que levantarnos otra vez de noche y escapar, y dejarlo todo atrás: habitaciones tranquilas y cartas y recuerdos y ropas”.

Ha quedado una marca indeleble: “Una vez sufrida la experiencia del mal, ya no se olvida. Quien ha visto derrumbarse las casas sabe demasiado bien qué frágiles bienes son los floreros, los cuadros, las paredes blancas (...) tras los serenos floreros, tras las teteras, las alfombras, los suelos encerados, está el verdadero reverso de la casa, el atroz reverso de la casa derrumbada”.

Natalia Ginzburg, (...) escritora de lo cercano, aborda el tema desde un punto de vista cercano, casi doméstico, pero también un ensayista como Stefan Zweig³, acostumbrado a tratar sobre los grandes temas, escribe en sus memorias *El mundo de ayer* en un tono muy parecido: “Cada uno de nosotros, hasta el más pequeño e insignificante, ha visto su más íntima existencia sacudida por unas convulsiones volcánicas —casi ininterrumpidas— que han hecho temblar nuestra tierra europea; y en medio de esa multitud infinita, no puedo atribuirme más protagonismo que el de haberme encontrado —como austriaco, judío, escritor, humanista y pacifista— precisamente allí donde los seísmos han causado daños más devastadores. Tres veces me han arrebatado la casa y la existencia, me han separado de mi vida anterior y de mi pasado, y con dramática vehemencia me han arrojado al vacío, en ese “no sé adónde ir” que ya me resulta tan familiar”.

En ambos, pérdida de las referencias familiares y cotidianas, pérdida de la sensación de seguridad en la continuidad de la vida que uno lleva, ruptura de los sueños y los proyectos... el resquebrajamiento de todo ese entramado imaginario, basado en los objetos que nos rodean, en el que nos apoyamos sin siquiera pensarlo, en la ilusoria convicción de que la vida seguirá fluyendo siempre tal y como la imaginamos.

Sin embargo, continúa Zweig, "...se han destruido todos los puentes entre nuestro Hoy, nuestro Ayer y nuestro Anteayer. Yo mismo no puedo dejar de maravillarme de la abundancia y variedad de cosas que hemos ido acumulando en el breve lapso de una existencia (...) sobre todo cuando la comparo con el modo de vida de mis antepasados. El padre, el abuelo ¿de qué habían sido testigos? Cada cual había vivido su vida singular. Una sola, desde el principio hasta el final, sin grandes altibajos, sin sacudidas ni peligros, una vida con emociones pequeñas y transiciones imperceptibles, con un ritmo acompasado, lento y tranquilo: la ola del tiempo los había llevado desde la cuna hasta la sepultura".

En el siglo XX, una generación entera ha tenido que restaurar el hilo de la vida vez tras vez y, por descontado, a cada nueva ocasión resulta más difícil hacerlo. Stefan Zweig terminó suicidándose en Brasil en 1942.

Para Natalia Ginzburg, sin embargo, al final no todo han sido pérdidas: "Hemos conocido la realidad en su más oscuro reverso. Ahora ya, sin embargo, no tenemos problemas. Pero hay todavía quien se lamenta del hecho de que los escritores utilicen un lenguaje amargo y violento, de que cuenten cosas duras y tristes, de que presenten la realidad en sus más desolados términos. Nosotros no podemos mentir en los libros, ni podemos mentir en ninguna de las cosas que hacemos. Este es, quizá, el único bien llegado de la guerra. No mentir y no tolerar que se mienta a los demás".

Esta necesidad de decir la verdad no la presenta sólo como cosa de escritores; también tiene efectos sobre la familia: "Somos gente que ya no tiene lágrimas. Lo que conmovía a nuestros padres a nosotros no nos conmueve. Nuestros padres y la gente mayor que nosotros nos regaña por la manera que tenemos de criar a los niños. Querrían que mintiésemos a nuestros hijos como ellos nos mentían a nosotros. Querrían que nuestros niños se entretuvieran con muñecos de peluche en graciosos dormitorios barnizados en rosa, con árboles y conejitos pintados sobre las paredes. Querrían que cubriésemos su infancia de velos y mentiras, que les mantuviésemos cuidadosamente escondida la realidad en su verdadera sustancia. Pero no podemos hacerlo. No podemos a niños a los que hemos despertado en plena noche y vestido convulsamente en la oscuridad para escapar, o para escondernos, o porque la sirena de alarma hería el cielo. No lo podemos hacer a niños que han visto el espanto y el horror en nuestro rostro. A estos niños no podemos contarles que los hemos encontrado en una cueva ni les podemos decir, de quien ha muerto, que se ha ido de viaje. Este es un abismo que no se puede llenar, entre nosotros y las generaciones anteriores. Sus peligros eran irrisorios y sus casas raramente se derrumbaban. (...) Era otro tiempo y quizá se estuviera bien. Pero nosotros estamos atados a esta angustia nuestra y, en el fondo, contentos de nuestro destino de hombres". Una marca que diferencia a una generación de la que le antecede.

Así pues, aunque a veces no hay más que pura pérdida, en otras, tras el desastre, junto de las pérdidas, cabe la posibilidad de una ganancia simbólica. Esta ganancia es más fácil de inventar, de crear, cuando en las familias puede elaborarse un relato honroso, cuando aparece en ellas algún personaje que, a la manera del héroe, aporta, con su sacrificio una salvación colectiva, cuando existe algo que ayude a elaborar el duelo por el mundo perdido; y el formar parte del bando de los vencedores parece favorecer su elaboración. Cualquiera, por el hecho de



haber ganado los suyos, puede sentirse arropado por la aureola de gloria de los vencedores. Más ardua parece la tarea de los vencidos para lograr salir de la humillación y la derrota.

Relatos españoles

Centrándonos ya en la guerra civil española, voy a tratar de seguir sus huellas a través de la mirada de tres generaciones, del relato de tres escritores:

La primera, Concha Espina⁴, (1869–1955) autora de origen social e ideología conservadores a quien la guerra sorprendió en su “casa de hidalgos” del Real Valle de Cabuérniga, en Santander, donde tuvo que permanecer en zona roja, hasta ser liberada por los nacionales. Mujer de mediana edad entonces, con hijos y nietos, era ya una escritora consagrada cuando escribió *Retaguardia* de Abril a Agosto del 37, que será publicada en Diciembre de ese mismo año, con prólogo de su hijo Víctor de la Serna, fechado en San Sebastián. Diciembre de 1937. II Año Triunfal. ¡Arriba España!

El segundo, Miguel Delibes, de una generación posterior, nacido en 1920, que muy joven luchó en la guerra, en el bando nacional, y del que quiero comentar dos libros: *Mi idolatrado hijo Sisí*⁵, de 1953, y *377A, madera de héroe*⁶, de 1987.

El tercero, Javier Marías, una generación más, (1951) hijo de padre represaliado tras la guerra, escritor de ficción atravesada por lo autobiográfico, y del cual voy a seguir la trilogía *Tu rostro mañana*⁷, publicada entre 2002 y 2007.

Ellos me van a servir, espero, para ver diferentes maneras de enfrentar las consecuencias de una guerra y cómo esas consecuencias atraviesan las generaciones, todo ello con la idea de poder pensar algo más sobre la clínica de las psicosis.

Concha Espina. La novela de Concha Espina, escrita en pleno fragor de la guerra pone de manifiesto, sin recato alguno, la brutal división del país en dos bandos: “En estas dos mitades contradictorias que dividen a España, sería curioso hacer una estadística por grupos enemigos. Desde luego con los militares están casi todos los profesionales de carreras libres, artistas universitarios y médicos. Mientras conviven con los rojos el ramo de la peluquería, los horteras, obreros de fábricas y mozos de café. Con varias especies de analfabetos y haraganes desprovistos de méritos y valores, la gente de vida turbia, los despechados y envidiosos. Quedan a la derecha también, casi en su totalidad, las órdenes religiosas, el cuerpo diplomático, la Marina y toda suerte de aristocracias. A la izquierda, en mayoría grande, los ferroviarios, el magisterio nacional y los trabajadores de minas: siempre descontada la excepción”.

Para ella no hay duda alguna sobre quiénes son “los buenos” y quiénes “los malos”. Nosotros y ellos. Nosotros víctimas y ellos asesinos, herejes, sembradores de patatas en los jardines públicos, aniquiladores de toda justicia y toda belleza. No existe duda alguna sobre lo justo de su causa: hay que deshacerse del enemigo a toda costa, nuestra supervivencia y la del mundo que conocemos depende de ello. No hay posibilidad alguna de reconocimiento de la justicia de las posiciones del otro. Únicamente capacidad para reconocer que “nuestro mundo” está en peligro de desaparecer. “Ellos” no son como nosotros, sólo son esos que quieren privarnos de lo que nos pertenece para destrozarlo, para gozar con la destrucción, sin ofrecer nada a cambio: “[Nos] habéis quitado las armas, la fortuna, la práctica religiosa, la vivienda; hasta los abrigos en la calle. Y la vida. Ello en nombre de la igualdad y la fraternidad; para conceder pistolas, atribuciones, palacios y tesoros de arte a la chusma analfabeta y homicida que os empeñáis en llamar “pueblo”. Genuina posición de transitivismo. El otro, el semejante, al gozar, me priva de algo. La única salida de este enfrentamiento especular es la



violencia destructora, aunque uno mismo corra el riesgo de desaparecer con la destrucción del contrario.

Proyectar sobre el enemigo especular, sobre el semejante, todo aquello que en nosotros mismos son desagrada ver: ellos destruyen por el mero placer de destrozarse, nosotros no les hemos robado nada; somos, sencilla y naturalmente, superiores a ellos.

Quienes empuñan las armas para liberarnos de ellos, son nuestros héroes. No hay duda alguna sobre su derecho a alzarse en armas —aunque sea contra el gobierno legalmente constituido—. “Ellos”, los otros, con su sola presencia, han provocado la discordia y el enfrentamiento.

Miguel Delibes, por su parte, refleja en *Mi idolatrado hijo Sisí* el ambiente de la guerra en el bando nacional, la transformación de una sociedad despreocupada, donde cada uno está pendiente del amor, del dinero, de progresar... en una sociedad militante en la que lo principal es la lucha contra el enemigo: “Votar, votar... —dijo—. Bien, ¿quieres decirme qué es lo que ganas con significarte? (...) Adela insistió: Debemos ponernos al lado de la Iglesia, Cecil. Voceó Cecilio: ¡La Iglesia, la Iglesia! (...) ¿Es que quieres meterte mañana en medio de los tiros? ¿No sabes, querida, que mañana habrá palos en todas las esquinas? Adela advertía que su recién descubierta adhesión a la Iglesia le prestaba una firmeza que nunca tuvo. Es en estos casos donde debemos demostrar lo que somos, Cecil (...) mañana votaré. A partir de aquí Adela empezó a considerarse una pieza de posible trascendencia nacional”. Estalla por fin la guerra y Adela que antes no podía ver la sangre, trabaja en un hospital: “Todos debían cooperar en la causa. Aquella era una guerra total. Nadie podía regatear su aportación y su sacrificio”.

Mientras tanto, Cecilio, el marido, y Sisí, el hijo, no se desprenden tan fácilmente de sus posiciones anteriores. Pero la realidad apremia:

“Aquellas bombas que de vez en cuando caían sobre la ciudad abrían un estrépito como si la tierra toda se desgarrase. (...) Luis Sendín y los muchachos como él andaban de aquí para allá con el fusil presto y las cartucheras a la cintura. Eran tan jóvenes que parecían niños jugando a la guerra. (...) Había una vibración extraña poseyendo la ciudad, poseyendo la tierra, poseyéndolo todo. Sisí, en el foco de este caos, se sentía descentrado. (...) Sisí se preguntaba ¿Cuándo acabará todo esto? Le parecía impropio que las gentes volcasen toda su capacidad y todo su esfuerzo en una causa impersonal, en algo que no era tangible y sí muy problemático. Se le antojaba que la gente le miraba en la calle como diciéndose: ¿A qué espera este muchacho para agarrar el fusil?”

En la idea de encontrar para él un destino de poco riesgo, Cecilio, el padre, va a visitar a un general amigo suyo. Hablan del hijo de éste, muerto recientemente, y de la reacción de la madre: “Las mujeres reciben ahora esos golpes con sorprendente serenidad. Ella se hizo a la idea desde el principio de que esta guerra habría de costarle algo importante. Cuando vine a darle la noticia lo vio antes en mis ojos. (...) Yo creo que Dios les envía una fuerza sobrenatural. Claro que queda el consuelo de que han muerto por una gran causa”.

La posición de Delibes en este libro (1953) aun deplorando la violencia y las muertes, es favorable a la toma de postura y al compromiso con la buena causa, tanto que el autor termina “castigando” con la muerte a sus dos tibios protagonistas. Sin embargo, *377A, madera de héroe* (1987) la novela entera gira en torno a la cuestión de qué es lo que decide que una causa sea la buena. Han transcurrido treinta y cuatro años y la sociedad española ha cambiado. También el autor, que ahora puede permitirse pensar que la causa de “los otros” podría tener un valor equivalente al de la “nuestra” ¿Qué hace falta para ser héroe? Se pregunta el protagonista, niño atrapado entre los dos modelos de padre que se le ofrecen a la identi-



ficación: el abuelo, noble prohombre carlista, y el padre, médico higienista y vegetariano, de extracción social más humilde y muy escasamente valorado en la familia. Las sucesivas respuestas de su tío, colocado a media distancia entre el uno y el otro, nos van ilustrando también sobre la evolución de las posiciones del autor. “Lo primero que se necesita para ser héroe —le dije— es una buena causa. Ya puedes realizar las mayores proezas, sacrificar incluso la vida, que si no lo haces por una causa noble será un sacrificio inútil”. Esta es la posición de partida. De ahí pasará a la siguiente: “Mi sobrino insiste en determinar la razón última del heroísmo, esto es, si el heroísmo responde o no a un incentivo ético. (...) La cuestión es compleja. Hay casos evidentes que no se prestan a duda, pero existen otros de ardua definición, lo que me lleva a reducir el heroísmo a un problema de buena fe. Creo que difícilmente se podrá ir más allá. El que se inmola con recta intención y mirada limpia, es un héroe. Poco más podemos añadir”.

Este problema sobre la posición del héroe que, en razón de su historia familiar, atañe subjetivamente al protagonista, en lugar de seguir perteneciendo exclusivamente al ámbito de la vida privada, se verá convertido por la exigencia de la guerra en una obligación de actuar. Alistado en la Marina, experimenta lo que es el miedo; no logra acercarse, ni por asomo, a su ideal de heroísmo que la familia daba por ya logrado y no le queda más remedio que ver cómo, por el contrario, ese ideal es realizado por otros, entre ellos el teniente Pita, que acaba siendo fusilado por traidor. “—Él sí ha sido un héroe, ¿no es cierto? —pregunta a un compañero. —Así es, en cierto modo. —responde éste. —¿Por qué dices en cierto modo? —Yo no comparto la causa a la que servía. —Hablas igual que mi tío. —¿Es que tú no lo crees así? —Y ¿no podría ser al contrario? —apuntó—. ¿No podría ser el hombre que muere generosamente el que ennoblece la causa a la que sirve? Esta solución de compromiso permite al protagonista reconciliarse con la denostada

rama paterna, en la figura de dos tíos fusilados por los nacionales.

Hay un reconocimiento moral del derecho de cada cual a una opinión política, a unos ideales. “Los otros” ya no son, como en Concha Espina, únicamente esos seres despreciables que nos envidian y nos quieren matar. Aun cuando no se comparta su causa, ésta también podría ser una buena causa.

Javier Marías. Con él entramos en un territorio diferente. Él no ha vivido ni la guerra ni la primera posguerra, pero está directamente concernido por el tema. En esta trilogía, el autor, a través de su protagonista, Jaime (o Jacques, Jack, Iago, Diego... que también tiene esos nombres) Deza, tras afirmar de entrada que uno siempre prefiere que sea otro el que muera, —que ni el más estrecho vínculo con otro pueda nunca superar el amor que tenemos hacia nosotros mismos—, recorre mediante la trama de los sucesos en que se ve mezclado, sus reacciones ante ellos y sus reflexiones, las diferentes respuestas que se pueden dar a la pregunta “¿Por qué no se puede matar?” Toma una vez el punto de vista de quien ha matado —y junto a ello, despliega el abanico de todo a lo que después se agarra uno para olvidar, negar lo ocurrido, justificarlo...— otras, el de quien con sus palabras ha causado, incluso sin pretenderlo, la muerte de otro. ¿Existe la causa buena? ¿No sería, más bien, que toda organización de convivencia humana, todo estado *necesita* defenderse y se concede a sí mismo el derecho de usar cualquier violencia? ¿Hasta dónde, el estado, las organizaciones que lo sirven, o ya los simples particulares, pueden llegar a la hora de defenderse? ¿Dónde acaba lo lícito y empieza la abominación? Marías no da respuestas, reflexiona en torno a las preguntas y sitúa a su personaje narrador en situaciones tales que, tras actuar, —y encontrarse a sí mismo justo en la posición que antes criticaba— se ve forzado a nuevas consideraciones. Él ni disculpa ni intenta comprender, más bien nos coloca éticamente ante una decisión indi-



vidual, con cuyas consecuencias cada cual debe cargar.

Pero no se limita al punto de vista del agente de la violencia. También encontramos el de la víctima. ¿Cómo es que no receló nada? ¿Es más digno —y también más hiriente— el silencio como respuesta, el alejarse para siempre del agresor? ¿Cabe una respuesta, aun aplazada, hacia él?

Y aquí, un tercer aspecto de la cuestión: la transmisión a los hijos de una historia vergonzosa —en el caso de los agresores—, o de la injusticia sufrida ante la cual uno ha estado inerme —caso de las víctimas—. La transmisión no sólo de un relato más o menos arreglado de lo ocurrido, sino también la de lo no dicho, lo silenciado, lo voluntariamente olvidado y que, sin embargo, no desaparece sino que “transita por el revés del tiempo, por su negra espalda”.

Y aún tratándose esta trilogía de un relato de ficción, Mariás revela en ella los nombres de los que denunciaron a su padre en 1939. Muerto el padre, el escritor opta por la postura contraria a la que éste mantuvo en vida.

De forma intuitiva se nos impone la idea de que, tras las grandes conmociones de las guerras tiene que haber consecuencias graves desde el punto de vista psíquico, pero no resulta fácil llegar a evaluarlas ni encontrar su mecanismo de engarce. ¿Qué nos podría permitir afirmar que la aparición de una psicosis, por ejemplo, guardaría relación con una guerra ocurrida una o dos generaciones atrás?

Sin embargo, no es raro encontrar casos en la clínica, en que la reconstrucción de la historia nos conduce a una catástrofe ocurrida anteriormente: Andrés y Felipe, por ejemplo, dos hermanos, diagnosticados de Esquizofrenia Paranoide, llevan los nombres de sus dos tíos paternos muertos en la guerra. ¿Podríamos pensar en alguna conexión entre la enfermedad

y los tíos muertos? Es cierto que no surge un psicótico en todas las familias que han perdido algún miembro en una guerra, pero tampoco es raro encontrar en la anamnesis de los psicóticos repeticiones de nombres de familiares muertos.

Según Françoise Davoine⁹, “la locura surge cuando los seísmos de la historia grande, objetiva, pública, se encuentran con la historia pequeña, subjetiva, privada y pulverizan todas las relaciones sociales, incluidas las familiares”.

No toda pérdida puede elaborarse mediante un duelo, no todos los duelos logran terminarse, no siempre se consigue construir un relato de la pérdida que incluya un objeto nuevo a que agarrarse.

Un caso¹⁰.

Juan Jesús, 25 años, tuvo su primer tratamiento psiquiátrico a los 18 años de edad, por un delirio paranoide de referencia y perjuicio en el que se sentía perseguido por uno de sus hermanos, *Marcial*, y por su cuñado, *Rafael*. En casa no toleraba coincidir con ninguno de ellos, interpretaba los menores indicios como hostilidad manifiesta hacia él. No soportaba los ruidos de los vecinos. También en la calle se sentía aludido por “risitas y cuchicheos”, en particular, de dos obreros con los que a veces se cruzaba.

Cuando llegó a la consulta estaba bloqueado en sus estudios, aislado, sin salir de casa de una tía suya donde se había refugiado.

Es el menor de ocho hermanos: Todos los varones llevan el nombre de *Juan* junto con un segundo nombre, y todas las mujeres el de *María*, también seguido de otro. Hay además un primo cuyo nombre y primer apellido coinciden exactamente con los del paciente. “Él, con más propiedad, lleva el nombre de los tíos”, dice.



Porque sus dos nombres provienen de sendos tíos paternos.

Nació varios años después de la hermana que le antecede. Según le han contado, la madre, a pesar de no tomar anticonceptivos, no se quedaba embarazada.

Al inicio del tratamiento trae un sueño: “Estaba solo, caminando en una llanura, veo una iglesia gótica, miro hacia arriba y veo dos hombre, uno viejo, medio paralítico y otro que le llevaba. Van a lo lejos y luego iban a por mi, me perseguían. Quería correr y no avanzaba. Quise entrar en un refugio, en un templo, subo y me persiguen. Puedo salir, me siguen persiguiendo. Dos seres grotescos estilo Freddy. Echo a correr, ya les dejo atrás y de pronto aparecen, salen a por mi. Me despierto”.

A lo largo de la labor analítica hemos podido ir reconstruyendo la historia familiar de la rama paterna:

El abuelo, Marcial, era de familia de artesanos con tierras y ganado, de un pueblo de Extremadura. La abuela, hija de familia noble, de terratenientes. Hay un matrimonio desigual, sin el consentimiento de la familia de la abuela, a principios del siglo pasado, en una sociedad rural, de clases sociales fuertemente jerarquizadas ¿Primera erosión de los vínculos sociales?

Varios años después, no habían conseguido tener hijos. Un médico les aconsejó adoptar un niño, *Juan María*, tras cuya adopción nacieron, efectivamente, sus cinco hijos, el menor de los cuales, *Rafael*, es el padre del paciente. “Le dio de mamar para poder tener hijos suyos” — explica el paciente—, condensando en esta frase la ambigüedad del lugar de Juan María en el relato familiar.

Sin embargo, este relato resulta ser bastante tardío ya que los abuelos nunca hablaron a sus hijos de la adopción, a pesar de que en el pueblo era conocida por todos. A la muerte de

la abuela descubrieron una partida de nacimiento de Juan María, con un nombre que no recuerdan y apellidos catalanes.

El padre de Juan Jesús, mucho menor que sus hermanos, tenía tres años cuando murió en accidente *Jesús*, el segundo de los hermanos; nueve cuando desapareció Juan María, en 1936, al principio de la guerra, y doce cuando volvió el tercero, *Antonio*, destrozado por las balas dum–dum. Al paciente le ha hablado siempre de su infancia con una madre perpetuamente de luto y llorando, incapaz de hacer otra cosa que cuidar del malherido, pero no guarda malos recuerdos de esos tiempos. De él se ocuparon sus dos hermanas mayores: una de ellas, que más tarde se casó con un portugués, —lo que explica que su hijo, al llevar en primer lugar el apellido materno, tenga exactamente los mismos nombres que el paciente—, y la otra, aquella en cuya casa éste busca refugio.

El desencadenamiento de los primeros síntomas de Juan Jesús se sitúa en una época en que la hermana mayor y su marido (*Rafael* como el padre del paciente) vivían en el domicilio familiar, padres ya de un niño. Tras una discusión de Juan Jesús con su hermana, Rafael, se enfrentó con él y le dio una bofetada. A partir de ese momento la relación entre ellos, antes cordial, sufrió un vuelco transformándose en persecutoria: “¿Con qué derecho me pegó en casa de mis padres? quiere romper mi vinculación con mi familia... se las da de saberlo todo... mis padres son demasiado condescendientes con él... no respeta a mi padre”.

Juan Marcial, el hermano, (Marcial, como el abuelo paterno) aparece en línea con Rafael: son amigos, se apoyan entre sí, se ríen mutuamente las gracias... Él también había sido años atrás para el paciente, unos cuantos años menor, una especie de padre benéfico: le llevaba al colegio y al fútbol, le hacía regalos...

Rafael es un impostor que se arroga un lugar de padre que no le corresponde, sin que

esa impostura sea reconocida como tal por los verdaderos padres quienes, al igual que Marcial, le alientan en vez de desenmascararle.

Esta figura que “usurpa” un lugar de padre que no le corresponde, con el consentimiento del padre de la realidad, y sin que haya reconocimiento alguno de ese estado de cosas hacia los hijos, figura que aparece como persecutoria en el delirio del paciente, está también presente en la historia del padre, oculta pero eficaz, condicionando desde su elección profesional hasta la de los nombres de todos sus hijos.

Juan Jesús, en su delirio, pone de manifiesto, sin saberlo, una verdad que pide ser reconocida en lo simbólico.

Françoise Davoine habla de “impresiones recortadas” para designar las situaciones en que los adultos, ante los niños, hacen “como si no pasara nada” para así ahorrarles sufrimientos en situaciones de dolor y muerte. Para el niño hay inscripción de percepciones que, al no haber sido validadas por la palabra del adulto, quedan excluidas del lenguaje que podría haberles permitido nombrar esas sensaciones.

Lo que no pudo ser inscrito como pérdida en una generación, aparece en la siguiente como un vacío simbólico, huellas de una percepción no validada por palabras, y resurge en forma de delirio en la tercera generación.

Comentario

La anamnesis de este caso nos permite ver, retrospectivamente, el fallo de la función paterna y la transmisión de ese vacío a la siguiente generación, pero no a todos sus miembros por igual sino, especialmente, a quien por las circunstancias de su nacimiento, —por el azar de haber ocurrido éste en un determinado momento (hijo tardío que viene a apuntalar la declinante capacidad generadora del padre, por ejemplo)— ha sido designado para apuntalar la

función paterna, como muestra la elección de los nombres que se le asignan.

Para llegar a ser padre, para que llegue a realizarse la función paterna, hace falta a la vez: nombrar, ser nombrado y responder al nombre, es decir, el sujeto se ve confrontado con tres generaciones.

Para Juan Jesús, el fallo sufrido en la función de la metáfora paterna, se pone de manifiesto en la dificultad que presenta a la hora de reconocer a un—padre, apareciendo en su lugar una gran proliferación de figuras. Al mismo tiempo se percibe la imposibilidad que sufre de fijar un lugar propio en la línea de las generaciones, viéndose imaginariamente a sí mismo como doble/hermano de su padre o persecutoria-mente, a través de delirio, como hijo de su hermano o de su cuñado y, en todos los casos, como encarnación viviente de los tíos muertos; encarnación y no conmemoración o recordatorio puesto que ni siquiera los nombres que lleva son sus nombres propios: para él, quien lleva esos nombres “con propiedad” es su primo.

Su reivindicación de “un lugar en esa familia” adquiere así todo el peso de una verdad: el fondo de verdad de su delirio.

¿Se habría llegado a la misma situación sin la guerra? Pregunta imposible de responder. La compleja historia familiar venía ya de antes: la erosión de los lazos familiares, la adopción que sostiene la paternidad, la muerte en accidente de uno de los tíos... pero podemos pensar que sin el drama añadido de la guerra, que deja a Rafael como único padre posible, único continuador de la familia, quizá esta estructura no se hubiera visto tan extremadamente puesta a prueba.

Antes, al citar a Natalia Ginzburg, me he referido a la ganancia simbólica adquirida tras la guerra: el amor a la verdad, el no poder seguir mintiéndose ni mintiendo a los hijos. Una vez



que se han desgarrado esos velos que nos permiten ver la realidad matizadamente, cuando lo imaginario se sostiene a duras penas, sólo queda la posibilidad de la palabra, lo simbólico, para mitigar el peso de lo real. La elaboración de un relato y la escritura aparecen así en el camino de la elaboración del duelo. Aquéllos que tuvieron que soportar pruebas todavía más espantosas, los que sobrevivieron a los campos de concentración y lograron, años después, escribir sobre ello: Robert Antelme¹¹, Primo Lévi¹², Imre Kertész¹³... han aportado a la humanidad su terrible testimonio acerca, no de la muerte, sino del “atroz reverso” de la vida.

El psicótico, cuando podemos reconocer en él la coherencia de su saber acerca de la estructura psíquica y el fondo de verdad existente en su delirio, nos aporta igualmente una ganancia simbólica: el reconocimiento de los silencios sin duelo, que se transmiten “transitando por la negra espalda del tiempo”.

Contacto

María José de la Viña Guzmán.
C/ Pablo Sorozábal, 4
28980–Parla (Madrid)
Tfno.: 91 605 69 03
mail: pdvguzman@yahoo.es



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Freud, S., “Los instintos y sus destinos”, “Duelo y melancolía” y “Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte”, *Obras Completas Tomo VI*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1972.
- 2 Ginzburg N., *Le piccole virtù*, Torino, Einaudi, 1988.
- 3 Zweig S., *El mundo de ayer. Memorias de un europeo*, Barcelona, El Acantilado, 2003.
- 4 Espina C., *Retaguardia*, Córdoba, Instituto Social de Bellas Letras, Colección Nueva España, 1937.
- 5 Delibes M., *Mi idolatrado hijo Sisí*, Barcelona, Ediciones Destino, 1953.
- 6 Delibes M., *377A, madera de héroe*, Barcelona, Ediciones Destino, 1987.
- 7 Marias J., *Tu rostro mañana 1 Fiebre y lanza*, Madrid, Alfaguara, 2002. *Tu rostro mañana 2 Baile y sueño*, Madrid, Alfaguara, 2004. *Tu rostro mañana 3 Veneno y sombra y adiós*, Madrid, Alfaguara, 2007.
- 8 Marias J., *Negra espalda del tiempo*, Madrid, Alfaguara, 1998.
- 9 Davoine F., *La folie wittgenstein*, Paris, E.P.E.L. 1992.
- 10 De la Viña M.J., “Duelos no realizados y sus consecuencias en generaciones posteriores”, en Gamio Medina E. (coord.), *Teoría y clínica del duelo*, Ciudad Real, 1999.
- 11 Antelme R., *La especie humana*, Madrid, Arena Libros, 2001.
- 12 Lévi P., *Si esto es un hombre*, Barcelona, El Aleph, 1987.
- 13 Kertész I., *Sin destino*, Barcelona, El Acantilado, 2001.



“Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico”

Carlos Sirvent Ruiz

Psiquiatra. Fundación Instituto Spiral Madrid

Introducción

La evaluación asistencial es inherente a la propia atención como un todo indisoluble. Las Administraciones desarrollan sistemas de valoración de eficacia y eficiencia, así como de control de calidad cada vez más complejos. Por otra parte los indicadores asistenciales incorporan habitualmente los conceptos “abandono” como sinónimo de fracaso y “adherencia” como equivalente de cumplimiento terapéutico. Para profundizar sobre el concepto “abandono del tratamiento” procede comentar nociones afines y/o complementarias tales como el cumplimiento, la adherencia o adhesión, las variables predictoras de éxito o fracaso, e incluso la resistencia al tratamiento

Gavino y Godoy, 1993 definieron el abandono como “una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos”. La normatividad y la disciplina respecto a la prescripción son asimismo notables indicadores, sobre todo médicos, hasta tal punto que la industria farmacéutica crea preparados retard, flas y depot —entre otras razones— para obviar los efectos de la falta de rigor posológica o indisciplina terapéutica.

No obstante, existe una dura controversia sobre la pertinencia o no de emplear los vocablos “cumplimiento” (compliance), abandono (abandon) y adherencia (adherence–nonadherence) para designar el éxito o fracaso en la viabilidad de un tratamiento (Kingdon et al, 2007). El término “cumplimiento”¹ —sobre todo— tiene unas connotaciones pasivizantes para el paciente que sugieren la búsqueda de otras palabras más pertinentes, máxime cuando se trata de evaluar programas que en no pocos casos requieren de la participación activa y dinámica del sujeto que de paciente pasa a ser agente de su tratamiento.

Aceptando los anteriores matices, la evaluación de un tratamiento como tal empieza por la correcta cumplimentación del mismo. Suele haber, además, una correspondencia entre buen cumplimiento y buenos resultados posteriores. Pero todavía hay una mayor correlación entre mala cumplimentación y fracaso terapéutico.

Los indicadores por lo común son demasiado genéricos o imponderables. Por ejemplo, el desarraigo social o la presencia de enfer-

1 El término *cumplimiento* no solo se refiere a la disciplina terapéutica en la relación médico–enfermo, sino a otro tipo de vínculos, por ejemplo, el institucional cuando la propia institución tiende a hacer objetivo de cumplimentación la dinámica funcional de la misma antes que la recuperación del sujeto. Antaño ese papel extremo lo realizaban los nosocomios, ahora se observa en ciertos programas y formas de psicoterapia grupal e incluso individual que pervierten el sentido último de la terapia pareciendo atender más al propio funcionamiento que a las necesidades del paciente.



medad crónica sobreañadida ensombrecen todos los pronósticos, pero no por ello debemos dejar de atender a dichos sujetos. Son precisamente los aspectos específicos y minuciosos los que más interés clínico cobran, ya que de su prevención puede derivarse la viabilidad o no de un tratamiento. En definitiva, si se consiguen predecir dichos aspectos concretos, específicos y moleculares de cada sujeto conoceremos la peculiaridad y subsiguientemente la posibilidad de una intervención eficaz.

Variables predictoras

Llegamos así al pronóstico de actitudes, tendencias y comportamientos que sustanciamos en el concepto “variables predictoras” o sencillamente “predictores” que tienen una función clínica e individual a diferencia de los indicadores que tenían un sentido valorativo más general.

Para ilustrar la función clínica de las variables predictoras citaremos un ejemplo: ciertos sujetos drogodependientes presentan un síndrome denominado “craving tardío” donde una persona que llevaba tiempo abstinerente (semanas, meses e incluso años) empieza a presentar crecientes y progresivos deseos de consumo que a menudo no suele comentar con familiares ni terapeutas por miedo a que se piense en una involución o —sencillamente— porque no repare en ello. Esos deseos incipientes de consumo de sustancias aumentan como una bola de nieve hasta abocar a un apetito intenso e inmediato de droga que a menudo conduce al abandono (y ulterior recaída) si no se frena a tiempo. Pues bien, si mediante un inventario de variables predictoras conseguimos evidenciar dichos deseos incipientes, pueden aplicarse medidas terapéuticas eficaces como psicoterapias ad hoc o fármacos anticraving, o la combinación de ambos.

Los estudios sobre adherencia al tratamiento deben estar permanentemente actualizados para mantener la vigencia y validez de las con-

clusiones, ya que al ser este un fenómeno tan vivo y cambiante, cabe presumir que los datos tengan una vigencia no mayor de cinco años en la mayoría de ocasiones. En última instancia el estudio y la evaluación pronóstica es indispensable en el trabajo clínico. Desde un punto de vista meramente pragmático, es básico saber si lo que se hace funciona o no, porque si no se conocen los efectos de las intervenciones clínicas, se corre el riesgo de estar perdiendo el tiempo de terapeutas y clientes. Desde un punto de vista ético es función y responsabilidad del clínico ayudar a los clientes a conseguir lo que necesitan para estar mejor —eficacia— y con el menor coste de tiempo, esfuerzo y recursos —eficiencia.

En lo relativo a la cumplimentación, Colom et al (1) efectuaron un metaestudio sobre sujetos bipolares encontrando una gran disparidad de tasas de mal cumplimiento que abarcan desde el 12% hasta el 64%, lo que atribuye parcialmente a la forma de evaluación.

En cuanto al fracaso terapéutico, Walitzer et al (2) encuentran que el abandono prematuro del tratamiento en salud mental es excesivamente alto. Precisamente en el campo de las conductas adictivas supone un problema importante para la eficacia del tratamiento. Concretamente entre un 20 y un 57% de los pacientes no vuelven a terapia después de la primera sesión y entre el 31 y 56% no completan más de 4 sesiones (2). En la búsqueda de los factores explicativos del abandono del tratamiento se han estudiado diferentes características del individuo, fundamentalmente socioculturales, como el estatus socioeconómico o el nivel cultural. Sin embargo, la investigación más reciente indica que probablemente exista una relación más compleja entre estos factores y otros más individuales, como son las actitudes del paciente o las expectativas del propio terapeuta (2). En el estudio de este tipo de variables aparece la motivación para el cambio del paciente como un factor determinante en el cumplimiento terapéutico (3).



Respecto a los motivos de abandono, Gavino y Godoy (1993) siguiendo a Porcel (4), consideran las siguientes causas de abandono de la psicoterapia:

- 1) El motivo de consulta ya no preocupa.
- 2) Consejo de otro profesional de corriente teórica distinta.
- 3) Cambio de ciudad del cliente.
- 4) Desmotivación por la terapia.
- 5) Incumplimiento de instrucciones.
- 6) Relativizar el problema.
- 7) Tardanza en conseguir objetivos.
- 8) Negación a tocar algunos temas.
- 9) Falta de rapport con el terapeuta.
- 10) Cambio de ciudad del terapeuta.

Por otro lado, Castillo et al (4) hacen un resumen de las causas más frecuentes de abandono de la psicoterapia y recogen, entre otras, las siguientes: bajo estatus socioeconómico, escasa motivación, gravedad y cronicidad del trastorno psicopatológico, débil alianza terapéutica, exceso de actividad verbal del terapeuta, etcétera. Incluso factores como la inmigración o la etnia también han sido evaluados. Gavino y Godoy (5) se plantean los distintos tipos de abandono, dependiendo de la fase terapéutica en la que aparece, así como de las diferentes justificaciones que dan los pacientes cuando manifiestan su deseo de abandonar la terapia.

Jamison et al (6) (siguiendo a Colom) dividieron los factores relacionados con la baja adherencia en: relacionados con el paciente, con la enfermedad, con el fármaco y con el terapeuta. A dicho respecto, entre los factores relacionados con los pacientes cita como más frecuentes la negación total o parcial de la enfermedad (locus de control externo), los efectos secundarios de los fármacos, sentir su estado de ánimo *bajo control* (lo que luego denominaremos autosuficiencia terapéutica, y —por último— echar en falta los periodos de euforia (Jamison et al 1979; Jamison and Akiskal 1983; Keck et al 1996) (6). Factores como edad (juventud), sexo (masculino) y estado civil (sol-

tería) se asocian a incumplimiento terapéutico, aunque dichos datos son controvertidos. Por otra parte, Weiss et al (6,13), afirman que los efectos secundarios de los medicamentos son el principal factor de incumplimiento.

García Campayo et al (7) en una encuesta sobre las actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes encuentra que aquellos piensan que los inmigrantes somatizan más que los autóctonos, pero que no presentan más patología psiquiátrica. También consideran que son peores cumplidores del tratamiento y más reivindicativos que los pacientes españoles. Están en desacuerdo con que puedan existir sesgos raciales en la práctica médica, tanto a nivel diagnóstico como terapéutico.

Cumplimiento terapéutico en diferentes trastornos psíquicos

Respecto a los predictores de fracaso en patologías concretas, Fiona, Graff et als. (8) realizaron un ensayo aleatorio controlado de terapia de grupo integrada para trastornos bipolares y por consumo de sustancias, demostrando que el tratamiento integrado de estas enfermedades es efectivo para reducir el consumo de drogas, aunque ningún estudio ha examinado el desgaste de la terapia de grupo en los diagnósticos duales. Por otra parte, el hecho de fumar (*más*) cigarrillos, un episodio reciente de cambio en el estado del ánimo, y la falta de formación fueron fuertes predictores de abandono después de controlar las variables demográficas y el consumo de sustancias. Concluían los autores que —dada la fortaleza del consumo de tabaco como predictor de abandono del tratamiento, así como la elevada tasa de tabaquismo entre esta población— se requiere una mayor atención a la relación entre fumar y trastorno bipolar.

Novak–Grubic y Tavcar (2002) evalúan los predictores del incumplimiento en pacientes varones con primer episodio de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno esquizoafectivo en un entorno naturalista



encontrando tres predictores del incumplimiento:

1. Diagnóstico de esquizofrenia (frente a los otros dos diagnósticos).
2. Síntomas positivos en la admisión.
3. Falta de insight al alta.

Los resultados son acordes con los hallazgos de otros autores, lo que confirma la universalidad del incumplimiento en los pacientes psicóticos. Los pacientes en su primer episodio tienen una tasa de abandono alta. Sin embargo, la tasa de recaída en pacientes cumplidores era baja, de lo que se infiere la necesidad de atención especial e intervenciones que promuevan el cumplimiento de pacientes en su primer episodio. Para R. Medori (10) el factor predictor más fuerte para la recaída es la discontinuidad de la terapia antipsicótica, que multiplica el riesgo de recaída por cinco. El cumplimiento intermitente del tratamiento también se asocia a recaídas. Otra consecuencia adversa de la pobre adherencia es un incremento del riesgo de hospitalización.

Craig Nelson et al (11) en una muestra de ancianos residentes depresivos tratados con mirtazapina en comprimidos de absorción oral, encontraron que la edad avanzada, la enfermedad médica, y el deterioro cognitivo no predijeron la respuesta. Los resultados sugieren que estas variables no necesiten ser vistas como obstáculos al tratamiento.

Lock J. et al. (12) en un estudio sobre anorexia en adolescentes hallaron que el trastorno psiquiátrico comórbido, las conductas familiares, y la respuesta temprana al tratamiento son factores importantes cuando se pronostica el abandono y la remisión en terapia familiar para adolescentes con anorexia. Asimismo, permanecer en el tratamiento más largo determina un mayor abandono. En definitiva, la presencia del trastor-

no psiquiátrico asociado, el ser mayor, y las conductas familiares problemáticas produjeron menores índices de remisión. La reducción de los síntomas comportamentales del adolescente, la disminución de conductas familiares problemáticas y el aumento de peso temprano estuvieron todos dentro de los cambios de tratamiento que incrementaron la remisión.

Respecto a los trastornos de la personalidad, S. Monzón Peña et al.² (14), en un metaestudio sobre adherencia al tratamiento sobre 243 artículos encuentra que la presencia de trastornos de personalidad se relaciona con tasas más bajas de adherencia y mayor dificultad para modificar actitudes sobre la medicación. Muchos rasgos de personalidad señalados como posibles factores determinantes del grado de adherencia, pocos de forma consistente. Por otra parte la adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas promedia el 50%. Un matiz anecdótico lo aporta J. Obiols cuando señala entre los «predictores de resistencia terapéutica» el «sexo femenino». Esto tiene que ver con las otras variables de resistencia que tienen las mujeres. Por ejemplo, los problemas sociofamiliares o los factores biológicos. Es decir, la condición del sexo femenino con otros problemas asociados hace que haya más resistencia al tratamiento. Esto pone de manifiesto la desfavorable condición sociofamiliar de la mujer todavía hoy en día.

S. E. Stewart et als (15) estudiaron una muestra con trastorno obsesivo compulsivo severo. Los análisis de regresión múltiple moderaron las relaciones entre la severidad final del TOC (Yale–Brown Obsessive–Compulsive scale puntuaciones) y las variables pronosticadoras. Los que respondieron tuvieron una severidad de la depresión mas baja pero no fueron diferentes en relación a la duración, edad, estado civil, estado laboral, inicio de TOC, his-

2 Búsqueda sistemática en Medline de los artículos publicados entre 2003 y 2008 que relacionan adherencia y personalidad. Términos "Adherence", "compliance", "personality" y "personality disorders". Criterios de inclusión: 1. artículos que estudian adherencia/ cumplimiento terapéutico. 2. personalidad es objeto de estudio. 3. el estudio hace referencias a enfermedades crónicas.



toria familiar de TOC, tratamiento e historia de admisión. En el modelo de regresión final, la severidad del TOC disminuyó inicialmente, el sexo femenino y mejor funcionamiento psicosocial inicial, denotaban una menor severidad del TOC al alta. La severidad de la depresión (puntuaciones en el Inventario de Beck de Depresión) no pronosticaban el resultado del tratamiento.

Otras perspectivas

Una perspectiva peculiar del fenómeno de abandono en terapias psicológicas lo aporta Porcel M. (4) refiriéndose a las *ceremonias* de tratamiento médico-biológico que pueden propiciar el fenómeno que el autor denomina conflicto de normas irresuelto personalmente, a través de la adquisición, por parte del paciente de “un papel pasivo en su curación”, concluyendo que un cierto tipo de abandono de las terapias psicológicas pudiera ser considerado como un resultado exitoso de las mismas, antes que una carencia o fallo de estas. Añade que algunos autores consideran la existencia de abandonos no etiquetables como fracasos, ya que, puede abandonarse el tratamiento cuando se han conseguido algunos objetivos terapéuticos (quizá los más importantes) y por tanto hablan, no de abandono como fracaso sino de “abandono como mejoría”. Si de esto se sigue la interrupción permanente de búsqueda de ayuda por parte del paciente en otros tipos de terapias y en diferentes terapeutas, estamos ante el fenómeno de abandono total de la psicoterapia. En definitiva, el denominado abandono parcial recoge la situación de búsqueda incesante, por parte del paciente de ayuda psicológica recorriendo diferentes terapeutas y terapias, mientras que el denominado abandono total es cuando el sujeto deja la terapia por completo cesando en la búsqueda de ulteriores terapias o terapeutas. Añade el autor que Castillo y colaboradores (1996) se refieren a lo conveniente de abandonar la psicoterapia cuando esta posee por sí misma efectos yatrogénicos. Porcel va más lejos al argumentar que la

yatrogenia de las terapias psicológicas no es una característica que pueda presentarse en algunos casos, sino que es la yatrogenia una característica inherente a toda terapia psicológica, de tal manera que el abandono de la misma supone cortocircuitar o prevenir dichos efectos negativos.

En lo relativo a la adherencia terapéutica, Jónsdóttir, H et als. (16) y Kingdon D. et al. (17) estudiaron la adherencia al tratamiento de pacientes con trastornos médicos severos comparada con pacientes con trastornos mentales severos. El grupo psiquiátrico puntuó más bajo que el médico en la necesidad de tomar medicación. El grupo no adherente sentía que la medicación le era menos necesaria para ellos que el grupo adherente. En la discusión, tanto estos como otros autores insisten en la psicoeducación para ayudar a comprender mejor el problema con sujetos esquizofrénicos. El empleo de la terapia cognitiva en esquizofrénicos que rehúsan tomar medicación es especialmente útil. La colusión con los no adherentes es confrontada mediante una franca discusión de las alternativas y sus posibles consecuencias, lo que permite a los pacientes tomar parte en las decisiones y así verse reforzados

Estudios entre profesionales

Respecto a la adherencia, F. Cañas (17) realizó una encuesta dirigida a 651 psiquiatras españoles, 240 familiares y 391 pacientes con el objetivo de profundizar en el conocimiento de la falta de conciencia de la enfermedad en pacientes con esquizofrenia y su relación con la falta de adherencia terapéutica y su satisfacción con el tratamiento. Los resultados del estudio muestran que el 71% de los psiquiatras encuestados afirmaban que la mayoría de sus pacientes padecían falta de conciencia de la enfermedad y que un 96% de sus pacientes habían abandonado alguna vez su tratamiento por voluntad propia cuando éstos consideraban encontrarse bien.



El uso de programas psicoeducativos centrados en la información acerca de la enfermedad y el tratamiento son decisivos muchas veces para resituar la adhesión terapéutica entre estos pacientes (Colom et al, 1998). Otro factor de peso es el hecho de que los pacientes pueden estar mal instruidos acerca del tratamiento y pueden dejar de tomarlo si no perciben sus efectos terapéuticos —a menudo sobrevalorados— en un plazo más o menos corto de tiempo. El papel del terapeuta es decisivo. Aquellos clínicos que aun muestran ambivalencia acerca de la naturaleza biológica de los trastornos bipolares y, por lo tanto, acerca de la necesidad de un tratamiento biológico, transmiten esta duda a sus pacientes, pudiendo ocasionar un mal cumplimiento (Cochran and Gitlin, 1988).

Tal es la importancia que se le concede a la adherencia terapéutica que surgen proyectos que llegan a implicar a redes de profesionales de la psiquiatría, como el denominado Proyecto ADHES (adherencia terapéutica en la esquizofrenia) lleva 5 años trabajando para evaluar y mejorar la falta de adherencia terapéutica que implica a más de 400 psiquiatras coordinados por J. Giner. (18)

Cumplimiento terapéutico y abandono en adicciones

Santos P. et al (19) estudiaron la posible capacidad predictiva de diferentes variables psicológicas sobre la evolución de los sujetos a partir del sexto mes de tratamiento en una Unidad de Deshabitación Residencial encontrando cuatro variables predictoras, de las cuales dos presentan gran valor predictivo al clasificar correctamente el 93.68% de los sujetos que abandonan. Dichas variables eran: *sensibilidad dura* (confiado en sí mismo, realista), y *poca socialización controlada* tuvieron más probabilidades de abandonar tras seis meses de tratamiento.

Diferentes estudios concluyen que los sujetos drogodependientes con comorbilidad tie-

nen una mayor tasa de abandono Asimismo tienden a tomar mayor cantidad de medicación de la prescrita (Tohen and Zarate 1999, Winokur 1999) (22).

En un estudio sobre programa residencial (23), el motivo de abandono más frecuentemente señalado eran los límites impuestos por el propio programa terapéutico (70,5% de los casos), seguido de autosuficiencia (consideración de que ya se han alcanzado los objetivos propuestos (49,2%), el cansancio de los grupos de tratamiento (el 39,3%) y el consumo o el deseo de consumir drogas (34,4%). Vemos así que el marco normativo, los límites impuestos se asocian a no cumplimentación, esto es, al fracaso terapéutico. Al contrario que Porcel, que prefería el abandono total al parcial, en dicho estudio López Goñi considera como un éxito el abandono temporal del tratamiento sobre el abandono absoluto. Obviamente se refieren a contextos distintos.

En otro estudio de seguimiento de abandono sobre pacientes en un centro de atención a drogodependientes ambulatorios, Puerta et al (24) encontraron que el 29% alegaron no requerir más tratamiento por haber alcanzado sus objetivos, un 32,3% incompatibilidad con el trabajo o cambio de domicilio, un 22,6% deficiencias en el servicio y 9,7% falta de motivación para seguir las pautas del tratamiento.

Le sorprende a la autora el hecho de que casi un tercio de la muestra de por terminado el tratamiento al haber alcanzado un éxito no ratificado por los profesionales. Con una interesante dosis de autocrítica y sentido práctico discute la pertinencia de los criterios habitualmente manejados por los profesionales para estimar la consecución del éxito terapéutico y la necesidad de atender los criterios de los pacientes, acaso no tan exigentes como los establecidos habitualmente por los programas de rehabilitación. Concluye proponiendo un seguimiento más estrecho de los abandonos para conocer sus causas, recuperar a los



pacientes o establecer criterios de éxito más ajustados a la realidad.

En una dilatada investigación (20,21) se analizaron de forma estructurada, razonada, jerárquicamente ordenada y vigente los principales factores de abandono vs adherencia al tratamiento de sujetos diagnosticados de trastorno por uso de sustancias atendidos durante el período 2007–2009. La investigación clínica ulterior desarrolló las razones explícitas y subyacentes de las demandas de abandono de sujetos atendidos en diferentes dispositivos a lo largo de dos años.

Hay dos redes estatales bastante bien concatenadas pero perfectamente independientes que se ocupan de las adicciones: el Los denominados planes sobre drogas estatal y autonómico tienen recursos propios y —más o menos tarde y con mayor o menor acierto— a todas les llega el turno de evaluar la calidad y eficiencia de sus dispositivos respectivos. Surgen indicadores de todo tipo que las instancias superiores (o administrativas) aplican denodadamente. Entre los indicadores más requeridos nunca faltan a la cita los relativos a abandonos, altas terapéuticas y voluntarias y adherencia a tratamientos.

Corolario

Dada la formidable infraestructura asistencial a su servicio, las adicciones son una excelente plataforma para la investigación a fondo del abandono terapéutico, que además en este ámbito tiene una “florida personalidad propia” exportable al resto de la salud mental (y quizá general), como el fenómeno de puertas giratorias, el recorrido itinerante de dispositivos, las derivaciones entre recursos que se desconocen mutuamente pese a interrelacionarse largos años, etc.

Emitir un pronóstico es muchas veces difícil y aventurado. A la postre es la propia experiencia y la intuición del profesional de turno la que dirime el devenir del sujeto. Los protocolos de predicción de abandono pueden significar un excelente arma clínica, no solo para conocer mejor al sujeto, sino para manejarlo terapéuticamente.

Uno de los elementos a considerar es que la conciencia del problema, la presión para el tratamiento que en origen no existe, es un indicador de abandono que puede ser neutralizado por un factor de adherencia como el hallazgo de cambios personales o el atractivo del tratamiento o sus beneficios secundarios. A dicho respecto y para concluir, y a título anecdótico, señalaré que una profesional que revisaba los resultados de un inventario de predicción de abandono quedó sorprendida de las respuestas de un paciente que llevaba 4 meses de tratamiento el cual evidenciaba una percepción del problema, de la terapia y de los terapeutas completamente distorsionada. El equipo creía lo contrario, que dicho sujeto evolucionaba adecuadamente porque hacía bien las cosas. No se dieron cuenta de que el paciente se limitaba a cubrir hábilmente las expectativas del equipo pero en su fuero interno apenas había modificado su insight o conocimiento y conciencia del problema. El inventario de despistaje de abandono sacó a la luz que el paciente estuvo todo el tiempo al servicio de la terapia pero no de su tratamiento.

Correspondencia a:

Carlos Sirvent
c/ Marqués de Valdeiglesias, 2 – 28004 Madrid
e-mail: csr@institutospiral.com





BIBLIOGRAFÍA

1. Colom, F. Factores implicados en la cumplimentación terapéutica de los pacientes bipolares. *INTERPSIQUIS*. 2001.
2. Walitzer, K S; Dermen, K H, Connors, G J. Strategies for preparing clients for treatment. A review. *Behav Modif*. 1999; 23(1):129–151.
3. Miller WR. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychol Bull* 1985; 98:84–107.
4. Porcel Medina, M. El abandono en las terapias psicológicas. *Aposta Revista de Ciencias Sociales*. Nº. 14, Enero 2005.
5. Gavino A. y Godo, A. Motivos de abandono en terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1993 Vol. 19 (66) 511–536.
6. Jamison KR, Akiskal HS. Medication compliance in patients with bipolar disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1983; 6:175–192.
7. García Campayo J, González Broto C, Buil B, García Luengo M, Caballero L Martínez, F. Collazo Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes: una encuesta de opinión. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2006 nov 34(6).
8. Fiona S. Graff; Margaret L. Griffin; Roger D. Weiss. Predictores de abandono de la terapia de grupo entre los pacientes con trastorno bipolar y por consumo de sustancias. *Drug and alcohol dependence*. 2008 abr; 94(1):272–275.
9. V. Novak– Grubic; R. Tavcar. Predictors of noncompliance in males with first–episode schizophrenia, schizophreniform and schizoaffective disorder. *European Psychiatry ed. Esp*. 2002 sep 9(6).
10. Medori, R. *Optimización de resultados a largo plazo en el tratamiento de la esquizofrenia*. Psychiatry source. Janssen–Cilag Satellite Symposium 2007 OCT.
11. Craig J., Holden, Roose K., Salzman C., Hollander S., Betzel J. Are there predictors of outcome in depressed elderly nursing home residents during treatment with mirtazapine orally disintegrating tablets? *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007 may.
12. Lock J, Couturier, J, Bryson S and Agras, S. Predictors of dropout and remission in family therapy for adolescent anorexia nervosa in a randomized clinical trial. *International Journal of eating disorders*. 2006.
13. Weiss RD, Greenfield SF, Najavits LM, et al. Medication compliance among patients with bipolar disorder and substance use disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:172–174.
14. Monzón S.; N. Bauzá Siddons; M.J. Serrano Ripoll. (et.al). Adherencia terapéutica y personalidad: Una revisión sistemática. Ponencia incluida en el XII Congreso Nacional de Psiquiatría. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2008 nov.
15. S. Stewart E, Chen–Hsing Yen, Denise Egan Stack and Michael A. Jenike. Outcome predictors for severe obsessive–compulsive patients in intensive residential treatment. *Journal of psychiatric research*. 2006.
16. Jónsdóttir, H.; Friis, S.; Horne, R.; Pettersen, K. I.; Reikvam, Å.; Andreassen, O.A. Beliefs about medications: measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Jan2009, Vol. 119 Issue 1, p78–84, 7p, 4 charts; DOI: 10.1111/j.1600-0447.2008.01279.x; (AN 35622472).
17. Kingdon D. et al, 2007 Shanaya Rathod Lars Hansen, Farook Naeem, Jesse H. Wright, Combining Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Schizophrenia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, Volume 21, Number 1, 2007.
18. Giner J. y F. Cañas. V Encuentro del Proyecto ADHES (Adherencia terapéutica en la esquizofrenia). *Revista ACCESO*. 2008 OCT.
19. Santos P; García M.L.; Barreto P. Variables psicológicas predictoras de evolución en una Unidad de Deshabitación Residencial (U.D.R.) *Anales de Psicología*. 2001 dic; 17(2).
20. Sirvent, C “Variables predictoras de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones” Ponencia de las Jornadas de Sociodrogalcohol. Salamanca 2009 (Publicada en un monográfico especial de la revista *Adicciones*).
21. Sirvent C., Blanco P., Palacios L., Linares MP, Rivas C., Quintana L., Fernández C. y Delgado R. “Estudio multicéntrico sobre éxito vs. fracaso terapéutico en adicciones”. Proyecto subvencionado por el organismo público Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid. Dossier Interno. Madrid 2009.
22. Tohen M, Zarate CA. Bipolar Disorder and comorbid substance use disorder. In: Goldberg JF, Harrow M, eds. *Bipolar disorders: clinical course and outcome*. Washington DC: *American Psychiatric Press*; 1999:171–185.
23. López, J., Fernández– Montalvo. Illescas N., Landa E., N. Lorea, J. “Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica”. *Trastornos Adictivos*, nº 10 (2) 55–72. 2008.
24. Puerta C., Domínguez A. L, Miranda M.D., Pedrero E., Pérez M. “Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes”. *Trastornos Adictivos*. Vol. 10, Nº 2, (112–120). 2008.



Depresivos y antidepresivos

Enrique González Duro

Psiquiatra y escritor. Madrid

Resumen: Sorprende el crecimiento espectacular de la depresión. Se ha expandido la enfermedad y con ella la psiquiatría pasa a un primer plano, contando con los antidepresivos, psicofármacos aportados por la industria farmacéutica. Es una enfermedad reducida a la biología de la persona afectada y niega lo social. Es la opinión de algunas *autoridades científicas* y lo presentan como indiscutible.

Palabras clave: Depresión, psicofármacos, psiquiatría biológica.

En las condiciones de posmodernidad la mayoría de la gente que habita en las sociedades más desarrolladas busca casi compulsivamente la felicidad, y muchos creen ser efectivamente felices. Así lo indican las reiteradas encuestas que sobre tan evanescente cuestión se realizan. Hay, sin embargo, una contradicción: la enfermedad y concretamente la epidemia de depresión que, según la opinión de los expertos, nos invade por doquier. Pero ¿qué sentido tiene la enfermedad en una sociedad de consumo que enfatiza al máximo el culto a la felicidad instantánea? Actualmente la enfermedad se presenta como algo absurdo y carente de sentido para la propia vida del sujeto que la padece, y al carecer de sentido es como si tuviese algo de misterioso, como si nadie supiese el porqué ni el para qué del padecer humano. Desde el punto de vista médico, la enfermedad suele interpretarse como un proceso interno del individuo que la ciencia concibe como producto de una causa por completo ajena a la vida, a la personalidad y al mundo del paciente. Y eso se dice una y otra vez, cuando en muchísimos casos se desconoce esa causa y cuando numerosos estudios sociológicos han demostrado la enor-

me variabilidad de las enfermedades, especialmente de las denominadas psíquicas, así como la diferente vulnerabilidad de los individuos para padecerla. Interesadamente, se ignora que la enfermedad, aun en el caso de la de origen claramente biológico, es siempre un hecho social, con una vertiente personal biográfica. Sin embargo, el médico, que sólo ve de un modo aislado y descontextualizado al presunto paciente, se fija casi únicamente en un cuerpo —aun cuando en el caso de que no se detecte ningún signo corporal— y en una sintomatología psiquiátrica meramente morfológica, sin apenas escuchar lo que este puede decirle de su propia vida.

La vida de los individuos de la llamada sociedad de riesgo produce creciente inseguridad, ansiedad y miedo. Consecuentemente, muchos se sienten enfermos y son convenientemente medicalizados. En tiempos actuales el aumento de los diagnósticos ha adquirido proporciones gigantescas, y para cada enfermedad existe una pastilla. Y cada vez con mayor frecuencia, para cada pastilla que se inventa hay también una nueva enfermedad. Véase, por



ejemplo, el caso del alprazolán, que se lanzó al mercado hace poco más de treinta años como un tranquilizante que no producía dependencia y que era específico para el tratamiento de una nueva enfermedad, la crisis de pánico, enfermedad que logró ser incluida por entonces en el DSM-III; hoy día este medicamento es un vulgar genérico que pocos utilizan, porque se ha demostrado que es el tranquilizante que mayor dependencia produce. Mientras tanto los “inventores de enfermedades” han obtenido grandes ganancias convenciendo a personas sanas de que están enfermas. Las asociaciones médicas, las asociaciones de pacientes y familias, las empresas farmacéuticas se vuelven “socios mediáticos” para sus insistentes campañas a favor de nuevas enfermedades y del miedo a las mismas. Se calcula que entre el 70 y 80 por ciento de todos los artículos e informes sobre temas médicos que aparecen en los medios de comunicación responden a campañas de relaciones públicas dirigidas, que operan previo pago de las multinacionales farmacéuticas. Esas “campañas de concienciación” —algunas de las cuales fracasan, como cuando se pretendió que un determinado antidepressivo fuese el tratamiento específico para evitar y combatir la timidez adolescente— alimentan la utopía de ser personas perfectas, y luego harán que personas sanas ingieran medicamentos para estar mejor que bien o para curarse de enfermedades inventadas.

Mientras los gastos exorbitantes desbordan el sistema sanitario, marchan estupendamente los beneficios de la industria farmacéutica, que gastan mucho menos en investigación que en marketing, en el que colaboran prestigiosos profesores de medicina dando su opinión favorable sobre un nuevo y caro medicamento, y cobrando por ello. Así, la cantidad de enfermedades crece sin cesar: “si sumamos todas las estadísticas, cada uno de nosotros debería tener unas veinte enfermedades”, según reconociera un antiguo ejecutivo de una potente empresa farmacéutica. En el 2002, el Consejo Nuffield sobre Bioética, formado por quince

filósofos, médicos y científicos del Reino Unido, consideró que la medicalización en nuestras vidas era la tendencia dominante, pronosticando que “parte del problema radica en la extensión del diagnóstico o en la tendencia a definir los trastornos de un modo tan amplio que cada vez hay más y más individuos en la tela de araña del diagnóstico”. Como alguien dijera mucho tiempo antes, “la medicina ha avanzado tanto que nadie está sano”.

En la década de 1960, en la que los sociólogos marcan el inicio de la posmodernidad, se había producido un espectacular auge de la demanda psiquiátrica: las cuestiones personales se definían en términos psicológicos y mucha gente creía que sus problemas vitales tendrían solución mediante una psicoterapia no necesariamente médica. Era imparable la tendencia a psicologizar el sufrimiento que generaba la creciente dificultad de vivir, el miedo al fracaso, la imposibilidad de amar y ser amado, el desarraigo, la soledad, etcétera. Se bajó el umbral de lo que se había considerado enfermedad psíquica, que en muchos casos llegó a ser una simple variante de la normalidad. Y se ofrecieron múltiples terapias breves, entrando en liza los psicólogos, que decían curarlo todo. Temerosos de perder clientela, los psiquiatras se dispusieron a psiquiatrizar cualquier comportamiento más o menos anómalo, extendiendo la patología psíquica y ofreciendo algo que los psicólogos no podían dar: los nuevos psicofármacos. El psicoanálisis fue siendo marginado.

En concreto, los límites de lo que constituía una depresión —melancolía, inhibición, autoculpabilidad, incapacidad para sentir placer, ideación suicida— se dilataron extraordinariamente, tornándose en simple disforia o distimia, sinónimo de infelicidad, falta de apetito e insomnio. No es sorprendente que la “depresión menor” aumente en progresión geométrica. Con la depresión la psiquiatría pasa al primer plano al contar con los psicofármacos que le proporciona la industria farmacéutica, cuyos dispositivos han sido básicos para la expansión



mundial de esta enfermedad. La “venta” de la depresión genera por doquier enfermos depresivos, que consumen los antidepresivos recetados por los médicos. Por fuera poco, en las condiciones de posmodernidad la depresión está de moda: la gente tiene muchos motivos —una pérdida, como la muerte de un familiar, el paro o la soledad— para deprimirse. Todas las estadísticas reflejan un considerable aumento del porcentaje de personas que pueden ser calificadas de depresivas. Las cifras se han disparado de tal modo que han suscitado el asombro de los epidemiólogos: ¿será la depresión una enfermedad transmisible? La depresión no es una enfermedad mental como las otras: quien la padece no produce en los demás el sentimiento de alteridad que caracteriza a la verdadera locura. No es vergonzante, sino que puede ser asumida por el paciente sin mayores problemas, y a veces con ventajas (disminución de obligaciones responsables, etcétera). Cualquier médico puede diagnosticar una depresión, incluso cualquier persona medianamente ilustrada, tal como rezaba el “cuestionario sobre el deseo” publicado en la revista alemana *Bunte* por la empresa farmacéutica Wyeth: “no siempre la vida ofrece lo que uno espera. Entonces las personas se sienten decepcionadas y a menudo se produce un bajón. No hay motivos para preocuparse, pero si el bajón se prolonga, todo se vuelve triste. Y la tristeza a la larga, hace enfermar. Haga un test personal ahora mismo”. Era publicidad directa para el consumidor final, para que este influyera sobre el colectivo médico prescriptor.

Se puede salir indemne de una depresión, tal vez porque sea una enfermedad pasajera. Aunque los autodenominados expertos replican que no acaece si no hay un terreno “propicio”, algo así como un rasgo de carácter que seguramente remite a una deficiencia biológica. Es cierto que la depresión puede ser una enfermedad latente, pero casi nunca resulta fatal y no implica que esté necesariamente inscrita en los genes o en la bioquímica cerebral, como afirma tajantemente la psiquiatría biológica, que

reduce todo al propio individuo y niega lo social: ya se sabe, la sociedad no existe. La depresión debe quedar de antemano inscrita en el paciente, por abuso de una autoridad científica que se presenta como indiscutible. Sin embargo eso no es sino una mera hipótesis que inspira desconfianza, porque no se ha podido demostrar suficientemente lo que se afirma dogmáticamente. La ciencia es cada vez más necesaria, aunque también menos suficiente para la definición social de la verdad, y su progreso presupone su crítica y la de sus expertos. Superada hace tiempo la fe en el progreso científico, actualmente la ciencia no es fiable del todo, porque dogmatiza hacia fuera de acuerdo con el interés de su aplicación en la sociedad y sólo se pone en cuestión de puertas adentro.

Cabe cuestionar la actual pandemia de la depresión. Desde una perspectiva biologicista, debería considerarse que los porcentajes de depresión habrían de mantenerse estables y al margen de todo condicionamiento, puesto que los problemas existenciales serían incapaces de inducir una enfermedad a una persona normal, a menos que estuviera biológicamente predispuesta a padecerla ¿Cómo pueden haber aumentado de un modo tan extraordinario las personas biológicamente predisuestas a la depresión? ¿Acaso ha habido una mutación genética masiva sin que nadie se haya percatado de ello? Son interrogantes que relativizan la conceptualización de la depresión. Por lo demás, considerarla como una enfermedad objetiva y objetivable va en contra de los intereses de la industria farmacéutica, en la que tanto cree la llamada psiquiatría biológica. A esa industria le conviene tanto la epidemia de depresión que hace todo lo posible por ampliarla mediante campañas publicitarias que buscan el reclutamiento del mayor número posible de pacientes, con el aval científico de la psiquiatría dominante. La convivencia de intereses encubre las contradicciones de principio, aunque no los métodos: las dos coinciden en prescindir de la subjetividad del paciente.



El psiquiatra “actualizado” ha aprendido a emplear criterios diagnósticos, establecidos por consenso para interpretar lo que dice el paciente, remitiéndolo a un territorio fijo y bien delimitado. Estar “territorializado” por la depresión es hallarse encerrado en un mundo muy particular, en el cual todo lo que se diga o haga puede ser interpretado según unas reglas precisas. La pobreza de este nuevo discurso clínico ha sido muy criticada, sin mucho éxito. Lo más frecuente es que el cliente decida olvidarse de su vida interior y obtener alivio inmediato con unas pastillas que habrá de tomar por tiempo indefinido. “Porque hay que reconocer —ha escrito Julia Kristeva— una evidencia: presos por el estrés, impacientes por ganar y

gastar, por gozar y morir, los hombres y las mujeres de hoy se olvidan de esta representación de la experiencia que llamamos vida psíquica (...) El sufrimiento se aferra al cuerpo, somatiza”. En un espacio fragmentado y en un tiempo acelerado, suelen tener dificultades para reconocerse a sí mismos y tienden a la depresión. Para eso están los antidepresivos, que alivian pero no curan. El consumo de los antidepresivos aumenta sin cesar, y sin embargo cada vez hay más depresivos.

Contacto

Enrique González Duro
Dr. Esquerdo 50 7° B
28007 Madrid
enrique.duro@terra.es



BIBLIOGRAFÍA

- Bauman, Zygmunt, *La posmodernidad y sus descontentos*, Akal, Madrid, 2001.
- Beck, Ulrich, *La sociedad del riesgo*, Paidós, Barcelona, 2002.
- Blech, Jörg, *Los inventores de enfermedades*, Destino, Barcelona, 2005.
- Consejo Nuffield sobre Bioética, la genética y el comportamiento humano, Londres, 2002, www.nuffieldbioethics.org
- Cochrane, Raymond, *La construcción social de la enfermedad*.
- González Duro, Enrique, *Biografía del miedo*, Debate, Barcelona, 2007.
- Kristeva, Julia, *Las nuevas enfermedades del alma*, Cátedra, Madrid 1995.
- Pignarre, Philippe, *La depresión, una nueva epidemia de nuestro tiempo*, Debate, Barcelona, 2003.

Sobre el estado actual del psicoanálisis

Piedad Ruiz Castillo

Psicólogo Clínico–Psicoanalista. Madrid

Resumen: ¿Es una paradoja que cada vez haya menos jóvenes que elijan la formación psicoanalítica cuando la productividad de las corrientes psicoanalíticas es grande? El monólogo de la psiquiatría biológica, la empresa farmacéutica, el afán cientificista de la psicología cognitiva y conductista, son fundamentales a la hora de pensar una respuesta, pero también la falta de cuestionamiento del doctrinarismo y los modos sectarios de organización de las propias instituciones psicoanalíticas.

Palabras clave: Psicoanálisis, doctrinarismo, cientifismo, psicoanalistas, divergencias.

En varias entrevistas publicadas por esta revista en la sección *Metalogos* he comprobado que el entrevistador insistía en una pregunta sobre el estado actual del psicoanálisis. Véase “Entrevista al profesor José Guimón” por O. Martínez Azumendi e I. Markez (Nº 25, Mayo/2006), “Historias del grupoanálisis” a Joan Campos por I. Markez (Nº 27, Febrero/2007), “Aprendiendo psiquiatría comunitaria” a Manuel Desviat por A. Retolaza e I. Markez (Nº 31, Junio/2008) y “La Otra psiquiatría” a Chus Gómez por I. Markez (Nº 32, Octubre/2008). La pregunta es la siguiente: “¿Cómo valoras el estado actual del Psicoanálisis? ¿Cuál es el lugar del psicoanálisis en la clínica actual y en la formación? 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 psicoanalíticas es grande. ¿Es esto una paradoja?”. (Nº 31, p. 71).

En alguna de las entrevistas no aparece la interrogación “¿Es esto una paradoja?”. Es, sin embargo, importante dilucidar si se trata de una paradoja o no. Si por un lado, se constata el hecho de que cada vez hay menos jóvenes interesados por el psicoanálisis y, por otro, se habla de una gran “productividad” de las corrientes psicoanalíticas, puede parecer algo contradictorio, aunque también es conveniente tener en cuenta que el “grado de productividad” si se refiere a la cantidad no necesariamente se traduce en interés, es decir el grado de productividad no garantiza la calidad del producto. Pensado así, estaríamos simplemente ante el hecho de una productividad que no despierta al menos el interés de los jóvenes que se dedican a la salud mental, y esto no es una opinión sino un hecho. Ahora bien, si nos preguntamos por las razones de tal falta de interés, no convendría soslayar el que tal producción está en exceso ritualizada, quiero decir que es una producción al servicio de la reproducción institucional de doctrina, las más de las veces reducidas al comentario de texto del “maestro” y



donde las preguntas se han perdido en la noche de los tiempos. Puede ser una producción en el mejor de los casos aplicada, pero carente de pensamiento crítico en sus elaboraciones teóricas o en sus debates clínicos, carencia probablemente ligada a la ausencia de crítica interna de los modos de organización de dichas instituciones. Se puede decir que una institución privada no tiene por qué someterse a tal ejercicio crítico, pero entonces sí tendríamos la paradoja de que una organización así de sectaria pretendiera tener la repercusión pública necesaria como para que los profesionales de la salud mental se orientaran por su formación y su clínica.

M. Desviat responde a la pregunta del siguiente modo: “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... 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...” (pp. 71–72).

Estoy de acuerdo con la primera parte de su reflexión, pero deseo matizar lo referido a las “peleas sectarias”, que son tales por la mutua descalificación de un grupo por otro. En esas condiciones de lo que se trata es simplemente de la adhesión. Cada institución, sostenida en una doctrina de referencia grupal y de la adhesión transferencial correspondiente, imparte sus propios títulos de analista.

I. Markez hace referencia también en la misma entrevista a “las diferencias y divergencias entre psicoanalistas”. Pero el problema no son las divergencias, ¡ojalá las hubiera! El problema es que no las puede haber, y si las hay, de

inmediato se traducen en ruptura o escisión, es decir, no es posible el debate de ideas, menos aún el cuestionamiento de los llamados “autores originales” sin verse acusado de cualquier tipo de conspiración, y en todo caso, de deslealtad. Mi pertenencia pasada a varias instituciones psicoanalíticas lacanianas me permite afirmar que al menos en éstas las divergencias no sólo no son posibles, sino que de inmediato son interpretadas como mera lucha por el poder o intentos de aniquilación del propio psicoanálisis, con lo que no es que seas un disidente o un crítico, sino un ambicioso o un enemigo del psicoanálisis, generalmente las dos cosas a la vez. Por lo tanto, es imposible que existan divergencias teóricas o clínicas. Hasta tal punto, que cuando se producen escisiones al abrirse alguna fisura en el doctrinarismo, lo que prevalece es el sectarismo y la reacción correspondiente: el cierre de filas tras la orden de reagrupamiento del líder de turno. Por otro lado, se ve que en la IPA a veces coexisten diversas corrientes teóricas que se refleja en la riqueza de algunos trabajos cuando prevalece el criterio clínico y no la mera servidumbre doctrinaria o institucional. De ahí que J. Guimón distinga entre divergencias teóricas y práctica clínica: “Es verdad que hay divergencias entre los psicoanalistas pero, aunque lo que decimos sobre teoría es muchas veces diferente, nos parecemos mucho en lo que hacemos”.

De uno u otro modo, muchas instituciones psicoanalíticas se convierten en máquinas de poder que se reproducen a sí mismas con un funcionamiento que repele cualquier interferencia, pero por ello mismo estériles y sin controversias productivas que tengan una repercusión pública.

Cualquier lector que no esté de acuerdo con estas afirmaciones puede aportar ejemplos de textos o debates teóricos publicados en los que se cuestione de forma rigurosa tal o cual aportación de esos “autores originales” de los que hablaba M. Desviat por parte de sus seguidores y desearía que se publicasen las contro-



versias, si las hubiere, para que el debate despierte más interés por la clínica psicoanalítica, una clínica que cada día debe ser más exigente en función de las demandas que recibe. Y cuando hablo de crítica me refiero a la disciplina del comentario crítico, que no es necesariamente destructivo o descalificador, me refiero a la reflexión crítica y fundamentada de los conceptos y formulaciones que pueden ser verificados en la clínica o ser cuestionados. De otro modo, “la repetición de una jerga hueca” es el resultado obvio, jerga hueca e ininteligible con la que las “fotocopias” pretenden enseñar sin pensar lo que dicen y aplicando afirmaciones como si de versículos de la Biblia se tratara. Si los alumnos que acuden a dicha enseñanza, esos jóvenes dedicados a la salud mental, tienen el atrevimiento de preguntar por lo incomprendible, recibirán la respuesta de que son necesarios muchos años de “vocación” antes de entender algo. P. Roazen en su libro *Freud y sus discípulos* dice refiriéndose a Freud: “A pesar de lo mucho que había deseado triunfar, no le gustaba la idea de su influencia y le turbaba el efecto que podía producir en los demás. Le irritaba ver sus escritos tratados como un texto sagrado”(1), (p. 521).

En la última entrevista, Chús Gómez responde a la susodicha pregunta de manera sorprendente al usar el argumento de que el psicoanálisis es un “discurso a contracorriente que reivindica la particularidad de cada uno y fomenta la responsabilidad subjetiva”. Típico discurso victimista que toma la mayor homogeneización por la mayor originalidad. En cuanto a la pregunta sobre las divergencias entre psicoanalistas, Chus Gómez da por sentado que las hay y que además son “una invitación al trabajo”, lo que ocurre es que “desde fuera del psicoanálisis, nuestras rupturas, crisis o desavenencias son uno de los tópicos fáciles utilizados para intentar desprestigiarlo sin conocerlo, es una resistencia como otra cualquiera”. No es un tópico, es la historia de las instituciones psicoanalíticas y son los hechos los que terminan desprestigiándolas, sobre todo cuando estos

hechos se deniegan y se culpa a un supuesto enemigo exterior. Es la historia del movimiento psicoanalítico cuando esconde su carácter sectario bajo el rostro de la acogida y la justificación tan manida de la supuesta resistencia. Pues bien, yo sostengo que las divergencias en este tipo de instituciones, lejos de ser una invitación al trabajo son una invitación a marcharse y ese es el único motivo de las rupturas, crisis y desavenencias, no un tópico fácil ni una resistencia cualquiera. Por otro lado, apelar a la famosa “resistencia” sí que es un tópico, y más nos valdría a los psicoanalistas no echar siempre los balones fuera y practicar más la autocritica. Además, cuando Freud habló de la “resistencia al psicoanálisis”(2) se refería al efecto que produce una innovación científica que “hiera fuertes sentimientos de la humanidad” como pudo producir la teoría evolucionista de Darwin o la teoría cosmológica de Copérnico. No era un análisis, por tanto, de los efectos que podían producir las disputas en las instituciones psicoanalíticas.

Muchos psicoanalistas llevan a cabo una lucha encomiable contra la psiquiatría biológica y la psicología conductista, mantienen incluso un frente antibiologicista necesario, saludable e imprescindible. Pero el psicoanálisis no puede vivir sólo de enarbolar su pureza frente al cientifismo cerril de otros, dado que el estado de otras corrientes en el mundo “psi” tampoco es muy alentador en cuanto a la revisión crítica de sus postulados. Pero si el psicoanálisis puede mantenerse vivo es por su clínica y no por cuestionar esas otras disciplinas, luego ha de cuestionarse también a sí mismo, su doctrinarismo y sus modos sectarios de organización, para que su producción vaya un poco más allá del ritual y de la propaganda.

Quiero referirme para terminar a un libro aparecido hace unos meses en el que hay precisamente un cuestionamiento de muchos lugares comunes de la teoría psicoanalítica y una crítica frontal a sus modos organizativos. El libro en cuestión es *Fragmentos de la vergüenza*



de Francisco Pereña(3). El autor se ocupa en la primera parte titulada “La culpa y la vergüenza” de la irrenunciable tarea de discernir sus sentimientos en su recorrido como psicoanalista. En la segunda parte, que da título al libro, describe su recorrido institucional con la contundencia de quien se sabe responsable y da a la culpa subjetiva el valor de ser la expresión del conflicto pulsional y moral entre ley y libertad. Pero es en la tercera parte en la que el autor se pregunta qué clínica es posible hoy cuando el determinismo genético, heredero de la doctrina de la predestinación, el capitalismo y la psicologización del comportamiento, pueden aniquilar la clínica del sujeto. Este libro de indudable interés por la gran cantidad de preguntas que suscita y de tópicos que desmonta, sobre el que se cuchichea en privado, está sin embargo, siendo ignorado en público.

Para concluir este pequeño comentario sobre el estado actual del psicoanálisis, citaré lo que dice F. Pereña en lo que llama “Prefacio necesario” de su libro: “Un comunista sin partido, solo, está perdido, escribió Sartre a propósito de Paul Nizan. No es el caso del psicoanalista. Como ya señalara Roazen, el mismo Freud presumía y ejercía su independencia, la misma que no soportaba en los demás respecto a él. La clínica psicoanalítica no es patrimonio de nadie, ni la ortodoxia es su garantía. Al contrario, asegurar una jerga, matar la inspiración, favorecer la arrogancia del adepto, rehuir el

debate público, concebir la cura en términos de fidelidad y de obediencia, tomar el inconsciente como patrimonio secreto de la institución psicoanalítica que declara la buena “causa”, ha orientado el psicoanálisis hacia el claustro. La clínica psicoanalítica comienza a respirar fuera de ese enclaustramiento que vive del victimismo. La clínica psicoanalítica no se alimenta de generalizaciones, de abstracciones especulativas. Perder su encantamiento es recuperar su rigor”.

F. Pereña afirma que la clínica psicoanalítica pervive como clínica del sujeto al margen del determinismo biológico y de la doctrina de la predestinación, es decir, al margen del placebo científico y de la iglesia. Su propuesta es la de una clínica del sujeto que no se despegue de la particularidad inconmensurable del sujeto, que trata el hecho psicopatológico ligado a la condición traumática de lo humano: el desamparo exige el vínculo inexorable del sujeto con el otro, la pulsión no es otra cosa y el conflicto pulsional es el objetivo de esa clínica que, por tanto, no se desentiende del problema del cambio y de su horizonte terapéutico.

Madrid, Diciembre de 2008

Contacto:

Piedad Ruiz Castillo
Psicólogo Clínico–Psicoanalista
E-mail: piedadruiz7@gmail.com



BIBLIOGRAFÍA

- (1) Roazen, P.: *Freud y sus discípulos*, 1978, Madrid, Alianza Editorial S.A.
- (2) Freud, S.: *Las resistencias contra el psicoanálisis, O.C.T. III*, 1973, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva.
- (3) Pereña, F.: *Fragmentos de la vergüenza*, 2008, Madrid, Editorial Síntesis.



Transferencia y Contratransferencia en los Pacientes Psicóticos

Jose M^a. Erroteta

Médico Psiquiatra y Psicoanalista

Jefe Clínico del S° de Psiquiatría del Hospital de Cruces. Bizkaia

Titular de la Sociedad Psicoanalítica de Madrid

Profesor Asociado de la Universidad del País Vasco

Resumen: El autor define los conceptos de Transferencia y Contratransferencia y sus características específicas en la Psicosis. Frente al posible trabajo transferencial con los enfermos graves, se decanta por potenciar la Neurosis de transferencia, herramienta que consolida la alianza terapéutica y desde ella la posibilidad de acceso a los aspectos más psicóticos, que resultan inabordables en primera instancia por el riesgo confusional.

El fortalecimiento del “yo” y su mejor integración serán el resultado.

Palabras clave: Transferencia, Neurosis transferencial, Psicosis transferencial, Escisión, Integración, Identificación proyectiva, Confusión, Disociación, Fortalecimiento del yo.

Concepto de transferencia

Definiré la transferencia como un fenómeno general, universal y espontáneo, que consiste en unir el pasado con el presente mediante un enlace falso que superpone el objeto originario con el actual. Esta superposición del pasado y el presente está vinculada a objetos y deseos preteritos que no son conscientes para el sujeto y que dan a la conducta un sello irracional, donde el afecto no aparece ajustado ni en calidad ni en cantidad a la situación real y actual.

La transferencia es pues una peculiar relación de objeto de raíz infantil, de naturaleza inconsciente y por lo tanto irracional, que confunde el pasado con el presente, lo que le da su carácter de respuesta inadecuada, desajustada e inapropiada.

Evidentemente la transferencia puede producirse (y se produce) en cualquier relación humana: Cuanto mayor sea la influencia de los

impulsos reprimidos que buscan su descarga a través de derivados, más estará entorpecida la correcta evaluación de las diferencias entre el pasado y el presente y mayor será el componente transferencial en la conducta de una persona. Desde luego esto no quiere decir que todo sea transferencia en las relaciones interpersonales, pero sí que en toda relación hay transferencia.

Por las características especiales de la cura psicoanalítica, con su **encuadre** bien delimitado y establecido, es en ella donde la transferencia adquiere una importancia capital siendo, junto a la contratransferencia, la esencia misma del proceso psicoanalítico. Sin embargo, como ya se ha dicho, también en las otras relaciones interpersonales ha de surgir la transferencia y desde luego la encontraremos en toda relación terapéutica no analítica con nuestros pacientes. No podremos interpretarla como en la sesión



psicoanalítica si no queremos caer en un psicoanálisis salvaje o silvestre, pero conviene que estemos preparados para captarla, comprenderla si es posible y permanecer atentos a nuestras propias reacciones contratransferenciales.

Estructura psicótica y transferencia

Si bien es cierto que Freud en distintos momentos de su dilatada obra afirmó que las patologías narcisistas (psicosis) no tenían capacidad alguna de transferencia, también lo es que añadió: “...uno se entera por la comunicación de los enfermos tras su restablecimiento de que en un rincón de su alma según su propia expresión, se escondía en aquel tiempo una persona normal...”. Lo que haría pensar que en toda estructura psicótica, junto a la parte psicótica de la personalidad —masiva y manifiesta en estos casos—, existiría otra parte neurótica, tal vez frágil y oprimida, pero viva a fin de cuentas y susceptible por tanto de interrelación o intercambio diferentes de lo psicótico.

Por su parte, M. Klein definió la Identificación Proyectiva como el prototipo de la relación objetal agresiva, que representa un ataque a un objeto por la vía de insertarle **partes del yo**, a fin de apoderarse de sus contenidos o de controlarlo. La **identificación proyectiva** (IP) y su origen la **escisión**, serían los mecanismos básicos de la psicosis.

W. Bion distinguió una forma normal y otra patológica de identificación proyectiva: La diferencia estribaría en que en la I.P. normal, el propósito sería sobre todo comunicacional y en cambio en la I.P. patológica predominaría la tendencia evacuatoria y controladora del objeto. En la clínica, es habitual encontrar entremezcladas ambas formas en proporciones diversas. Fue este mismo autor quien estudió la diferenciación de las partes psicótica y no psicótica de la personalidad:

Los rasgos esenciales de la parte psicótica serían: intolerancia a la frustración, al dolor mental y a la incertidumbre; predominio de los impulsos destructivos y pánico de aniquilación; odio hacia la realidad externa e interna y por último una tenue pero tenaz relación objetal. Precisamente, la intolerancia a la frustración y el dolor mental que ésta última produce son las fuentes esenciales que ponen en marcha el clivaje (escisión) y la ulterior evacuación de lo intolerable en forma de identificación proyectiva.

Por su parte, los rasgos de la parte neurótica comprenderían: capacidad de combinar pensamientos entre sí, de crear símbolos y lenguaje; acceso a la realidad interna y externa; equilibrio de los impulsos libidinales y destructivos; utilización de la angustia en forma creativa; sentido común y tolerancia a la frustración y por fin capacidad para establecer sólidas y estables relaciones objetales. El mecanismo defensivo característico de esta parte neurótica sería la **represión**.

Si bien Bion hace énfasis permanentemente en esa parte neurótica de la personalidad presente en todo enfermo psicótico, en la clínica, la Escuela inglesa preconiza la interpretación directa de la transferencia psicótica, producida evidentemente por la parte psicótica de la personalidad. Sin embargo, yo reivindico la alianza con la parte neurótica para lograr el establecimiento de una genuina neurosis de transferencia desde la que poder ocuparse de la parte psicótica.

Trataré de explicar a continuación los conceptos de neurosis y psicosis de transferencia con las características propias de cada una en el enfermo psicótico.

Neurosis de Transferencia

Señala la modalidad especial de desarrollo del tratamiento psicoanalítico en virtud de la cual la enfermedad originaria se transforma en otra nueva, que se canaliza hacia el terapeuta



y la terapia. Desde otra perspectiva, Freud contrapone la neurosis de transferencia a la “neurosis” narcisista (psicosis).

En definitiva, neurosis de transferencia significa que la transferencia posible en cualquier relación humana de la que hemos hablado al comienzo del capítulo, se concreta en la figura del terapeuta y en la relación con él a la manera de una “neurosis artificial” que actualiza y presentifica la neurosis histórica del paciente.

En el psicótico, esta neurosis transferencial —posible, recordémoslo, gracias a la parte neurótica de la personalidad— presentará ciertas peculiaridades como no podía ser de otra manera: Sabemos que la organización psicótica es esencialmente anticonflictual, minuciosamente antiambivalencial. Esto dará lugar a que todos los intentos de conocimiento de la parte no psicótica de la personalidad sean repelidos con fuerza (para evitar integraciones dolorosas) y a que los enfermos ahonden todo lo posible en la escisión. Escisión que, si se intenta combatir mediante la interpretación prematura, seguirá el camino de la confusión mental o, por la incapacidad de simbolización, avocará en una evacuación masiva vía alucinatoria. En efecto si el mecanismo defensivo básico de la Esquizofrenia es la escisión, el paciente tratará de mantenerla por todos los medios a su alcance procurando que nosotros mismos ahondemos en su divergencia para volver aún más abrupta y hermética su escisión y la subsiguiente proyección.

En los psicóticos, hay una lucha entre una parte omnipotente y destructiva y una parte libidinal unida al objeto. La parte narcisista y destructiva ataca la parte libidinal y sana, intentando destruir sus vínculos. Esto produce que la parte sana se sienta aterrada y generalmente muy débil para enfrentar al self psicótico destructor.

No podrá existir un progreso real en el tratamiento si no se tiene suficientemente en cuenta la diferenciación entre la parte psicótica y la no psicótica de la personalidad.

Los psicóticos nos inducen a que ahondemos en su divergencia, que volvamos más abrupta, más hermética su escisión, mientras que con nuestro trabajo, atendiendo sobre todo a la parte neurótica de la personalidad, intentamos favorecer los intercambios entre ambas. El establecimiento de la neurosis transferencial propiciará que las sucesivas identificaciones proyectivas del paciente en el terapeuta (continente) permitan una paulatina discriminación y más adelante la correspondiente reintroyección de las partes de sí mismo proyectadas por intolerables.

Recurrir a la discriminación entre parte neurótica y parte psicótica de la personalidad, establecer una relación terapéutica a través de la neurosis transferencial y contener las múltiples identificaciones proyectivas del enfermo hasta que puedan ser de nuevo reintroyectadas, sería dar un primer paso disociativo operativo para poder salir de lo aglutinado —verdadera estructura psicótica de la personalidad— en la cual lo psicótico invade y contamina la personalidad entera. Se trataría paradójicamente de disociar—discriminar para evitar escindir—clivar.

El reconocimiento de la identificación proyectiva positiva (comunicacional), es fundamental para apuntalar los intentos del enfermo de establecer relaciones objetales significativas y por ende, para la apertura de una vía posibilitadora de la introyección y de la mejor integración en el yo.

Si el terapeuta, se hace cargo de las necesidades y metaboliza las ansiedades, y si el proceso de la identificación proyectiva no está excesivamente dominado por la omnipotencia, facilita la introyección, abriéndose paso a una mayor integración yoica.

De esta manera se estaría reforzando el yo, siempre extremadamente débil y deficitario en el psicótico y se conseguiría una mejor discriminación yo—realidad.



Psicosis de transferencia

Podemos definir la psicosis transferencial (o si se prefiere, la transferencia delirante) como un tipo de transferencia que impide o al menos distorsiona la relación entre paciente y terapeuta considerados como dos individuos humanos y cuerdos, separados y vivos, ya que, indefectiblemente, en mayor o menor grado, el paciente tiende a englobar al terapeuta en su temática delirante.

La psicosis de transferencia es el modo de reconversión de los síntomas psicóticos durante el tratamiento psicoanalítico para lograr allí su modo de expresión y se describe como intensa, primitiva, voraz, simbiótica y masiva.

A mi juicio, la llamada psicosis de transferencia no es una simple o compleja repetición o recreación de prototipos infantiles, sino una distorsión de la relación con el terapeuta irreal o hiperrealista. Sus principales características: la intensidad y la fragilidad, la avidez y la intolerancia a la frustración, el ímpetu y la timidez, condicionan unas especiales relaciones del psicótico con el terapeuta del que esperan, con extrema impaciencia, un apego absoluto y una ceguera total para la realidad. De modo que los principales caracteres de la psicosis de transferencia se hallan atravesados por el proceso psicótico y fundamentalmente alterados por el mismo.

Describiré cuatro variedades de psicosis transferencial:

- En la primera variedad, aparecen situaciones transferenciales en las que no existe relación alguna entre paciente y terapeuta real, con una acentuada tendencia del paciente a confundir al terapeuta con otras relaciones objetales del presente o del pasado. No es una reedición como ocurre en la neurosis de transferencia, sino una auténtica situación confusional.
- La segunda variedad de psicosis de transferencia abarca las situaciones en las que se ha establecido una clara neurosis transfe-

rencial en el proceso terapéutico, pero muy amenazada desde la parte psicótica del paciente.

- La tercera variante incluye los casos en los que la transferencia representa un esfuerzo del paciente que omnipotentemente trata de “ayudar” al terapeuta a convertirse en otro objeto separado y total e intenta lograr que éste manifieste claramente cual es su posición, es decir determinar cual es su grado de insania o cordura y averiguar lo que piensa sobre las personas, los hechos y las cosas relacionadas con el paciente. Incluso puede tratar de promover la imaginación creativa del terapeuta, percibido como una persona con capacidad limitada.
- Por último, la cuarta posibilidad de transferencia psicótica se manifiesta como un ataque a la mente del analista y al vínculo transferencial, en un intento de anulación destructiva de sus esfuerzos por ayudarle.

Obviamente, aunque en un paciente determinado puede haber una variedad predominante de psicosis transferencial, cualquiera de ellas puede aparecer en cualquier enfermo psicótico en uno u otro momento del tratamiento.

Respecto al manejo técnico de la psicosis de transferencia, teniendo en cuenta que en la personalidad psicótica no existen relaciones simbólicas, sino formaciones previas, donde el símbolo está equiparado con lo simbolizado —ecuaciones simbólicas— las interpretaciones basadas en simbolismos no solo serían ineficaces, sino perjudiciales dando lugar a nuevas formaciones delirantes.

Es por esto que rechazo la posibilidad de trabajo interpretativo con la transferencia psicótica, pues crea especiales dificultades en la esfera discriminativa paciente/terapeuta, mundo interno/mundo externo etc. y se vuelve inutilizable para el enfermo.

Será necesario esperar a que haya suficiente discriminación entre lo psicótico y lo



no-psicótico, para poder abordar desde la transferencia neurótica los aspectos más enfermos. Lo conseguiremos mediante interpretaciones clivadas, que vayan permitiendo al enfermo conocer y hacerse cargo primero de su personalidad no psicótica (que tiende a confundir de entrada con su locura total, para evitar el conflicto) y desde ella posteriormente, podrá ir aproximándose a su parte psicótica, asumiéndola como parte y no todo y estableciendo intercambios integradores entre ambas.

En otros pacientes, en principio menos graves, la transferencia neurótica bien establecida permitirá que en el transcurso del tratamiento, el enfermo pueda acceder a la parte no neurótica de su personalidad y producir un verdadero episodio psicótico, que no hubiera podido afrontar sin todo el trabajo transferencial previo en lo neurótico.

Desde luego resulta muy difícil establecer límites claros entre la psicosis transferencial por un lado y la neurosis transferencial por otro (que siempre se establece, aún en los pacientes más perturbados). El trabajo de discriminación aparece como una de las tareas esenciales del tratamiento de los estados psicóticos.

La Contratransferencia

Consiste en la respuesta emocional del terapeuta a los estímulos que provienen del paciente, como resultado de la influencia del enfermo sobre los sentimientos inconscientes del médico.

Concebida en principio como un obstáculo en la relación analítica, a través de los años ha ido demostrando su enorme valor terapéutico al permitir comprender (por sus "efectos") precisamente las más primitivas y silentes identificaciones proyectivas.

En el trabajo con enfermos psicóticos, la primera y más generalizada manifestación contratransferencial es **la angustia** y esta vivencia

es tan frecuente que si un profesional no la ha reconocido en sí mismo en diversos momentos, es porque está haciendo una negación (y psicótica por cierto).

La angustia dará lugar a diversas defensas contratransferenciales: todas ellas tratarán de incapacitar al terapeuta, impidiéndole colocarse en la posición técnica adecuada.

Es característico que estos pacientes nos preocupan permanentemente, más que cualquier otra patología y también nos ocupan hasta el punto de que, en algunos momentos del tratamiento, "se nos meten dentro" y habitan nuestro propio espacio interno.

Es también conocido que frecuentemente estos enfermos hacen sentir al terapeuta una convicción omnipotente de que solo él puede comprenderles, ayudarles, curarles... Este sentimiento contratransferencial trae como consecuencia otros de desprecio y hostilidad hacia cualquier otra persona (allegada o profesional) que se piense vaya a "entrometerse" en la vida o en el tratamiento del paciente. Si no desenmascaramos esta situación claramente contratransferencial, podemos poner en peligro, por hiperprotección, la evolución del enfermo.

En la misma línea de respuestas contratransferenciales, estaría la consideración de que cualquier progreso del paciente (en su realidad interna o externa) es en el fondo un logro del terapeuta.

Y finalmente, un peligro más a la hora de abordar la posible finalización del tratamiento: como evidentemente un enfermo psicótico nunca está totalmente curado, siempre hallaremos argumentos y motivos para retenerle, aunque esto pueda ir en contra de lo más adecuado para el paciente.

Bion apela al "sentido común" como herramienta esencial en el manejo de estos pacientes:



Necesitaremos utilizar la intuición, la prudencia, la previsión, todos los sentidos y también la experiencia de los demás y aún así debemos ser conscientes de que con el psicótico, siempre estaremos verdaderamente al descubierto.

Y en todo tratamiento de un enfermo psicótico se llega a un momento en que el paciente se hace consciente de su gravedad... Podremos sentir contratransferencialmente el deseo de suavizar y relativizar esa dolorosa toma de conciencia, pero si lo hacemos habremos echado por tierra e invalidado cualquier trabajo previo. Mentir —aunque sea piadosamente— a un paciente siempre traerá consecuencias dañinas, pero si se trata de un psicótico, éstas pueden llegar a ser irreparables.

Recapitulando

En definitiva, y partiendo de la realidad básica de que con ningún paciente, pero mucho menos con el psicótico hay recetas fiables, lo que yo propongo es que:

- En todo enfermo psicótico hay una parte no psicótica de la personalidad.
- La parte no psicótica de la personalidad es susceptible de establecer una transferencia neurótica.

- La neurosis de transferencia permite que las identificaciones proyectivas puedan ser discriminativas.
- La discriminación favorece la reintroyección en el yo.
- El yo capaz de asumir reintroyecciones se fortalece.
- Un yo suficientemente fuerte puede integrarse.

No se trata de decir que al enfermo psicótico no hay que señalarle sus componentes más insanos. Por supuesto que habrá que interpretarlo todo, al menos hasta donde alcancemos... Se trata más bien de una cuestión de "timing": de cuándo, cuánto y qué mostrar, para que de verdad sea útil y no hagamos iatrogenia. Freud decía que el sueño es una psicosis. Con humor, nos podríamos preguntar: ¿de qué sirve interpretárselo a un paciente mientras duerme?.

En resumen, el paciente psicótico necesita un tiempo de asentamiento de la transferencia neurótica (de la que es capaz, no lo olvidemos, desde la parte no psicótica de su personalidad) antes de que se puedan abordar sus aspectos más insanos. Toda urgencia en la interpretación directa de lo psicótico puede aumentar la confusión, cuando no los aspectos delirantes.

Contacto:

José M^a. Erroteta
S^o de Psiquiatría del Hospital de Cruces.
Barakaldo. Bizkaia



BIBLIOGRAFÍA

- Bion, W.R. (1957): Differentiation of the Psychotic from the non-Psychotic Personalities. *Int. J. Psycho-Anal.* XXXIII, 3-4, 1957.
- Bleger, J. (1965): *Simbiosis y ambigüedad, Estudio psicoanalítico*. Buenos Aires, Paidós, 1967.
- Crespo, L.F. (1999): *La identificación proyectiva en las psicosis*. Madrid, APM Biblioteca Nueva, 1999.
- Erroteta, J.M^a. (2007): *La transferencia en la psicosis*. *Rev. de Psicoterapia y Psicósomática*, año XXVII, N° 65, Mayo 2007.
- Freud, S. (1911[1910]) *Caso Schreber*. Vol XII.
(1914): *Recordar, repetir y reelaborar*. Vol XII.
(1916-1917) 27^a Conferencia: *La transferencia*. Vol. XVI.
(1940[1938]): *Esquema del Psicoanálisis*. Vol XXIII.
Obras completas XXIV Vol. Buenos Aires, Amorrortu, 1992.
- García Badaracco, J. (1985): Identificación y sus vicisitudes en las psicosis. La importancia del objeto enloquecedor. *Rev. de Psicoanálisis*, tomo XLII, N°3, Buenos Aires.
- Klein, M. (1946): *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*. Obras Completas IV vol. (vol.3) Barcelona, Paidós, 1994.
- Racamier, P.C. (1980): *Les schizophreñes*. Paris, Payot, 1980.
- Rosenfeld, H. (1971): A clinical approach to the psychoanalytic. Theorie of the Life and Death Instincts. An investigation. The aggressive aspects of narcissism. *Int. J. Psycho-Anal.* Vol.52, part.2, 1971.
- Segal, H. (1957): Notes on symbol formation. *Int. J. Psycho-Anal.* Vol 38. 1957.
- Tausk, M. (1919): *Acercas de la génesis del aparato de influir en el curso de la esquizofrenia*. México, Gedisa, 1983.



De Pretérito imperfecto al presente, y más con Carlos Castilla del Pino

Eudoxia Gay / Iñaki Markez

Carlos Castilla del Pino es un psiquiatra distinguido, con aportaciones importantes, un científico de nuestro tiempo y un literato que ha hecho de la narración y de las humanidades una forma de expresión de la ciencia, del saber. Cajal fue su ejemplo, su modelo, tomando así, lo mejor de la tradición, de la ciencia y de la cultura española. El primer tomo de sus memorias, *Pretérito imperfecto*, fue Premio Comillas en 1996. En ese texto, relato y memorias ahondan en la comunicación y metacomunicación. Próximamente será publicado otro tomo para nuestro aprendizaje con su inmenso saber.

Desde los años sesenta, muchos lectores de varias generaciones ensancharon sus ideas con los libros de Castilla del Pino. Libros variados, complejos, con muchas referencias. Fue y es un lector voraz, caudaloso, alguien que ya no pudo olvidar a Kafka, a Proust, Baroja y Pirandello, a Mann, a Dostoievski, Stendhal, Chejov y a Freud, Ortega y otros muchos pero fue y sigue siendo un autor que actúa sin contemplaciones, y alguien que lo exige casi todo de sus destinatarios. Tal vez por eso tiene fama de estudioso severo e incluso de gran polemista y librepensador.

Con motivo del homenaje que se le ofreció en su 80 cumpleaños, el profesor José Leal señalaba: “Carlos Castilla del Pino ha hecho — y sigue haciendo— una obra personal de pensamiento psiquiátrico. Es una obra profundamente enraizada en los clásicos de la

psiquiatría, enriquecida por el pensamiento filosófico, sociológico, antropológico y lingüístico del siglo veinte, apoyada en una gran experiencia clínica personal y animada por un espíritu crítico que aspira a replantear desde sus fundamentos básicos la razón psico(pato)lógica. Esa obra ha trascendido los límites de su profesión y ha sido ampliamente reconocida en los círculos intelectuales. Ocupa, en cambio, una posición marginal en la psiquiatría española, pues el que opta por marchar en la dirección opuesta se aleja irremediamente del punto de partida, se aparta irremediamente de la trayectoria de su gremio... Ni los más hostiles críticos de Castilla dejan de reconocer que ha creado una escuela propia de pensamiento psiquiátrico, cuyos miembros —ciertamente minoritarios en el conjunto de los profesionales del país— consideran a su maestro como un auténtico clásico. Y el carácter crítico de su pensamiento psiquiátrico, político y social es tan evidente como las represalias que tuvo que sufrir por él —sobre todo, aunque no exclusivamente, en los años del franquismo— y las limitaciones que, como consecuencia de ese carácter crítico, le fueron impuestas a su trayectoria profesional y académica”

En su intento de conseguir una psicopatología objetivable y mensurable, susceptible de ser homologada científicamente, se ha valido de instrumentos como la Filosofía analítica, la Teoría de sistemas y los estudios sobre el Lenguaje



je natural y la filosofía del lenguaje. El resultado ha sido la ambiciosa propuesta de un Corpus doctrinal capaz para situar epistemológicamente a la psiquiatría en el conjunto de las ciencias. Los axiomas de este modelo sitúan a la Psicología y la Psicopatología como teoría que fundamenta la práctica Psiquiátrica entendida esta como una técnica. Esta interdependencia teoría-práctica es entendida por el Profesor Castilla como imprescindible para sacar a la Psiquiatría del estancamiento en el que está sumida tras largos años de infructuosas discusiones nosológicas y fenomenológicas y de la acientificidad del psicoanálisis y la antipsiquiatría.

—Desde aquellos ya lejanos años 40, al comienzo de sus estudios, es un joven venido de provincias a Madrid. Uno de sus pretensiones era conocer a Baroja. Aquella era una España de carencias y pillos..., y como usted dijera en muchas ocasiones, con la iglesia católica imponiendo, de manera triunfalista y cruel, lo más indeseable de ella misma. Aquello de Baroja, “la religión es mala porque es mentira”... Fueron años muy duros.

CdP. —*Sabía que Baroja ya estaba de regreso en Madrid. Lo veía en una librería de viejo de la calle de San Bernardo, pero no me atreví a acercarme a él. Un día, por la Gran Vía, nos cruzamos y yo me volví y le seguí. Le vi comprar 25 sobres y volverse por donde había venido. Fue entonces cuando me acerqué. Después de la sorpresa, estuvo muy amable, hasta afectuoso, me preguntó por mis estudios, por mi vida en una pensión, etc. Con la cabeza baja, le respondí a su pregunta de qué había leído de él: “Todo”. Le debía mucho a Baroja, su libertad de pensamiento, el ansia por la claridad y por alcanzar “su” verdad.*

—Volvamos a la infancia y primera **juventud**, a ese tránsito de San Roque a Córdoba, de los años veinte a los años cuarenta. Son años de formación, de aprendizaje de la vida, son los años en los que descubre la guerra, el horror, el odio, pero también lo risible de la existencia. ¿Cómo fue aquella infancia gaditana?

CdP. —*La infancia fue bien, hasta llegar la guerra civil. Pero aquella barbaridad (según la Causa Nacional, de los franquistas, en aquellas 24 horas hubo 250 muertos en San Roque) me marcó para siempre. Ver a mis familiares muertos en la calle, ver matar a un anarquista por un moro... Eso no se olvida, no se puede olvidar. Pero, además, ese fue un salto en mi conciencia de lo que puede ser el vivir. Mi vida no sería ya la misma de antes.*

—Con 9 años, leyó “*Recuerdos de mi vida*”, de Cajal. En su adolescencia, desde la superioridad intelectual que le daba su ateísmo, mimético del de Cajal, Freud, Einstein, Ortega o Baroja, fueron sus referentes y mitos de aquellos años. Ha comentado que se formó contra esa España, estúpida y cruel, de la postguerra. Suponemos que la **literatura**, la lectura, fue su pasión, que muchos de los libros que leyó en aquellos años le marcaron y su influjo aun perdura. Lecturas que le elevaron por encima de la mediocridad del franquismo, y que le orientaron a un modo diferente de vivir y de conocer.

CdP. —*Los libros han sido mi salvación en todos los órdenes. Soy el menor de 4 hermanos, y los otros tres eran hermanas. Estaba solo la mayor parte del tiempo. En realidad, antes que a Cajal leí el APOLO, Historia del arte, de Salomón Reinach, porque mi padre quería que yo fuera arquitecto y me puso un profesor que me leía capítulos y me los comentaba ante las ilustraciones. Me gustó mucho. Después vino Cajal, Axel Munthe, Freud (nuestro médico de cabecera tenía sus obras completas en 24 volúmenes y me los fue dejando), Ortega, y más tarde Dostoyewski, Andreiev, T.Mann, Chejov, Proust, Dickens... Mi mentor procedía de la Institución Libre de Enseñanza y era totalmente agnóstico, pero sumamente respetuoso con las creencias de los demás. “Recuerdos de mi vida”, de Cajal acabó por decidirme por la Medicina y concretamente por la Neuropsiquiatría.*

—La progresión del régimen franquista dejó en el camino la psiquiatría que en España había comenzado a despuntar precisamente en el primer tercio del siglo XX. En la **psiquiatría**



que perduró en el régimen franquista destaca la figura de López Ibor con su ambición, su pérdida del sentido de realidad y su pensamiento reaccionario. Logró hacerse con el poder psiquiátrico en España desde el 60 hasta poco antes de la muerte de Franco...

CdP. —*López Ibor fue un malogrado por su ambición y su ideología. Pero era una persona bien dotada. Tenía buena formación psiquiátrica y mejoró mucho la neurológica al lado de Manuel Peraita, que era un gran neurólogo y al que se le respetaba mucho en el Departamento del Hospital General... Su poder le perdió en todos los sentidos.*

—¿Cómo fue la experiencia del **manicmio Esquerdo?**

CdP. —*Fue una experiencia única. Convivir con muchos enfermos y una mayoría con deterioros, con delirios expansivos, después de muchos años de internamiento. Había una anciana que había sido paciente del Dr. Esquerdo, que murió en 1916. Me han dicho que en los historiales clínicos de entonces aun se conservan mis transcripciones del discurso psicótico de algunos de aquellos pacientes.*

—De los años de formación neuropsiquiátrica en el Hospital General de Madrid hasta la actualidad han pasado muchas cosas: el abandono de la investigación neuropatológica, la impronta psicoanalítica, la aparición de psicofármacos eficaces, el predominio de los tratamientos farmacológicos, el sesgo biologicista o la psiquiatría globalizada de los DSMs. En la actualidad ¿cuál es el **estado de salud de la psiquiatría y del discurso psiquiátrico general?**

CdP. —*La investigación psiquiátrica es otra distinta a la que era en mi juventud: es neurofisiológica y de amplio espectro (bioquímica, de imagen, neurofisiológica, etc.). Los psicofármacos fueron una fuente de conocimiento psicopatológico, a través de la modificación de la morfología de los síntomas, pero ha sido desaprovechada porque en la Psiquiatría actual se cuenta con que el psiquiatra*



no tiene por qué saber Psicopatología, sino aceptar las descripciones vulgares y acriticas, las del DSM: una clasificación que se logra por votación (homosexualidad, fetichismo, etc.). Enfermedad o no según número de votos de los psiquiatras del comité: un verdadero disparate. ¿Se imaginan un tratado de Patología Médica en donde entraran o salieran como enfermedades la diabetes o la malaria?. Se cuenta con que el psiquiatra no tiene que usar de categorías procedentes de la psicopatología, que es tanto como si el endocrinólogo pudiera hacer de tal sin contar con la fisiopatología hormonal.

—Y ¿cuál cree que es el **estado de salud de la psiquiatría comunitaria?**

CdP. —*Permítanme que les diga que desde 1965 en adelante hicimos, con nuestros escasos medios pero con mis muchos colaboradores, un esbozo de psiquiatría comunitaria. No se volvió a ingresar ningún paciente, ni siquiera agudo, en el Psiquiátrico provincial. Ni siquiera tuvimos agresiones y la relación interpersonal con psicóticos fue una experiencia apasionante.*

—¿Cómo valora el **estado actual del Psicoanálisis?** ¿Cuál es el lugar del psicoanálisis en la clínica actual y en la formación? Aquí, en España y a nivel internacional. Parece que entre los



sectores más jóvenes de quienes intervienen en el campo de la salud mental hay menos “vocaciones” que se acogen a la psicoterapia y el psicoanálisis, y sin embargo el grado de productividad de las corrientes psicoanalistas es grande.

CdP. —No lo sigo. Ha hecho posible mucha charlatanería. Lo mejor del Psicoanálisis ha sido lo menos conocido y explotado del mismo, a saber, la psicopatología. Freud era finísimo en este capítulo, como lo fue el joven Jung, cuando era todavía, al mismo tiempo, discípulo de Eugen Bleuler, o Numberg o Heinz Hartman. Mucho más interesantes que, por citar unos nombres, Kurt Schneider o Klaus Conrad.

—Escribió *Psicoanálisis y marxismo*. Del freudismo quedan espacios en el campo psicológico, en el campo cultural... Alguna vez ha dicho que en nuestra cultura se hace psicoanálisis y se hace marxismo sin saberlo. ¿Ha quedado algo de aquel **freudomarxismo**?

CdP. —Poca cosa, pero Marx y Freud, cada uno en su terreno, son pensadores indispensables en nuestra cultura de hoy. ¿Superados? Lo que no se supera es lo que ni siquiera existe. ¿Cómo se va a superar a Fichte, Schelling o Hegel? ¿Qué hay en ellos que superar sino dejarlos simplemente para un posible museo de curiosidades o extravagancias intelectuales?. Eso no pasa con Marx ni con Freud, aun a sabiendas de la frustración que supone la utopía marxista y también la pretensión del psicoanálisis de ser una terapia y curar con la palabra. Tampoco pasa con Descartes, Spinoza, Hume, Kant, Russell y tantos más.

—Mientras, las posiciones y divergencias entre psicoanalistas crecían por doquier resulta que usted, más pragmático y paciente, se dedicó y aun sigue invirtiendo sus energías en reflexionar, en desarrollar una tarea de comunicación interdisciplinaria, con la organización de encuentros sobre antropología de la conducta gracias a los cuales reúne a expertos de diferentes ramas del saber. ¿Quizá esperando tiempos mejores?

CdP. —He pensado siempre en términos no monográficos, sino multidisciplinarios. Por eso a mis seminarios anuales les llamé de *Antropología de la conducta*, porque ese término permitía la entrada de antropólogos, filósofos, sociólogos, psicólogos, teóricos de la literatura o del cine, semantistas, etc. Fueron 25 años y los suspendí porque ya estaba cansado, pero bien que me lo recuerdan muchos. Intervinieron más de un centenar de especialistas, cada uno de su esfera. Ha sido un placer del que gozábamos todos los años.

—Volviendo a su obra, **Pretérito imperfecto** es el epígrafe que da a la primera parte de sus memorias. En ella recoge análisis y juicios del pasado, no solo del suyo personal sino también de la España de entonces, sobre todo del ámbito intelectual. Memorias, sí, pero ¿qué relación tienen con la ficción si a veces el resultado final puede ser similar? Hay quienes han escrito sus memorias para ocultar o mentir sobre algún episodio...

CdP. —Habéis tocado un tema central de la *Teoría de la Literatura*. Sí, todo es ficción, luego la ficción es realidad. Pero hay no una sino muchas formas de ficción. No es lo mismo la de la fantasía que la de la imaginación, ni ninguna de estas dos que la mera evocación; ni ninguna de estas tres que la del novelista. No; el resultado no es similar entre la novela y las memorias mas que allí donde se novela con estas, como en el caso de Adriano, o de Juliano el Apóstata o de Lincoln, o de Julio César o Ricardo III. Esa homología entre ambas es una mixtura y, como tal, confusa. A mí no me ha interesado de estas últimas mas que una: “Los idus de Marzo”, de Tortón Wilder.

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



CdP. —*El psiquiatra actual puede ser más eficaz, lo somos en realidad desde 1952, con la clorpromacina y la reserpina como protagonistas iniciales. Pero la carencia de un instrumental básico como la psicopatología —que la están haciendo los mejores de los psicólogos— convierte al psiquiatra en un profano que usa de la farmacología según lo que se dice en el prospecto del laboratorio que se adjunta al medicamento. Sí, soy consciente de que los médicos de familia, los mejores, se están convirtiendo en artistas de la entrevista y en la consideración terapéutica de la misma.*

—Hay autores que insisten en el error de considerar al enfermo mental como persona irresponsable ¿Qué opina 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?

CdP. —*Los ingleses, a mitad del XIX, iniciaron la pericia psiquiátrica de una manera sensata. Hay actuaciones normales y otras que no lo son, y esta elemental consideración, que fue en principio fruto del sentido común, entre otros de Maudsley, en el caso McNaughten en el que se trataba del asesinato de Mr Drummond, hoy podría trasladarse con rigor al plano psicopatológico. No es lo mismo una actuación en cuya base está un argumento delirante que otra en la cual se conserva el juicio de realidad. Los actos pueden ser análogos, pongamos por caso una agresión, pero las actitudes de las que proceden o en las que se inicia son radicalmente distintas y tienen que ser tenidas en cuenta en la sentencia que se dicta.*

—Tras los **procesos de reforma asistencial** en los años 80, como resultado de las iniciativas y críticas de la época, se vislumbraba un panorama asistencial esperanzador e ilusionante. Veinticinco años después, ¿qué valoración hace de lo logrado? ¿Qué ha merecido la pena y en que no se ha alcanzado aquello idealizado?

CdP. —*Sí, ha merecido la pena, pero es obvio que ha de mejorarse. Evitar la rutina, el pugilato*

por la brevedad de las estancias... Hay que tratar y poner el paciente en condiciones de que pueda quedar como ambulatorio con conciencia de que es enfermo y que debe él mismo aceptar su tratamiento.

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

CdP. —*Me parece una autodeclaración que me alarma. Es como titular un libro: “Cómo ser científicamente feliz”. Seguro que se vendería mucho, aunque habría que dudar en todos los aspectos del autor y de sus lectores.*

—En relación con otro aspecto en boga actualmente ¿Cuál es su posición respecto a los desarrollos de la **Bioética** aplicada a la psiquiatría. En los contextos actuales del trabajo en psiquiatría ¿Cree que es posible ser ético? ¿De qué tipo de ética estamos hablando?

CdP. —*No puede haber un sistema de bioética, porque cada día surgen nuevas, absolutamente nuevas, posibilidades de acción del psiquiatra (y del no psiquiatra, por ejemplo, del legislador, de jueces, etc.) sobre el paciente. Aparte ciertas actuaciones de carácter muy rudo sobre las que cabe siempre la discusión sobre la eticidad o no eticidad, para éstas y para las nuevas es exigible que se responda a la pregunta siguiente: ¿Desde que Ética y desde que actitud ética planteo mi conducta como psiquiatra en este, y singular, contexto? La ética, por lo pronto, ha de ser ante todo independiente de toda creencia religiosa, es otro ámbito. Si no es así, el creyente que traspasa los límites de su intimidad está aplicando una forma de violencia.*

—Siempre es posible ser ético, es más, hay que serlo, pero no sólo en psiquiatría aunque no siempre eso ocurra. No ética como conjunto de normas sobre el bien hacer que debe de imperar en la relación y en el tratamiento del otro, que sería lo que constituye la buena pra-



xis como cuerpo de la deontología, sino que me refiero a la posición ética que desde el psicoanálisis está por encima de las profesiones e implica una posición, un deseo y una decisión en la vida que habla de la dificultad y de la complejidad de las relaciones entre los seres hablantes.

CdP. —*No se está por encima de profesiones. Una profesión es un conjunto de contextos psicosociales en los que se ha de actuar. Lo apasionante y al mismo tiempo lo angustiante es que no hay dos contextos idénticos. Pensemos en el psiquiatra: el mismo paciente en la consulta privada y en la pública vive dos contextos cualitativamente dispares. Cada uno de los contextos es distinto según la situación social del actor y observador, aunque éste sea la misma persona en uno y otro. Porque se es componente del contexto y su singularidad rige para él como para todos los demás. En ningún otro aspecto es más necesaria la claridad.*

—En la página web de OME–AEN (a quienes conoció en el Congreso de la AEN en Bilbao en mayo de 2006) se plantea la pregunta “**¿tiene sentido en el siglo XXI defender el modelo asistencial comunitario en salud mental?**” ¿Cómo respondería a esta cuestión?

CdP. —*Sí; pero mejorándolo. Creando redes asistenciales domésticas y ambientales, por ejemplo.*

—**Otros temas**, también “comunitarios”, como la cuestión de las drogas, la violencia, la inmigración, las guerras, la marginalidad en general, han sido escasamente abordados. Pudiera parecer que lo que se relaciona más con aspectos de la llamada psiquiatría social, más allá de la enfermedad mental. No están en las agendas ni en las carteras de servicios a pesar de que sí comienza a ser frecuente en la clínica cotidiana. ¿No habrá que comenzar a tomar medidas? Quizá sea necesario prepararse capacitando a los equipos asistenciales, protocolizar situaciones hasta ahora desconocidas, organizar recursos, etc, antes de que se convierta en algo urgente que nos desborde.

CdP. —*La vida social ha cambiado radicalmente en pocos años. Además, han surgido no ya nuevas formas de vida sino nuevos espacios públicos de actuación que antes no existía: internet. ¿Quiénes son mis coninternautas? ¿De qué sexo, de qué edad? No tengo ni siquiera la posibilidad de saber si son el que me dicen ser por la fotografía que mandan. Y sin embargo, es un mundo que para muchos es ya imprescindible y preeminente.*

—**Hoy**, la calidad de vida actual es notoria e incomparablemente mejor que la existente en aquellos años de postguerra o los años finales del franquismo. ¿O quizá la pretendida democracia y la libertad y los estilos de vida actuales no favorezcan tanto la salud mental, con tantas incertidumbres como generan a nuestro alrededor?

CdP. —*Un físico diría que el valor de la entropía es mayor en la sociedad actual que en la reposada de hace años. A mayor entropía mayor inestabilidad, es decir, mayor desequilibrio y con ella mayor incertidumbre y riesgo. La anentropía —la quietud— es la muerte.*

—Y para finalizar, **¿qué aconsejaría a las generaciones más jóvenes** que se acercan al mundo de la salud mental?

CdP. —*Que hay que saber del hombre, que las fuentes de este conocimiento son múltiples: la novela, el cine, la tragedia, el tratado de psicología o de psiquiatría, la filosofía, la biología, la teoría de las emociones, la sociología y psicología, los diarios, las memorias... y el hombre mismo, el hombre vivo, que es en sí mismo un mundo irrepetible porque es singular. Hay que saber mucho y no somos capaces de apostar por el saber.*

Muchísimas gracias por este tiempo, por esta entrevista, que nos permite acercarnos a la persona a través de su obra y opinión. Gracias también a Celia por su colaboración.





Arminda Aberastury: pionera del psicoanálisis de niños en la Argentina¹

Ana Bloj

Facultad de Psicología, Universidad Nac. de Rosario, Santa Fe, Argentina

Resumen: El presente artículo se enmarca en la investigación titulada “Los pioneros: Psicoanálisis y niñez en la Argentina. 1923–1969”. En esta presentación abordaremos un aspecto de la obra de Arminda Aberastury, psicoanalista miembro de la APA (Asociación Psicoanalítica Argentina): el vínculo con Melanie Klein y el lugar que ésta le otorgó a la producción de la autora argentina. Se utilizaron como procedimientos: rastreo de publicaciones de la época indagada y exploración en revistas de la misma época. Para el análisis, hicimos especial hincapié en la correspondencia entre Aberastury y Klein.

Palabras clave: Psicoanálisis, Niñez, Historia, Argentina, Aberastury, Klein.

Summary: The present report deals with the research work entitled “The Pioneers: psychoanalysis and childhood in Argentina. 1923–1969”. In this presentation we abord one aspect of the production of Arminda Aberastury, Psychoanalyst member of APA. (Psychoanalytic Argentine Association): the bond with Melanie Klein and the pleases that she give to Aberastury’s production. We based our study on the following procedures: tracking of publications belonging to the period analyzed, and by exploring journals and magazines from the same period. To make this study, we made special emphasis in the correspondence between Aberastury and Klein.

Key words: Psychoanalysis, Childhood, History, Argentina, Aberastury, Klein.

Biografía: Arminda Aberastury fue una psicoanalista Argentina

1937. Pasillo del Hospicio de las Mercedes, ciudad de Buenos Aires. La Sra. Arminda Aberastury se interroga acerca del diagnóstico de oligofrenia de una niña de 8 años que corre mientras su madre es atendida por el psicoanalista Enrique Pichon Rivière², con el que contrae matrimonio ese mismo año. Con esta pregunta por el diagnóstico de una niña se inicia la

búsqueda de una de las pioneras del psicoanálisis de niños en la Argentina.

La niña no había podido aprender a leer ni escribir. Aberastury sospecha, por su expresión inteligente y angustiada, que sería posible que lo lograra.

¹ El presente trabajo se enmarca en la tesis de doctorado titulada “Los pioneros: Psicoanálisis y niñez en la Argentina. 1923–1969.”

² En ese momento jefe interino del Servicio de admisión del Hospicio de las Mercedes 1938/1947. En el periodo 1947/52 Jefe del servicio de Psiquiatría de la edad juvenil.



Interpreta la dificultad de la niña como producto de lo penoso que le resulta saber y las mentiras que se le dicen para evitarle ese sufrimiento. Esto la lleva a un descreimiento de cuanto se le dijera. Interpretada esta cuestión, la niña comienza a aprender.

A los 17 años, Aberastury emprende la lectura de la producción freudiana cuando Federico Justo (un amigo de su hermano) le obsequia las Obras Completas. En 1937, luego de aquella primera experiencia con la niña del Hospicio, lee el tratado de Ana Freud *El psicoanálisis del niño*. Se encuentra con la producción de Melanie Klein en 1942, a poco tiempo de iniciado el análisis didáctico con Ángel Garma.

La fuerte convicción de que lo que podía ayudar a eliminar el síntoma de aquella niña era el esclarecimiento, el relato de una realidad (acerca de la enfermedad de su madre), es retomada por la autora como una constante a lo largo de toda su obra: se trata de insistir en la importancia del transmitir los aspectos ocultos de la historia del niño (adopción, muerte de un hermano, datos filiatorios y otros) y brindar información específica acerca de la sexualidad humana (diferencia sexual, relaciones sexuales, origen de la vida).

Aberastury delimita 2 etapas en su recorrido psicoanalítico:

- 1) Etapa que se inicia en 1937 y que culmina en 1959 con el aporte sobre la fase genital previa³. En este período rescata especialmente la colaboración de Elizabeth Garma.

- 2) De 1959 en adelante. En este período el psicoanálisis infantil se abre cual abanico y comienza a colarse en las prácticas hospitalarias, tanto en el campo de la pediatría como en el de la odontología. En este tiempo sitúa a Susana Luftig de Ferrer como su principal colaboradora.⁴

En el año 1957 se dan una serie de acontecimientos científicos y personales de importancia que lo convierten en una marca en la vida de la autora. Aberastury asiste al *Symposium* de la A.P.A.⁵ (Asociación Psicoanalítica Argentina). Los trabajos presentados corresponden en su amplia mayoría a sus más próximos colaboradores y discípulos. Concorre al Congreso de París, en donde presenta sus desarrollos sobre la fase genital previa e inicia el trabajo con grupos de madres. También en 1957 se encuentra con Melanie Klein, con quien había establecido una continúa correspondencia desde 1942.

El psicoanálisis de niños llega también a la universidad de la mano de las pioneras en el período 1957–1959, oficializándose estos desarrollos en el ambiente pediátrico y odontopediátrico al final de este período. Sus desarrollos acerca de la *fase genital previa*, y la primera dentición en niños y niñas, la elaboración del test *El juego de construir casas*⁶, y sus escritos referidos a los aspectos técnicos en psicoanálisis en los años de surgimiento del psicoanálisis de niños fueron sus principales producciones con sello propio.

3 Sitúa la fase genital previa en el período que va desde el 4° o 6° mes de vida hasta el final del primer año. Se trata de una fase posterior a la oral y previa a la anal.

En esta fase, tanto la masturbación como el desarrollo de fantasías se establecerían como intentos de satisfacer la imposible unión genital que continuaría a la culminación de la primera unión oral con el pecho materno.

4 Arminda Aberastury (2004). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños* [1962]. Buenos Aires: Paidós, p. 68.

5 Arminda Aberastury participa de las primeras reuniones en las que se fue gestando el proyecto de fundar la APA, en 1938. De esos encuentros de los domingos en la casa de Arnaldo Rascovsky, concurrían también Enrique Pichon Rivière, Ángel Garma, Celes Cárcamo, Marie Langer, Luisa Gambier, Simón Wencemblat, Teodoro Scholssber, Flora Scoini, Ferrari Hardoy y Alberto Talafiero entre otros.

6 Instrumento proyectivo lúdico para niños inspirado en el analista Eric Homburger Ericsson. Se trata de un juego de montaje que invita al niño a la construcción de una casa. Aberastury elabora una organización rigurosa y sistemática al mismo tiempo que brinda los elementos necesarios para su administración.



El vínculo con Klein. Búsquedas diferentes.

Las referencias a Melanie Klein resultan constantes en la obra de Arminda Aberastury. La autora argentina no deja de interrogarse especialmente acerca de los aspectos técnicos de la clínica con niños, y no siempre encuentra en Klein una respuesta que le resulte convincente.

El relato y análisis de la correspondencia entre Arminda Aberastury y Melanie Klein⁷ resulta verdaderamente interesante y deja espacio para el análisis, lectura y seguimiento de la obra de la autora de la que nos ocupamos en esta ocasión. La correspondencia entre ambas abarca un período de 13 años, desde 1945 a 1958. Se trata de un contacto fundamentalmente epistolar en el que cada una espera algo diferente de la otra. Aberastury busca una autorización como analista que puede producir teoría acerca del psicoanálisis con niños. Melanie Klein busca una colega que traduzca y difunda su obra en Latinoamérica sin agregados o planteos que la contradigan. Sobre la base de este desencuentro inicial se estructura toda la correspondencia entre ellas.

*Considero que usted es uno de los soportes más valiosos de mi trabajo en Sudamérica y por lo tanto estoy extremadamente interesada en cualquier paso que pueda dar.*⁸

Klein desea tenerla como soporte, base para la reproducción y difusión de su teoría. Su interés respecto de cualquier paso que pueda dar parece estar más bien en la línea de que su corresponsal latinoamericano no avance con pasos propios. Vemos alguna confirmación de esta hipótesis en el relato de Aberastury a sus colegas cuando les cuenta acerca de la sorpre-

sa de Klein por el hecho de verse tan aceptada en Sudamérica, siendo que en Europa resultaba rechazada en los espacios “oficiales” del psicoanálisis.⁹

Los desarrollos de Aberastury no lograban ingresar en las publicaciones Inglesas. Klein se dedica amable y sistemáticamente a “frenarla”, diciéndole siempre que iba bien, pero que aún le faltaba un poco más. Recién en lo que Aberastury denomina su segundo período —que coincide con el segundo encuentro con Klein— logra que ésta interfiera para posibilitar la publicación de un artículo de Aberastury sobre detención en el *Internacional Journal*. Dicha habilitación se produce precisamente en el momento en que la autora argentina se contacta con motivo del XX Congreso de la *Internacional Psycho-analytical Association* y es reconocida por los psicoanalistas franceses. En este encuentro, Aberastury insiste en la originalidad de su desarrollo sobre la fase genital previa, siendo su trabajo muy bien recibido por los psicoanalistas franceses. Klein no tiene más “remedio” que felicitarla y proponerle la publicación del trabajo. ¿Temería quedar sin su “soporte” latinoamericano ante el avance de los colegas franceses?

En sus cartas posteriores a ese encuentro, Klein no hace más que pedir disculpas por no haberle dedicado el espacio necesario, y llega a ofrecerse para recibirla y dedicarle su tiempo si quisiera viajar a Inglaterra.

Cuando, en 1958, Aberastury le escribe su última carta hablándole de su dolor por la separación con su marido, Klein le responde:

...durante los congresos siempre hay tanta gente y se hace tan difícil encontrar el momento, ...pero si usted viniera a Londres y pudiera

7 La correspondencia que analizamos puede encontrarse en Silvia Fendrik, *Desventuras del psicoanálisis*. Buenos Aires: Ariel, 1993, p. 37–41.

8 *Op. cit.* p. 51.

9 Mauricio Knobel. “Arminda Aberastury: (Obituario)”. *Revista Argentina de psiquiatría y psicología de la infancia y la adolescencia*. Buenos Aires: ASAPPIA/ Paidós, septiembre 1971, Año 2, n° 1, p. 195.



*quedarse algunas semanas, le prometo dedicarle todo el tiempo que tenga, ...por razones de salud yo ya no podré viajar a Sudamérica.*¹⁰

En una conferencia dictada en 1960 dedicada precisamente a la obra de Klein, Aberastury se refiere al encuentro con Klein aludiendo a “las pocas horas en que hablamos durante el Congreso de París en 1957”¹¹

El hecho que contribuyó a tensar la relación entre Aberastury y Klein parece haber sido la insistencia de la primera en la originalidad del concepto de fase genital previa. No parece ser el concepto en sí lo que crea el conflicto, sino la disputa por la originalidad y propiedad de las ideas. Aberastury, que viene siendo relativamente “obediente” hasta el momento, no está dispuesta a ceder en este punto. Esto obstaculiza definitivamente la relación y pone en evidencia la diferencia inaugural del vínculo entre ambas. No olvidemos que Aberastury comienza su práctica antes de haber accedido a los textos kleinianos, autorizándose con muy escasos instrumentos teóricos para crear y recrear su clínica inicialmente. No olvidemos que se trataba de un momento en el que la clínica con niños se encontraba en ciernes.

Como parece saberlo, se encarga de aclarar que no se trata de ir en contra de los postulados freudianos o kleinianos en el planteo de esta nueva fase, sino que intenta “llenar un vacío” sin modificar los desarrollos existentes y avalados por la comunidad psicoanalítica.

Se opone a su vez en una ponencia de 1960 a un planteo kleiniano, llegando a refutar lo que para ella sería un error. Se refiere a la descrip-

ción de que en el varón existiría un período de homosexualidad en la iniciación del Complejo de Edipo. Compara este “error” con el del planteo freudiano en el punto en que éste sostiene que la niña pasaba un largo período de homosexualidad previo a la posición heterosexual.

La presentación de la ponencia de 1960 resulta posterior a una carta de 1955, en la que Klein le responde a Aberastury sobre un artículo sobre dentición en el que se encuentra el germen de lo que posteriormente será el concepto de fase genital previa.

Catalogándola sutilmente de plagiadora, Klein reduce el planteo de Aberastury a una reproducción de los desarrollos de Paula Heinman¹² y su grupo. Le reconoce por fin su lugar de “clínica”, al mismo tiempo que invalida su capacidad para la elaboración teórica.¹³

En la misma ponencia de 1960, Aberastury vuelve a atacar sutilmente a Klein para afirmar la originalidad de su planteo. Se refiere a los desarrollos de ésta acerca de la modificación de los fines e intensidad de los mecanismos de defensa que actúan en la fase esquizoparanoide, afirma que la disociación de la imago materna en pecho bueno y malo deja de funcionar en este período para hacerlo en términos de madre pecho y madre genital.

Aberastury toma el desarrollo Kleiniano para confirmar que lo que ella intenta es “agregar” aquello que Klein no ha desarrollado.

*Este hecho fundamental en el desarrollo ha sido afirmado por M. Klein sin fundamentarlo.*¹⁴

10 Silvia Fendrik, *Desventuras del psicoanálisis*. op. cit. p. 53.

11 Arminda Aberastury, “Actualizaciones de la técnica kleiniana en psicoanálisis de niños”. *Revista de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina, 1974, Tomo XXXI, n° 1-2, p. 21.

12 Psicoanalista inglesa del grupo de Melanie Klein.

13 Ninguna de las propuestas de Aberastury logró ingresar a través de Klein en la comunidad psicoanalítica con excepción de un trabajo en 1957.

14 Arminda Aberastury, “La importancia de la organización genital en la iniciación del complejo de Edipo temprano”. op. cit. p. 18.



En el VIII Congreso Psicoanalítico Latinoamericano, en Bogotá 1969.
En el centro: Ángel Garma, Betty Garma y Arminda Aberastury.

Más adelante, en el mismo texto, cita a Winnicott, retomando su planteo en lo que hace a la consideración de que el bebé alucina un objeto capaz de satisfacer sus necesidades antes de la primera experiencia oral. Aberastury se apoya en esta idea para plantear que en la fase genital previa el niño puede alucinar un órgano capaz de dar la satisfacción genital en el surgimiento de las funciones genitales propias de esta etapa. Bajo el modelo de penetración propio de la experiencia oral, el niño tendría una referencia de cómo puede calmarse la tensión dolorosa. La experiencia de la oralidad funcionaría así como patrón “que hace posible la ya conocida equiparación del pecho con pene”.¹⁵ En una entrevista, Gilou García Reinoso¹⁶, quien además de ser psicoanalista fue paciente de Aberastury, afirma que Winnicott

es introducido en la A.P.A. por Aberastury “en ruptura con el kleinismo más recalcitrante.”¹⁷

Resulta interesante que Aberastury citase a un autor al que también le costaba salirse del ala protectora y limitante de Melanie Klein, quien logra un espacio de protagonismo y desarrollo propio por el lado de sus observaciones en el consultorio pediátrico.

Las críticas continúan, siempre acompañadas de propuestas con fundamento teórico y práctico, ligado a la clínica de Aberastury y su equipo.

En la presentación de 1960 a la que nos referíamos más arriba¹⁸, Aberastury se dedica a precisar aspectos que considera fundamentales

15 *Op. cit.* p. 12

16 Psicoanalista miembro de la APA, esposa de Diego García Reinoso.

17 Nora González; Tencha Müller, “Entrevista: Gilou García Reinoso”. *Postdata. El psicoanálisis de niños en la Argentina*. Buenos Aires: Homosapiens ediciones, noviembre 1997, Año 1, n° 1. p. 68.

18 Arminda Aberastury, “Actualizaciones de la técnica kleiniana en psicoanálisis de niños”. *op. cit.* p. 21



de la técnica y que “han sido muy descuidados en [la] obra [de Klein]”: la relación con los padres, el manejo del material de juego y el pago de honorarios.

En esta conferencia de 1960, publicada recién en 1974, la autora parte de una detallada descripción de diversos aspectos de la técnica en los que Klein se muestra confusa y contradictoria, para culminar en cada uno de ellos expresando su propio pensamiento o teorización. En cada caso, apoya su planteo en una transcripción de extractos de la correspondencia que Klein le enviara. La correspondencia privada se hace pública.

Sitúa tres problemas técnicos en los que Klein realiza referencias aisladas y a veces contradictorias:

a) El manejo de las entrevistas con los padres.

Retoma el planteo de Klein en “*Relato de un análisis de un niño*”, donde sostiene que al niño hay que comunicarle la información vertida por los padres en el momento oportuno. Justifica esta afirmación en el hecho de suponerle al niño un saber: los padres han hablado de él en las primeras entrevistas con el analista.

Señala que en el mismo texto Klein propone prácticamente lo contrario: comunicar al niño lo expresado por los padres debe ser una excepción en el análisis.

Aberastury pone el acento en esta discordancia, expresando que “ya no se observa una línea de conducta”.¹⁹

A estas observaciones agrega que la contradicción del texto es coincidente con lo que Klein le expresara en el encuentro que tuvieron en 1952.

“Pensaba que los niños pequeños no tenían por qué ser informados de la entrevista y no definió la utilización que de ellas hacía durante el tratamiento. Aseguraba que las entrevistas podían realizarse sin informar al niño y sin que éste lo supiera.”²⁰

Más allá de las contradicciones señaladas, queda claro que existe una diferencia de criterio en lo que hace a la mirada del niño como sujeto con derecho a saber sobre sus “verdades”. Para Aberastury es necesario comunicarle al niño lo planteado por sus padres, lo cual supone un *infanz* capaz de “hacer algo” con las comunicaciones de sus padres respecto de su persona, al mismo tiempo que puede considerarse la propuesta de una posición ética respecto al mismo. No habría que escondersele lo que sus padres opinan o tienen para aportar sobre su historia.

Este planteo resulta congruente con una concepción que Aberastury deja sentada desde el inicio de su práctica: el niño es un ser al que hay que “esclarecer” en todo sentido. Por ende, también hay que transmitirle lo que sus padres dicen sobre él.

b) Ventajas y desventajas de aconsejar a los padres cambios ambientales.

Aberastury ve también aquí una contradicción en el planteo de Klein.

En *Relato del análisis de un niño*, Klein expone el famoso caso Richard. Allí relata una situación en la que convoca a la madre del niño para indicarle que no duerma con ella en el mismo cuarto ya que provoca en el niño angustia y celos frente a la escena primaria. En cambio en *Psicoanálisis de niños*, cuando se refiere a las relaciones sexuales entre dos hermanos, expresa que no hubiese resultado de utilidad

19 Arminda Aberastury, *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. op. cit. p. 40.

20 Op. cit. p. 40-44.



citar a los padres para aconsejarles separar a los niños de cuarto.

Para Aberastury, las indicaciones a los padres no tienen prácticamente lugar en el tratamiento del niño.

...aunque los padres del niño están, conscientemente, bien dispuestos respecto de su análisis, debemos esperar que sean, hasta cierto punto, elementos perturbadores... no he encontrado menos obstáculos cuando los padres estaban familiarizados con el análisis que cuando prácticamente ignoraban de qué se trataba. Me contento con dar unas pocas ideas sobre el significado y efecto del análisis, y menciono el hecho de que durante su curso el niño recibirá información sobre asuntos sexuales y preparo a los padres para la posibilidad de otras dificultades que puedan surgir durante el tratamiento.²¹

En nuestra indagación, no hemos hallado artículos de Aberastury en diarios o revistas dirigidos a aconsejar a los padres. Esta ausencia tal vez se vincule con su opinión de que resulta inconveniente intervenir con los padres cuando un niño está en tratamiento. Hemos encontrado relatos de cuentos en los que abordaban ciertas problemáticas, con la finalidad de que los padres las compartan con sus hijos. En estos relatos el consejo que insiste es el del esclarecimiento de lo acontecido en la vida del niño en el caso concreto de adopción o muerte de un hermano²².

En otro de sus libros dirigido a padres y maestros: “*El niño y sus juegos*” la autora trata de transmitir ciertas características del niño en términos de posibilidades lúdicas desde una perspectiva evolutiva, pero no encontramos allí ningún tipo de consejo explícito de, por ejemplo: “cómo jugar con su hijo”.

c) El pago de honorarios.

Nuevamente en una carta en la que responde a Aberastury, Klein expresa que el niño no tiene posibilidades de comprender adecuadamente el pago de las sesiones ni el valor del dinero.

Aberastury no ha encontrado hasta ese momento mención a este tema en la bibliografía que ha consultado, lo cual le hace suponer que no existen diferencias sustanciales entre el tratamiento de los niños y el de los adultos en cuanto a este punto.

Es obvio que el niño no puede afrontar el pago de su tratamiento, pero esto no difiere de todo lo que acontece en toda su vida diaria y él tiene clara conciencia de la situación. Ningún niño piensa o espera que le regalen algo en un negocio, sino que pide a sus padres que se lo compren. ...saben que sus padres o sustitutos pagan sus cosas y el tratamiento está incluido en este concepto de su vida.²³

...Es conveniente que el niño sepa que las sesiones se abonan los primeros días del mes. Es mejor que, si sus conocimientos se lo permiten, haga él mismo el cálculo de las horas. En lo posible debe ser él quien entregue el dinero al terapeuta. ...Es notable cómo niños aún muy pequeños recuerdan a sus padres o llegan diciendo que han reclamado el dinero o que ya lo pidieron. ...Se observa que, en la medida en que se hace responsable en otros planos, reclama aquí también el derecho de una mayor independencia.²⁴

Aunque no especifica edades o parámetros para ello, podemos deducir de sus relatos clínicos que se trata de “tanteos” que el analista puede ir planteando, tanto en la esfera de lo intelectual como en los aspectos propios de la

21 *Op. cit.* p. 40-44.

22 Nos referimos a los cuentos: “Un niño adoptado” y “La muerte de un hermano”.

23 *Op. cit.* p. 105.

24 *Op. cit.* p. 106.



fantasía inconsciente. Por tanto, estos tanteos incluyen la incorporación del tema del pago del análisis en las intervenciones e interpretaciones del analista.²⁵

Nuevamente, el niño es concebido como un ser “capaz” de comprensión y de intelección, más allá de las diferencias existentes en lo que hace a sus posibilidades en las diferentes etapas.

¿Ventajas de la distancia?

Cabe hipotetizar que la distancia Europa-América ha contribuido en la producción de esta pionera. Las distancias espaciales tenían por entonces una postergación también temporal. El hecho de que la correspondencia tardase un mes en llegar dejaba en cierto resguardo a los psicoanalistas argentinos de los debates imaginarios europeos.

*...estábamos lejos de las peleas, y por lo tanto no estábamos incluidos en las peleas... piensen que tardaba un mes una carta para llegar de aquí a Europa. Estábamos del otro lado del mundo...*²⁶

Se instalaba así una suerte de paradoja: la dificultad para el acceso a la información y producción del “primer mundo”, pero también la posibilidad de “escapar” a las presiones que cimientan los principales “protagonistas de la historia” como mecanismos de poder que regulan la producción de saber.

Resulta interesante el hecho de que Arminda Aberastury no haya quedado en el lugar que desde un inicio le otorgó Klein. La posición de Aberastury —al igual que el de su par, Betty Garma²⁷— resulta un ejemplo respecto al compromiso en la búsqueda por un saber de la clínica que se ubica por sobre los dogmatismos y la recepción ciega de la transmisión de quienes se ubican en la esfera de la política institucional en los lugares más destacados.

Contacto:

Ana Bloj

Dorrego 1390. Rosario. Argentina.

e-mail: anabloj@yahoo.com.ar



BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, Arminda. *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños* [1962]. Buenos Aires: Paidós. (12ª ed.) 268 p.
- Aberastury, Arminda. “Actualizaciones de la técnica kleiniana en psicoanálisis de niños”. *Revista de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina, 1974, Tomo XXXI, n° 1-2, p. 21-43.
- Aberastury, Arminda. *La muerte de un hermano*. Buenos Aires: talleres EDIGRAF, marzo de 1976.
- Aberastury, Arminda. “Un niño adoptado” [1967]. *Revista Argentina de Psicología. Publicación de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires*. Buenos Aires, julio de 1980, Año XI, n° 27.
- Aberastury, Arminda. “La importancia de la organización genital en la iniciación del complejo de Edipo temprano”. *Revista de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina, enero-marzo de 1970, Tomo XXVII, n° 1, p. 5-25.
- Aberastury, Arminda. (2004). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños* [1962]. Buenos Aires: Paidós. (12ª ed.) 268 p.
- Fendrik, Silvia; *Desventuras del psicoanálisis*. Buenos Aires: Ariel, 1993. 262 p. ISBN: 950-9122-07-6.
- González, Nora; Müller, Tencha. “Entrevista: Gilou García Reinoso”. *Postdata. El psicoanálisis de niños en la Argentina*. Buenos Aires: Homosapiens ediciones, noviembre 1997, Año 1, n° 1, p. 67-73.
- Knobel, Mauricio. “Arminda Aberastury: (Obituario)”. *Revista Argentina de psiquiatría y psicología de la infancia y la adolescencia*. Buenos Aires: ASAPPIA/ Paidós, septiembre 1971, Año 2, n° 1, p. 192-200.

25 *Op. cit.* p. 106-107.

26 Gurman, Estela; Pernicone, Ariel; Soubiate, Diego. *Reportaje a Betty Goode Garma*. [En línea]. Revista FORT-DA, 6 de Junio de 2003, n° 6. [citado diciembre 2003].

27 Hemos escrito acerca de los desarrollos de esta autora en esta misma publicación: *NORTE de salud mental* 2006, N° 26: 19-33.



“La creación del manicomio de Jaén: reflexiones históricas para la construcción de un discurso social de la atención psiquiátrica”

María Hernández Padilla

Profesora Dpto de Enfermería. Universidad de Jaén.
Grupo de Investigación “Biopolíticas”

Resumen: El ejercicio de reflexión histórica que proponemos tiene por objeto visibilizar la trayectoria de la atención psiquiátrica provincial, de manera que nos permita analizar y comprender las claves de la práctica psiquiátrica en la creación del manicomio de Jaén en 1952. Para nuestro análisis identificamos dos momentos históricos de la atención psiquiátrica provincial: un primer momento caracterizado por la atención psiquiátrica externa, que va desde mediados del siglo XIX hasta el primer tercio del siglo XX y, desde entonces un segundo momento hasta 1952, momento en que se inaugura el Sanatorio Los Prados. Más que la descripción de hechos, nos interesa destacar o visibilizar el cambio cultural habido entre una y otra etapa en su forma de concebir la atención a los dementes, alienados, locos o enfermos mentales, así como interrogarnos sobre las claves a las que responden cada una de esas etapas. Mientras que la primera etapa lo hace a claves fundamentalmente de organización administrativa de la Beneficencia Provincial, la segunda etapa o momento responde además a condicionantes o variables biográficas del que se considera auténtico creador de Los Prados, Juan Pedro Gutiérrez Higuera. Pretendemos contribuir con este análisis a una mejor comprensión del pasado y del presente de la atención psiquiátrica provincial.

Palabras clave: Sanatorio Neuropsiquiátrico Los Prados, historia social, manicomio de Jaén, práctica psiquiátrica.

INTRODUCCIÓN

Hace casi dos años se procedía al derribo del edificio que fue en su día el Sanatorio Neuropsiquiátrico Los Prados, en la provincia de Jaén. El mismo, abandonado en sus funciones en torno a los años 87-88 del pasado siglo XX fue inaugurado oficialmente en 1952, en plena época franquista.

Por tanto, su nacimiento tiene lugar en una coyuntura social y política compleja (De Miguel 1975; González Duro 1987), cuyo conocimiento se encuentra todavía en construcción por

parte de las y los investigadores sociales, de manera que la contextualización del nacimiento de Los Prados como de tantos otros manicomios españoles, sigue siendo un esfuerzo en presente. En este sentido Dualde (2004) pone de relieve la necesidad de más estudios que ofrezcan una visión de conjunto de la psiquiatría española en la época franquista y a la vez de esta en la psiquiatría europea.

En Jaén, lejos de constituir algo más de tres décadas de internamiento provincial que resumen la historia de Los Prados, el internamiento es una realidad documentada desde media-

dos del siglo XIX (García Sánchez 2005), si bien, animada por contextos y motivaciones diversas objeto de nuestro análisis.

Por ello y con objeto de ilustrar éstas, hemos identificado dos momentos de la historia psiquiátrica provincial: un primer momento de “atención psiquiátrica externa” que va desde mediados del siglo XIX y llega hasta el primer tercio del siglo XX y desde entonces, un segundo momento de “atención psiquiátrica interna” que alcanza hasta la creación de Los Prados en 1952. Pensamos, de acuerdo con Huertas (2001), que este ejercicio es necesario si no se quiere olvidar la complejidad de la historia del pensamiento psiquiátrico en favor de un pensamiento único representado en el pragmatismo clínico. Por ello, el análisis o la mirada que planteamos a continuación es la siguiente: sean sociales, políticas, culturales u otras, ¿qué claves animan o a qué claves responden una y otra etapa provincial?

Contexto social, político y profesional, clave para la atención psiquiátrica de los años 50 en la provincia de Jaén

Los antecedentes y la documentación de la atención psiquiátrica institucionalizada en la provincia de Jaén hasta la creación de Los Prados es escasa. El Hospital de la Ciudad de Jaén encomendado a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en 1619 permanece atendido por dicha Orden hasta 1835 o principios de 1836 salvado el paréntesis de la ocupación francesa, con el compromiso de la “curación de enfermos pobres, de cualquier tipo de enfermedad excepto incurables y locos” (García Sánchez 2007). Desde que la Orden abandona el Hospital, el establecimiento pasa a formar parte de la Beneficencia, situación en la que ha permanecido hasta bien entrado el siglo XX.

No obstante y aunque dicho hospital no se concibiera para atención a dementes, el Decreto sobre Observación e Internamiento de Demen-

tes de 1885 (Simón y González 2002) establecía la necesidad de espacios donde llevar a cabo la observación antes de hacerse efectivo el ingreso en el manicomio. Por ello y al igual que en otros, en el Hospital de Jaén existieron habilitadas salas denominadas “de etapa” (ej: Sala de San Diego) donde acoger con carácter de urgencia y transitoriamente a aquellas personas que así lo requirieran. Estas salas estaban concebidas y en ellas prevalecía “un criterio de seguridad: rejas fuertes, con un ventanillo practicable para introducir la comida, cerrojos, camisas de fuerza... No había Médico especialista ni personal subalterno adecuado, por su número ni por su capacitación” (Gutiérrez Higuera 1954). En las zonas exteriores y menos expuestas del antiguo hospital pueden identificarse todavía hoy dichas estancias en lo que se conoce como “el callejón de Santa Úrsula” (foto 1) por donde penetraba a duras penas la luz que iluminaba los días de aquellos seres desgraciados. Hoy sirve a funciones administrativas de la Diputación Provincial.



Foto 1: Callejón de Santa Úrsula (Fuente: Gutiérrez Aguilera 1978).

La precariedad de la asistencia benéfica fue una constante desde la promulgación de la Ley de Beneficencia de 1849, una asistencia pública —la psiquiátrica— escasamente medicalizada y relegada al ostracismo (Huertas 2002), una situación que —salvando las experiencias pioneras de reforma psiquiátrica como la de Jaén, en 1981 (González Duro 1989)— también ha



estado presente en la asistencia a las y los dementes en nuestro país hasta 1983, momento en que la Ley 13/1983 de reforma del Código Civil establece la atención al enfermo mental de acuerdo a lo dispuesto para el resto de las y los usuarios del sistema sanitario.

Junto a otros establecimientos de carácter benéfico, a saber, casas de expósitos, hospicio, hospital y asilo de mendicidad, las primeras referencias a la necesidad de una futura Casa de Dementes, aparecen en el Archivo Provincial de la Diputación en 1847 (García Sánchez 2005, 2007). Desde entonces hasta la construcción de Los Prados transcurrió algo más de un siglo en el que el desinterés por la asistencia psiquiátrica pública queda patente.

Al igual que en otros lugares de España, hasta el primer tercio del siglo XX la atención psiquiátrica no era dispensada en la provincia, salvo aquella proporcionada en las salas “de etapa”. El esfuerzo presupuestario necesario de la corporación municipal para crear y mantener un establecimiento de dementes fue sistemáticamente relegado a otras necesidades consideradas más prioritarias por los poderes públicos desde mediados del siglo XIX (García Sánchez 2007).

Por eso, en Jaén y hasta 1868 fue habitual la atención psiquiátrica a las y los dementes mediante su traslado a los manicomios de otras provincias, concretamente a Granada. Más adelante, a los manicomios privados de San Baudilio de Llobregat o Ciempozuelos, ya que para la Corporación resultaba más rentable, dentro del exiguo presupuesto asignado a este ámbito, mantener a sus dementes con una asignación mensual que se pagaba a la administración del manicomio concertado.

Como relata Juan Pedro Gutiérrez Higuera, esta fue la situación hasta 1918, momento en el que —a consecuencia del impago de las cuotas preceptivas— el Manicomio de San Baudilio manda “una expedición por ferrocarril con

los enfermos de nuestra Provincia que tenía a su cuidado en número de 85. La presencia en la estación de Jaén de tan inesperado e inquietante *cargamento* produjo considerable desconcierto y creó un grave y apremiante problema” (Gutiérrez Higuera 1954). Así pues, éste fue el detonante para que en la provincia se empezara a considerar ya seriamente la construcción de un establecimiento específico para dementes, comenzando así ese segundo momento del que hablamos.

Y así ocurrió, el denominado “Pabellón de la Dictadura” (foto2), anexo al antiguo hospital fue inaugurado en 1926. Hoy se conserva de él su portada y desde hace escasos años está habilitado como albergue municipal. Su función original fue dar cobertura a la atención de dementes varones, pero como ocurre a menudo con las soluciones administrativas fue un intento inaplazable aunque insuficiente para paliar la urgente situación en ese primer tercio de siglo.



Foto 2: Pabellón de la Dictadura, de 1926 (Fuente: Palma 1999).

Los años veinte son un momento clave para entender la práctica psiquiátrica provincial, no solo porque forman parte de una época de esplendor de la práctica psiquiátrica española que culminará con los logros de la Segunda República (Huertas 2002b) y su desarrollo normativo a través del Decreto de 1931, sino porque se van preparando “las condiciones de



mentalidad científica y voluntad institucionalizadora” que hacen posible la rápida asimilación de los logros intelectuales y científicos de figuras como Cajal o Simarro que tanta influencia tuvieron sobre la generación más joven de la denominada Escuela de Madrid, todo ello en un contexto de cambio social y político que tiene lugar entre la crisis final de la Restauración y la II República (Huertas 2002).

Esta circunstancia es importante porque al igual que en algunas provincias españolas alejadas de la capital no se respiró ese ambiente intelectual y científico (Simón y González 2002), éste sí repercutió en la provincia de Jaén a través de Juan Pedro Gutiérrez Higuera, quien desde 1927 se traslada a Madrid, un dato éste que nos proporciona más claves para comprender la experiencia manicomial de la provincia.

De acuerdo con Rafael Huertas (2002a), el género biográfico o las contingencias individuales son necesarias en el marco de la reflexión histórica, por ello nos parece oportuno dedicar un espacio al repaso de algunos aspectos de la biografía de Juan Pedro Gutiérrez Higuera. En él se reúnen dos perfiles que nos parecen del máximo interés: por una parte su formación jurídica y por otra su formación médica (Palma 1999). Esta circunstancia resulta extraordinariamente significativa si tenemos en cuenta su creciente interés por los temas psiquiátricos y, la histórica relación entre mundo jurídico y mundo médico (Foucault 2002, 2003), un interés el suyo que se despierta y consolida durante su estancia en Madrid. Allí, descubre el mundo psiquiátrico del Hospital Provincial y entra en contacto con Gonzalo Lafora, Gregorio Marañón, Huertas y Germain, o Sanchis Banús (Palma 1999), representantes de la prestigiosa Escuela de Madrid, en la cuál convergen los principios de la psiquiatría alemana y las aportaciones de la Escuela Neurohistopatológica de Cajal (Huertas 2002), por tanto, un acercamiento al mundo psiquiátrico desde el profundo estímulo intelectual de investigadores de prestigio, que tendrá sus repercusiones en la creación del Sanatorio.

Es a partir de todo el desarrollo producido en el primer tercio de siglo con la creación y el impulso de las asociaciones profesionales (Huertas 2002), de la Liga de Higiene Mental (Huertas 2002b), de publicaciones pioneras en el campo de la medicina mental (Huertas 2002; Dualde 2004) o del Cuerpo de Alienistas (Gimeno, Escalas y Torras 2000), el momento en que Gutiérrez Higuera oposita y se incorpora como Jefe del Servicio de Psiquiatría de la Beneficencia Provincial de Jaén en enero de 1931 (Palma 1999). El médico alienista se presenta como la figura capaz de hacer frente a todas las demandas científico-técnicas surgidas o por surgir de las reformas asistenciales, en la infraestructura y el proceso de medicalización de los asilos (Huertas 2002), de ahí que se haya calificado esta época como “la época dorada de la psiquiatría oficial y en Jaén” (Gutiérrez Aguilera 1978).

Para Palma, la etapa que comienza en 1931 es de establecimiento personal y de puesta en marcha de algunos logros iniciados con la II República, nos referimos a los dispensarios de Higiene Mental (Palma 1999), lo más novedoso de la atención psiquiátrica provincial. Éstos funcionaban como *servicio de dispensario* atendiendo consultas de los enfermos psiquiátricos demostradamente pobres de la provincia que acudieran con afección no justificable de internamiento (art. 3c). Por lo demás, la atención era de carácter hospitalario y se ajustaba a lo dispuesto estrictamente en el “Reglamento para el Manicomio Provincial”, una reglamentación en parte compartida con el resto de los servicios hospitalarios, al estar el Pabellón de la Dictadura anexo al Hospital. Dicho reglamento enfatizaba la importancia de la disciplina, el orden y la moralidad de sus trabajadores (art. 17), la función de control sobre el trabajo de los internos por parte de los enfermeros jefe (art. 16) y todo un orden de vida jerarquizado e incuestionable sobre el que el médico alienista tenía potestad absoluta apelando a su carácter terapéutico (art. 30).



Según Palma, esta es también una etapa de identificación de Gutiérrez Higuera con la sociedad jienense, una sociedad de provincias a la que el nuevo médico alienista se va integrando progresivamente, quedando afincado definitivamente “en y para Jaén, en y para la Psiquiatría” (Palma 1999). Y todo ello hasta el estallido de la Guerra Civil en 1936, la cuál impone un paréntesis en la actividad profesional y el traslado de los enfermos a los conventos de la ciudad (García Sánchez 2005), potenciándose todavía más si cabe, la precariedad existente.

El truncamiento de su proyecto psiquiátrico es un asunto pendiente que no le abandona en ningún momento (Palma 1999), aunque la recuperación de dicho proyecto se hará efectiva más de una década después, pero ya desde otras responsabilidades, las responsabilidades políticas.

La recuperación del proyecto psiquiátrico comienza en 1939, terminada la Guerra. Gutiérrez Higuera, alineado con el nuevo régimen es nombrado alcalde de Jaén, responsabilidad en la que permanece hasta 1947. Más tarde, en 1949 es nombrado Presidente de la Diputación Provincial, al tiempo que su hijo termina los estudios de Medicina y comienza la especialidad. En aquél momento y, tal y como establecía la ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 (García y Espino 1998) en su base 23, los servicios sanitarios de las Diputaciones eran responsables de sostener las instituciones de la asistencia psiquiátrica. Se prepara así una especie de relevo generacional en el ejercicio psiquiátrico, de Gutiérrez Higuera a su hijo que será el que finalmente materialice “profesionalmente” en 1952 el proyecto de Los Prados (foto 3), un proyecto largamente perseguido.

A pesar de todas las dificultades, en 1949 y —tras varios intentos— se adquieren definitivamente los terrenos y se pone en marcha la obra del futuro establecimiento por parte de la Diputación Provincial. La primera tarea que se pone en marcha es la reagrupación de los

enfermos, con la finalidad no solo de acercarlos a su hábitat sino de iniciar las tareas de construcción del edificio. Porque —y este es un aspecto bastante desconocido— fueron los propios enfermos los que llevaron a cabo una considerable cantidad de trabajos, que aunque calificados de “sencillos, movimientos de tierras principalmente” (Gutiérrez Higuera 1954), también fueron los más pesados, junto a todas las molestias generadas para los usuarios alojados en exiguas y mal acondicionadas dependencias, pero soportadas como garantía de un buen servicio futuro.



Foto 3: Sanatorio Neuropsiquiátrico Los Prados (Fuente: Palma 1999).

Juan Pedro Gutiérrez Higuera (1954) justificaría esta forzada reagrupación argumentando por una parte que, el trabajo de los enfermos en la construcción de Los Prados contribuía a la laborterapia y por otra, a la rentabilidad económica de la Corporación Provincial, lo que Ramón García (1972) ha explicado como el encubrimiento científico de la ideología médico-manicomial sobre la real baratura que representa la fuerza de trabajo del loco. Pero además, esta circunstancia permitió una puesta en marcha “experimental” de todo el mecanismo asistencial que estaría a pleno rendimiento años después. Como vemos, una decisión rentabilizada en todos sus extremos.

Como ha manifestado González Duro (1987), los manicomios de los años cincuenta funcionan como respuesta a una situación



social estructural injusta e insolidaria que encuentra en la psiquiatría institucional un mecanismo de control, diferenciador y segregador entre la salud y la enfermedad mental. Así, los logros habidos durante la II República quedan relegados (González Duro 1987; Huertas 2002a, 2002b; Dualde 2004) en una época básicamente antidemocrática, influida por la religión, moralista a ultranza y contraria a las tesis sociológicas en la explicación del sufrimiento humano (Castilla del Pino 1977).

Para Castilla del Pino (1977), la psiquiatría de la postguerra hasta 1950 queda marcada por el ideario político franquista, que a la vez proporcionará sustento científico al mismo. En este sentido y refiriéndose al periodo 1928–1953, existe un valioso documento de la psiquiatría jiennense donde es posible identificar el posicionamiento teórico e ideológico que impregna la práctica psiquiátrica provincial al inicio de Los Prados. Nos referimos al escrito por Gutiérrez Aguilera, quien se expresa así: “han sido 25 años especialmente ricos en acontecimientos políticos, técnicos y sociales, de los que buena parte de ellos podían haber influido la frecuencia de la enfermedad mental. Me refiero en especial a las revueltas políticas consecutivas al advenimiento de la República, periodo de inseguridades y luchas anteriores a nuestro Movimiento, nuestra Guerra de Liberación y hambre padecida durante ella en nuestras poblaciones” (Gutiérrez Aguilera 1953).

Los Prados se concibe pues sirviendo a un propósito asistencial, benéfico–sanitario, del cuál el propio edificio es una parte, el resto lo constituye el personal, ambos aspectos condicionantes del éxito del proyecto. Tiene “carácter mixto, se le señalan misiones clínicas, educativas, económicas, de seguridad o, al menos, misiones asistenciales en las que predominan uno u otro de los aspectos apuntados según el

enfermo, sección o pabellón de que se trate. Además de los auxiliares sanitarios, con especiales conocimientos y aptitudes, hay que utilizar jefes de taller, capataces, maestros o educadores, guardas y vigilantes, que reúnan muy señaladas condiciones, disposición y preparación [...] las aptitudes de los empleados han de ser complejas y ricas; un establecimiento de esta clase tiene mucho de hospital, pero también de asilo, granja, taller, colegio y prisión y no puede funcionar correctamente si no cuenta con personal capaz de hacer frente a esa poliédrica variedad [...] La tarea de conseguir el personal adecuado ha exigido pues, no solo aumentar considerablemente su número, sino seleccionarlo, capacitarlo, disciplinarlo y remunerarlo debidamente¹ [...] La relajación de los vínculos jerárquicos, del entusiasmo o apego a la función eran notorias al principio del Quinquenio y constituían motivo de seria preocupación. Nos pareció importante establecer una firme disciplina y, junto con ella, cambiar el escepticismo en amor hacia la Casa, confianza en su futuro, espíritu de cuerpo o equipo y conceptos de responsabilidad moral” (Gutiérrez Higuera 1954). En estas palabras constatamos la importancia tanto del espacio físico del manicomio como del personal que lo asiste dentro de una función disciplinaria rígidamente establecida, aspectos todos ellos que caracterizan las instituciones totales (Goffman 1988) y el tratamiento moral (Morel y Quérel 2000; Quérel 2000), un conjunto de dogmas indiscutibles descansando sobre un sistema de ideas dominantes legitimadas desde el poder.

Como vemos un ingente esfuerzo que a lo largo de décadas abarca un esfuerzo intelectual (o su sueño lejano) por contribuir al desarrollo de una ciencia psiquiátrica incipiente, pero un sueño clara y definitivamente matizado “desde dentro” por las directrices ideológicas de un régimen político antidemocrático².

1 A este respecto, González Duro (1989) reconoce que el personal que asistía los manicomios, y también el de Jaén, ha sido un personal históricamente mal pagado.

2 El Reglamento de funcionamiento de Régimen Interior de Los Prados, constituye una fuente primaria incuestionable sobre la que realizar esa lectura ideológica.



Conclusiones

La primera etapa responde a claves fundamentalmente sociales, de pobreza social estructural mientras que la segunda etapa, responde además a claves identitarias, profesionales y de compromiso político e ideológico, de Juan Pedro Gutiérrez Higuera, establecidas en una especie de simbiosis, que dan lugar en 1952 al Sanatorio Neuropsiquiátrico Los Prados.

Cualquier estudio actual que pretenda abordar hoy el estado de la atención a la salud

mental necesita revisar su historia documentada y contextualizarla en las circunstancias sociales, políticas, culturales y biográficas de referencia. De esta manera será posible recuperar los vínculos históricos necesarios que permitan comprender cabalmente dónde nos encontramos.

Contacto:

María Hernández Padilla
Universidad de Jaén
Campus las lagunillas, Edif. B3, 226 – 23071 JAÉN
Tfno: 953 21 25 14
mpadilla@ujaen.es



BIBLIOGRAFÍA

- CASTILLA DEL PINO, Carlos. La psiquiatría española (1939–1975). En: CASTELLET, J.M. (ed.). *La cultura bajo el franquismo*. Barcelona: Anagrama, 1977, p. 79–129.
- DE MIGUEL, Amando. *Sociología del franquismo*. Barcelona: Editorial Euros, 1975.
- Decreto de 3 de julio de 1931, de asistencia a enfermos mentales.
- DUALDE BELTRÁN, Fernando. *El concepto de esquizofrenia en los autores españoles a través de las publicaciones psiquiátricas españolas (1939–1975)*. Tesis Doctoral. Valencia: Universitat de València, 2004.
- FOUCAULT, Michel. *Historia de la locura en la época clásica*. Vol. I. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2002.
- FOUCAULT, Michel. *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa, 2003.
- GARCÍA, José y ESPINO, Antonio. Antecedentes y ordenación político-administrativa de la reforma psiquiátrica. En: GARCÍA, José; ESPINO, Antonio y LARA, Ladislao. *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos, 1998, p. 3–23.
- GARCÍA, Ramón (1972). Ideología de la locura y locuras de la ideología. En: BASAGLIA, Franco. *¿Psiquiatría o ideología de la locura?* Barcelona: Cuadernos Anagrama, 1972.
- GARCÍA SÁNCHEZ, Adelaida. Los servicios psiquiátricos provinciales antes de la construcción del Sanatorio “Los Prados” (1850–1950). Jaén: *Boletín Instituto de Estudios Giennenses*, 2005, n° 191, p. 349–392.
- GARCÍA SÁNCHEZ, Adelaida. *La organización de la Beneficencia en la provincia de Jaén en el siglo XIX: 1822–1852*. Jaén: Instituto de Estudios Giennenses, 2007.
- GIMENO, J.; ESCALAS, J.Y TORRAS, O. Creación de un cuerpo de alienistas (1926). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 2000, n° 75, p. 175–176.
- GOFFMAN, Erving. *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.
- GONZÁLEZ DURO, Enrique. *Treinta años de psiquiatría en España: 1956– 1986*. Madrid: Libertarias, 1987.
- GONZÁLEZ DURO, Enrique. *Memoria de un manicomio*. Madrid: Libertarias, 1989.
- GUTIÉRREZ AGUILERA, Carlos. Psiquiatría en la provincia de Jaén. Consideraciones previas al estudio de un mapa psiquiátrico de nuestra provincia. *Seminario Médico*, 1953, Vol. I, n° 1, p. 56–77.
- GUTIÉRREZ AGUILERA, Carlos. La psiquiatría de Jaén. Apuntes históricos de nuestra asistencia psiquiátrica provincial desde principios del siglo XX. *Seminario Médico*, 1978, n° 38, p. 79–125.
- GUTIÉRREZ HIGUERAS, Juan Pedro. Sanatorio Neuropsiquiátrico de Los Prados de la Beneficencia Provincial de Jaén. *Memoria sobre las obras y funcionamiento durante el quinquenio 1949–1953*. Jaén: Instituto Estudios Giennenses, 1954.
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. *Rev. Frenia*, 2001, Vol. I, n° 1, p. 9–36.
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española del siglo XIX. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 2002, Vol. 2, n° 2, p. 92–106.
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. *Lafora, Vallejo-Nágera, Garma. Los médicos de la mente. De la neurología al psicoanálisis*. Madrid: Nivola Editores, 2002a.
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. *Organizar y persuadir*. Madrid: Frenia, 2002b.
- Ley 13/1983, de 24 de octubre de modificación del Código Civil en materia de tutela.
- MOREL, Pierre y QUÉTEL, Claude. Las terapéuticas de la alienación mental en el siglo XIX. En: POSTEL, Jacques y QUÉTEL, Claude. *Nueva historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica, p. 299–310.
- PALMA, Fermín. Juan Pedro Gutiérrez Higuera (1901–1978). *Seminario Médico*, 1999, Vol. 51, Número Especial, p. 66–112.
- QUÉTEL, Claude. La vida cotidiana en un asilo para alienados a fines del siglo XIX. En: POSTEL, Jacques y QUÉTEL, Claude. *Nueva historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica, p. 311–316.
- Reglamento para el Manicomio Provincial de Jaén. Jaén, 1936. Leg. 3184/40.
- Reglamento de Régimen Interior del Sanatorio Neuropsiquiátrico de “Los Prados”. Jaén, 1956. Leg. 92/10.
- SIMÓN LORDA, David y GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, Emilio. *Materiales para una historia de la psiquiatría en Galicia: Siglo XX*. Disponible en: <http://www.psiquired.com>.



Evaluación de resultados clínicos I: Entre la significación estadística y la relevancia clínica

Ioseba Iraurgi

Psicólogo clínico

Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde. Bilbao

*Hay quien utiliza la estadística como el borracho la farola:
más para apoyarse que para iluminarse*

Resumen: Resulta frecuente encontrar en las publicaciones biomédicas y psicosociales estudios orientados a valorar efectos entre tratamientos o intervenciones que presentan el grado de significación p como el principal argumento científico sobre la existencia o ausencia de tales efectos. Esta tendencia a centrar las conclusiones estadísticas en el grado de significación conlleva un grave problema: confundir la 'significación o importancia clínica o científica' con la 'significación estadística'. Inicialmente, a partir de datos simulados, se presenta evidencia de que ambas significaciones corresponden a procesos diferentes, los cuales han de considerarse en conjunto y no de manera excluyente. Se repasan los conceptos de significación estadística, el proceso de investigación e inferencia estadística y, finalmente, el concepto de significación o importancia clínica.

Palabras clave: Significación estadística, Significación clínica, Contraste de hipótesis, Inferencia estadística.

Summary: In the biomedical and psychosocial publications, result frequent to find studies guided to value effects between treatments or interventions that present the p value as the principal scientific argument on the existence or absence of such effects. This trend to center the statistics conclusions in the significance value involve a serious problem: to confuse the 'clinic/scientific significance or importance' with the 'statistical significance'. Initially, on the basis of simulated data, is presented evidence of the fact that both significances correspond from different processes, those which have of be considered by and large and not of excluding way. The concepts of statistical significance, investigation process and statistical inference and, finally, the clinical significance or clinical importance are reviewed.

Key words: Statistical significance, clinic significance, Hypothesis contrast, Statistical inference.

La cita que sigue al título de este artículo —una adaptación de la ofrecida por Cantervill y recogida en la editorial a este número de la revista *Norte de salud mental*—, pretende ser un a priori de la idea que se aspira a transmitir en

las páginas siguientes: la estadística es un medio, no un fin para dar respuesta a las preguntas científicas. Es una herramienta útil y válida utilizada en el método científico, pero se espera que quien la utilice lo haga con rigor y



no de forma inapropiada, sea de forma intencionada porque conoce su utilidad y pervierte su uso, o bien de forma ingenua, por desconocimiento de las normas que la rigen y ante la necesidad de publicar unos resultados. A esto último ha contribuido enormemente la disponibilidad de sofisticados programas informáticos que ponen a nuestro alcance todo un abanico de pruebas y algoritmos estadísticos, hasta el punto que muchos usuarios de estos programas creen ser expertos en estadística. Pero no basta con cruzar unas variables y observar los valores de significación estadística que nos dan estos programas para elaborar un adecuado informe de investigación, no por tener más datos y pruebas de contraste complicadas se ofrece un mejor informe. Hacer investigación no es manejar la estadística; se puede ser un buen investigador sin tener ni idea de estadística. Dominar el método científico es lo que hace a uno buen investigador; la estadística sólo es una de sus herramientas. Pero, precisamente por ser una utilidad para la ciencia, es ineludible que un buen investigador conozca qué es lo que subyace a la estadística y a su interpretación.

En el ámbito clínico, donde muchos profesionales sanitarios muestran interés en los avances diagnósticos y terapéuticos y siguen periódicamente las novedades en los medios de divulgación científica, o incluso colaboran en ellos, es de especial importancia tener unos conocimientos básicos de lo que nos ofrece la estadística. Muy a menudo se malinterpretan los resultados de las pruebas de contraste de hipótesis para descubrir las diferencias entre dos tipos de terapias, considerando que un resultado estadísticamente significativo implica un resultado clínicamente concluyente. Y resulta de enorme importancia diferenciar entre lo que es estadísticamente significativo de lo que es clínicamente importante o sustantivamente relevante. Como bien plantean Pita y Pértega (2001), desde el punto de vista clínico la significación estadística no resuelve todos los interrogantes que hay que responder ya que la asociación estadísticamente significativa puede no

ser clínicamente relevante y, además, la significación estadística puede no ser causal. Es decir, podemos encontrar asociaciones estadísticamente posible y conceptualmente estériles (Silva, 1997).

Veamos qué queremos decir mediante un ejemplo práctico, aunque para el cálculo se hallan utilizado datos simulados. Supongamos que disponemos de dos tratamientos (A y B) para el manejo de una enfermedad, dolencia o síntoma (p.ej.: un trastorno del sueño), y deseamos conocer cuál de ellos es mejor. Las intervenciones pueden ser tanto farmacológicas, como psicoterapéuticas, como de otra índole. El tratamiento A, al que llamaremos experimental (Exp), es una modalidad de intervención novedosa que se espera tenga más éxito que el tratamiento B estándar, al que llamaremos control (Ctrol). Para valorar el éxito del tratamiento se consideran dos criterios: una inducción del sueño en menos de 20 minutos y un mínimo de duración del sueño de 6 horas. Por otra parte, para considerar mejor un tratamiento sobre el otro se espera una diferencia de mejoría de al menos un 10% en el porcentaje de enfermos que logran el objetivo. Con ello, estaríamos definiendo lo que entendemos por diferencia clínicamente importante, que en nuestro caso es de un 10%. Para llevar a cabo el experimento se diseña un ensayo clínico aleatorio con dos grupos de intervención realizado con condiciones óptimas de ejecución y control exhaustivo de los sesgos. Este ensayo es realizado en cuatro contextos diferentes: en un Centro de Salud Mental (CSM) de una localidad pequeña (Estudio 1), en un CSM de una gran ciudad (Estudio 2), y a través de la colaboración multicéntrica de 20 CSMs (Estudios 3 y 4). Los resultados obtenidos se presentan en la tabla I bien a través de una medida basada en un indicador dicotómico (obtiene o no, mejoría), por lo que estaríamos comparando una medida basada en proporciones, o a través de una escala de medida continua, donde la comparación sería de medias.



TABLA 1
Comparación de proporciones y medias para la valoración de los efectos clínicamente importantes y estadísticamente significativos. Datos simulados.

| Contraste de Proporciones | Estudio 1 | | Estudio 2 | | Estudio 3 | | Estudio 4 | |
|---------------------------|--------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|
| | Exp | Ctrol | Exp | Ctrol | Exp | Ctrol | Exp | Ctrol |
| Mejoría | 7 | 5 | 70 | 50 | 700 | 700 | 550 | 500 |
| Si | (70%) | (50%) | (70%) | (50%) | (70%) | (70%) | (55%) | (50%) |
| No | 3 | 5 | 30 | 50 | 300 | 300 | 450 | 500 |
| Total | (30%) | (50%) | (30%) | (50%) | (30%) | (30%) | (45%) | (50%) |
| | 10 | 10 | 100 | 100 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 |
| Magnitud Efecto | 20% | | 20% | | 20% | | 5% | |
| DP | 1,55 (0,56 a 4,29) | | 1,55 (1,13 a 2,14) | | 1,55 (1,40 a 1,72) | | 1,10 (1,01 a 1,20) | |
| RR (IC 95%) | | | | | | | | |

| | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Prueba contraste y Significación | $\chi^2= 0,83333$ p= 0,361 | $\chi^2= 8,333$ p= 0,005 | $\chi^2= 83,33$ p< 0,00001 | $\chi^2= 5,01$ p< 0,025 |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|

| Contraste de Medias | Estudio 1 | | Estudio 2 | | Estudio 3 | | Estudio 4 | |
|---------------------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
| | Exp | Ctrol | Exp | Ctrol | Exp | Ctrol | Exp | Ctrol |
| Mejoría | 5 | 4 | 50 | 40 | 5 | 4 | 4,25 | 4 |
| Media | 3,03 | 1,61 | 3,04 | 1,62 | 3,04 | 1,62 | 3,03 | 1,61 |
| Desviación Total | 10 | 10 | 100 | 100 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 |

| | | | | | | | | |
|-----------------|------------------|--|-----------------|--|-----------------|--|--------------------|--|
| Magnitud Efecto | 1 (-1,46 a 3,46) | | 1 (0,32 a 1,68) | | 1 (0,78 a 1,21) | | 0,25 (0,03 a 0,46) | |
| DM (IC 95%) | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Prueba contraste, Grados d libertad y Significación | t= 0,87 g.l.= 13,71 p= 0,398 | t= 2,90 g.l.= 150,82 p< 0,005 | t= 9,20 g.l.= 1521,89 p< 0,0001 | t= 2,30 g.l.= 1521,89 p= 0,021 |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

DP: Diferencia de Proporciones / RR (IC 95%): Riesgo Relativo (Intervalo de Confianza del 95% del RR) DM (IC95%): Diferencia de Medias (Intervalo de Confianza del 95% de la DM) χ^2 : Ji cuadrado; t: t de Student

En el Estudio 1 han participado 10 personas por grupo y observamos como con el tratamiento A (Exp) se han curado 7 personas (7/10*100= 70%) mientras que con el B (Ctrol) han mejorado 5 (5/10*100= 50%). Como podemos ver la diferencia de curaciones observada entre uno y otro es del 20% (70%-50%) y resulta bastante superior al 10% que previamente nos habíamos fijado como importante. Utilizando la prueba adecuada para la comparación de proporciones, la Ji-cuadrado de Pearson, obtenemos un valor de $\chi^2= 0,83$ y un valor de probabilidad asociado de p=0,361. Para nuestra desgracia es un resultado no significativo, si tomamos como umbral de significación el famoso valor de p<0,05. Nos encontramos ante un ejemplo de una diferencia clínicamente importante pero estadísticamente no significativa.

Por su parte, en el Estudio 2 intervienen 100 personas en cada grupo y se observan las mismas proporciones de éxito en ambos gru-

pos que en el Estudio 1, de modo que la diferencia de mejoría del grupo Exp frente al Ctrol sigue siendo de un 20%. Ahora bien, en este caso se obtiene una prueba de $\chi^2= 8,33$ con un valor de probabilidad estadísticamente muy significativo (p<0,005). Incluso en el Estudio 3, con 1000 casos en cada grupo, se sigue manteniendo la misma diferencia de mejoría del 20%, siendo la $\chi^2= 83,33$, pero en este caso alcanzando un valor de probabilidad de 0,00001. Y aquí encontramos una primera observación obvia: la significación estadística aumenta a medida que incrementamos el tamaño de la muestra, sin que se modifique en absoluto el efecto de mejoría del tratamiento.

Pero centrémonos ahora en el Estudio 4 respecto al 3; en los cuales participan 1000 personas en cada grupo de tratamiento. Como hemos podido observar en el Estudio 3 se ha logrado una diferencia clínicamente importante (un 20% de mejoría, superior al 10% planteado como diferencia mínima importante) y estadísticamente significativa (p<0,05; concretamente p<0,00001). En el Estudio 4 también se obtiene una diferencia estadísticamente significativa (p<0,025), pero la importancia clínica lograda (de un 5%) no alcanza la diferencia clínica mínimamente importante del 10%. Es decir, el estudio arroja datos estadísticamente significativos pero clínicamente irrelevantes.

Es aquí donde resulta apropiada una reflexión de Guttman que, en una obra ya clásica de la estadística —‘What is not what statistics’, de 1977— proponía lo siguiente: “Una prueba estadística ‘no es una prueba de relevancia científica’. Bajo ningún concepto la relevancia del dato se encuentra en la técnica de análisis, sino en la repercusión del mismo en el conocimiento del objeto de estudio. Es perfectamente compatible encontrar diferencias estadísticamente significativas que no suponen relevancia clínica, y viceversa”.

Volviendo a nuestro ejemplo, ¿qué podemos concluir de estos datos?. Pues que al aumentar



el tamaño muestral conseguimos aumentar la precisión de nuestras mediciones y disminuir la variabilidad explicada por el azar. Por eso, ante la misma diferencia pero con un mayor tamaño muestral hemos conseguido reducir el valor de la p de 0,361 a 0,005, e incluso a un valor menor de 0,0001. Como vemos el valor de p depende no solo de la diferencia de los grupos de estudio, sino del tamaño muestral. Siempre podemos encontrar diferencias estadísticamente significativas con un tamaño muestral lo suficientemente grande aunque las diferencias sean muy pequeñas e irrelevantes desde un punto de vista clínico o científico, como es el caso del Estudio 4. En definitiva, la p no es una medida de asociación, sino la probabilidad de que el resultado observado se deba al azar, y por ello se ve muy influenciada por el tamaño muestral ya que con ello se aumenta la precisión al reducirse el error de medida. Por tanto, las pruebas estadísticas, y por ende los valores p , son función de dos características fundamentales, el tamaño de las muestras y del tamaño del efecto encontrado; si ambos o alguno de ello aumenta considerablemente, los valores de p cada vez se hacen más pequeños. De este modo, lograr resultados estadísticamente significativos es relativamente fácil, aunque costoso, simplemente aumentando el número de efectivos participantes en un estudio; aumentar el tamaño de los efectos es precisamente lo que se pretenden con la investigación, pero este logro resulta normalmente ser más arduo de lograr.

La investigación y el proceso de contraste de hipótesis

Hasta el momento hemos venido hablando de la significación estadística, la cual no puede desligarse del proceso de inferencia a partir del contraste de hipótesis, el cual conlleva toda una conceptualización que a menudo es el causante de las miradas de perplejidad hacia la estadística. Como venimos diciendo reiteradamente, la estadística es una disciplina fundamentada en la matemática que tiene su principal base en

la teoría de la probabilidad. La inferencia es el proceso de toma de decisiones, sobre la base de unos datos parciales pertenecientes a una población, para extraer conclusiones acerca de esa población. En el ámbito clínico trabajamos con personas que presentan una determinada enfermedad, trastorno o síntoma, por ejemplo una depresión, a las cuales tratamos con una(s) determinada(s) terapéutica(s). Acumulamos cierta experiencia y obtenemos resultados, pero el acceso al número de pacientes con esa patología, por muy larga que sea nuestra vida profesional, rara vez se aproxima al total de individuos que constituyen la población de personas con diagnóstico de depresión. En definitiva, en nuestro estudio contamos con una muestra limitada que forma parte de las infinitas posibles muestras de una población de referencia, lo cual implica que los resultados obtenidos pueden presentar fluctuaciones debidas puramente al azar. No obstante, trabajamos con unos pocos e inferimos que su respuesta es la que tendría el total de las personas con esa afección que fueran tratadas con esa determinada terapéutica. Pero para hacer esa extrapolación nos estaríamos manejando con un cierto grado de incertidumbre, y es ahí donde la estadística nos permitiría estimar el grado o probabilidad de acertar o equivocarnos. Si pudiéramos tratar al total de la población, no sería necesaria la estadística para llegar a conclusiones, ya que tendríamos la certeza absoluta. El ejemplo más evidente de este principio se halla en las elecciones de un país: antes del plebiscito los sondeos ofrecen una estimación del voto que perfila la posible configuración de los electos, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 3% —¿les suena?—; una vez celebradas las elecciones la configuración de electos es de tantos y cuantos, sin horquillas ni variaciones posibles.

Pero cuál es la implicación de la estadística en el proceso de investigación. Pongamos un caso y vayamos desarrollándolo. En la situación más sencilla de investigación, por ejemplo, evaluar el efecto de un tratamiento sobre la mejo-



ría de un trastorno, nos encontramos con dos variables: una independiente —la primera— con al menos dos niveles de variación (ofrecer un tratamiento experimental —Exp— frente a otro alternativo o no ofrecer nada, denominado usualmente control —Ctrl—), y otra dependiente —la segunda— que puede ser medida también a través de dos niveles (éxito vs fracaso, existe o no sintomatología, etc.) o mediante una medida de tipo continuo (p.ej.: un inventario de síntomas como la BPRS) —recordemos los datos de la Tabla I—. La tarea del investigador consiste en determinar el grado en que los datos de la investigación reflejan una relación entre las variables independiente y dependiente; o dicho de otro modo, el análisis estadístico de los datos persigue determinar si dos grupos que difieren en el lugar que ocupan en la variable independiente (exp vs Ctrl), difieren también en la variable dependiente (éxito vs fracaso). Pues bien, tanto en la relación entre las variables como la ausencia de relación entre las mismas, pueden resultar enmascaradas por dos clases de errores: 1) los errores constantes, también llamados sesgos, y 2) los errores variables o error estocástico o debido al azar. Los sesgos son producidos por variables extrañas que afectan de manera constante los resultados de una investigación; por ejemplo afectan siempre de la misma manera la relación (o la falta de relación) entre las dos variables (independiente y dependiente), o afectan siempre de la misma manera (favorable o desfavorablemente) a los grupos de la investigación, es decir, a los niveles de la variable independiente. Ejemplos de sesgos sería ofrecer una atención especial al grupo Exp más allá de lo estipulado en el protocolo, utilizar instrumentos mal calibrados, que los participantes del estudio reciban tratamiento simultáneo en otro servicio sin conocerlo, etc.). Por su parte, los errores estocásticos son producidos por variables extrañas que afectan de manera variable los resultados de la investigación; se trata de variables ajenas a la investigación que actúan aleatoriamente sobre todos los sujetos, y que por esa misma razón,

sus efectos tienden, a largo plazo, a anularse mutuamente.

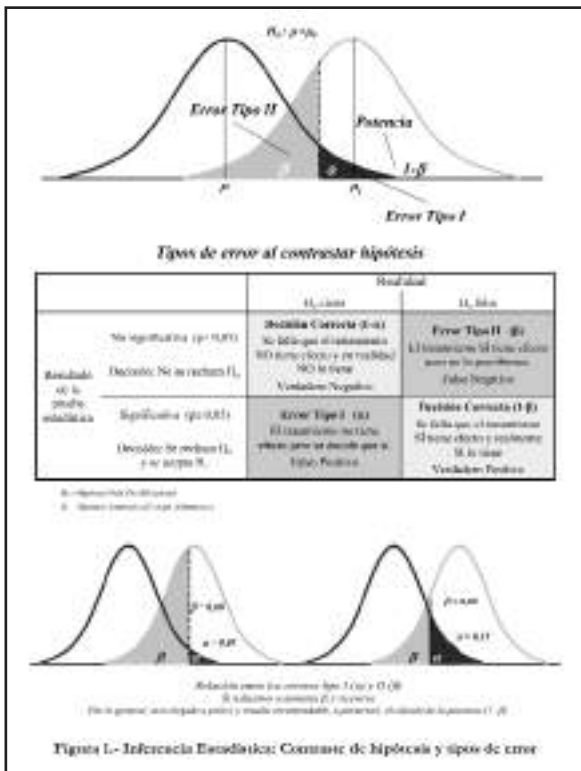
Los sesgos son controlados usualmente a través del diseño de investigación. Un buen protocolo, una adecuada implementación y un correcto seguimiento permiten controlar el efecto de tales sesgos. La experiencia del investigador, la evidencia recogida en estudios similares ya realizados, la supervisión de expertos permiten detectar muchos de los sesgos usualmente comunes. Ahora bien, nunca se tiene garantía de que algún sesgo pudiera influir en la investigación, y en el caso de que actuase afectaría a la validez de los datos recogidos impidiendo la correcta interpretación de los resultados (Iraurgi, 2000; Argimón y Jiménez, 2004).

En cuanto a los errores variables, además de los esfuerzos que puede hacer el investigador para minimizar la varianza de error a través del diseño de la investigación, una forma de afrontar dichos errores es mediante la inferencia estadística. Como hemos comentado más arriba, esta expresión se aplica a un conjunto de procedimientos utilizados para determinar el grado en que la relación observada entre dos variables puede explicarse como resultado del azar o, por el contrario, son producto del efecto del tratamiento investigado. Para esta determinación, históricamente se han venido realizando dos tipos de procedimientos (Doménech, 1998; Argimón y Jiménez, 2004): el basado en la prueba de significación estadística o prueba de la hipótesis nula, originaria de Fisher (1922), y la prueba de contraste de hipótesis de Neyman-Pearson (1928a, 1928b).

En el enfoque de Fisher se parte de la especificación a priori de una hipótesis nula, la cual plantea la no asociación entre dos variables; que para el caso de un estudio clínico en el que se comparan dos tratamientos, la hipótesis nula establece que no existen diferencias entre los tratamientos evaluados. Del mismo, en la prueba de significación estadística, Fisher propone un valor de 'p' como criterio utilizado para eva-

luar la hipótesis nula; es la probabilidad, bajo el supuesto de que la hipótesis nula es correcta, de encontrar un resultado igual o más extremo que el observado en el estudio —en el supuesto también de no hay fuentes de sesgo en la recolección de los datos o en el proceso de análisis—. En la prueba de significación estadística fisheriana valores de ‘p’ muy pequeños indican bajo grado de compatibilidad entre la hipótesis nula y los datos del estudio, por tanto este valor de ‘p’ es un índice que mide la fuerza de evidencia contra la hipótesis nula. Así, Fisher propuso que valores de ‘p’ menores a 0,05 fueran tomados como criterios de evidencia en contra de la hipótesis nula, pero no como criterio absoluto. Es más, un valor de ‘p’ alrededor de 0,05 no podría llevar ni al rechazo ni a la aceptación de la hipótesis nula, sino a la decisión de realizar otro experimento. Es decir, Fisher pretendía ofrecer un criterio objetivo a las conclusiones, pero sin pretender que fuera un método rígido.

Por su parte, en el enfoque de Neyman–Pearson —o contraste de hipótesis— se establecen unas reglas de decisión para interpretar los resultados del estudio con antelación a la realización de éste, y el resultado del análisis es sencillamente el rechazo o la aceptación de la hipótesis nula. La primera de ellas fija un punto de corte, llamado nivel de significación o nivel Alfa (α), usualmente de 0,05 ó 0,01, para juzgar al valor de ‘p’ y este criterio se usa para rechazar o no la hipótesis nula (si $p \leq 0,05$ se rechaza la hipótesis nula, si $p > 0,05$ se acepta). En contraste con el enfoque de Fisher, bajo la perspectiva de Neyman–Pearson los valores de ‘p’ no son interpretados, sino que el valor ‘p’ es valorado con respecto al nivel alfa preestablecido. Es decir, el nivel alfa se especifica en el diseño y planificación del estudio y el valor de ‘p’ es la cantidad derivada del estudio una vez concluidos y analizados los datos de éste. Por ello, el nivel de significación alfa es una de las incorporaciones distintivas de estos autores. Otra aportación interesante del enfoque de Neyman–Pearson es que, además de la hipótesis nula (H_0), se debe especificar también a priori una hipótesis alternativa (H_1) lo más precisa posible. Es decir, no basta con sólo señalar que no hay diferencias entre los tratamientos evaluados, sino que hay que indicar cuánto es mejor el tratamiento a prueba respecto al de comparación. El contraste de hipótesis planteado por Neyman–Pearson no establece la verdad de la hipótesis, sino un criterio que nos permite decidir si una hipótesis se acepta o se rechaza, o el determinar si las muestras observadas difieren significativamente de los resultados esperados. En este proceso podemos incurrir en dos tipos de errores según sea la situación real o falsa y la decisión que tomemos (Figura 1), siendo esta la tercera gran innovación de estos autores al proceso de inferencia estadística. Estos errores consisten en lo siguiente: 1) Si la hipótesis para probar (H_0) es realmente verdadera y ésta se rechaza de manera errónea a favor de la alternativa (H_1), es decir, no existen diferencias y se asume que sí las hay, se estaría cometiendo un error Tipo



l, lo cual supondría asumir un falso positivo; y 2) si la hipótesis para probar (H_0) es realmente falsa y ésta no se rechaza, es decir, existen diferencias pero se asume que no las hay, se cometería un error Tipo II, que implicaría una decisión falsa negativa. El riesgo de cometer el error tipo II se designa con una probabilidad: llamada probabilidad Beta (β), siendo su complemento ($1-\beta$) la llamada 'potencia' o poder del estudio, el cual se puede definir como la probabilidad que tiene un estudio para detectar diferencias entre tratamientos cuando realmente existen. En otras palabras, la potencia de un estudio es la probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando ésta es falsa, o lo que es lo mismo, la probabilidad de aceptar la hipótesis alternativa cuando ésta es cierta. Por otro lado, minimizar los errores no es una cuestión sencilla, un tipo suele ser más grave que otro y los intentos de disminuir uno suelen producir el aumento del otro. En la Tabla 2 se proponen algunas recomendaciones para disminuir ambos tipos de errores.

Estas serían las bases de ambas posiciones, enfrentadas por otra parte, y que aún hoy su debate está sin resolver. Un desarrollo históri-

co de la inferencia estadística y del papel que jugaron estos padres de la estadística es descrita de forma ejemplar por Rodríguez-Arias (2005) y al cual seguiremos en el apartado siguiente al abordar los pasos del ritual de las pruebas de significación estadística.

Pasos del ritual de la prueba de significación estadística

El texto que sigue en este apartado ha sido tomado de Rodríguez-Arias (2005) prácticamente de forma textual, en la convicción de que es una de las mejores descripciones del proceso de inferencia que conozco y que difícilmente podría mejorar. Disculpenme esta licencia, sin duda abusiva, pero con ello quiero rendir tributo a su autor, al cual se debe citar sin duda cuando se quiera referenciar algo de lo que a continuación se detalle.

Rodríguez-Arias, plantea cuatro pasos en el ritual de la prueba de significación estadística; a saber:

«1. El investigador formula la hipótesis nula. En términos generales, la hipótesis nula afirma

TABLA 2

Recomendaciones para disminuir los errores de tipo I y II

Para el error de tipo I

- Disponer de una teoría que guíe la investigación, y permita definir a priori las hipótesis de investigación.
- Realizar un adecuado diseño y planificación del estudio de forma que se evite 'ir de pesca' una vez obtenidos los datos.
- Disminuir el número de pruebas estadísticas llevados a cabo en el estudio, solo las necesarias y mayormente guiadas por la hipótesis a priori
- Depurar la base de datos para evitar errores de valores extremos que puedan alterar los hallazgos hacia niveles significativos.
- Utilizar niveles de significación o valores de alfa más reducidos del convencional $p < 0,05$ (0,01 ó 0,001).
- Reproducir el estudio. Si al reproducir el estudio se obtienen resultados similares, estaremos más seguros de no estar cometiendo el error de tipo I.

Para el error de tipo II

- Incrementar el tamaño de la muestra.
- Estimar el poder estadístico del estudio.
- Incrementar el tamaño del efecto a detectar.
- Incrementar el valor de alfa.
- Utilizar pruebas estadísticas más robustas y potentes, las llamadas paramétricas (t de Student, F de Fisher, pruebas basadas en el Modelo Lineal General -MLG-), en lugar de las pruebas no paramétricas (McNemar, Friedman, Wilcoxon, etc.).

Adaptado de: Pita y Pérttega, 2001; Manterola y Viviana, 2008



que no existe ninguna relación real o verdadera entre las variables independiente y dependiente de una investigación, y que, por tanto, si alguna relación es observada entre dichas variables en los datos de la investigación, la misma podría explicarse como resultado del azar. Es por eso que a la hipótesis nula se le llama la hipótesis del azar. Dicho de otra manera, la hipótesis nula expresa que si se repitiera la investigación un número suficiente de veces, siempre con una muestra distinta extraída aleatoriamente de la misma población, las diferencias en la variable dependiente entre los grupos de la investigación tenderían a neutralizarse y terminarían siendo cero. El razonamiento implícito en la hipótesis nula es el siguiente: suponiendo que el resultado de una investigación particular constituye una selección al azar de entre una multitud de resultados posibles, el investigador se pregunta cuál sería la probabilidad de obtener por azar la diferencia que él ha encontrado entre los grupos de su investigación. Si esa probabilidad es igual o menor que un nivel de probabilidad convencional previamente establecido ($p \leq 0,05$), entonces el investigador concluye que los resultados por él observados no se deben al azar y, por tanto, rechaza la hipótesis nula. Si, en cambio, la probabilidad de que la diferencia observada entre los grupos se pueda explicar como resultado del azar es superior al nivel de probabilidad convencional previamente establecido ($p > 0,05$), entonces no se puede descartar el azar, es decir, no se rechaza la hipótesis nula. Esta formulación es puramente fisheriana.»

«2. Es obvio que la decisión sobre la hipótesis nula requiere de que se haya establecido previamente un nivel de significación estadística, es decir, un criterio que sirva de base a la decisión de rechazar o no rechazar la hipótesis nula. Al establecer un criterio de decisión sobre la hipótesis nula, el investigador puede valorar los errores que podría cometer en su decisión sobre la hipótesis nula. Una primera forma de error (se conoce como el error tipo I) consiste en rechazar una hipótesis nula verdadera, es

decir, descartar el azar como explicación cuando los resultados podrían explicarse razonablemente con base en el mismo. Este es el error que comete el investigador que ve más de lo que hay en los datos; es decir, el investigador concluye que existe una relación real o verdadera entre las variables independiente y dependiente de la investigación, cuando en realidad la relación observada se puede explicar razonablemente como resultado del azar. El llamado error tipo I es el error del investigador que se apresura a concluir a favor de su hipótesis de investigación. Fisher no habló de ningún otro error, pues la prueba de la hipótesis nula para él no era otra cosa que un freno a la tendencia natural de un investigador a creer que la hipótesis ha sido confirmada por el simple hecho de que los resultados de la investigación siguen la misma dirección de la hipótesis.»

«En la estrategia de Fisher sólo hay un error posible: rechazar una hipótesis nula verdadera. Una segunda forma de error (se conoce como el error tipo II), introducida por Egon Pearson y Jerzy Neyman consiste en no rechazar una hipótesis nula falsa, es decir, no descartar el azar aun cuando éste no constituye una explicación razonable de los datos. Este es el error que comete el investigador que ve menos de lo que hay en los datos; por miedo a rechazar incorrectamente el azar, el investigador puede exponerse al riesgo de pasar por alto una relación real o verdadera entre las variables de su investigación. Fueron Pearson y Neyman los que, al introducir un segundo tipo de error, bautizaron como error tipo I al error del que había hablado Fisher.»

«En la perspectiva fisheriana el nivel de significación estadística es el punto que separa las probabilidades que nos conducen a rechazar la posibilidad de que la relación observada entre las variables de una investigación se deba completamente a errores variables (errores de azar) de aquellas probabilidades que nos conducen a no rechazar esa posibilidad. Según Fisher, el nivel de significación estadística equivale a la magni-



tud del riesgo que está dispuesto a correr el investigador de cometer el error de rechazar una hipótesis nula verdadera (el llamado error tipo I). Para la mayoría de los propósitos, el nivel de significación previamente establecido suele ser de 0,05, aunque en áreas de investigación más rigurosas se trabaja con un nivel de significación de 0,01. Suponiendo que se trabaja con un nivel de significación de 0,05, se rechazaría la hipótesis nula siempre que la probabilidad de explicar los resultados obtenidos en una investigación, como si fueran obra del azar, sea igual o menor que 0,05.»

«En la perspectiva de Pearson y Neyman, para establecer el nivel de significación estadística habría que atender al impacto de cada tipo de error en el objetivo del investigador, y a partir de ahí se decidiría cuál de ellos es preferible minimizar. Pearson y Neyman llamaron alfa al error tipo I y beta al error tipo II; a partir de este último tipo de error, introdujeron el concepto de “poder de una prueba estadística”, el cual se refiere a su capacidad para evitar el error tipo II, y está definido por $1 - \beta$, y en estrecha relación con éste se ha desarrollado el concepto de “tamaño del efecto” que algunos han propuesto como sustituto de los valores p en los informes de investigación científica». (Cohen, 1990, 1994; Kraemer y Thiemann, 1987; Murphy y Myers, 2004).

«3. El tercer paso del llamado ritual de la prueba de significación estadística consiste en la elección de la prueba estadística que se utilizará para someter a prueba la hipótesis nula. Hay dos clases de pruebas estadísticas: las paramétricas y las no paramétricas. Se llama paramétricas a aquellas pruebas estadísticas que exigen que los datos a los que se aplican cumplan con los siguientes requisitos: que los valores de la variable dependiente sigan la distribución de la curva normal, por lo menos en la población a la que pertenezca la muestra en la que se hizo la investigación; que las varianzas de los grupos que se comparan en una variable dependiente sean aproximadamente iguales

(homoscedasticidad, u homogeneidad de las varianzas); y que la variable dependiente esté medida en una escala que sea por lo menos de intervalo, aunque este último requisito no es compartido por todos los estadísticos (McGuigan, 1993; Siegel, 1956). Cuando los datos cumplen con los requisitos indicados, especialmente con los dos primeros, las pruebas estadísticas paramétricas exhiben su máximo poder, es decir, su máxima capacidad para detectar una relación real o verdadera entre dos variables, si es que la misma existe. Las pruebas paramétricas más conocidas y usadas son la prueba t de Student, la prueba F , llamada así en honor a Fisher, y el coeficiente de correlación de Pearson, simbolizado por r . Cuando estas pruebas estadísticas se aplican a datos que violan los dos primeros de los requisitos señalados, pierden parte de su poder. Las pruebas estadísticas no paramétricas, en cambio, no hacen a los datos ninguna de las exigencias que les hacen las pruebas estadísticas paramétricas, por eso se les denomina ‘pruebas estadísticas libres de distribución’. Las más conocidas y usadas de estas pruebas son la χ^2 cuadrada de Pearson, la prueba de la probabilidad exacta de Fisher, los coeficientes de contingencia de Pearson y Cramer, la prueba U de Mann–Whitney, el coeficiente de correlación de rangos de Spearman, y el coeficiente de asociación ordinal de Goodman–Kruskal (coeficiente γ), (Conover, 1999; Leach, 1979; Siegel, 1956). Todas estas pruebas poseen menos poder que las pruebas paramétricas correspondientes, pero han demostrado ser muy útiles como alternativas cuando no se considera apropiado el uso de pruebas paramétricas.»

«4. El último paso del ritual de la prueba de significación estadística consiste en comparar el valor arrojado por la prueba estadística aplicada a los datos con el valor que, en circunstancias comparables, puede ocurrir por azar con una probabilidad de 0,05 ó 0,01, según el valor de la probabilidad que se haya adoptado como nivel de significación estadística. Si, al consultar la tabla de los resultados de la prue-



ba estadística que pueden ocurrir por azar con diferentes niveles de probabilidad, se observa que el resultado de la investigación tiene una probabilidad de ocurrir por azar igual o menor que la probabilidad adoptada como nivel de significación estadística, entonces no se rechaza la hipótesis nula. Si, en cambio, el resultado de la investigación tiene una probabilidad de ocurrir por azar mayor que la probabilidad adoptada como nivel de significación estadística, entonces no se rechaza la hipótesis nula. Esto es todo cuanto diría Fisher al terminar la prueba de la hipótesis nula. Pearson y Neyman, en cambio, incorporaron la idea de simetría entre el rechazo y la confirmación de la hipótesis nula; es a partir de ellos que los libros de texto de estadística han incorporado la expresión 'se acepta la hipótesis nula', pues para Fisher sólo era posible rechazar o no rechazar la hipótesis nula».

Esta lógica de decisiones sobre la aceptación y/o rechazo de hipótesis o de la significación estadística es una de las bases de la inferencia estadística que articulan y justifican el uso de esta herramienta. Usualmente prescin-

dimos de está lógica y tendemos a interpretar directamente los valores $-p$ de las pruebas estadísticas haciendo atribuciones muchas veces inciertas. En la Tabla 3 se presentan algunos de los equívocos más usuales y de las precauciones que debiéramos tener en cuenta cuando interpretamos el resultado de una prueba de significación.

De forma sintética, y a sabiendas de que se trata de una simplificación, cabe concluir que las pruebas de significación estadística nos proporcionan un valor 'p' que nos permiten conocer la probabilidad de que nuestros resultados hayan sido producto del azar, o bien efecto de nuestra intervención. Obtener un valor de 'p' pequeño (inferior al nivel de significación elegido; $p \leq 0,05$ ó $p \leq 0,01$ ó $p \leq 0,001$) implica que existe una probabilidad pequeña —y por tanto asumible— de que los resultados obtenidos se deban al azar y en este caso admitimos que las diferencias o asociación entre las variables son reales (recordemos que podemos estar incurriendo en un error en la decisión). Ahora bien, que podamos asumir que los resultados encontrados se hayan producido verdaderamente, no

TABLA 3

Precauciones a la hora de interpretar el resultado de una prueba de significación

1. El rechazo de la hipótesis nula no sugiere causalidad. Es un error grave asumir que una prueba estadísticamente significativa lleva asociado una relación de causa-efecto
2. Un resultado no significativo no demuestra que la hipótesis nula sea cierta, simplemente advierte de que los datos no aportan suficientes pruebas para dudar de la credibilidad de la hipótesis nula.
3. De otro modo, No significativo es equivalente a No demostrado o No concluyente, pero nunca a ausencia de relación causa-efecto. La relación causa efecto y la validez de un estudio dependen del diseño realizado, no de las pruebas estadísticas. La estadística no puede corregir las insuficiencias de un mal diseño.
4. El resultado estadísticamente significativo no tiene nada que ver con la clínica. La expresión 'muy significativo' es un término estadístico que se utiliza para indicar que la hipótesis nula es poco creíble. La relevancia clínica tiene que ver más con la magnitud del efecto que con la significación estadística.
5. Por tanto, la p no es una medida de la magnitud del efecto ni de la intensidad de la relación entre las variables, ni del grado de eficacia de un tratamiento.
6. Por tanto, al interpretar los resultados de un estudio es importante no quedarse deslumbrado por el grado de significación estadística y aprender a valorar la importancia de los hallazgos y si estos son poco probables que se hallan producido por azar.

Adaptado de: Porta, Plasencia y Sanz, 1988; Rebas, 2003



nos dicen nada de la magnitud del efecto logrado ni de su precisión (Porta, et al, 1988; Pita-Fernández y Pertega, 2001; Rebas, 2003).

A este respecto, desde hace ya tiempo se recomienda, con acierto, acompañar a los valores 'p' con el uso de los intervalos de confianza —e incluso sustituyendo a los propios valores 'p'—, ya que esta herramienta sí que nos aporta información sobre la magnitud y la precisión del efecto (Gardner y Altman, 1986; Clark, 2004). El Intervalo de Confianza (IC) construido a partir de una muestra, es un rango de valores mínimo y máximo entre los cuales esperamos que se encuentre el verdadero valor del parámetro que tratamos de estimar. En las distribuciones normales los intervalos de confianza se construyen sumando y restando al estimador del efecto (la media, la razón de riesgos, etc.) su error estándar [$EE=DT/\sqrt{n}$] multiplicado por el valor de $z=1,96$ para obtener intervalos de confianza del 95%, o por el valor de $z=2,58$ si se pretende obtener un IC del 99%. Por tanto, la amplitud de los intervalos dependerá de la variabilidad o desviación estándar (numerador en la fórmula del EE) y de los efectivos utilizados en la muestra (denominador de la fórmula), de forma que si disminuye el numerador (menor variabilidad) o se incrementa el denominador (aumento del tamaño de la muestra) se reduce el error de medida y, por tanto, aumenta la precisión. Un intervalo de confianza del 95% quiere decir que si se toman 100 muestras de un mismo tamaño y se utiliza cada muestra para construir un IC del 95%, se podría esperar que en promedio 95 de los intervalos incluirían el verdadero efecto de la terapia y cinco no lo hicieran. Una de las características del IC es que existe una relación entre éste y la prueba de hipótesis: cuando el IC del 95% no contiene el valor '0' (en el caso de diferencias de medias) o el valor '1' (en el caso de la razón de riesgos) se presenta una diferencia estadísticamente significativa ($p<0,05$), mientras que si el IC contiene el '0', o el '1' según el caso, entonces no existirían efectos significativos estadísticamente ($p>0,05$). Por

ello, el IC a demás de utilizarse como estimador de la magnitud y precisión, también es válido como medida de significación estadística.

Veámoslo con los ejemplos de la Tabla I. En el estudio 1 se ha obtenido una diferencia de proporciones del 20% que arroja un Riesgo Relativo (RR) de 1,55 a favor del grupo Exp respecto al Ctrl. La prueba de significación estadística a ofrecido una $p=0,361$ y el IC del 95% ha resultado de (0,56 a 4,29). Como vemos, este intervalo de confianza contiene el valor '1', lo cual quiere decir que en alguna de las muestras aleatorias que pudiéramos obtener ambos grupos presentarían la misma proporción de éxitos del tratamiento (numerador y denominador serían iguales). En el estudio 2 se ha observado la misma diferencia de proporciones (20%) y el mismo RR (1,55), pero en este caso el IC del 95% es de (1,13 a 2,14). Como podemos apreciar, el valor 1 esta fuera del recorrido observado, por lo que podríamos concluir que en el 95% de las muestras aleatorias encontraríamos RR de la magnitud del encontrado en nuestro estudio. Observemos como en este caso el valor de la prueba de significación es de $p<0,005$. También ha que destacar como el IC del 95% del Estudio 2 es más estrecho que el del estudio 1, es decir, resulta más preciso: en el Estudio 1 el verdadero valor de la RR en la población oscilaría entre valores de 0,56 a 4,29, mientras que en el Estudio 2 lo haría entre valores de 1,13 a 2,14. En nuestro ejemplo, esta mayor precisión se debe al tamaño de la muestra, 20 casos en el Estudio 1 y 200 en el Estudio 2.

Los intervalos de confianza, a diferencia de los valores 'p', no reducen los resultados a un simple 'blanco o negro', 'estadísticamente significativo o no significativo', sino que nos ofrecen un límite inferior y otro superior entre los cuales se sitúa el verdadero efecto en la población, es decir, nos ofrece una aproximación a la estimación del efecto. En el ámbito clínico, y en el científico en general, es preciso conocer si los resultados obtenidos en nuestra investigación pueden ser extrapolables a la

población con un riesgo mínimo de equivoco —con una probabilidad inferior a un 5%—, pero también nos interesa sobre manera cuál es la magnitud del efecto logrado o la importancia de un resultado.

Clínicamente significativo, relevante o importante

Ernest Rutherford, considerado el padre de la física nuclear, planteaba que “si tu experimento necesita estadística deberías haber hecho uno mejor”. La cita no es un descrédito a las potencialidades de la estadística, sino que descubre dos cuestiones desde mi punto de vista fundamentales: 1) que el éxito de una investigación está en su diseño y planificación (Iraurgi, 2000), y 2) que la magnitud de los resultados deberían ser tan evidente que estuviera más allá de la más mínima probabilidad de error. Lo que buscamos al investigar, en definitiva, no es tanto la significación estadística sino la significación práctica (Kirt, 1996), o lo que Levy (1967) denominó significación sustantiva y que dentro del área asistencial se conoce como significación o relevancia clínica (Jacobson, Follette y Revenstorf, 1984; Kendall, Flannery y Ford, 1999).

Cuando se trata de analizar el denominado cambio terapéutico el efecto formulado en la hipótesis científica recoge el cambio hacia los valores de normalidad dentro del área clínica sometida a intervención, por ejemplo una reducción de la sintomatología depresiva hacia niveles no patológicos. Como hemos podido apreciar en apartados anteriores, en estos casos puede suceder que el cambio estadísticamente significativo no indique el verdadero valor terapéutico, es decir, como en el Estudio 4 del ejemplo (Tabla 1), el efecto logrado no alcance la diferencia clínicamente significativa. Entonces, ¿qué se entiende por clínicamente significativo?. Veamos algunas definiciones encontradas en la literatura:

- “La relevancia clínica de un fenómeno va más allá de cálculos aritméticos y está determinada por el juicio clínico. La rele-

vancia depende de la magnitud de la diferencia, la gravedad del problema a investigar, la vulnerabilidad, la morbimortalidad generada por el mismo, su coste y por su frecuencia entre otros elementos” (Pita-Fernández y Pérttega, 2001).

- “Se entiende por significación clínica la magnitud del cambio atribuida al tratamiento terapéutico que permite que el funcionamiento del sujeto pueda ser considerado normal” (Kendall, Flannery y Ford, 1999).
- Hollon y Flick sugieren que (1988) “la unidad mínima de importancia clínica debe ser definida en términos del más pequeño cambio fiable de algún interés, pero no necesariamente a todas las partes interesadas”.
- El grupo de Lindgren proponen que “cuando se comparan dos métodos del tratamiento, la diferencia más pequeña entre las terapias con respecto a una variable del resultado importante que llevaría a la decisión de modificar el tratamiento denotaría un resultado de importancia clínica” (Lindgren, Wielinsky, Finkelstein y Warwick, 1993).
- LeFort plantea que el término ‘clínicamente significativo’ refleja “la magnitud de cambio, si verdaderamente el cambio representa una diferencia real para conservar la vida, una duración en el tiempo de los efectos, la aceptación del paciente, la relación costo–efectividad y la facilidad de aplicación”.
- Kingman (1992) propone que la significación estadística deviene en una condición necesaria para la importancia clínica y que ambas, la importancia estadística y la clínica, deben coincidir. Para ello, se requiere de una definición de lo que se entiende por importancia clínica, y para lograr este requisito es necesario un consenso entre expertos reconocidos.
- Killooy (2002) sugiere que la significación clínica es una valoración subjetiva realizada por el clínico y que antes de que pueda hallarse un hallazgo clínicamente significativo, debería haberse logrado la significación estadística.



Varias ideas afloran en el conjunto de estas propuestas. Siguiendo a Greenstein (2003), la importancia clínica de los datos necesita ser interpretada por el médico antes de tomar las decisiones terapéuticas. Sin embargo, no existe una manera precisa de definir la relevancia clínica ya que es cada situación la que especificará cuán pequeño ha de ser la mejora mínima necesaria. Por consiguiente, teniendo en la cuenta las definiciones anteriores, se podría plantear la siguiente propuesta sobre lo que comporta un cambio clínicamente significativo o relevante: “la importancia clínica implica la existencia de un cambio que puede influir en la decisión de un clínico sobre cómo tratar a un paciente. Para llegar a la conclusión de que un resultado es clínicamente relevante, el hallazgo ha de ser, simultáneamente, clínicamente y estadísticamente significativo. No obstante, este criterio supo-

ne un juicio de valor que varía en función de la situación clínica de cada caso. Médicos, pacientes, investigadores, representantes de la salud pública, la industria farmacéutica, y otros protagonistas del escenario socio-sanitario (Tabla 4) pueden interpretar la relevancia clínica de forma diferente, en tanto que cada uno de ellos pueden poner su(s) objetivo(s) de resultado(s) en opciones diversas (p.ej.: el tamaño de efecto, el alivio de la dolencia, los costes, la duración del tratamiento, la comodidad de la implementación, el mantenimiento de la mejora de salud y aceptación del tratamiento por el paciente, etc.). De este modo, un resultado puede ser estadística y clínicamente significativo pero tener poca relevancia médica porque el beneficio no supera el riesgo o el coste del tratamiento o porque el beneficio sólo se observa en un grupo de pacientes muy pequeño.

TABLA 4
Grupos de interés en la definición de lo ‘Clínicamente Significativo o Relevante’ en función de sus intereses

| | |
|--|--|
| Clínico | Necesita relacionar los indicadores de monitorización clínica con los objetivos de la terapia. También puede estar interesado en valorar el tamaño de los efectos, el tiempo necesario para la terapia, la facilidad de aplicación del tratamiento, los efectos adversos, la duración de la mejoría lograda por el tratamiento, el coste económico, la aceptación del tratamiento por los pacientes, la satisfacción con el tratamiento. |
| Enfermo | Desde la perspectiva del paciente, el éxito del tratamiento, esto es, ‘curarse’, sería lo principal. La reducción de síntomas específicos que pudieran interesar al clínico no son, sin embargo, demasiado importantes para el paciente. Para éste, un resultado clínico tendría que ver con la reducción de la dolencia, del malestar físico o emocional, de la ausencia de efectos colaterales, de los cambios en su calidad de vida y satisfacción. |
| Investigador | Le interesa probar que los cambios producidos en los estudios de investigación son de magnitud importante y que no se deben a la casualidad, es decir, puedan admitirse con fundamentación estadística. Logros pequeños, no obstante, podrían considerarse como hipótesis etiológicas de nuevos estudios. Ahora bien, para poder determinar un investigador la magnitud de la significación clínica, previamente debe determinarse el propósito global del estudio, su planificación, el tamaño del efecto mínimo a lograr con el tratamiento en un paciente tipo. |
| Agencias Sanitarias | Son organismos nacionales o supranacionales que se interesan por la seguridad y efectividad de los tratamientos y los protocolos terapéuticos. Supervisan los resultados de los ensayos clínicos para la aprobación de nuevos tratamientos, y controlan los efectos colaterales de los ya aprobados para restringirlos si fuera necesario. |
| Sistemas de Dispensación de Salud | Su objetivo es proporcionar el acceso adecuado y dispensación de calidad de unos servicios de salud a un costo razonable. Dependiendo de la política sanitaria de un país, velarán por la equidad y universalidad de los servicios de salud ofreciendo las terapias necesarias a las necesidades específicas, si bien restringirá determinados servicios que serán bajo pago particular. Sus decisiones se basan en los análisis de coste-efectividad. |
| Industria Farmacéutica | Son empresas que compiten por un mercado y su interés es ofrecer buenos productos. Hacen importantes inversiones en investigación, por lo que se adscribirían a lo planteado en el epígrafe del investigador, pero también hacen importantes esfuerzos en marketing. |
| Mutuas y Seguros | En la medida que cubren los gastos devenidos de una baja por enfermedad y su tratamiento, están interesados en terapias eficaces que reduzcan el tiempo de la dolencia y su capacidad para prevenir nuevos episodios de recidiva. Les interesa la protocolización de los procesos terapéuticos para ajustar sus prestaciones al curso esperado de una determinada enfermedad. |

Adaptado de: Greenstein, 2003



Conclusiones

Varias son las conclusiones básicas que quisiéramos destacar de esta revisión:

1. La estadística debe entenderse como una humilde herramienta para ayudarnos en la comprensión, organización o estructuración de los datos de la realidad obtenidos en nuestros estudios. Es importante no dejarse seducir por ella hasta el punto de convertirla en la base de la investigación. Investigar consiste en conocer bien las bases teóricas que fundamentan el estudio, realizar un buen diseño y una correcta planificación y seguimiento, la utilización adecuada de la estadística para el análisis de los datos, y la competencia intelectual para asociar los resultados a las evidencias existentes y a los retos de investigación futuros. La estadística, por tanto, es un medio, no un fin.
2. La utilización de la estadística en general, y de la inferencia, en particular, han de entenderse y utilizarse dentro del marco de sus competencias: la estadística nos informa del nivel de probabilidad que el estudio nos ofrece de que el efecto encontrado se haya producido por casualidad. Si la probabilidad hallada, esto es el valor $-p$, es menor que el que a priori se ha establecido como criterio (puede ser del 0,05, ó bien del 0,01, o incluso podría llegar a plantearse el del 0,1), entonces podremos asumir que los hallazgos son efectos de nuestra intervención (asumiendo que nos podemos equivocar en un 5%, 1% ó 10% de las veces, respectivamente).
3. Pero no olvidemos que el objetivo de la investigación no es sólo verificar la plausibilidad de nuestros hallazgos, esto es, encontrar que los efectos son estadísticamente significativos, sino también determinar la magnitud del factor, evento o relación objeto de estudio. Debemos, por tanto, diferenciar claramente lo que es estadísticamente significativo y lo que es clínicamente relevante, pues la conjunción de ambas cuestiones son las que dan sentido a la investigación. Un resultado estadísticamente significativo sin relevancia clínica no

deja de ser una anécdota; un hallazgo clínicamente importante sin significación clínica no puede ser asumido como concluyente, ya que no podemos atribuir con seguridad el hallazgo clínico a la intervención realizada.

4. La significación, relevancia o importancia clínica o terapéutica de una intervención, o si se prefiere, la significación práctica o sustantiva de un efecto, supone el establecimiento a priori de un criterio que puede venir dado por la evidencia recogida en estudios previos sobre el área de interés, o bien por juicio arbitrario de expertos. De este modo, no existen criterios fijos y en su definición sería conveniente tener en cuenta los intereses de todos los protagonistas que directa o indirectamente se hallasen implicados en los objetivos del estudio. Solo a nivel práctico, y tomando como referencia el ámbito clínico, propondríamos el siguiente principio general: "efecto clínicamente significativo es aquel efecto mínimo entre subgrupos de pacientes a partir del cual merece la pena modificar una actitud terapéutica, diagnóstica o preventiva a favor de la que se haya mostrado más beneficiosa".

En definitiva, se hace necesario evitar el uso indiscriminado de las pruebas de significación y, cuando éstas se utilicen, deberían complementarse acompañándolas con procedimientos estadísticos que informen acerca de la magnitud, la dirección y la importancia real de los resultados obtenidos con las pruebas de significación. Estos procedimientos deben pasar por la aplicación de índices del tamaño del efecto, ya que son capaces de proporcionar información acerca de la relevancia clínica, social, práctica o sustancial de un resultado empírico. Repasar, describir e interpretar estos índices del tamaño del efecto será el objetivo del siguiente artículo sobre esta serie que acabamos de iniciar sobre la evaluación de resultados terapéuticos.

Contacto:

Ioseba Iraurgi
MAPS Rekalde. Villabaso 24, bajo. Bilbao
IRAURGI@telefonica.net





BIBLIOGRAFÍA

- Argimon JM y Jiménez-Villa J (2004). Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Tercera edición. Barcelona: Elsevier. Accesible en: http://books.google.es/books?id=_BlemLvp9XAC&pg=PA257&pg=PA257&dq=clínicamente+significativo+relevante&source=web&ots=k6vBs5TQCL&sig=u32SczY0z6CCIRa9z52CMQjxbn0&hl=es&sa=X&oi=book_result&resnum=9&ct=result#PP1,M1
- Barrera M. (2008). Diferencias estadísticamente significativas vs relevancia clínica. *Rev CES Med*; 22 (1): 89-96. Accesible en: www.ces.edu.co/Descargas/CES%20Diferencias%20estadísticamente%20significativas%20Vol22N1.pdf
- Cohen J. (1990). Things I have learned (so far). *American Psychologist*; 45(12): 1304-1312. Traducción: Cohen J. (1992). Cosas que he aprendido (hasta ahora). *Anales de Psicología*, 8, 1-2, 3-17. Accesible en: <http://www.um.es/analesps/v08/02-08.pdf>
- Cohen J. (1994). The earth is round ($p < .05$). *American Psychologist*; 49(12): 997-1003.
- Conover WJ. (1999). *Practical Nonparametric Statistics* (3rd Ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Clark ML. (2004). Los valores de P y los intervalos de confianza. *Rev Panam Salud Publica*; 15(5): 293-296. Accesible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v15n5/21999.pdf>
- Domènech JM. (1998). Comprobación de hipótesis. Pruebas de significación y pruebas de hipótesis. En Domènech JM. *Métodos estadísticos en ciencias de la salud. Unidad didáctica 6*. Barcelona: Signo.
- Fisher RA. (1922). On the mathematical foundations of theoretical statistics. *Philosophical transactions of the Royal Society of London*; 222A: 309-368.
- Frías MD, Pascual J, García JF. (2002). La hipótesis nula y la significación práctica. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*; 181-185. Accesible en: http://www.uv.es/garpe/C_A_/C_A_0020.pdf
- Gardner MJ, Altman DG. (1986). Confidence intervals rather than P values: estimation rather than hypothesis testing. *British Medical Journal*; 292: 746-750. Accesible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1339793>
- Greenstein G. (2003). Clinical versus statistical significance as they relate to the efficacy of periodontal therapy. *JADA*; 134: 583-591. Accesible en: <http://jada.ada.org/cgi/content/full/134/5/583>
- Guttman L. (1977). What is not what statistics. *The Statistician* 26, 81-107. Traducido al castellano: Guttman L. (1977). Malos usos en estadística. *REIS*; 6: 101-117. Accesible en: www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=665680&orden=80913
- Hollon SD, Flick SN. (1988). On the meaning of clinical significance. *Behav Assess*; 10: 197-206.
- Iraurgi I. (2000). Cuestiones metodológicas en la evaluación de programas terapéuticos. *Trastornos Adictivos*; 2(2): 99-113. Accesible en: <http://db2.doyma.es/pdf/182/182v2n2a10017604pdf001.pdf>
- Jacobson NS, Follette WC, Revenstorf D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 15: 336-352.
- Jacobson NS, Roberts LJ, Berns SB, McGlinchey JB. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 67(3): 300-307.
- Kendall PC, Grove WM. (1988). Normative comparisons in therapy outcome. *Behavioral Assessment*; 10: 147-158.
- Kendall PC, Flannery-Schroeder EC, Ford JD. (1999). Therapy outcome research methods. En PC Kendall, JN Butcher y GN Holmbeck (eds.). *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York: Wiley and Sons.
- Killooy WJ. (2002). The clinical significance of local chemotherapies. *J Clin Periodontol*; Supplement 2: 22-29.
- Kingman A. (1992). Statistical vs clinical significance in product testing: can they be designed to satisfy equivalence?. *J Public Health Dent*; 52: 353-360.
- Kirk RE. (1996). Practical significance: a concept whose time has come. *Educational and Psychological Measurement*; 56: 746-759.
- Kraemer HC, Thiesman S. (1987). *How Many Subjects? Statistical Power Analysis in Research*. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Leach C. (1979). Introduction to Statistics: A Nonparametric Approach for Social Sciences. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- LeFort SM. (1993). The statistical versus clinical significance debate. *Image J Nurs Surg*; 25: 57-62.
- Levy P. (1967). Substantive significance of significant differences between two groups. *Psychological Bulletin*, 67, 37-40.
- Lindgren BR, Wielinsky CL, Finkelstein SM, Warwick WJ. (1993). Contrasting clinical and statistical significance within the research setting. *Pediatr Pulmonol*; 16: 336-340.
- McGuigan FJ. (1993). *Experimental Psychology: Methods of Research* (6th Ed.). New York: Prentice-Hall.
- Murphy KR, Myers B. (2004). *Statistical Power Analysis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Neyman J, Pearson ES. (1928a). On the use and interpretation of certain test criteria for purposes of statistical inference (Part I). *Biometrika*; 20A: 175-240.
- Neyman J, Pearson ES. (1928b). On the use and interpretation of certain test criteria for purposes of statistical inference (Part II). *Biometrika*; 20A: 263-294.
- Pita-Fernández S, Pértega S. (2001). Significación estadística y relevancia clínica. *Cad Aten Primaria*, 8: 191-195. Accesible en: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/signi_estadi/signi_estadi.asp
- Porta M, Plasencia A, Sanz F. (1998). La calidad de la información clínica (y III): ¿estadísticamente significativo o clínicamente importante? *Medicina Clínica*; 90: 463-468. Accesible en: <http://clon.uab.es/recursos/listatipos.asp?tipo=PDF&page=82>
- Rebasa P. (2003). Entendiendo la 'p < 0,001'. *Cir Esp*; 73(6): 361-365. Accesible en: www.aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2003/junio2.pdf
- Rodríguez-Arias E. (2005). Estadística y psicología: análisis histórico de la inferencia estadística. *Perspectivas Psicológicas*; 5: 96-102. Accesible en: www.psicologiacientifica.com/publicaciones/ biblioteca/articulos/ar-rodriguez01.htm
- Shaver, W.D. (1993). Interpreting statistical significance and nonsignificance. *Journal of Experimental Education*; 61: 383-387.
- Siegel S. (1956). *Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Silva-AyCaquer LC (1997). *Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: Una mirada crítica*. Madrid: Díaz de Santos. Accesible en: http://books.google.com/books?id=hi7pxRZGa4C&pg=PA284&pg=PA284&dq=What+is+not+what+statistics+Guttman+1977&source=web&ots=1x5ZR04H9S&sig=COVlWprHlpgx9-NoUHQJStL6Xo&hl=es&sa=X&oi=book_result&resnum=3&ct=result#PP1,I,M1
- Thompson B, Snyder PA. (1997). Statistical significance testing practices in the Journal of Experimental Education. *Journal of Experimental Education*; 66: 75-83.



El Litio. Necesidades Alteradas durante el tratamiento. Intervenciones de Enfermería

Eva Collado (1), Leire Varona (1), Aitziber Pinillos (2)

(1) Diplomada en enfermería del Hospital Psiquiátrico de Zamudio.

(2) Diplomada en enfermería del Hospital de Basurto.

Resumen: En nuestro entorno de trabajo a menudo encontramos dificultades para la colaboración en la toma de medicación por parte del paciente. A diario administramos psicofármacos y el litio es una medicación que por sus efectos secundarios y las reacciones adversas que produce precisan experiencia y un juicio clínico sensato por parte del personal de enfermería.

El objeto de este artículo es averiguar cuáles son los principales efectos adversos y precauciones a tener en cuenta que causan el abandono del tratamiento con litio en pacientes mentales, y en qué manera podemos intervenir como enfermeras para ayudar a evitarlo.

Palabras clave: Psicosis maníaco-depresiva, litemia, funciones de enfermería, necesidades básicas.

Introducción y contexto

Virginia Henderson en su libro “Principios básicos de los cuidados de enfermería” define que *“la función primaria de una enfermera es la de dar cuidados directos a la persona sana o enferma, asistirlo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación.”*¹

En las enfermedades mentales el tratamiento farmacológico sirve de complemento a otros tratamientos, como la terapia cognitivo-conductista, las intervenciones psicosociales, interpersonales o psicodinámicas; y es una función propia de la enfermería llevar a cabo la administración y asegurar el cumplimiento. Dadas las características de algunas enfermedades mentales esta labor puede ser difícil.

Metodología

En primer lugar se explica brevemente lo más importante sobre el litio, señalando los diagnósticos para los que se autoriza su uso, se describen los efectos secundarios importantes que produce y las precauciones que deben seguirse durante el tratamiento. Se señalan algunas funciones de enfermería relacionadas con los pacientes mentales y con toda esta información se tendrán más conocimientos sobre las características de los pacientes con este tratamiento y qué aspectos de su patología pueden influir sobre la decisión de abandonar la medicación. Finalmente se elabora una lista de necesidades que se pueden ver alteradas mientras dure el tratamiento con litio y qué intervenciones de enfermería se deben realizar. Se utilizan mayormente para la descrip-



ción de las actividades las dadas por el programa Zaineri, ya que es la herramienta con la que se trabaja a diario en nuestro medio laboral, que se apoya por un lado en el modelo de Enfermería de Virginia Henderson, el cual hace referencia a los cuidados relacionados con el área independiente de Enfermería, basada en Necesidades Humanas; y por otro lado, en un modelo biológico (basado en sistemas y aparatos), que refleja las actividades relacionadas con el área interdependiente, de colaboración, cuya misión principal es la vigilancia de las manifestaciones de determinados signos y síntomas para la prevención de posibles complicaciones.

El carbonato de litio

Es una sal natural y se considera un tratamiento de primera línea de los pacientes con manía aguda y en la prevención a largo plazo de las recaídas. Está indicado y autorizado su uso en la prevención y el tratamiento de la psicosis maníaco-depresiva, en la depresión unipolar recurrente, depresión endógena resistente a tratamiento convencional, en la neutropenia por quimioterapia, aplasia medular y síndrome de Fely. No se comprende bien su mecanismo exacto de acción pero se sabe que altera muchas funciones de los neurotransmisores. Se excreta por vía renal y puede afectar de forma adversa a la glándula tiroides, tiene un estrecho rango terapéutico y puede resultar mortal con rapidez.

Efectos secundarios

La aparición de estos efectos indeseables no es igual en todas las personas. Muchos apenas tienen importancia, otros pasan con el tiempo, y otros pueden ser indicativos de toxicidad.

1. Cambios en la imagen corporal: aumento de peso en el 60% de los pacientes.
2. Efectos cardíacos: cambios en el EKG, en general sin repercusión clínica.
3. Efectos sobre el SNC: temblor fino en las manos en el 50% de los pacientes, astenia,

cefalea, torpeza mental, obnubilación, disartria.

4. Efectos dermatológicos: empeoramiento del acné y la psoriasis.
5. Cambios endocrinos: hipotiroidismo en el 5% de los pacientes. Alteraciones en la glucemia, a tener en cuenta si el paciente es diabético.
6. Alteraciones digestivas: anorexia, irritación gástrica, cólicos abdominales, náuseas leves, vómitos y diarrea.
7. Cambios renales: poliuria en el 60% de los casos, polidipsia, edemas.

Signos de alerta por los que debe acudir al médico:²

Diarrea persistente, debilidad generalizada, vómitos o náuseas intensas, mareos o vértigos marcados, temblor grosero de manos o piernas, dificultad para andar, calambres musculares frecuentes, hablar farfullante, visión borrosa, pulso irregular del corazón, confusión, hinchazón de los pies o tobillos, gran malestar.

Precauciones durante el tratamiento

Es importante conocer y educar al paciente sobre las medidas necesarias para evitar las complicaciones derivadas del tratamiento con litio, fomentando de esta manera los autocuidados.

1. Evitar el embarazo; el litio atraviesa totalmente la barrera placentaria. Evitar la lactancia.
2. Suspender el tratamiento 72 horas antes de una intervención quirúrgica de importancia. Pueden potenciarse los efectos de los bloqueantes neuromusculares. Existe riesgo de intoxicación por alteraciones hidroelectrolíticas.
3. Seguir una dieta normosódica e ingerir abundantes líquidos. Cuidado con las dietas de adelgazamiento y sudoraciones profusas. (calor, ejercicio, sauna, fiebre.)
4. Evitar cafeína ya que favorece la deshidratación y puede empeorar el temblor.



5. Al realizar una extracción sanguínea para valorar litemia es importante que hayan transcurrido 12 horas desde la última dosis.

Funciones de enfermería relacionadas con el paciente mental

Las funciones definen una idea exacta de la tarea que se debe desempeñar, pudiendo establecer un patrón para poder evaluar los resultados. Una razón para delimitar las funciones de enfermería es la de aprovechar eficazmente recursos que pueden ser limitados; también para saber cuáles son las propias responsabilidades, comprender las relaciones de dependencia mutua entre los miembros del equipo asistencial y la importancia de integrar sus actuaciones.

1. Evaluación del paciente: No todas las conductas del paciente se pueden tratar con fármacos ni todos los rasgos de personalidad identificados son un síntoma de enfermedad. Debemos distinguir aspectos de la enfermedad psiquiátrica de los de la personalidad del paciente. Se deben reconocer los efectos secundarios que aparezcan tras iniciar el tratamiento y administrar el tratamiento adecuado cuando aparezcan. También se deben identificar y tratar los síntomas de disfunción de sistemas orgánicos.
2. Coordinación de las modalidades terapéuticas: Las enfermeras somos las responsables de coordinar los tratamientos farmacológicos con el resto de opciones no farmacológicas de forma segura, eficaz y aceptable para el paciente.
3. Administración de psicofármacos: La enfermera es un profesional clave para maximizar los efectos terapéuticos de un fármaco y reducir los efectos secundarios de forma que el paciente colabore en el tratamiento.
4. Monitorización de los efectos farmacológicos: Es importante controlar el tratamiento con litio ya que presenta un rango terapéutico muy estrecho y puede producir de forma repentina efectos secundarios graves. Además es frecuente que se administren

varias medicaciones al mismo tiempo, lo que puede modificar su metabolismo y eliminación.

5. Educación sobre la medicación: El paciente debe reconocer los riesgos y beneficios del tratamiento, saber qué hacer y con quién debe contactar en caso de duda o problema.
6. Programas de mantenimiento farmacológico: las enfermeras especializadas pueden ser los principales miembros del equipo sanitario para los pacientes durante las fases aguda y de mantenimiento en sus tratamientos.

Necesidades básicas alteradas por la administración del litio y actividades de enfermería para normalizarlas

Algunas de las necesidades básicas sólo se ven alteradas en casos y situaciones muy específicas y aisladas, cuando se añaden otros problemas, por ejemplo la ayuda en el uso de inhaladores si el paciente está confuso a causa del tratamiento, por lo que no se incluyen intervenciones de enfermería en todas ellas.

1. Necesidad de respirar normalmente.
2. Necesidad de comer y beber adecuadamente.
 - a. Adecuar la dieta a la situación del paciente. Dieta con sal para evitar intoxicación.
 - b. Explicar conocimientos sobre la dieta prescrita.
 - c. Explicar el propósito de la dieta.
 - d. Conocer el grado de aceptación y posibilidades de cumplimiento.
 - e. Ofrecer líquidos abundantes para beber, evitar intoxicación y daño renal.
 - f. Controlar la ingesta de alimentos y promover el ejercicio físico para evitar el aumento de peso.
 - g. Vigilar vómitos por riesgo de deshidratación.



- h. Administrar la medicación con las comidas para evitar molestias digestivas.
3. Necesidad de eliminar por todas las vías:
 - a. Manejo del estreñimiento.
 - b. Vigilar diarreas por riesgo de deshidratación e intoxicación.
 - c. Vigilar aparición de poliuria intensa.
 4. Necesidad de moverse y mantener la debida postura.
 - a. Administrar la medicación con la comida para evitar los temblores.
 - b. Fomento del ejercicio.
 5. Necesidad de dormir y descansar.
 - a. Mejorar el sueño. Adecuar las horas de reposo por aparición de somnolencia.
 6. Necesidad de seleccionar la ropa adecuada, a vestirse y desvestirse.
 - a. Ayudar a desvestirse; ayuda con los botones y cremalleras.
 7. Necesidad de mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales, por medio de ropas adecuadas y la modificación de temperatura ambiente.
 8. Necesidad de mantenerse limpio, aseado y proteger la piel.
 - a. Mantener la piel limpia, seca e hidratada; para controlar el acné y prevenir la aparición de úlceras e irritaciones si el paciente es incontinente y presenta poliuria.
 - b. Cuidado local de lesiones, en caso de aparición de acné o de empeoramiento de psoriasis.
 - c. Manejo del prurito si aparece alergia al litio.
 9. Necesidad de evitar los peligros ambientales y los daños a otras personas.
 - a. Mantener un entorno seguro.
 - b. Identificar signos y síntomas de sobredosis.
 - c. Prevención de caídas; atención a los efectos sobre el SNC y a la poliuria durante la noche.
 - d. Proporcionar frecuentemente ayuda para acudir al baño.
10. Necesidad de comunicarse con otros para expresar sus emociones, necesidades, temores o sensaciones.
 - a. Ayudar a identificar sentimientos de rechazo hacia la medicación.
 - b. Utilizar la distracción frente a la confrontación, facilitando la relación terapéutica.
 11. Necesidad de practicar su religión.
 12. Necesidad de realizarse, trabajar en algo que dé sensación de utilidad.
 - a. Ayudar a establecer objetivos realistas, para no rechazar el tratamiento.
 - b. Fomentar el aumento de autorresponsabilidad.
 13. Necesidad de jugar o participar en diversas formas de recreo.
 14. Necesidad de aprender a satisfacer la curiosidad, afán que conduce al desarrollo normal del a salud.
 - a. Asegurar la toma de medicación.
 - b. Informar sobre las consecuencias del abandono de la medicación.
 - c. Enseñanza de la dieta prescrita. Reforzar los conocimientos de buena nutrición. Enseñar alimentos permitidos y prohibidos.
 - d. Enseñanza sobre el medicamento prescrito. Informar normas previas a litemia.
 - e. Evaluar la capacidad de autoadministrarse la medicación.
 - f. Enseñar signos y síntomas de intoxicación y pautas a seguir.

Conclusión

Las necesidades que producen los trastornos psiquiátricos precisan que las enfermeras que les proporcionan los cuidados tengan las aptitudes y los conocimientos precisos para



que estas necesidades estén cubiertas. Dado que es función de enfermería la administración del tratamiento y que, junto al personal auxiliar, es quien más tiempo permanece junto al paciente es necesario conocer las pautas a seguir para que el tratamiento con litio tenga éxito, evitando las complicaciones y los efectos adversos. Es importante señalar que mediante la educación sanitaria se favorecen los autocuidados y la colaboración en el tratamiento, ase-

gurando el cumplimiento del mismo. Aplicando estos cuidados especializados e individualizándolos en cada caso mejorará la calidad de vida de los pacientes que precisan tratamiento con litio.

Contacto:

Eva Collado González,
C/ Larrako Torre nº 32, 3º dcha. 48015 Bilbao.
Tfono: 658726452. eva.due@gmail.com



BIBLIOGRAFÍA

1. Virginia A. Henderson, *Principios básicos de los cuidados de enfermería*, 1ª ed. Suiza. Editado por el Consejo Internacional de Enfermeras. 1971.
2. Oscar Martínez Azumendi, *Guía de tratamiento con sales de litio. Manual para el paciente*. Bilbao. Edita: OME (Osasun Mentalaren Elkartea – Asociación de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental) - AEN (Asociación Española Neuropsiquiatría). 1999.
3. Francisco Megías-Lizancos, Mª Dolores Serrano Parra, *Enfermería en psiquiatría y salud mental*, 1ª ed. Editorial Difusión Avances de Enfermería, 2006.
4. Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor. *Tratado de psicofarmacología: Bases y aplicación clínica*, Madrid. Editorial Médica Panamericana, 2005.
5. Santiago López Galán, *Guía farmacológica en psiquiatría*. 5ª ed. Jaén. Editorial Rey Alí. 2005.
6. Juan Luis Pacheco y Juan Medrano, *Guía para el uso autorizado de psicofármacos en España*. Barcelona. Editorial Glosa. 2005.
7. Gail Wiscarz Stuart, Michele T. Lاراia, *Enfermería psiquiátrica: principios y práctica*. 8ª edición. Elsevier España. 2006.



Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (V)

Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada es una sección que viene apareciendo en la revista *NORTE de salud mental*. Se pretende que las personas que lo deseen puedan autoevaluarse en áreas clave siguiendo un formato de pregunta tipo MIR en los que cada ítem es comentado y soportado bibliográficamente. En esta 2ª entrega de los TEA (trastornos del estado de ánimo) se analizan los aspectos más interesantes y actuales de este importante problema de salud pública.

Depresión Mayor Unipolar y Trastorno Afectivo Bipolar

PREGUNTA 37:

Uno de los documentos más antiguos donde se describe un cuadro clínico equivalente al concepto moderno de depresión es el Antiguo Testamento. ¿Quién de los siguientes personajes bíblicos padeció el cuadro clínico referido?

- a) Moisés.
- b) Abraham.
- c) David.
- d) Saúl.
- e) Samuel.

PREGUNTA 38:

La edad de inicio de la depresión mayor parece estar...

- a) Disminuyendo de forma progresiva.
- b) Aumentando de forma progresiva.
- c) Disminuyendo de forma brusca.
- d) Aumentando de forma brusca.
- e) Estabilizada desde hace años.

**PREGUNTA 39:**

Los estudios muestran que la depresión mayor se presenta cada vez a una edad de inicio más joven. Para explicar este fenómeno, conocido como *efecto cohorte*, se han propuesto diferentes factores psicosociales generadores de estrés económico y social. ¿Cuál de los siguientes factores no se ha relacionado con este efecto?

- a) Mayor competitividad.
- b) Menor apoyo familiar.
- c) Mayor sensibilidad neurobiológica.
- d) Cambio en los sistemas de valores.
- e) Mayor énfasis en el bienestar económico.

PREGUNTA 40:

El *Treatment of Depression Collaborative Research Program* (National Institute of Mental Health —NIMH—) señaló diferentes factores predictivos de respuesta a diferentes tratamientos psicoterápicos dentro de los trastornos depresivos. Señale de entre las siguientes la afirmación que resulte CORRECTA:

- a) Una baja inadaptación social apoya una buena respuesta a la terapia farmacológica.
- b) La disfunción cognoscitiva leve apoya buena respuesta a la terapia interpersonal.
- c) La inadaptación laboral apoya buena respuesta a la terapia de conducta cognoscitiva.
- d) La inadaptación laboral apoya buena respuesta a la terapia interpersonal.
- e) La mayor gravedad de la depresión apoya buena respuesta a la terapia interpersonal y a la farmacoterapia.

PREGUNTA 41:

¿Cuál de las siguientes es considerada una variable selectiva para psicoterapia psicodinámica en pacientes con depresión?

- a) Sentimientos de vacío y infravaloración de larga duración.
- b) Ideales y expectativas del yo demasiado elevados.
- c) Falta de motivación o voluntad.
- d) Baja autoestima, culpa excesiva o inapropiada y autoreproches.
- e) Retraimiento social, miedo al rechazo o al fracaso.



PREGUNTA 42:

Con respecto a la Terapia Electroconvulsiva (TEC) como tratamiento en los trastornos afectivos señale de entre las siguientes, la afirmación que considera FALSA:

- a) Resulta útil para los casos de episodios depresivos mayores agudos, especialmente cuando se caracterizan por retardo motor, gravedad, psicosis, pseudodemencia grave y falta de introspección.
- b) Es eficaz como tratamiento de la catatonía y de la manía.
- c) La TEC de mantenimiento es segura y eficaz para prevenir las recidivas y las recurrencias de la depresión.
- d) La TEC de mantenimiento no está indicada en los ancianos.
- e) Los efectos secundarios más frecuentes son la confusión y la amnesia que puede ser anterógrada, retrógrada y autobiográfica.

PREGUNTA 43:

De las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento con LITIO en los Trastornos del Estado de Animo, señale aquella que considere FALSA:

- a) Reduce el riesgo de suicidio en los pacientes con trastorno del estado de ánimo.
- b) Puede reducir las recurrencias depresivas en la depresión unipolar recurrente.
- c) Actúa como profiláctico contra las recidivas de la manía y de la depresión en el trastorno bipolar.
- d) Si se interrumpe el tratamiento puede darse un efecto rebote del trastorno afectivo además de una resistencia al efecto terapéutico de la medicación.
- e) En estudios recientes ha demostrado ser más eficaz en pacientes con ciclos rápidos.

PREGUNTA 44:

De las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento con fármacos estabilizadores del estado de ánimo, señale aquella que considere FALSA:

- a) El mecanismo terapéutico de la lamotrigina en el trastorno bipolar incluye la inhibición de la liberación de glutamato y el bloqueo de los canales del calcio.
- b) Entre los fármacos bloqueantes de los canales de calcio el verapamilo y el nimodipino han demostrado tener propiedades estabilizadoras del ánimo en paciente maníacos con ciclos rápidos.
- c) La clozapina resulta útil para el tratamiento del trastorno bipolar, tanto en ciclos lentos como rápidos y del trastorno bipolar refractario.
- d) Los ácidos grasos omega-3, al igual que el litio, reducen la producción hiperactiva de fosfolípidos en la membrana.
- e) El tamoxifeno, un antagonista de los receptores estrogénicos, inhibidor de la proteincinasa C, se ha postulado como fármaco antimaniaco de primera línea.

**PREGUNTA 45:**

No siempre es posible la supresión de los tratamientos farmacológicos antes de iniciar el tratamiento con TEC. Señale de entre las siguientes afirmaciones sobre las interacciones de la TEC con diferentes familias de fármacos la que considere FALSA:

- a) Los pacientes con tratamiento con antidepresivos tricíclicos tienen más riesgos de complicaciones cardíacas durante la TEC.
- b) En pacientes con tratamiento con IMAOs, hay que prestar atención a la anestesia ya que el propofol y los barbitúricos pueden ocasionar hipotensión y depresión respiratoria.
- c) En pacientes con tratamiento con venlafaxina y TEC se producen importantes elevaciones de la presión arterial y prolongación de la convulsión.
- d) Los antipsicóticos típicos disminuyen el umbral convulsivo, pudiendo prolongar la duración de la crisis. La tioridacina y la clorpromacina se han asociado a problemas cardiorrespiratorios.
- e) Las metilxantinas, como la cafeína y la teofilina tienen un mecanismo de acción proconvulsivante, aumentan la duración de la convulsión sin descenso en el umbral convulsivo y con disminución de la cantidad de energía necesaria para inducir la convulsión.

PREGUNTA 46:

En un paciente en tratamiento con IMAOs es necesario el conocimiento de las restricciones dietéticas. Señale de entre los siguientes el alimento NO PERMITIDO.

- a) Queso de Burgos.
- b) Salmón ahumado.
- c) Pescado blanco.
- d) Salchichas.
- e) Yogur fresco.

PREGUNTA 47:

Las recomendaciones de la American Psychiatric Assotiation (APA) en su Guías Clínicas para tratamiento en pacientes bipolares, concretamente para el tratamiento agudo de pacientes con *ciclación rápida* incluyen diferentes puntos. Identifique de entre los siguientes el que considere FALSO:

- a) Identificar y tratar los factores médicos que puedan contribuir a la ciclación, como son el hipotiroidismo o el consumo de alcohol.
- b) Han de retirarse algunas de las medicaciones, en particular los antidepresivos que puedan contribuir a la ciclación.
- c) El tratamiento inicial para pacientes con ciclación rápida debe ser una antipsicótico atípico, como olanzapina o risperidona.
- d) El tratamiento debe comenzar con litio o valproato. Otra alternativa es lamotrigina.
- e) En muchos casos será necesaria la combinación de varios tratamientos.



RESPUESTAS-COMENTARIOS con BIBLIOGRAFIA

Pregunta 37, Respuesta correcta: D

Comentario: En el Antiguo Testamento, el caso de Saúl se describe en el Libro de Samuel durante el siglo VIII a.C. Saúl, rey de Israel, se pasaba temporadas con depresión, culpa e incapacidad graves. Se intentaron distintos tratamientos, incluso metieron en su cama a una mujer joven e hicieron que el joven pastor David tocara música agradable para él. Durante un tiempo mejoró con la música de David e incluso se admitió a éste al servicio del rey. Sin embargo, después recayó, se volvió gravemente psicótico e incluso intentó matar a David y a su propio hijo Jonathan.

Bibliografía:

- Andreasen N, Black D. Introducción a la Psiquiatría. Tercera edición Grupo Aula Médica, S.L. 2005, pág 288.

Pregunta 38, Respuesta correcta: A

Comentario: La edad de inicio de la depresión mayor parece estar disminuyendo de forma progresiva y constante, un fenómeno al que se ha llamado *efecto cohorte*. Este efecto se observó en un proyecto de gran envergadura, el Collaborative Study of Depression, donde se entrevistaron a más de 1.000 pacientes con trastornos del estado de ánimo y 3.000 familiares. Para determinar la relación existente entre la edad de aparición y la evolución a largo plazo, los sujetos se dividieron en cohortes según su fecha de nacimiento. Los resultados muestran que *la edad de inicio de la depresión mayor está disminuyendo en cada cohorte de nacimiento sucesiva tanto en hombres como en mujeres*. Estos datos epidemiológicos apoyan con fuerza la hipótesis de que factores psicosociales no genéticos desempeñan un importante papel en la etiología de la depresión.

Bibliografía:

- Andreasen N, Black D. Introducción a la Psiquiatría. Tercera edición Grupo Aula Médica, S.L. 2005, pág 314.

Pregunta 39, Respuesta correcta: C

Comentario: Entre los factores psicosociales generadores de estrés que se han propuesto para explicar el adelanto de la edad de inicio de la depresión se encuentran: la creciente competitividad de la vida, en sus diferentes niveles (educativo, laboral, técnico, social.), la dispersión de las familias con la pérdida de apoyos familiares, el divorcio y las separaciones, el cambio en los sistemas de valores con la relajación en el sentido de la responsabilidad moral y social, y el mayor énfasis actual por el bienestar económico (un soporte externo que puede ser difícil de mantener y que quizá sea menos valioso psicológicamente). La mayor sensibilidad neurobiológica a los efectos del estrés, en cambio, podría ser uno de los factores genéticos que se transmiten dentro de algunas familias.

Bibliografía:

- Andreasen N, Black D. Introducción a la Psiquiatría. Tercera edición Grupo Aula Médica, S.L. 2005, pág 320-321.

Pregunta 40, Respuesta correcta: E

Comentario: La mayoría de los estudios indican que la combinación de psicoterapia y farmacoterapia constituye el tratamiento más efectivo para el trastorno depresivo mayor. Se han estudiado tres tipos de terapia de corta duración: cognoscitiva, interpersonal y conductual. El NIMH *Treatment of Depression Collaborative Research Program* señaló factores predictivos de respuesta a diferentes tratamientos que son los siguientes:

- Una baja inadaptación social apoya una buena respuesta a la terapia interpersonal.
- La disfunción cognoscitiva leve apoya buena respuesta a la farmacoterapia y a la terapia de conducta cognoscitiva.
- La inadaptación laboral apoya buena respuesta a la farmacoterapia.
- La mayor gravedad de la depresión apoya buena respuesta a la terapia interpersonal y a la farmacoterapia.



Bibliografía:

- Trastornos del Estado de Ánimo, en Sinopsis de Psiquiatría de Kaplan HI, Sadok BJ. 8º edición. pag 635-6. Madrid 1999.

Pregunta 41, Respuesta correcta: A

Comentario: La psicoterapia de orientación psicoanalítica se ha utilizado ampliamente en el tratamiento de los trastornos depresivos. Antes de recomendar un tratamiento a un paciente depresivo, es necesario considerar algunas de las características para que la elección del abordaje terapéutico sea lo más exitoso posible.

Las características, las *variables selectivas*, que pueden condicionar una elección para **terapia psicodinámica** positiva serían la de paciente con sentimientos de vacío e infravaloración de larga duración (respuesta correcta a); con pérdida o separación prolongada durante la infancia; con conflictos en relaciones pasadas, por ejemplo con los padres o la pareja; con capacidad de introspección y capacidad para modular la regresión, así como acceso a los sueños y fantasías, con poca necesidad de dirección y guía y ambiente estable.

Las *variables no selectivas* del paciente para la psicoterapia en la depresión serían las siguientes: sentimientos de desesperanza o indefensión; apatía, disminución de la capacidad de disfrutar, deseo o satisfacción disminuidos; ideales y expectativas del yo demasiado elevados (respuesta b); hipersomnia, sueños patológicos o pesadillas; sentimientos de inquietud o lentitud motora; falta de motivación o voluntad, (respuesta c); baja autoestima, culpa excesiva o inapropiada y autoreproches (respuesta d); distracción fácil, dificultad para pensar o tomar decisiones; deseos o intención de estar muerto; retraimiento social, miedo al rechazo o al fracaso (respuesta e); quejas psicósomáticas, hipocondría.

Bibliografía:

- Trastornos del Estado de Ánimo, en Sinopsis de Psiquiatría de Kaplan HI, Sadok BJ. 8º edición. pag 635-7. Madrid 1999.

Pregunta 42, Respuesta correcta: D

Comentario: La TEC es la más antigua y segura de las terapias somáticas modernas. Resulta útil para los casos de episodios depresivos mayores agudos, especialmente cuando se caracteriza por inicio rápido, gravedad, psicosis, (respuesta a) pseudodemencia grave, falta de introspección e incapacidad de tolerar los antidepresivos.

Es eficaz en la catatonía y en la manía (respuesta b). Además estudios recientes indican que puede producir una mejoría rápida en el *delirium* en los síntomas motores de la enfermedad de Parkinson. Es eficaz y segura igualmente en niños.

La TEC de mantenimiento es segura y eficaz para prevenir las recidivas y las recurrencias (respuesta c) y es especialmente útil en los ancianos que presentan una tolerancia baja a la farmacoterapia de mantenimiento (respuesta d).

Los efectos secundarios más frecuentes en la TEC son confusión y pérdida de memoria. Es más patente la amnesia anterógrada en un intervalo de 45 minutos tras el tratamiento, aunque también puede darse una pérdida de memoria de los acontecimientos acaecidos entre varios días y 2 años antes de la TEC (amnesia retrógrada). En algunos casos, pueden perderse los recuerdos personales significativos del pasado reciente o lejano de una manera permanente (memoria biográfica), (respuesta e).

Bibliografía:

- Dubovsky SL, Davies R y Dubovsky AN, Trastornos del Estado de Ánimo en Tratado de Psiquiatría Clínica de Hales R y Yudofsky SC. 4ª edición Editorial Masson pag 495-6. Barcelona 2004.

Pregunta 43, Respuesta correcta: E

Comentario: El litio parece ser más eficaz en pacientes con manía pura, (es decir no en la mixta), con remisiones totales entre episodios, *ausencia de ciclos rápidos* y que no requieren tratamiento neuroléptico.



El litio es el fármaco mejor estudiado de todos los antimaníacos, ha demostrado su eficacia y actúa como profiláctico contra las recidivas de la manía y de la depresión en el trastorno bipolar (respuesta c). Reduce las recurrencias depresivas en la depresión unipolar sumamente recurrente (respuesta b) y reduce el riesgo de suicidio (respuesta a) en los pacientes con trastorno del estado de ánimo.

Si se interrumpe el tratamiento con litio y probablemente con otros estabilizadores del estado de ánimo, sobre todo si se hace de forma brusca puede darse un efecto rebote, es decir un empeoramiento del trastorno afectivo además de una resistencia al efecto terapéutico de la medicación en algunos, (respuesta d), pero no en todos los pacientes.

Bibliografía:

- Salazar M., Peralta C., Pastor J., Muñoz P.: Litio En Tratado de Psicofarmacología: Bases y Aplicación Clínica. Salazar M, Peralta C., Pastor J., editores. Editorial Médica Panamericana 2005, págs: 541-545.

Pregunta 44, Respuesta correcta: E

Comentario: El **tamoxifeno**, una antagonista de los receptores estrogénicos, usado en el tratamiento del cáncer de mama, es también un inhibidor de la proteincinasa C. En un estudio abierto pequeño, el tamoxifeno pareció evidenciar propiedades antimaníacas.

Si se demostrara una acción estabilizadora del estado de ánimo del tamoxifeno en ensayos controlados más extensos, podría ser un auxiliar útil en el tratamiento del trastorno bipolar refractario. Sin embargo, los efectos adversos de esta medicación, entre los que se encuentran el precipitar la menopausia y aumentar el riesgo de cáncer uterino, lo hacen adecuado solo para enfermedades refractarias que ponen en riesgo la vida. Los medicamentos mixtos agonistas/antagonistas del estrógeno, como el roloxifeno, no se han investigado como potenciales agentes estabilizadores del estado de ánimo.

El resto de las respuestas son correctas: el mecanismo terapéutico de la **lamotrigina** en

el trastorno bipolar incluye la inhibición de la liberación de glutamato y el bloqueo de los canales del calcio (respuesta a). Entre los fármacos bloqueantes de los canales de calcio el **verapamilo** y el **nimodipino** han demostrado tener propiedades estabilizadoras del ánimo en paciente maníacos con ciclos rápidos (respuesta b). La clozapina resulta útil a para el tratamiento del trastorno bipolar, tanto en ciclos lentos como rápidos y del trastorno bipolar refractario (respuesta c). **Los ácidos grasos omega-3**, al igual que el litio, reducen la producción hiperactiva de fosfolípidos de membrana (respuesta d).

Bibliografía:

- Dubovsky SL, Davies R y Dubovsky AN, Trastornos del Estado de Animo en Tratado de Psiquiatría Clínica de Hales R y Yudofsky SC. 4ª edición Editorial Masson pag 498-502. Barcelona 2004.

Pregunta 45, Respuesta correcta: C

Comentario: La asociación de **venlafaxina y TEC** parece ser eficaz y segura a dosis inferiores a 300mg/día, sin que se aprecie elevación de la presión arterial, cambios en el trazado electrocardiográfico o prolongación de la convulsión (respuesta c).

Los **antidepresivos tricíclicos** (respuesta a) inhiben la bomba ATPasa-Na/K y pueden causar arritmias cardíacas, por lo que pacientes con problemas cardíacos en tratamiento con tricíclicos tienen más riesgo de complicaciones cardíacas durante la TEC, aunque la mayoría de ellas son transitorias. La American Psychiatric Association (APA) sugiere que los pacientes no deben recibir estos fármacos durante el tratamiento con TEC.

En pacientes con tratamiento con **IMAOs**, (respuesta b) hay que prestar atención a la anestesia ya que el propofol y los barbitúricos pueden ocasionar hipotensión y depresión respiratoria.

Es bien conocido que los **antipsicóticos** (respuesta d) disminuyen el umbral convulsivo pudiendo prolongar la duración de la crisis, por lo que se recomienda disminuir la dosis del antipsicótico. Los antipsicóticos de perfil más sedante en combinación con el propranolol pueden causar



hipotensión y paros cardiorrespiratorios por bloqueo del receptor alfa por parte del antipsicótico y del receptor beta por parte del propolanolol. La tioridacina y la clorpromacina se han asociado a problemas cardiorrespiratorios.

Se han hecho intentos para mejorar la eficacia de la TEC, así surgió el uso de agentes que aumentan la duración de la convulsión, sin descenso en el umbral convulsivo y con disminución de la cantidad de energía necesaria para inducir la convulsión. Entre ellos destacan las **metilxantinas**, (respuesta e) como la cafeína y la teofilina, cuyo mecanismo de acción proconvulsivante parece ser debido al antagonismo de receptores de adenosina, que es un anti-convulsivante endógeno.

Bibliografía:

- Gonzalez-Pinto A, Imaz H, Mico JA . Interacciones entre psicofármacos, fármacos anestésicos y terapia electroconvulsiva, en Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica de Salazar M, Peralta Cy Pastor J. 1ª edición. Pag 101-6, Editorial Médica Panamericana. Madrid 2004.

Pregunta 46, Respuesta correcta: D

Comentario: La lista de los alimentos que deben evitarse durante el tratamiento con IMAOs y dos semanas después de su suspensión es, según el autor consultado:

- Quesos curados deben evitarse. Hoy día se consideran seguros los quesos frescos, como crema de queso, requesón, ricotta, queso de Burgos (respuesta a) y cantidades moderadas de mozzarella.
- Alimentos fermentados o curados como salchichas, (respuesta d), salami o salchichón, deben evitarse. Hoy día se consideran seguros el salmón ahumado (respuesta b) y el pescado blanco (respuesta c).
- Debe evitarse la salsa de soja, el chucrut, la habas y las legumbres secas.
- Debe evitarse cualquier alimento que este estropeado.
- Puede consumirse alcohol con moderación, pero debe evitarse la cerveza de barril, incluso las variedades sin alcohol.

- Extractos de levadura o carne deben evitarse. La levadura y los cocidos con levadura son seguros.
- El yogur, si es fresco, puede consumirse (respuesta e).

Bibliografía:

- Marangell LB, Silver JM, Goff DC, Yudofsky SC, Psicofarmacología y Terapia electroconvulsiva en Tratado de Psiquiatría Clínica de Hales R y Yudofsky SC. 4ª edición pag 1067. Editorial Masson . Barcelona 2004.

Pregunta 47, Respuesta correcta: C

Comentario: Según los criterios DSM-IV-TR, que son los que siguen las guías de la APA, se considera *ciclación rápida* la presentación de 4 o más episodios en 1 año que cumplen criterios de depresión mayor y episodios mixtos, maníacos o hipomaniacos.

Estos episodios están marcados bien por una remisión parcial o completa durante al menos 2 meses o bien por el cambio de episodio de polaridad opuesta (por ejemplo de una depresión mayor a un episodio maníaco).

La intervención inicial en pacientes con ciclación rápida es identificar y tratar los factores médicos que puedan contribuir a la ciclación, como son el hipotiroidismo o el consumo de alcohol (respuesta a). Han de retirarse algunas de las medicaciones, en particular los anti-depresivos que puedan contribuir a la ciclación (respuesta b).

El tratamiento inicial para pacientes con ciclación rápida debe ser litio o valproato (respuesta d); otra alternativa es la lamotrigina. En muchos casos será necesaria la combinación de varios tratamientos.

Bibliografía:

- Hirschfeld R, Borden CL, Gitlin MJ, Keck PE, Suples T, Thase ME, Perlis RH en Guía Clínica para el tratamiento del trastorno Bipolar. American Psychiatric Association. 2º edición, pag 709-721. Editorial Ars Medica. Barcelona 2006.





El pasado mes de diciembre hizo su presentación en sociedad la Asociación “Creaturas”, todavía reciente su constitución en Bilbao. “Creaturas, casa de arte bruto” (www.creaturas.org), había sido fundada en junio de 2007 por personas procedentes tanto del psicoanálisis de inspiración lacaniana, como del medio artístico. Se definen como “asociación sin ánimo de lucro que trabaja para dar valor al acto creativo de aquellas personas que se sitúan fuera del discurso común, así como velar por su interés y reconocimiento”. Están convencidos de que el síntoma aparece como la creación más valiosa de la singularidad del sujeto y de que, cuando ese síntoma consiste en una producción artística, merece la pena darle valor discursivo y social. Para ello, se proponen como “un lugar lo suficientemente vacío para poder acoger: Un taller de expresión plástica, que facilite el encuentro con los materiales. Una galería que custodie, reseñe y haga accesibles las obras de Arte Bruto que le sean prestadas o donadas. Un centro de documentación que aloje los discursos que hay en el mundo sobre este tipo de arte”. Y si esas son sus buenas intenciones, además nos prometen anualmente una exposición, un coloquio y una publicación que van a ser sin lugar a dudas muy bien recibidos, enriqueciendo el panorama cultural, social y profesional en nuestro entorno.

La puesta de largo se celebró convocando el “I Coloquio Art & Psi”, durante el cual se discutieron diversos aspectos de la creación artística, sobre todo en relación con el “Art Brut”. La primera parte de la mañana la ocupó Carine Fol, directora artística de la asociación belga “Art en Marge” nacida en 1986 como un centro de investigación, divulgación y apoyo del arte “outsider” o marginal, especialmente proveniente de enfermos y discapacitados mentales. La segunda parte giró en torno a dos trabajos previamente circulados en forma impresa entre los asistentes. Uno, “Funciones de la escritura en la psicosis”, redactado por Nilda Estrella y Montserrat Puig (del Grupo de investigación “Creación y locura” de la Universidad de Vic) que fue discutido y enriquecido con las aportaciones del escultor y profesor de Bellas Artes en Vigo, José Luis Moraza. A continuación, el polifacético artista Pablo Milicua presentó su visión sobre el proceso creativo y el artista, al hilo del texto de Helena González titulado con humor “Artisticoterapéuticosupercalifragilístico...” que reproducimos seguidamente.

Esta artista, junto con la psicóloga (y artista) Eider Amezua, son las coordinadoras del “Taller de arte y expresión plástica”, pieza fundamental de *Creaturas*. Parte de su producción, junto a otras obras prestadas para esta ocasión, se mostró en la exposición “Heterodoxias”, montada de forma paralela al Coloquio (9-15 diciembre, 2008. Casa de Cultura de Barrainkua, en Bilbao). La exposición recogió la producción plástica y multimedia de una veintena de artistas “outsiders” (dibujos, oleos, acuarelas, fotografía digital, fotomontaje...). Muchos de ellos en relación con “Creaturas”, pero también otros provenientes de los talleres plásticos de la Fundación Argia y el Centro de Salud Mental de la Fuente de San Luis en Valencia. Esperamos con interés los resultados de tan sugerente y bienvenida iniciativa.

Oscar Martínez Azumendi

Artisticoterapéuticosupercalifragilístico*

Helena González-Sáez

Me han invitado a escribir una ponencia como especialista en Talleres de Creación Artística. También pueden ser talleres de creación plástica, aunque a mí me gusta más llamarlos de esa otra forma, porque el contexto que administro a su alrededor es el Arte, constan-

temente. Cuando estamos allí dentro hablamos de Arte, de Historia del Arte, de tecnología del Arte y de las formas de pensamiento del Arte. Del autor, de su particularidad, de su responsabilidad. Los modos y maneras pertenecen al campo del Arte.

* Presentación realizada en el I Coloquio y Exposición Art & Psi de “Creaturas”. Bilbao, 13 diciembre, 2008.



Se asocian talleres de creación plástica a distintos medios. Se asocia al medio pedagógico y sus funciones (el aprendizaje de la lecto—escritura y la socialización, por ejemplo), a la terapia ocupacional y sus funciones (entrenamiento de mecanismos psicomotrices, entrenamiento de la atención...), a la integración social (expresión, incremento de la autoestima), a la psicoterapia y sus funciones. Porque todos reconocemos que “la expresión plástica es buena para expresarse y potenciar la creatividad” ¿Qué demonios significa esto?

Me pregunto sobre mi trabajo en los Talleres de Arte, y esa reflexión pasa necesariamente por otra sobre mi vivencia particular, mi experiencia particular con la creación plástica y el Arte. Me pregunto qué estoy haciendo y la respuesta viene a mí sencillamente: vuelvo una y otra vez sobre mi origen, sin alcanzarlo nunca y de ello fructifican novedades, constantemente.

Primero fue mirando cuadros en libros. En la Historia del Arte, observando cuadros, esculturas, dibujos y leyendo sobre sus autores. Me ayudé de esa inmersión para construir un ideal que no encontraba, o no identificaba en mi circunstancia inmediata con la claridad necesaria. Mis héroes eran los artistas. Quise pertenecer a la familia de Miguel Ángel, Boticelli, Caravaggio, Giotto, Van Gogh, Malevich, Chagall. Quería parecerme a ellos, ser uno de ellos: el artista, el autor. El productor de todas las maravillas gracias a las que yo podía avanzar en una cotidianidad difícil, llena de conmociones y algo violenta, de poco fiar, sin límites estables, con mensajes confusos, poco claros —hija única, arbitrariamente consentida— portadora de una sensualidad poderosa y desbordada que me conmovía en emociones para las que me faltaban nombres (todo eran olores, temperaturas, sensaciones, brillos, colores, irritación, euforia, conmociones corporales).

Quería ser como aquellos hombres que creaban las imágenes por las que yo avanzaba con la necesidad de un orden. Un orden, lo sufi-

cientemente dúctil como para dejar en él mi impronta —una impronta exterior a mi cuerpo, una marca— y estable, para poder verla después, reconocer mi paso, saber de mí. He querido ser autor: inventar mis propias historias, ofrecer a la vista mis propias imágenes, aquellas que me parece completan la realidad que me rodea, quitándole su voraz potencia sobre mí.



Durante muchos años, cada vez que me he visto envuelta en una circunstancia incomprensible, angustiante, inventaba una historia: “érase una vez, una mujer que...” Cuentos escritos al dictado de un ingenio que no tiene que ver con lo razonable y sin embargo son el relato de una circunstancia concreta. Allí resuelvo, puedo pensar o entregarme a las ideas de sinsentido. Esto me desangustia y me tranquiliza. Lo mismo pasa cuando dibujo: un baile entre lo razonable y la oscuridad, durante el que los bailarines se divierten intercambiando sus trajes.

En mí, dibujar es el punto de ignición de muchos otros asuntos, y al mismo tiempo no tiene un fin mas allá del hecho mismo de dibujar. Y sin embargo cada pequeño cambio, cada pequeño hallazgo, cada invención sobre el papel hace posible una reflexión —como reflejo— de asuntos de mi existencia en una cotidianidad que necesariamente voy inventando. Dibujar y los dibujos mismos son fuente y catalizador de cierto saber sobre las formas en las que habito



mi vida. Dibujando asocio ideas a sensaciones, conquisto espacios de oscuridad o al menos convivo con ellos sin rechazarlos, si es que no son estos en realidad la fuente de todas mis invenciones.

Hubo un tiempo en el que pintar era igual de necesario que imposible. Algo, de lo que yo era víctima, entraba en conexión con la pintura. La voluptuosidad que los materiales despertaban no acababa en las sesiones de pintura. Pintar era enervante incluso cuando conseguía inventar figuras a mi gusto. Y no fue la pintura, ni el arte lo que me ayudó a sosegar toda esa ansiedad. No fue pintar más, ni estudiar el arte contemporáneo o clásico o moderno, lo que facilitó una salida. El viraje necesario para seguir pintando con cierta libertad se produjo durante el trabajo del análisis. Psicoanálisis. Allí ratifiqué mis barruntos: lo más importante para mí es inventar, no hay otra manera. El trabajo de la invención, crear, recrear y todas sus metáforas. Inventar, crear y recrear con inmediatez, viva y de cuerpo presente, cada vez de una vez. Constituida por una irresoluble paradoja: vuelvo una y otra vez sobre mi origen, sin alcanzarlo nunca y de ello fructifican novedades, constantemente.

Inventar, crear, trasladar la experiencia de una circunstancia a veces hostil, a veces deliciosa, de sus efectos sobre mí, produciendo un efecto sobre ella. La parte psicoterapéutica consistió en *inteligir* sobre aquello que me impedía habitar mi particular paradoja. El psicoanálisis puso el deseo en su surco. Ese trabajo tuvo poco que ver con el de la creación artística y los tres transcurrieron simultáneamente.

Ahora me parece más claro que eso llamado “expresión” no sirve para hablar del Arte, ni de la pintura, ni de la “expresión plástica” asociada al campo del arte. Cada imagen producida muestra en la misma medida que vela. Puede llamarse a cada pintura “expresión” pero más bien como testimonio de algo, de una dimensión de la estructura psíquica que se encuentra más allá —o más acá— de ese núcleo cor-

porativo del Yo. Es esa oscuridad a la que refiero mi trabajo como artista, allí es donde percute mi tarea. Es allí hacia donde oriento mi atención como asistente, en los Talleres de los que soy responsable.

El espacio de la creación artística —aquel poblado por unos materiales lo suficientemente dúctiles como para ser modificados con cierta inmediatez, y lo suficientemente plásticos como para mantener las formas con las que han sido impresos— allí es donde la invención es esperada y puede ocupar un lugar por derecho propio. Ese espacio vacío, protegido por el contexto que aporta toda la Historia del Arte y el significado de esta, laboratorio para el experimento, donde el sujeto es libre para el escrutinio particular de sensaciones y significados, es mucho más que un espacio para la expresión o para la elaboración consciente de cuestiones imaginarias. Se trata de un lugar donde se entrañan cambios y giros que quedan fuera del alcance de ese Yo, de esa mismidad indivisa y ficticia. Se suele situar la creación artística cerca de la locura, locura como fantasma de la cordura, antípoda de la experiencia de lo razonable: *sensaciones de disolución de las fronteras objeto-sujeto, animación “mágica” de los materiales, capacidad maniaca para cabalgar el flujo constante de formas inarticuladas... experiencia que en otro contexto puede ser llamada experiencia psicótica* (1).

Estas experiencias pueden ser vividas como terapéuticas en el sentido de que pueden aportar puntos de referencia, hallazgos, anclajes, enigmas, novedades para construir soluciones... Pero queda claro que los mecanismos y dispositivos de la creación artística nada tienen que ver con los de la psicoterapia ni con los del psicoanálisis, aunque, como en el caso de la psicoterapia y del psicoanálisis, estas experiencias tengan también efectos.

Sin embargo si es cierto que en algunos contextos muy concretos el situar la creación plástica —no hablo aquí de Arte, solo de la dis-



ponibilidad de materiales con los que establecer relaciones cuerpo a cuerpo— dentro de un encuadre psicoterapéutico y en coalición con el trabajo pertinente a la psicoterapia, puede constituir un apoyo para una función en ese sentido. Me refiero a mi experiencia con niños diagnosticados como autistas, niños y adolescentes psicóticos y sujetos que sufren graves discapacidades. En estos contextos claramente señalados como clínicos o terapéuticos, la experiencia de alguien conocedor de técnicas y procedimientos de la creación artística y particularmente de creación plástica (porque no todo del arte es “arte plástico”) y suficientemente informado sobre asuntos concernientes a la estructura psíquica y su funcionamiento, puede ser importante para recoger aquellas experiencias de desintegración, ideación delirante e inarticulación formal, para poner en juego en el trabajo sobre los materiales—posibilidades que puedan constituir para el sujeto modos de apaciguamiento, indicios aceptables sobre los rudimentos de la construcción simbólica o lo que sea pertinente en cada caso. Poco que ver con la creación artística, pero un trabajo íntimamente ligado a los medios mate-

riales y a los procesos de elaboración tal y como el artista los conoce.

Este interesante campo de trabajo se abre a partir de ese desafortunado nombre “art therapy” (arte terapia) con el que se bautizó más que a una práctica, a una profesión: la de arte—terapeuta. Así puede distinguirse al artista que tras una especialización académica en la que se estudia la estructura del aparato psíquico, escuelas psicoterapéuticas, psicopatología general, dinámica de grupos y otras cuestiones más detalladas, y tras indagar en sus propios procesos de creación, y comprometerse en un trabajo de análisis o de psicoterapia, pone todo ello al servicio de un sujeto, dentro de un preciso encuadre psicoterapéutico, formando parte de un equipo pluridisciplinar. Así se trabaja por ejemplo en Inglaterra, donde el arte—terapeuta es una figura profesional dentro del Servicio Nacional de Salud (National Health Service).

El campo de la creación artística y el campo de la arteterapia son lugares separados. Hace tiempo que se separaron y avanzan hacia una



separación radical. De hecho, arte–terapeutas como Pat Allen alertan desde hace tiempo sobre una “clínica” de la práctica. El lenguaje de la arte terapia es el lenguaje de la psicoterapia. La presencia de todos aquellos contenidos relacionados con la creación artística que pudiera enriquecer este campo, retrocede y pierde presencia cediendo espacio al dispositivo y lenguaje psicoterapéuticos.

Arte terapia es una práctica establecida dentro del ámbito de las psicoterapias, luego los dispositivos de su eficacia como psicoterapia, poco tienen que ver con los de la creación artística, aunque la herencia de su nombre haga referencia a unos inicios en los que esto no era así.

En Gran Bretaña en los años cuarenta, después de la Segunda Guerra Mundial, muchos artistas trabajaban en hospitales psiquiátricos, retiros para convalecientes y centros de enseñanza. Adrian Hill, Edward Adamson, E. M. Lydiatt, Rita Simon, Michael Edwards y John Henzell entre otros, fueron llamados años después “padres de la arte terapia”. Seguramente se pusieron este nombre —arte terapeutas— para diferenciarse de aquellos artistas que organizaban sus talleres alrededor de la docencia de la academia del arte, porque se interesaron en indagar en aspectos no formales de la creación plástica. Abrieron espacios para la creación artística, observando que en muchos pacientes estas actividades tenían efectos, bien porque se convertía en algo imprescindible, o porque hablaban de su mejoría y la asociaban con estas actividades, o porque veían como algunos sujetos pasaban enormes periodos de tiempo sumergidos en un hacer incansable del que resultaban producciones que nada tenían que ver con las academias ni con las modas

artísticas y que, sin embargo portaban consigo cualidades de enorme contundencia estética. En los grandes hospitales psiquiátricos aquellos talleres constituían *asilos dentro del asilo* (2), lugares que quedaban exentos de cualquier indicación profesional, ya fuera artística o psiquiátrica.

Antes de que hubiera arte terapia, antes de que las producciones de pacientes psiquiátricos o de bizarros amateurs, comenzaran a valorarse desde una perspectiva artística, ya había muchos sujetos que —habitantes de un hospital psiquiátrico o no— habían encontrado en la creación de imágenes y objetos, y sin tener ninguna formación académica, una salida para sus necesidades más íntimas fueran estas de la índole que fueran.

Solo mucho tiempo después, la intervención y el trabajo de más artistas, críticos galeístas e historiadores del arte, tuvo como consecuencia que hoy en día esto llamado “Art Brut” sea una categoría establecida en el Arte en un difuso lugar: dentro de su contexto pero fuera de sus márgenes. Esta situación me parece muy interesante.

A estas alturas habré ya descubierto que no soy especialista, afortunadamente. Que no asocio la creación artística con la expresión, sino más bien con la invención. Y que los Talleres de Creación Artística que animo y de los que soy responsable, se encuadran en el contexto del Arte, porque aunque no nos dediquemos a su academia, si nos sometemos a su disciplina.

Contacto:

Helena González–Saez
helena.gonzalez.saez@gmail.com



BIBLIOGRAFÍA

- 1) Maclagan, D. (1999). “The art of madness and the madness of art” *Raw Visio* 27, 20–28.
- 2) Maclagan, D. (2001). *Psychological Aesthetics. Painting, Feeling and Making Sense*. Jessica Kingsley Publishers. London.



Humor, psiquiatría y fotografía. El amante desdeñado de S.Troisi.

Oscar Martínez Azumendi

En un artículo de 1905, “*El chiste y su relación con lo inconsciente*”, Freud plantea que el placer del chiste surge del ahorro de gasto psíquico individual asociado a la liberación de la coerción impuesta por la represión interna, educación intelectual o la autoridad externa. Junto a ello, no podemos perder de vista el importante papel de los chistes como condensadores del imaginario social de un determinado colectivo, así como resultan un eficaz medio para salvar las convenciones que impiden exteriorizar abiertamente determinadas cuestiones consideradas tabúes. De esta forma, los chistes y narraciones humorísticas, reflejan en la mayoría de ocasiones la imagen distorsionada, los estereotipos y los falsos juicios que una determinada sociedad tiene de aquello que no controla, permitiendo, a la vez, liberarlo del temor asociado que le produce.

La enfermedad mental y los desafortunados sujetos que la sufren son conocidos temas de nuestro acervo humorístico en forma de chistes “de locos” y “de loqueros”, muchas veces confundidos entre sí y consoladoramente caricaturizados en sus más ingenuas, inocentes y menos dolorosas facetas. Muy frecuentes como breves narraciones verbales, también han sido reproducidos tanto en forma de texto impreso

como en forma gráfica (1), aunque previsiblemente estos formatos son cada vez menos habituales al considerarse inconvenientes y favorecedores de actitudes y estereotipos que en nada contribuyen al desmantelamiento del estigma asociado a la enfermedad.

Una mirada detallada dirigida hacia la fotografía en su relación con el campo de la psiquiatría, nos descubre un amplio abanico de ejemplos de utilización de la misma por su potencial descriptivo, documental, evocador del inconsciente e incluso terapéutico (2). Aún así, no es habitual encontrar ejemplos que aborden directamente el tema de la enfermedad mental desde un punto de vista humorístico, siendo más frecuente la perspectiva cruda y tremenda (3). Aunque podemos asegurar que cualquier medio ha sido utilizado para reproducir bromas relacionadas con la enfermedad mental o crisis psicológicas, no encontramos sin embargo muchos ejemplos en los que se utilice la fotografía como soporte o vehículo de transmisión de las mismas. Contrastando con lo anterior, en la historia de la fotografía, es precisamente un tema relacionado directamente con la psiquiatría, uno de los primeros motivos de ironía y humor, si bien en este caso negro.



Se trata de un autorretrato (mejor dicho una serie de ellos) en el que el autor se representa supuestamente tras suicidarse por ahogamiento, teniendo el honor de ser considerada como la primera fotografía de ficción con un tema representado, de alguna forma predecesora de los “*Tableux vivants*” de gran éxito en la época Victoriana (4), así como ser la primera fotografía humorística. El autor, Bayard (5), había desarrollado una técnica por la que fijaba directamente una imagen positiva en papel poco antes de los descubrimientos de Daguerre. Mal aconsejado por una persona cercana al anterior, no dio a conocer a tiempo sus investigaciones, con lo que fue Daguerre y sus daguerrotipos quienes entraron en la historia y, lo que era más descorazonador para Bayard, recibieron el apoyo económico de sus contemporáneos. Este explica su desencanto en una nota que acompaña a la imagen del teatral suicidio donde relata, curiosamente en tercera persona, los motivos que le han llevado al fatal desenlace por no sentirse reconocido ni apoyado económicamente. Añade ironía al texto llamando la atención del lector sobre la colocación más oscura observable en cara y manos, que atribuye al ya iniciado proceso de descomposición.

Otro ejemplo remoto de humor fotográfico, desafortunado y cargado de menosprecio hacia el enfermo mental, es un panel francés de 1852 formado por 8 daguerrotipos de internos de un hospital psiquiátrico (6), ofrecido como premio de una lotería organizada por la institución. Lo que a primera vista parece un acto de beneficencia bienintencionado, ve deslucido su filantrópico objetivo al considerar el encabezamiento del póster: “*Galerie Historique*”, un guiño cargado de sarcasmo si consideramos que ese tipo de apelativos eran frecuentes en la época para hacer referencia a personajes de especial significación social o renombre histórico, la frase “*Au bénéfice des originaux*” encierra igualmente un doble sentido, pudiendo significar en beneficio de los retratados originales o de un más genérico “originales” (excéntricos, diferen-

tes...), completando así la desconsiderada humorada.

Más tardíamente, el collage fotográfico y la utilización de imágenes con cierto potencial humorístico en sí mismas, también han sido aprovechadas como base visual al que se le añaden textos más o menos acertados que pueden hacer referencia a dislates y despropósitos generalmente asociados a la locura o juegan con el contraste y absurdo (7), aunque tampoco esta ha sido una práctica habitual en la mayoría de publicaciones humorísticas gráficas que han explotado el tema de la locura.

La escasez de motivos “psiquiátricos” fotografiados con un barniz satírico del tipo que sea, hizo que nos sorprendiera encontrar de manera fortuita una serie de antiguas fotografías que abordan con este tono uno de los aspectos más dramáticos que debemos enfrentar desde la práctica psiquiátrica, pareciéndonos de suficiente interés, tanto desde el punto de vista fotográfico como psiquiátrico, para divulgarlas y reflexionar en torno a ellas.

Probablemente las instantáneas fueron tomadas en el propio estudio del fotógrafo, que regentó en la ciudad de Córdoba aproximadamente entre 1900 y 1910. La serie está compuesta de 14 fotos que narran visualmente la desventura de un amante contrariado quien, tras leer la carta de despedida de su amada, decide suicidarse disparándose en la cabeza. La frialdad del cañón de la pistola le hace reconsiderar la decisión, para optar entonces refugiarse en la bebida como colofón burlón a la historia. El mismo tema del suicidio que inspiró a Bayard, pero en esta ocasión resuelto de una forma menos romántica. Desde un punto de vista clínico son evidentes los contenidos psicológicos del relato, representación de una crisis afectiva y su resolución, relacionando asimismo la ideación autolítica y el alcoholismo con eventuales frustraciones personales, si bien en este caso minimizando, precisamente a través del humor, tanto la importancia de la rup-



tura como los riesgos de la embriaguez. Desde una perspectiva social y tomando la historieta como posible reflejo de actitudes en boga en ese momento histórico, podemos considerar que la solución suicida frente al desengaño amoroso, recurso idealizado del Romanticismo ya caduco en esa época, parece dar paso en el desenlace final a un intento, en cierto sentido naturalista, para explicar las leyes que rigen las conductas del ser humano, determinadas entonces por circunstancias externas adversas. Finalmente, quizás también habría quien percibiría un cierto matiz de perversa ironía frente al protagonista, caricaturizado como incapaz de llevar a cabo su primer impulso autodestructivo y darse a una más hedonista ocupación.

Este argumento del personaje menospreciado fue también abordado por otros autores latinoamericanos contemporáneos, como la serie del peruano Juan Manuel Figueroa Aznar quien retrata (c. 1907) a un bohemio bebedor que igualmente recibe una misiva comunicándole el rechazo de la amada, si bien en esta ocasión no hay amago suicida como respuesta (8–9).

Las fotos (10x14 cm) están montadas sobre una cartulina rígida algo mayor (12x17,5 cm) que lleva impresa el nombre “S. Troisi–Córdoba”. Estas medidas se corresponden con muy ligeras variaciones al formato “*cabinet*” o “*portrait cabinet*”, conocido en el S. XIX como “*albumen*”, un formato que vino a sustituir a las anteriores y más reducidas “*carte de visite*”. Según la opinión de Abel Alexander (10), las imágenes a las que nos estamos refiriendo fueron realizadas entre los años 1905 a 1910, es decir el

segundo período de los “*portrait cabinet*” o tardío (copias a la gelatina de plata, soportes de cartón gruesos, de color marrón oscuro y con una fina guarda interior en oro. Frente a los de la primera etapa, sobre un delgado papel conocido como “*albúmina*”, ya que el aglutinante de las sales de plata se obtenía de la clara de huevo). En relación a la serie completa de 14 imágenes, Alexander encuentra cierto parecido a ciertas colecciones eróticas en pequeño formato que se entregaban, a principios del siglo XX, como premios a los caballeros consumidores de ciertos cigarrillos, si bien el relato como tal y en el contexto argentino la serie resulta una rareza.

Compradas a un anticuario de Buenos Aires, este no pudo dar más información que haberlas adquirido a un intermediario en la ciudad de Córdoba quien al parecer las consiguió de alguien relacionado con algún Troisi. Las fotos, numeradas en el ángulo superior izquierdo, tienen manuscrita a tinta sobre cada una de ellas una pequeña leyenda, al estilo de las historietas cómicas, que refleja el pensamiento del actor y nos permite entender perfectamente el devenir de la situación. En el reverso de la primera foto aparecen dos firmas manuscritas, una más torpe que la otra, de “Mario Carlos Troisi” (¿nombre del hijo del gran músico italo-argentino Eugenio Troisi?).

Contacto:

Oscar Martínez Azumendi
S° Psiquiatría, Hospital de Basurto
Av. de Montevideo 18. 48013 BILBAO
oscarmar@wpanet.org
<http://psiquifotos.blogspot.com/>

Agradecimientos

A Abel Alexander, director del Museo Fotográfico y Archivo Histórico “Adolfo Alexander” en Argentina, por su amable y desinteresada disposición a responder a mis dudas y ampliar la información en relación con el fotógrafo S. Troisi de Córdoba.



Foto 1: ¡Al fin!



Foto 2: ¿Qué dirá?



Foto 3: Ricura...



Foto 4: ...Ay...



Foto 5: ¿Quién soporta golpe tan recio!?



Foto 6: ¡No me queda más que un recurso!
¡Este!



Foto 7: ¡Este!



Foto 8: ¡Brrr...! ¡Que frío está este caño!



Foto 9: ¡Vade retro, tenebroso pensamiento!



Foto 10: ¡Toma!



Foto 11: ¡Toma, carta infernal!



Foto 12: ¡Que se mate otro!



Foto 13: Al fin y al cabo,
a mi me importa un pito...



Foto 14: ...pues, aquí está el remedio
para todos los males.



BIBLIOGRAFÍA

1. *Imaginario social a través del humor*. Accesible en www.ome-aen.org/cronicon/humor:htm
2. Martínez Azumendi, O. Fotografía y psiquiatría. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*. 2008; 8 (1): 63–75.
3. Martínez Azumendi, O. Periodistas y reporteros gráficos como agentes de cambio en psiquiatría: Imágenes–denuncia para el recuerdo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2005; 25 (96): 9–28.
4. Bajac, Q. *Tableaux vivants. Fantasies photographiques victoriennes, 1840–1880*. Reunion des Musees Nationaux. Paris, 1999.
5. Hippolyte Bayard. Accesible en http://fr.wikipedia.org/wiki/Hippolyte_Bayard
6. Anónimo. Sin título (anuncio de lotería). c. 1852. The J. Paul Getty Museum, Los Angeles, California. Citado en: Marien, MW. *Photography: a cultural history* (2ª edición). Laurence King. London. 2006; p. 37–38. Accesible en <http://www.getty.edu/art/gettyguide/artObjectDetails?artobj=62816>
7. Anónimo. Nuestras bonitas canciones interpretadas por fotógrafos locos: “María Dolores”. *La Codorniz*. 25 diciembre 1949. (IX) 424: 21. Número extraordinario dedicado a la locura, en el que de forma excepcional para ese ejemplar la revista se denominó “La Codornizota”.
8. Watriss, W. Zamora, LP. (eds.) *Image and Memory*. Photography from Latin America, 1866–1994. University of Texas Press. Austin, 1998; p. 149.
9. Poole, D. Figueroa Aznar and the Cusco Indigenistas. En Pinney, C. Peterson, N. *Photography's other histories*. Duke University Press, 2003; p. 172–201.
10. Alexander, A. Comunicación personal. Página del Museo Fotográfico y Archivo Histórico “Adolfo Alexander” accesible en <http://www.geocities.com/abelalexander>



JUAN CAMPOS

Con el inicio del nuevo año nos dejó **Juan Campos Avillar**.

Resulta difícil decir en unas pocas líneas lo que Juan ha supuesto para quienes hemos tenido la suerte de conocerle, de uno u otro modo. Lo que Juan ha supuesto para el mundo del grupoanálisis.

Cuando me llegó la sugerencia de escribir estas líneas pensé que mi voz no era la más indicada para hacerlo. Conocía a Juan, sí, pero no “lo suficiente”, no desde hace demasiado tiempo. Poco a poco fueron llegando a través de los foros de Internet que compartimos otras voces, más palabras para Juan, de Juan. “Así, sí” pensé.

Hablar de Juan, de su figura, de su persona, en grupo, como a él le gusta; como él mismo se empeñó en hacer durante tantos años. De modo que estas palabras que os llegan son Palabra de Grupo.

Los recuerdos vuelan desordenados hacia su inmenso anecdótico, como el día que nos explicó aquella anécdota del niño Joanet, operado de apendicitis que decidió ser médico

cirujano, de los últimos besos del amigo que quería levantarse de la cama para demostrarnos que estaba mejor.

Juan Campos quería ser médico y lo consiguió, licenciándose en la Universidad de Barcelona el año 1951 y doctorándose en la Universidad de Madrid el 1954. Luego fue psiquiatra, grupoanalista, tejedor de redes en el ciberespacio y en cualquier lugar y ocasión que se le presentara.

Un hecho importante cambió el rumbo de su vida, cuando entró en un grupo de estudios y se hizo tutor de los colegios mayores del Opus Dei. Así inició en 1954, la etapa de migraciones, primero a Venezuela y trabajó en el Hospital Psiquiátrico de Caracas fundando un servicio de revisión médico-psicológico escolar.

Un breve retorno a España y la posibilidad de ocupar una cátedra en la Universidad de Navarra, no fue suficiente aliciente para permanecer en la organización del Opus, quizás porque descubre su verdadera vocación, relacionada con el psicoanálisis y el grupo análisis.

Es difícil hacer un recorrido por la vida de Juan, más cuando la emoción nos invade. El hombre inquieto que va caminando incansablemente para ir descubriendo su vocación: deseaba ser médico cirujano y lo fue. Pero al conocer a Foulkes se abrió un nuevo campo en su práctica médica: el psicoanálisis y el grupoanálisis.

Entonces, no dudó en viajar a Estados Unidos e Inglaterra con la intención de formarse en psicoanálisis y grupoanálisis. Así fue como Juan, médico “cirujano cardiaco” se transformó en Juan, médico “cirujano del alma”. Él mismo nos lo explicaba hace pocos meses:

“La primera vez que me senté en un grupo, fue diez años antes, en el 48, en un círculo de estudios en un colegio mayor del Opus Dei. Esta fue la primera impronta grupal hecha por un grupo como los descritos por Freud en Psicología de las Masas: un grupo con doble psicología, la de un líder narcí-



sista y la de los seguidores que con éste se identifican. Trabajar en el Maudsley, dentro de un contexto democrático y hacerlo con una orientación grupal fue lo que me liberó de la “santa libertad” de aquella organización de monjes guerreros que “por obediencia debida” me había convertido de cirujano cardíaco a cirujano del alma. La impronta dejada en mí por Foulkes y la “matriz grupal” en mí implantada por su unidad de pacientes ambulatorios se vio reforzada y potenciada en el Postgraduate Center for Psychotherapy de Nueva York al formarme allí en psicoanálisis individual y psicoterapia grupal analítica... Estas dos experiencias, una religioso-grupal y otra democrático-analítica, son las que han marcado toda mi labor educativa posterior en el campo de la medicina, la psiquiatría, la salud mental y la salud en general”.

En 1963 regresó a Barcelona y comenzó a abrir camino con tesón, perseverancia y rigor por transmitir aquello que él mismo recibió y pulió en la Conducción de Grupos, grandes, pequeños, nucleares, internacionales..., creando espacios virtuales y reales para la comunicación, la investigación, el intercambio.

Así ha seguido hasta ahora, hasta casi el último día de su estancia entre nosotros. Juan buscando incansablemente el modo de estar en contacto, de generar instrumentos de comunicación, de abrir caminos. “Tejedor de redes” siempre.

Tenemos presente a Juan insistiendo, no resignándose a quedarse aislado por el avance de la enfermedad. Cuando no podía acudir en persona a un symposium o congreso, averiguaba el modo de estar presente con una web cam o un foro en Internet. Cuando no podía escribir en el teclado, estos últimos meses, nos instigaba a bajarnos algún programa de voz para poder oírnos.

Juan impaciente, tozudo, insistente hasta el agotamiento. Juan profeta. Juan diciendo con una energía inusitada en un hombre de 80 años todo lo que queda por hacer, buscando a quien pasar el testigo, enfadándose cuando los demás no llegábamos a lo que él veía necesario y urgente.

Juan, siempre experimentando, siempre caminando, siempre traduciendo y construyendo puentes, siempre luchando.

Juan dispuesto en cualquier momento del día o de la noche a hablar con quien le necesitaba, a solucionar nuestras ignorancias técnicas, solventar nuestros miedos a abrir caminos, facilitar modos, multiplicar nuestras ideas por cinco o diez o... Generoso y sabio; impaciente y tozudo. Con un genio que nos espabilaba y no dejaba que nos durmiéramos en los laureles, siempre desafiando los límites, de la enfermedad, de la ignorancia, siempre estímulo para actuar.

Y Juan con Hanne. Para nosotros han sido, son en todo momento, Juan y Hanne Campos. No sabemos cómo habría sido Juan de no haber tenido a su lado a Hanne, compañera infatigable de todos sus caminos. Juntos nos han mostrado una manera de vivir que abre camino, que acompaña e inspira.

Nos cuesta despedirnos de Juan, de esa Luz que permanecerá en alguna parte del Universo, alumbrando o guiando nuestros caminos.

Juan, pescador, tejedor, puentero... Ahora navegante. Nos quedamos con esa mezcla de ternura y mala leche, de firme determinación para encaminarse a lo que deseaba, de infatigable búsqueda de modos que lo hicieran posible.

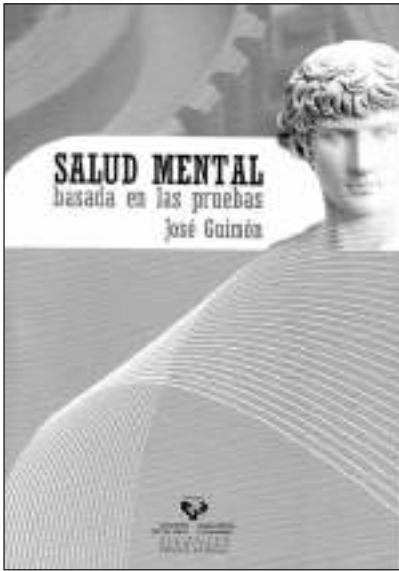
Juan (como aquel otro, el bautista) ha sido muchas veces la Voz que clama, aunque su clamor no ha sido en el desierto. Como él mismo dejó escrito: “Bastará con que siga con él soñando un pequeño grupo lo que en grupo soñó, ¡por el grupo y con el GRUPO se hará realidad!”. En eso estaremos, Juan, en lo que queda por hacer.

Muchas gracias, Juan, que tanto has amado. Con todo nuestro amor también.

Feli Estévez

Vocal Zona Norte SEPTG
feliestevez@passemazzo.com





SALUD MENTAL basada en pruebas

Autor: José Guimón

Sº Editorial Universidad del País Vasco–EHU
y Core Academic, 2008.

698 pp.

ISBN: 978–84–9860–133–6

El profesor Guimón ofrece un texto donde combina la comprensión de los determinantes biológicos de la enfermedad con el concepto psicodinámico de desarrollo de la personalidad, y la contribución de las ciencias sociales en ambos. Una amplia perspectiva histórica introduce áreas de controversias actuales acerca de la etiología, el diagnóstico o el tratamiento, y contribuye así a elevar el nivel del discurso más allá de especulaciones estrechas.

Señala cómo la revolución en las Neurociencias puede completarse con un enfoque psicodinámico actual derivado de una comprensión psicoanalítica. Reta de forma adecuada a la profesión psicoanalítica a volver a examinar su responsabilidad a la vez hacia el desarrollo científico de su campo y su responsabilidad social en prevención y el tratamiento de la

enfermedad mental. Aunque claramente simpaticizante de los enfoques psicoanalíticos, Guimón señala a la vez los puntos fuertes y débiles en las contribuciones psicoanalíticas, y se muestra crítico hacia la enseñanza psicoanalítica así como hacia las perspectivas frecuentemente estrechas de la formación psiquiátrica. Su revisión crítica de los enfoques en investigación psicodinámica refuerza esta crítica.

Este volumen ofrece una perspectiva actual y de amplia envergadura de la profesión de psiquiatría y de su papel en el campo de la Salud mental. Conceptos, los modelos en psiquiatría; lo biológico, psicológico y social; la evaluación y las clasificaciones diagnósticas; los trastornos en la clínica, las intervenciones en salud mental basadas en pruebas y su eficacia. Y, como no, una sección dedicada a los profesionales, sus actividades, las psicoterapias y los problemas de las mismas. La visión de conjunto del tratamiento de los trastornos mentales orgánicos, de las principales psicosis, y de los trastornos de personalidad se halla enriquecida por esta combinación de perspectivas biológicas, psicodinámica y socio-cultural. Con resúmenes actualizados de estrategias de tratamiento actuales que reflejan esta integración de enfoques.

El principal énfasis de este volumen se sitúa en las modalidades psicosociales de tratamiento, a la vez en el contexto de programas terapéuticos institucionales así como en el tratamiento individual de los pacientes. En este contexto, proporciona al lector información detallada sobre el estado actual de las intervenciones de grupo y de familia, que son enseñadas de forma bastante rápida en la mayoría de los textos de terapéutica psiquiátrica.

Este libro resume las causas y los síntomas de los trastornos psíquicos y las intervenciones terapéuticas propuestas para prevenirlo, tratarlos o aliviar sus consecuencias apoyado en los numerosas publicaciones del autor durante la última década.

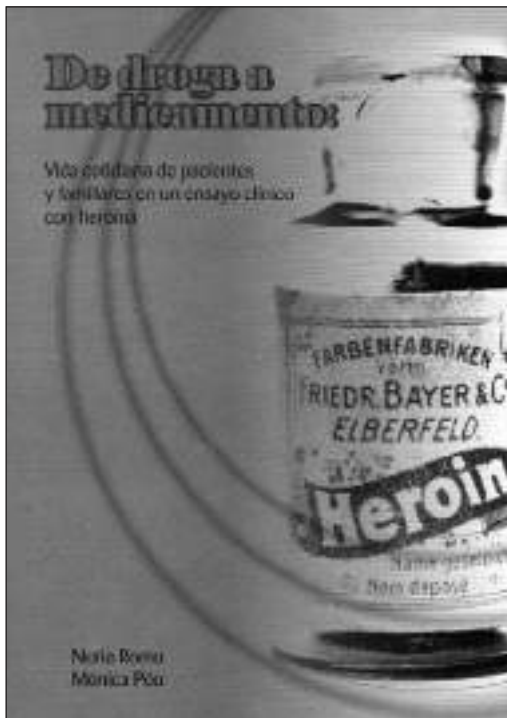
Su título “Salud mental basada en las pruebas”, título que plantea la necesidad de someter la práctica a la evaluación de la eficacia sin dejarse cohibir por la escasez de estudios que demuestran los resultados favorables de nuestras intervenciones.

Si estas intervenciones psicosociales han sido puestas en entredicho por la dificultad que tienen en demostrar su eficacia. El movimiento de la Psiquiatría basada en las pruebas o “empíricamente justificada”, ha realizado importantes progresos mediante el establecimiento de *task forces* y guías terapéuticas aunque con dudas sobre la validez externa y la fiabilidad y la transparencia de las revisiones de evaluación que se realizan.

En este volumen se mencionan los estudios empíricos publicados, también las revisiones *Cochrane* realizadas en los últimos años sobre la eficacia de las distintas intervenciones psicosociales.

Estamos ante un compendio, todo un tratado de conocimientos sobre Salud mental, lo cual habitualmente suele ser desarrollado en colaboración por diversos autores especialistas en distintos campos. En esta ocasión, el autor ha realizado un esfuerzo de síntesis personal con su aportación a quienes se interesan por una visión integradora de este campo de la salud. Un libro que ya en la introducción señala que va *dirigido particularmente a los estudiantes de las disciplinas implicadas en la Salud mental (Psiquiatría, Medicina general, Psicología, Enfermería, Trabajo social, etc.) pero también a los profesionales que se interesen por una evaluación de conjunto de teorías e intervenciones “relacionales”, excesivamente marginadas ante la hegemonía de los discursos biologicistas.*

I.M.



DE DROGA A MEDICAMENTO

**Vida cotidiana
de pacientes y familiares
en un ensayo clínico con heroína**

**Autoras: Nuria Romo, Mónica Póo
y Equipo PEPSA.**

Editorial Universidad de Granada, 2007.

182 pp.

ISBN: 978-84-338-4796-6

Se trata de un libro de testimonios de pacientes y familiares que participaron en el primer ensayo clínico con heroína que ha funcionado en el estado español y desarrollado en Granada en el marco del programa de tratamiento con heroína, el Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes en una ciudad andaluza, PEPSA.



Inicia con un capítulo acerca de la evolución histórica desde finales de los años 70 con la expansión de la heroínomanía, las personas tratadas, mortalidad, fracasos en los tratamientos, la búsqueda de la abstinencia, alternativas terapéuticas, etc. En esta primera parte, descriptiva, se detiene en los primeros ensayos controlados con heroína de Londres en 1976 a los inicios en Ginebra en 1994 y Holanda desde 1995.

En ocasiones la evaluación epidemiológica de los diferentes programas en distintas ciudades y regiones han resultado problemáticas. Como también lo han sido la evaluación de programas de intercambio de jeringuillas y otros programas preventivos.

Se expone una sencilla explicación del PEPSA con detenimiento en los consumos y calidad de vida de los pacientes en este programa de tratamiento.

Después de explicar los aspectos metodológicos propios de la investigación cualitativa o etnográfica, se adentran en el abordaje mediante “técnicas de acceso rápido”, los contactos y las entrevistas en profundidad a una muestra intencional, el análisis tras *validación de las respuestas obtenidas en las entrevistas a los pacientes con las realizadas a familiares* contrastando respuestas sobre su vida cotidiana y sus estados de salud desde que iniciaron alguna terapia con el tratamiento diversificado de opiáceos.

Otros diez capítulos van dedicados a los testimonios, con sus experiencias en unos y otros tratamientos, desde sus primeros consumos y los primeros encontronazos y sorpresas

en la familia.. Inicio de los conflictos: de “ponerse” para estar bien a “ponerse” para no estar mal; los momentos en sus vidas en que se sintieron habituados a la heroína; la familia como testigo de los incrementos de consumos; el peregrinaje de un tratamiento a otro... y mientras, los familiares buscando ayuda; la experiencia del PEPSA en ese circuito de terapias y la ruptura de “quitarse a curarse” usando heroína, medicalizando la sustancia.

A través de la alteración y recuperación posterior de la calidad de vida en las diferentes etapas de consumo de heroína y mediante la “carrera”, las autoras han reconstruido la vida cotidiana de quienes estaban integrados en el ensayo clínico. Volver a ocupar el tiempo en torno a la inyección, pero ahora asociada a búsquedas de formación y empleo, a nuevas relaciones en las familias, a los duelos por amigos que se fueron o están encarcelados, con la percepción de los cambios favorables en su salud física y psíquica.

Ya no existe tanto deseo de consumir en la calle (*craving*), ya no existe la rutina diaria en torno a conseguir heroína para lograr la tranquilidad, ya uno puede mejorar en el trabajo, en sus ocupaciones, en sus estudios abandonados o en como se relaciona con los demás. Estar en el programa de uso compasivo de heroína ha significado el cambio de necesidades y que se generen nuevas expectativas, incluso de la abstinencia definitiva. Y todo ello corroborado por la paralela experiencia percibida por los familiares.

I.M.





LA INVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Autor: José M^a Álvarez.

Madrid, Gredos, 2008.

Hace nueve años, con la primera edición del libro que comentamos, nos asombramos de la erudición y el saber que un joven José M^a Álvarez tenía de los autores franceses y alemanes en lo referente al tema de la paranoia. Cuatrocientas y pico páginas de historia, psicopatología y, en el capítulo final, encendida defensa de los postulados del psicoanálisis lacaniano respecto a la estructura y esencia de la psicosis. Una ponderada mezcla del conocimiento directo de los clásicos alemanes y franceses de la clínica del siglo XIX, una crítica concisa, clara y firme de los modelos psicopatológicos por ellos expuestos y una decidida apuesta por las tesis lacanianas como esclarecedoras de la estructura de la psicosis. Rigor y ardor, quise leer yo en aquellas líneas.

Ahora, su inveterada capacidad de trabajo, le ha llevado a epatarnos con una segunda edición muy ampliada —más de doscientas páginas— con un estilo aún más claro y conciso, que tiene por belleza la ausencia de filigranas, concreción de ideas y estructuración rigurosa; la erudición —en forma de múltiples anotaciones y fruto de muchos años de acudir a las fuentes en versión original— no resulta ni pedante, ni pesada, ni sirve de máscara vacía al autor; sino que sirve a la causa de la investigación que desarrolla en el libro, y funciona como segunda, que no secundaria, obra dentro de la obra; los que andamos en trance de hacer una tesis no podemos por más que agradecerle tan magnífico trabajo de encuadre y referencia bibliográfica.

La exposición de los temas alcanza en esta segunda edición un tono de tratado bien construido, académico en el sentido noble que alguna vez tuvo este término; escrito para ser entendido, pero sin caer en la vulgarización, es un libro que se puede leer a modo de relato histórico, pero que tiene una estructura muy trabajada para permitir ser estudiado con muy poco esfuerzo de síntesis u organización, para todos aquellos interesados en estos temas.

El postulado básico que se desarrolla en el libro y que se explicita en el título “La invención de las enfermedades mentales” es que no existe tal “cosa” que podamos llamar enfermedades mentales en tanto que entidades naturales —en contraposición a las enfermedades médicas conocidas, que sí son entidades discretas de las que conocemos su etiología, fisiopatología y patogenia, en mayor o menor medida— sino que sólo son constructos discursivos, sometidos tanto a la opinión propia del observador como al modelo cultural vigente en el momento de su enunciación (véase “Introducción”, pág. 24)

Desde un punto de vista histórico va desgranando el cambio de concepción desde la locura como efecto de las pasiones sobre la razón hasta la concepción médico-científica, que se inicia con Pinel y encuentra su apoyo teórico en el paradigma del modelo anatomo-



clínico. Dicho de otro modo desde la consideración de la locura como parte, incluso necesaria, del ser humano, envés de la razón, a la consideración de algo no sólo opuesto, sino incluso extraterritorial a la misma. La locura convertida en alienación y más tarde en enfermedad mental, en un intento de acotar aquello que siempre se salía de todas las clasificaciones y esquemas: la paranoia, como modelo princeps de la psicosis. Este libro refleja los intentos teóricos de explicación y clasificación de una realidad escurridiza y el pensamiento y la obra de los autores que lo intentaron.

Así desgrana usando la estructura histórica los cambios habidos en la ideología sobre la locura desde la época clásica al primer tercio del siglo XX, en el que considera que se estancó la ciencia psicopatológica. Pero quede claro, que este discurrir histórico no lo plantea como una sucesión causal de hechos e ideas en el sentido erróneo, que también critica Germán Berrios, de querer ver una cadena de saber que se va constituyendo a lo largo del tiempo hasta construir una teoría (esta sería la postura de los DSM).

No, se trata de visiones acotadas, personales, que intentan agrupar los mismos complejos sintomáticos en distintas clasificaciones y modelos. No hay nada, ni científico ni taxonómico, que justifique estas separaciones en entidades discretas y su agrupación en clases. Es una arbitrariedad, a veces fecunda, pero arbitrariedad al fin (Alix Spiegel, “DSM: el diccionario de la demencia”, pág. 80–87, “Mente y Cerebro” n° 30, 2008, Prensa Científica SA. Barcelona).

Sin embargo, nunca hace una fácil y partidista descalificación de las ideas o de los personajes, sino que los trata con respeto crítico mostrando, como se dice ahora, sus fortalezas y sus debilidades, rescatando esta sabiduría clínica para un presente en el que la clínica y la psicopatología han sido demonizadas en aras de la pretendida asepsia descriptiva y ateórica de los modelos clasificatorios al uso.

Todo esto, no lo trata el autor desde la neutralidad pretendida desde donde lo haría un

profesor universitario, sino desde la posición declarada del psicoanálisis, y en concreto desde la orientación lacaniana, que es para el autor, tras el giro copernicano que Freud dio con respecto a la función del delirio en la paranoia, el mejor instrumento teórico y clínico para enfrentarse al misterio de la psicosis.

Pasaré a dar unas pinceladas sobre la estructura formal del libro, que se estructura en un enjundioso Prólogo escrito por Fernando Colina, una Introducción a cargo del autor y seis capítulos, cuyos títulos y resumen, paso a describir:

I.- “Locura, alienación mental y enfermedades mentales”: en donde plasma tanto el escenario histórico como las principales tesis que produjeron el cambio de paradigma de locura en el sentido clásico hacia la primitiva concepción de la alienación mental defendida por los alienistas franceses (Pinel y Esquirol, principalmente) y el definitivo momento de cristalización de la idea de la posibilidad de existencia de las enfermedades mentales cuyo ideólogo abanderado es J. P. Falret y su defensor acérrimo, desde sus estudios anatomopatológicos sobre la “aracnoiditis crónica”, Bayle. Y al final, describe la las visiones de una “nueva forma de locura”, opuesta del todo a la monomanía pineliana —pues ya no describe momentos evolutivos de un único acontecer nosológico— que es la psicosis maniaco depresiva en los autores que pretendieron su aislamiento como forma patológica: Falret, Baillarger y Kraepelin.

II.- “La paranoia: entre la locura y la nosología de las enfermedades mentales”: extenso capítulo —117 páginas— en el que el autor plantea el problema de la paranoia como el escollo en el que embarrancan las múltiples explicaciones que desde el modelo de enfermedad mental se pretende dar a la locura por parte de los médicos advenidos a la clínica en los grandes hospitales mentales, que los médicos han conquistado gracias al acto simbólico —aunque no aislado— de Pinel soltando las cadenas.

En palabras del autor (pág. 117): “...la paranoia representa la transición inconclusa entre la locura tradicional y las enfermedades mentales, asunto del que esperamos aportar pruebas a lo largo del presente capítulo.”

Hace un recorrido exhaustivo tanto por la escuela alemana como por la francesa en casi todos sus autores paradigmáticos; desde Griesinger a K. Schneider, pasando por Krafft-Ebing, Kraepelin, Gaupp, Kretschmer y Bleuler entre otros (por mencionar sólo a los más conocidos) o por parte francesa la sistematización de los delirios —en tipos y estructuras— de Lasègue (delirio de persecución), V. Magnan, Séglas, Sérieux y Capgras (delirio de interpretación), Dupré, Clérambault (delirios pasionales y paranoia) y Lacan y la paranoia de autocastigo (“caso Aimée”).

III.- “Demencia precoz: el rostro más deficiente de la locura”: en el se trata de la visión reduccionista de Emil Kraepelin en relación a la paranoia, y que en base al concepto de evolución del cuadro psicopatológico hacia el deterioro de la personalidad de los afectados, aisló el concepto de demencia precoz, al que no dotó de hipótesis etiológica. En definitiva, un brillante recorrido por la obra de Kraepelin en sí misma y no en comparación, como en el capítulo siguiente.

IV.- “La esquizofrenia: cinco visiones sobre el desgarramiento de la identidad (Bleuler, Ballet, Chaslin, Clérambault y Freud)”: desarrolla las distintas visiones de los autores referidos en torno a esta entidad que parten desde la definición bleuleriana del cuadro y sus formas así como de una crítica de la teoría subyacente en su concepción (Spaltung, síntomas primarios y secundarios, afirmación sin pruebas de la organicidad, etc.), pasando por la “psicosis alucinatoria crónica de G. Ballet”, las “locuras discordantes” de Ph. Chaslin, el “automatismo mental de Clérambault, para finalizar con la interpretación de S. Freud de la esquizofrenia (parafrenia prefiere él, al término que considera en exceso apegado al

concepto de división que no considera específico del cuadro) desde la psicogenia y la visión del delirio como fenómeno de reparación de la identidad subjetiva, y no como un fenómeno patológico del proceso; un cambio radical, pues vuelve en intento de autocuración lo que se consideraba —y aún todavía hoy en día— fenómeno patológico; este cambio no sólo afecta a la clínica, sino que acarrea consecuencias éticas y políticas en el valor otorgado a la palabra del loco, que habla de un sí mismo estrictamente individual (como la solución delirante que ha encontrado), razón por la que se sitúa fuera del discurso social, pero que en ningún caso tiene que ver ni con el error lógico, ni mucho menos con la tontería.

V.- “La locura desde dentro: las enseñanzas de Paul Schreber, profesor de psicosis”: Paul Schreber, paradigma en psicoanálisis de la paranoia desde el estudio que Freud hizo de sus memorias, pero también personaje y autor favorito de José M^a Álvarez. El capítulo se dedica a dar una visión de su vida, sus memorias (“Sucesos memorables de un enfermo de los nervios”, AEN, Madrid 2003) y de los trabajos que Freud y Lacan fundamentaron en su autopsicobiografía. Partir del caso único, lo particular, lo universal de la estructura, método que permite no descartar la subjetividad en estudio.

VI.- “Reflexiones de la psicosis a la luz de la clínica y la historia”: donde el autor desde el método histórico-clínico, las concepciones psicoanalíticas —fundamentalmente lacanianas— y su propia experiencia propone un modelo unitario de la psicosis, trabajo al que lleva entregado años, tanto en su investigación como en su docencia.

En este sentido, el último capítulo del libro es un preclaro exponente de cómo la psicopatología clásica y el psicoanálisis pueden tender puentes de entendimiento y ser fructíferos para la práctica de una clínica en la que la palabra le sea devuelta al loco, a sabiendas de que la sinrazón, es más bien otra razón, pero atómica, útil para un solo individuo hasta el



punto de que no puede ser compartida por otro loco.

Recorre y aclara los temas y conceptos que constituyen el núcleo de toda psicosis: certeza, fenómenos elementales, polaridad de la psicosis (melancolía, paranoia y esquizofrenia) y función del delirio: Temas que no suelen estar contemplados desde la fenomenología, y cuya ignorancia o subestimación propician estrepitosos errores de concepción en el trato del psicótico (sirva como ejemplo más típico el esfuerzo de “convencer” al delirante de lo erróneo, absurdo o ilógico de sus tesis).

La propuesta de un psicoanalista lacaniano que reúne psicopatología clásica y psicoanálisis lacaniano aporta una respuesta rigurosa para la psicosis tanto en su concepción, como en la dirección de la cura; por otra parte, no es meramente especulativa, sino que al estudio e investigación teóricos se agrega una larga andadura de práctica clínica tanto en los servicios públicos como en propio despacho psicoanalítico, en el tratamiento de este tipo de pacientes.

Por eso, sus enseñanzas y sus modelos nos sirven, como a los MIR y PIR que desde hace años tutoriza, para el trabajo diario con psicóticos, aportando un más allá a los reduccionismos farmacológicos o de adaptación social; éstos, por más que necesarios, no lo son más que devolver la clínica de la subjetividad al ámbito de la locura; no basta el necesario reconocimiento como individuo al que la ley y la deontología apuntan, sino reconocer el delirio como una invención para seguir adelante del psicótico, en un decir único y pegado a su historia personal; no existen los delirios universales. Tampoco es suficiente que busquemos con él artificios y acomodos para que consiga, normalmente con menos chirriar de engranajes de lo que lo hacemos los neuróticos, acomodarse a ese mundo radicalmente extraño —genial intuición del psicótico— que es “la sociedad”, como paradigma idealizado de lo normal.

Finalizo aconsejando la lectura de este libro a todos aquellos que, independientemente de su orientación, quieran saber cómo se llegó al estado de cosas que reflejan las clasificaciones

al uso, que en su afán por anular cualquier concepción teórica —a la que se acusa de fuente de todo sesgo posible— anula la posibilidad de un conocimiento histórico de la clínica tanto en sus errores, como en sus aciertos, propiciando la creencia en las nuevas generaciones de un conocimiento “ex novo”, revestido de un fulgor cientificista, pero tan vacío de rigor y conocimiento como algunos de las ideas que pretenden corregir, y desde luego sin la altura psicopatológica, ni clínica de algunos desarrollos de la clínica clásica, que abarca desde principios del siglo XIX hasta el primer tercio del pasado siglo, y que tuvo por escenarios principales —en ningún caso únicos— Alemania y Francia.

Por supuesto es también una magnífica descripción de cómo el psicoanálisis, ha estado presente en el desarrollo y definición de los derroteros psicopatológicos y ha aportado su formalización teórica a los mismos. Reitero el valor de esta obra en abrir caminos para la conjunción de ambos saberes, que han confluído en un movimiento que ya se conoce en algunos ambientes como la Otra Psiquiatría, en la que ya no sólo se habla de neurotransmisores, síntomas objetivos o agrupaciones estadísticas, sino que se vuelve a escuchar el decir de cada uno, como fundamento de su sufrimiento.

El trabajo de estilo, la riqueza de contenidos, el rigor en el encuadre histórico y el tratamiento de los temas sin exclusión, si bien desde un decidido encuadre teórico, debe serle útil a cualquiera que quiera ampliar sus conocimientos en este campo de la psicosis y ya sólo por esto merece su lectura, sobre todo a los más jóvenes profesionales que lo verán como una novedad, por más que se refiera a algo clásico (el pseudo efecto “ex novo” mencionado arriba).

Roberto Martínez de Benito.

Psiquiatra. León
romarben@gmail.com





LOS NIÑOS HIPERACTIVOS Y SU PERSONALIDAD

Autor: Alberto Lasa Zulueta.

Ediciones ALTXA. Bilbao, 2008.
218 págs.
ISBN: 978-84-612-7156-6.

La obra reúne varios artículos anteriormente publicados en revistas especializadas que han sido agrupados en tres capítulos. En el primero (*La hiperactividad: historia y revisión de un concepto*) se hace una revisión crítica de la larga historia del concepto de hiperactividad; de su conceptualización como trastorno psicológico y del comportamiento; de los modelos de (in)comprensión, de las diversas hipótesis respecto a sus causas y de la complejidad y variedad de sus manifestaciones y tratamientos, cuestionando la tendencia actual a descri-

birla, y a diagnosticarla en exceso, como una “enfermedad” idéntica en todos los afectados y con un tratamiento único y exclusivamente farmacológico.

En el segundo (*Hiperactividad y organización de la personalidad*) se describe la relación directa y frecuente de ciertas formas de hiperactividad con alteraciones de la organización precoz de la personalidad y con las peculiaridades de su tratamiento y evolución. Se insiste particularmente en la necesidad de comprender, tanto el trastorno como su tratamiento, en el contexto de las relaciones familiares y terapéuticas en que se despliega y manifiesta y en las que, el niño hiperactivo, también puede encontrar comprensión y ayuda para resolver sus dificultades.

Finalmente, en el tercer capítulo (*El TDAH en la actualidad: controversias, divergencias y convergencias*), se presentan las diferentes y, a veces, contradictorias ideas de los expertos en el tema, tratando de encontrar los puntos de convergencia que sirvan a los afectados, familiares y profesionales para coincidir en planteamientos comunes y sensatos que permitan abordar y resolver un problema que necesita, a la vez que un abordaje clínico especializado, una atención sistemática de vertientes (personal, familiar, educativa, social) complementarias pero igualmente indispensables. Y también para evitar el riesgo de una medicalización exagerada y una excesiva y abusiva generalización del diagnóstico y tratamiento de las dificultades propias del desarrollo como fenómenos patológicos.



I Congreso Internacional e Interdisciplinario de Psicoanálisis Multifamiliar

“50 años de evidencias y articulaciones”

Durante la primera semana de noviembre de 2008 se realizó en Buenos Aires, el primer Congreso Internacional de Psicoanálisis Multifamiliar, organizado por el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar y la Fundación María Elisa Mitre.

Esta manera de pensar y trabajar en Salud Mental fue desarrollada por Jorge García Badaracco en los últimos 50 años, tratando a pacientes seriamente perturbados en un *contexto social ampliado* (Comunidad Terapéutica



Psicoanalítica y Grupo multifamiliar). Este encuadre permitió superar las dificultades técnicas que dichas patologías presentaban con los tratamientos tradicionales (psicoanálisis individual, familiar y grupal), que se mostraban insuficientes e ineficaces, y que generaron un cúmulo de fracasos terapéuticos que ensombrecieron los pronósticos de estos pacientes. Los problemas clínicos que se presentaban como insolubles fueron un desafío para la praxis psicoanalítica y para la propia meta-psicología. El trabajo con grupos multifamiliares permitió a Jorge García Badaracco y a sus colaboradores, constatar una serie de evidencias clínicas que permitieron ampliar la comprensión de la naturaleza de la enfermedad mental y en consecuencia su forma de tratamiento.

Esta manera de pensar la salud y la enfermedad plantea una aproximación diferente. La psiquiatría en general y el psicoanálisis en particular se ha centrado en “lo patológico”, la primera en la resolución de la sintomatología clínica y el segundo en el análisis de los contenidos inconscientes. Ambos soslayaron un aspecto fundamental del paciente: su potencialidad sana.

Desde que nacemos nos encontramos inmersos en una trama de dependencias recíprocas (interdependencias), que favorecen o dificultan nuestro crecimiento y desarrollo personal. La presencia de “los otros en nosotros”, precipitado identificatorio de relaciones sucesivas en el tiempo que da origen a nuestra estructura psíquica, permite observar con más nitidez los aspectos patológicos y patogénicos que actúan como lastre del crecimiento y desarrollo de la personalidad. También nos permite percibir los aspectos más sanos e incluso la potencialidad de desarrollo de los mismos (virtualidad sana). Es a partir de estos aspectos en que se consolida una confianza terapéutica y se posibilita un verdadero proceso terapéutico.

Los Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar se constituyen en el lugar apropiado para observar dicha trama de interdependencias internalizadas y sostenidas por una trama exterior. La *hipercomplejidad* de los fenómenos producidos

nos plantea la necesidad de articular el psicoanálisis con otras disciplinas para ampliar nuestra área de conocimiento. Esta situación nos lleva a “repensar” la metapsicología tradicional como una forma de enriquecer el acerbo psicoanalítico.

Este congreso reunió participantes de distintos lugares del mundo y de distintas profesiones (psiquiatras, psicoanalistas, psicólogos, psicólogos sociales, lingüistas, etc). Durante el congreso se presentaron experiencias que se están realizando en diferentes lugares de América y Europa. Es bien conocido su desarrollo en Buenos Aires desde finales de la década del 50, cuando Jorge García Badaracco inició su trabajo en este campo en el Hospital Psiquiátrico José T. Borda, para luego continuar durante 25 años en una institución privada y seguir en la actualidad en diferentes instituciones públicas y privadas sanitarias y no sanitarias. En la actualidad funcionan alrededor de 12 grupos de psicoanálisis multifamiliar en Buenos Aires, y otros en el interior del país. Esta experiencia también se desarrolla en la ciudad de Montevideo (Uruguay) en Santiago de Chile y en otros lugares de Latinoamérica.

En 1984 creamos en Getxo (Bizkaia) en una institución pública ambulatoria, en el contexto de un hospital de día, el primer grupo de psicoanálisis multifamiliar en España, que aún goza de vitalidad y eficacia terapéutica. Con el correr de los años, se desarrollaron otros grupos en Bilbao, en el ámbito privado y público. También desde hace años se realizan estas experiencias en Roma, Madrid, Elche y más recientemente en Málaga y Barcelona.

Durante esa semana se trabajó con intensidad y entusiasmo, esa fue la mejor forma de rendir tributo a Jorge García Badaracco en su 85 aniversario y también rendir un cálido homenaje a la Lic. Elena Rozas de García Badaracco recientemente fallecida, participe de este tipo de experiencias.

Norberto Mascaró
npsmascaro@yahoo.es





Agenda

5 al 8 de marzo **Puerto de Santa María, Cádiz**
XXXVI Symposium de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (SEPTG)
<http://www.septg.org/symposio/sim36/Documentacion/XXXVI%20Symposium%20SEPTG.htm>

6, 7 de marzo **Valladolid**
VIII Jornadas de Psicoanálisis *El psicoanálisis ante las nuevas formas de enfermar*
Organiza: AEPF y el Instituto Oskar Pfister. Información: info@centrooskarpfister.com

1, 2, 3 de abril **Valencia**
XXVI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental *Los espacios pedagógicos del cuidado*
Organiza: Asociación nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM)

3–6 de Junio **Cádiz**

XXIV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN):
Nuevas expresiones clínicas en una sociedad cambiante.
www.24congresoAEN.com

19–20 de junio **Universidad de Deusto. Bilbao**
Jornadas Europeas de Grupo Multifamiliar: *La dimensión individual, familiar y social de la mente*
(Homenaje al Prof. Jorge García Badaracco)
Organiza: tisacongresos@tisasa.es; 94 423 43 99–7; OMIE, AMSA; www.avancesmedicos.es

1 al 4 de julio **Oporto**
CLAT 5: “Globalización, reducción de daños y derechos humanos”
www.clat5.org; <http://www.grupigia.org/manager/ur/lsIXHlc0zlm0j0o00xlrIXHlc0z0n0s0o0t0xlvlv0klblklZls0r0klnlqlf/>

26 al 29 de agosto **Roma, Italia**
17º Congreso de la Asociación Internacional de Psicoterapia de Grupo y Procesos Grupales (IAGP),
“Grupos en tiempo de conflicto”. <http://www.ega.it/iagpcongress2009/es/index.shtml>

Del 15 al 17 de octubre **Universidad de Deusto, Bilbao**
24 Reunión de la Asociación Española de Psicodrama (AEP),
El Psicodrama como catalizador de conflictos.
www.aepsicodrama.org

Del 2 al 6 de septiembre **Atenas**
World Congress of Mental Health
World Federation for Mental Health, Hellenic Psychiatric Association
y Society of Preventive Psychiatry.
www.wmhc2009.com

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 82€ para el año 2.009. 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. • norte@ome-aen.org

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA (AEN)
y en OME (Osasun Mentalaren Elkartea–Asociación de Salud Mental) ó Asociación Castellano
Leonesa de Salud Mental.

D./Dña. 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...../...../20..... (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 20.....

Firma