

NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen VIII N°34 Junio 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.

Autor de portada: Nestor Medina • “Huellas”

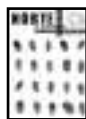
Desde que nacemos estamos marcados en esta sociedad. Nada más ver la luz, somos clasificados y nuestras huellas quedan registradas. Esto hace que desde pequeños muchas personas queden marcadas para el resto de su vida, condenadas a vivir bajo el estigma.

El diseño para esta portada es una metáfora, que explica esa clasificación, a menudo absurda a la que somos sometidos desde que nacemos. Con las huellas dactilares queremos reflejar el registro que la sociedad hace de cada uno de nosotros, imponiéndonos que está bien y que está mal. Por su parte lo diferente, lo que no es igual al resto, representado con la huella roja, quedará marcado también de por vida, diferenciándolo del resto, y sometiéndolo continuamente a examen y control de lo denominado “normal”, por esta sociedad de locos.

Volumen VIII



N°33



N°34

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
Roberto Martínez de Benito

Fernando Colina
Juan Medrano
Ander Retolaza
José J. Uriarte

Director Revista NORTE:

Iñaki Markez

Consejo Asesor y de Redacción:

Alamo, C.
Alvarez, JM.
Arias, P.
Ballesteros, J.
Bravo, M.F.
De la Viña, P.
Elortegi, I.
Esteban, R.
Filgueira, J.
González-Pinto, R.
Guimón, J.
Hernández, M.
Irurzun, JC.
Lasa, A.
Marijuan, M.
Marina, P.
Meana, J.
Moreno, A.
Redero, JM.
Susparregui, JM.
Vega, A.
Ylla, L.

Alonos, J.
Aparicio, V.
Ayuso, JL.
Berrios, G.
De la Rica, JA.
Desviat, M.
Erkizia, B.
Fernández Liria, A.
Garnica, E.
González Torres, M.A.
Gutierrez Fraile, M.
Hernanz, M.A.
Laespada, T.
Levav, I.
Marín, M.
Marquínez, F.
Morchón, J.
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 nº34, Junio 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

Autor de la portada:
Nestor Medina

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:

Schering-Plough, Glaxo Smith Kline, Lilly, 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



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental



ASOCIACIÓN DE SALUD MENTAL
Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA
www.ome-aen.org



www.aen.es

S U M A R I O

PRESENTACIÓN

Seguimos	6
-----------------------	----------

ORIGINALES Y REVISIONES

El Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más terapia de incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína	7
Olaya García, Roberto Secades, Gloria García, Emilio Sánchez y Francisco Zacarés	
Adicción al deporte: ¿Moda postmoderna o problema sociosanitario?	15
Virginia Antolín, Jesús J. de la Gándara, Isabel García y Alicia Martín	
¿Es realmente el consumo de cannabis un factor de riesgo para la esquizofrenia? ..	23
Amaia M. Erdozain, Carolina Muguruza, J. Javier Meana, Luis F. Callado	

PARA LA REFLEXIÓN

El papel de la sociedad en la integración de las personas con enfermedad mental ..	34
Iñigo Lamarca	
Transmisión Transgeneracional del Trauma de nuestra Guerra Civil	44
Gregorio Armañanzas	
La definición del problema desde el otro lado de la mesa: los procesos sociocognitivos en el profesional de salud mental y sus posibles sesgos como observador ____	52
Marco Antonio Luengo	
Estar muy cerca de niños y niñas: una marca argentina	61
Ana Bloj	
Religión y Psicoanálisis: de la sociogénesis al condicionamiento biológico ____	65
José Guimón	
Los pacientes sangran historias: un enfoque narrativo para disminuir los desencuentros clínicos ..	75
Clara Valverde	

METÁLOGOS

Potencial del Psicoanálisis Multifamiliar. Entrevista a Jorge E. García Badaracco	85
Iñaki Markez	

FORMACIÓN CONTINUADA

Evaluación de resultados clínicos (II): Las medidas de la significación clínica o los tamaños del efecto ..	94
Ioseba Iraurgi	
Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (VI) Trastornos del Estado de Ánimo (3ª parte) ____	111
Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor	
Terapia cognitivo-conductual en la Enfermedad de Crohn	117
Leire Varona, Eva Collado, Aitziber Pinillos	

CASO CLÍNICO

Reinstauración de tratamiento con clozapina tras leucopenia	124
Eskarne Zallo y JJ Uriarte	

HISTORIA

Otohematoma o Hematoma Auris. Un espejismo diagnóstico que ocultaba una realidad bien diferente	129
Oscar Martínez Azumendi	

INFORMES

Conclusiones del XXVI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental ____	135
---	------------

IN MEMORIAM

Castilla del Pino	138
Coger la Cita: Castilla del Pino y López Ibor	139
Guillermo Rendueles	

AGENDA

Próximas citas	157
-----------------------------	------------



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.

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 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 más destacadas. Se incluirán de 3 a 6 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

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

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

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

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

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.



Normas de publicación

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

Autor institucional

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

Sin nombre de autor

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

Libros y otras monografías

Indicación de autores personales

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

Indicación de directores de edición o compiladores como autores

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

Indicación de una organización como autor y editor

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

Capítulo de un libro

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

Actas de congresos

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

Original presentado en un congreso

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

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

Tesis doctoral

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

Otros trabajos publicados

Artículo de periódico

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

Material audiovisual

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

Diccionario y obra de consulta semejantes

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

Trabajos inéditos

En prensa

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

Material electrónico

Artículo de revista en formato electrónico

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



Seguimos

En varias ocasiones hemos señalado en estas páginas que pretendemos ser marco de reflexión, de producción de alternativas, análisis del acontecer en nuestro campo de intervención, debate sobre investigaciones más recientes o el intercambio de ideas sobre nuevos espacios y experiencias (...) La clínica, la investigación o los aspectos de gestión, y diferentes estamentos de la salud mental tienen este marco de expresión de modo que vayamos acercándonos a un mejor conocimiento del estado actual y lo que se hace en Salud Mental. Lo vamos logrando y mejorando.

También en este año de tantos y tanto centenarios —del nacimiento o fallecimiento— de personajes notorios. Centenario de la revolución mexicana, de la muerte de Chapí, nacimientos del pintor Francis Bacon y de Salvador Allende, de Elia Kazan... de Larra y de tantos otros. Quizá los medios de comunicación se hayan centrado más en Darwin y Allan Poe.

Es el bicentenario del nacimiento de Edgar Allan Poe. Ayuda a la lectura de sus obras y a incrementar ventas, antítesis en vida, en aquel infierno que sufrió, asqueado por los rumores, maledicencia y querellas de la sociedad de los *literati*, donde tuvo que invertir los restos de su energía para salir adelante, e incluso editar su nunca olvidada revista y reanudar el trabajo creador. Con su muerte empezó una leyenda que a Edgar le hubiera divertido estar para inventar cosas nuevas, confundir a las gentes, poner su impagada imaginación al servicio de una biografía mítica. Esperemos que esta revista no tenga las dificultades que Poe tuvo con la suya.

Y qué decir del bicentenario de Charles Darwin. El tuvo muchas ideas (a no olvidar la ingeniosa y en parte correcta teoría de la formación de los arrecifes de coral), pero su gran

idea es la de la selección natural, que plasmó en *Sobre el origen de las especies*, que dio a la biología su principio-guía, ofreciendo un sentido a todo lo demás. Gracias a Darwin, buscamos explicaciones que expliquen más que sus supuestos de partida.

Resulta curioso (¿o debiéramos decir preocupante?) el silencio ante el cuarto centenario desde que comenzó el primer gran genocidio acaecido en la Europa occidental moderna. El régimen clerical de Felipe III deportó por la fuerza a todo un pueblo —los moriscos— cristianizados a la fuerza en generaciones anteriores, habiendo sufrido prohibiciones (uso de la lengua, vestido y costumbres) así como expolio económico y represión social. Tras esto, fueron transportados como animales y abandonados en lugares sin posibilidad alguna de ganarse la vida, principalmente en el norte de África. Dejó corta la que se había cometido un siglo antes con los judíos de Castilla, también para lograr la *limpieza* étnica. Hasta es posible que este silencio no sea por olvido, por más que la ignorancia sea importante.

Desde estas páginas seguiremos intentando buscar más claridad, explicaciones que expliquen, ofrecer voces frente a la ignorancia en las cuestiones relativas a la salud mental, campo que como sabemos puede llegar muy lejos, casi, casi hasta donde se quiera. En esta ocasión, publicamos importantes trabajos respecto a las *adiciones* (cocaína, deporte o cannabis), el rol de la sociedad en la integración de las personas con enfermedad mental, el trauma de nuestra guerra civil; o sobre el psicoanálisis en los procesos sociocognitivos en el profesional de salud mental o entorno a la religión, o en el abordaje multifamiliar. Pasando por cuestiones de la formación continuada, la historia de la psiquiatría o el recuerdo, una vez más y por mucho tiempo, de Carlos Castilla del Pino.



El Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más terapia de incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína

Olaya García-Rodríguez^{1,2}, Roberto Secades-Villa², Gloria García-Fernández², Emilio Sánchez-Hervás³ y Francisco Zacarés-Romaguera².

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Barcelona.

²Grupo de Conductas Adictivas. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo.

³Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Agencia Valenciana de Salud Pública. Dpto. 10.

Resumen: España es el país europeo con las tasas más altas de consumo de cocaína, lo que ha hecho que la demanda de tratamiento por el abuso o dependencia de esta sustancia se haya visto notablemente incrementada en los últimos años. Ante la ausencia de tratamientos farmacológicos indicados, los tratamientos psicológicos y concretamente, el programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más terapia de incentivos, han cobrado protagonismo, demostrando su eficacia en el abordaje de esta adicción y convirtiéndose en el tratamiento de elección para este problema. En este trabajo se describe la adaptación y puesta en marcha de este programa de intervención, así como la evaluación de su eficacia a través de varios estudios realizados en nuestro país. Por último, se propone la adopción de este modelo de intervención para el tratamiento de la adicción a la cocaína por tratarse de un programa eficaz, eficiente y efectivo.

Palabras clave: cocaína, adicción, tratamientos eficaces, CRA, incentivos.

Summary: Spain is the European country with the highest levels of cocaine use, and the demand for treatment for the abuse or dependence of this substance had been markedly increased in recent years. In the absence of suitable pharmacological treatments, psychological interventions, specifically the Community Reinforcement Approach (CRA) plus vouchers, have gained prominence, showing its efficacy in dealing with this addiction and being considered the treatment of choice for this problem. This paper describes the adaptation and implementation of this intervention program, as well as the assessment of its efficacy through several studies in our country. Finally, we propose this model of intervention to be adopted for the treatment of cocaine addiction due to its efficacy, efficiency and effectiveness.

Key words: cocaine, addiction, efficacious treatments, CRA, vouchers.

El consumo de cocaína en la actualidad

En España, al igual que en otros países de nuestro entorno, el consumo de cocaína se ha

convertido en un problema de tendencia creciente. Según las últimas encuestas del Plan Nacional sobre Drogas, la prevalencia del consumo de cocaína alguna vez en la vida ha pasa-

do de un 3,4% en 1997 a un 8% en 2007/2008 y de un 0,9% a un 1,6% en el último mes en este mismo periodo¹. En relación a los países de la Unión Europea, mientras que las tasa de consumo de cocaína en el último año se sitúa en un 1,2% de media en Europa, en España es del 3%².

Esta realidad también se ve reflejada en las demandas de los pacientes que acuden a los centros de tratamiento. Hace diez años, el número de admisiones por problemas con la cocaína suponía un 10% del total, en comparación con los últimos informes que sitúan este porcentaje en un 40,5. Debido al rápido incremento del consumo y de nuevos casos de abuso y dependencia, los dispositivos asistenciales para drogodependientes necesitan adaptarse a esta nueva situación y ofrecer servicios que hayan mostrado su eficacia en el abordaje de este problema. A esta situación, se une el hecho de que todavía no se ha encontrado ningún tratamiento farmacológico eficaz para el tratamiento de esta adicción. Esto queda de manifiesto si nos atenemos a los informes y a las guías de tratamiento promovidas en los últimos años por entidades como las Asociaciones de Psicología y Psiquiatría Americanas (APA) o el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA)^{3, 4}.

Tratamientos eficaces para la adicción a la cocaína

A pesar de la ausencia de tratamientos farmacológicos indicados, existe un amplio soporte científico que avala la eficacia de los tratamientos psicológicos para el abordaje de la adicción a la cocaína. En particular, los dos modelos de intervención que parecen haber recibido mayor apoyo empírico son los programas de entrenamiento en habilidades o prevención de recaídas basados en los principios del aprendizaje social y los programas de manejo de contingencias, derivados de los principios del condicionamiento operante⁵⁻⁷. Estas técnicas, que no deben entenderse en ningún caso como excluyentes, sino como complementarias, se conjugan en el pro-

toloco de intervención que ha mostrado mejores resultados en el tratamiento de la adicción a la cocaína: el Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más terapia de Incentivos⁸. Este programa de tratamiento es, junto con la Terapia Cognitivo-Conductual de Entrenamiento en habilidades (CBT)⁹, uno de los dos programas avalados por el NIDA para el tratamiento de la adicción a esta sustancia.

El programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más terapia de incentivos

El programa CRA más terapia de incentivos integra el protocolo de Reforzamiento Comunitario, originalmente desarrollada como un tratamiento efectivo para el alcoholismo¹⁰ con un programa de Manejo de Contingencias (MC). El objetivo fundamental de este programa es la abstinencia de la cocaína. La estructura y los parámetros del programa están perfectamente descritos. Así mismo, el programa cuenta con protocolos e instrumentos terapéuticos específicos para cada una de las áreas de intervención. Los componentes de la terapia son seis: terapia de incentivo, habilidades de afrontamiento de consumo de drogas, cambios en el estilo de vida, asesoramiento en las relaciones de pareja, consumo de otras drogas y tratamiento de otros trastornos.

El sub-componente “terapia de incentivo” es un procedimiento de MC mediante el que se refuerza sistemáticamente la abstinencia. Los puntos o vales son ganados a cambio de resultados negativos en los análisis de orina. El procedimiento no sólo incluye recompensa por cada muestra negativa, sino que se contemplan incentivos mayores por largos periodos de abstinencia continuada. Los puntos son canjeados por determinados reforzadores (bienes o servicios) que ayudan a los pacientes a alcanzar los objetivos terapéuticos y a mejorar su estilo de vida (actividades de tiempo libre o deportivas, transporte, cursos de formación, cheques regalo para centros comerciales, etc.). En ningún caso se uti-



liza dinero como método de reforzamiento de la abstinencia. Una descripción más detallada de este programa se puede encontrar en el manual publicado por el NIDA⁸.

Este tratamiento ha mostrado su eficacia en diversos estudios bien controlados con pacientes adictos a la cocaína en programas ambulatorios. El grupo del profesor Stephen T. Higgins ha llevado a cabo varios ensayos clínicos examinando la eficacia de este programa frente a otras intervenciones, con resultados a favor del protocolo CRA tanto en retención en el tratamiento como en tasas de abstinencia^{11,12}. También se han llevado a cabo estudios de desmantelamiento para comprobar la eficacia diferencial de ambos componentes (CRA y terapia de incentivos), concluyendo que tanto el componente de MC como los módulos de entrenamiento en habilidades contribuían a la eficacia del programa^{13,14}. En la actualidad, los estudios acerca de este protocolo tratan de determinar los parámetros óptimos del mismo para mejorar los resultados en términos de coste-eficacia^{15,16}.

A pesar de la evidencia demostrada por este programa, hasta hace pocos años, todos los estudios clínicos publicados habían sido llevados a cabo en Estados Unidos. Por otra parte, la mayoría de estos trabajos se habían desarrollado en contextos de investigación muy controlados, por lo que la adaptabilidad a contextos comunitarios necesitaba cierto apoyo empírico. El objetivo de este trabajo es describir la adaptación y puesta en marcha de este programa de intervención, así como la evaluación de su eficacia a través de varios estudios realizados en nuestro país.

Aplicación del programa CRA más terapia de incentivos en España

Desde el año 2003, el Grupo de Conductas Adictivas del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo ha llevado a cabo varios

ensayos clínicos en los que, por una parte, se ha comparado el programa CRA más Terapia de incentivos con varios tratamientos estándar y, por otra, se han manipulado diversos parámetros del protocolo de intervención para tratar de adaptar este programa a contextos comunitarios. Dichos estudios se enmarcan dentro de dos proyectos de investigación financiados por el Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas (INIFD) del Plan Nacional sobre Drogas. Además, se ha contado con la colaboración del profesor Stephen T. Higgins, creador del protocolo de intervención y reconocido investigador en el tratamiento de la adicción a la cocaína. El objetivo final, por tanto, ha sido evaluar en qué medida se puede adaptar un programa de tratamiento que se ha mostrado eficaz en Estados Unidos, a un contexto social y cultural diferente como el que se da en la realidad española.

Obtención de los incentivos

Los programas de MC han sido muy criticados por las dificultades que conlleva la puesta en marcha de estas intervenciones en contextos comunitarios dado el coste económico de los incentivos. Una estrategia para reducir los costes asociados al uso de programas de MC es solicitar donaciones a instituciones públicas y privadas, en forma de bienes y servicios, para usarlas como reforzadores¹¹. No obstante, aunque esta estrategia ha sido mencionada en varios estudios como una opción viable, son muy pocos los que efectivamente han puesto en marcha un protocolo de búsqueda de recursos, y los que lo han hecho, no han dado detalles acerca de cómo se había llevado a cabo. El estudio de Amass y Kamien¹⁷ es una excepción, ya que en él se describen los procedimientos seguidos para solicitar donaciones dirigidas a un programa de MC para mujeres embarazadas fumadoras llevado a cabo en dos ciudades norte-americanas, Toronto y Los Ángeles. Siguiendo el ejemplo de este estudio, durante la fase previa a la captación de los pacientes para el primer ensayo clínico, se puso en marcha una

campaña de solicitud de donaciones en Asturias, región en la que se aplicó el tratamiento experimental por primera vez. Durante un periodo de seis meses, se contactó con un total de 136 empresas y organismos públicos y privados, de los cuales, un 38% aceptó colaborar con el proyecto. Esta tasa de colaboración fue ligeramente superior a la encontrada en el estudio americano. Las donaciones consistieron en vales canjeables por diferentes bienes y servicios, tales como actividades de ocio y tiempo libre, transporte, alimentación, cheques regalo para grandes almacenes, servicios de estética o prensa, entre otros, que fueron utilizados como reforzadores en el programa de MC y que aún hoy se mantienen. Una descripción más detallada del protocolo de búsqueda de recursos, así como del análisis de eficiencia de este método pueden verse en García-Rodríguez et al., 2008¹⁸.

El programa CRA más terapia de incentivos frente a un tratamiento estándar

El primer ensayo clínico tuvo como objetivo evaluar la eficacia del programa CRA más terapia de incentivos en comparación con un tratamiento cognitivo-conductual estándar^{19, 20}. La muestra estuvo compuesta por 39 pacientes con diagnóstico de dependencia de la cocaína que solicitaron tratamiento en un centro ambulatorio de Proyecto Hombre en Asturias. Los sujetos fueron distribuidos aleatoriamente a una de las dos condiciones de tratamiento: experimental (CRA más terapia de incentivos) o control (tratamiento estándar). Los pacientes de ambos grupos recibían dos sesiones de tratamiento semanales y realizaban 2 ó 3 analíticas de orina a la semana (dependiendo de la fase de tratamiento). Los pacientes del grupo experimental, que seguían el protocolo CRA más terapia de incentivos, podían ganar puntos canjeables por bienes y servicios a cambio de resultados negativos en las analíticas. Se evaluaron las tasas de retención en el tratamiento y la abstinencia continuada durante los seis

meses de intervención como variables dependientes. Los resultados mostraron que el 79% de los pacientes del grupo CRA más Terapia de incentivos completó los seis meses de tratamiento frente al 48% del grupo de tratamiento estándar. Además, el 43% de los pacientes del grupo con incentivos se mantuvo abstinentes durante los seis meses, frente al 24% del grupo de tratamiento estándar. Los resultados pormenorizados de este estudio pueden consultarse en Secades-Villa et al., 2008.

La importancia de la magnitud del reforzador

La magnitud del reforzador, es decir, el valor monetario que tienen los puntos ganados a cambio de analíticas negativas, se ha relacionado directa y sistemáticamente con mejores resultados en el tratamiento^{16, 21}. La magnitud del reforzador no afecta exclusivamente a la eficacia de las intervenciones, sino que determina el coste de estos programas y por lo tanto, su aplicabilidad en contextos comunitarios. Determinar la relación entre la magnitud del reforzador y la eficacia de esta intervención fue el objetivo de este segundo estudio²². De nuevo, las variables dependientes fueron la abstinencia continuada durante seis meses de intervención y la retención en el tratamiento. En este caso, se contó con 96 pacientes que se aleatorizaron a 3 condiciones diferentes: tratamiento estándar, CRA más incentivos-I y CRA más incentivos-II. La diferencia entre los dos grupos CRA fue el valor monetario de los puntos conseguidos a cambio de analíticas negativas. En el grupo CRA más incentivos-I, la ganancia potencial máxima fue la mitad que en el grupo CRA más incentivos-II. Los resultados mostraron un efecto dosis-respuesta tanto en retención como en abstinencia. En concreto, el 36,5% de los pacientes asignados al tratamiento estándar finalizaron los seis meses de tratamiento, en comparación con el 53,3% y el 69% en los grupos CRA más incentivos I y II, respectivamente. La abstinencia continuada a los seis meses de tratamiento también siguió esta



tendencia, siendo del 21,2% en el tratamiento estándar frente al 33,3% en el grupo de magnitud inferior y de 30,9% en el de magnitud superior²².

Adaptación del programa a un recurso asistencial público

Desde el año 2007, los miembros del Grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo, junto con el equipo del Dr. Sánchez Hervás, psicólogo clínico de la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) de Catarroja (Valencia), están desarrollando un nuevo ensayo clínico que tiene como objetivo la adaptación y evaluación del programa CRA más incentivos en un dispositivo asistencial público. El primer ensayo clínico comparó la eficacia del tratamiento comunitario habitual en esta UCA frente al programa CRA, pero en este caso, sin el componente de incentivos. Los resultados mostraron de nuevo mejores tasas de retención y abstinencia a los 3 y 6 meses de tratamiento en el grupo CRA que en el grupo de comparación^{23, 24}. En este caso, el tratamiento se aplicó en un formato de terapia individual frente a la aplicación grupal de los dos estudios previos, citados anteriormente^{20, 22}.

En la actualidad, se está llevando a cabo un segundo ensayo clínico en el que se han incorporado los incentivos. A pesar de que este estudio no ha finalizado, los resultados son prometedores y parecen mejorar la eficacia de la intervención en todas las variables dependientes.

Eficiencia del programa CRA más terapia de incentivos

Por último, es importante tener en cuenta que a pesar de que los programas de MC han mostrado una mayor eficacia que otros tratamientos, el gasto asociado a los incentivos y a la gestión de los mismos es superior a otros tratamientos y esto dificulta su implantación a gran escala. Los análisis de eficiencia tratan de

conjugar estas dos variables (costes–beneficios), teniendo en cuenta los gastos asociados a una intervención concreta pero también su eficacia relativa. Este tipo de análisis puede ser útil a la hora de tomar una decisión sobre la implantación de un determinado programa aparentemente más costoso que otro pero con mejores tasas de eficacia. El *Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP)*^{25, 26} es un programa de evaluación de costes específicos de intervenciones con drogodependientes. Cuenta con diferentes categorías amplias (gastos de personal, servicios contratados, instalaciones, equipamiento, material fungible y otros) que se desglosan, a su vez, en otros apartados más concretos.

Este último estudio tiene como objetivo comparar la eficiencia de un tratamiento estándar frente al tratamiento CRA más terapia de incentivos. El cálculo de los costes de aplicación de ambos programas se ha hecho en base a los gastos de tratamiento de 10 pacientes (número medio de los grupos de terapia) durante seis meses de tratamiento. Ya que ambos programas no difieren en varios de los apartados que evalúa el programa DATCAP, se han calculado los costes únicamente para aquellos apartados en los que sí hay diferencias. Teniendo en cuenta esto, el coste por paciente atendido en el programa estándar ascendería a 413,5€ frente a 586,5€ en el programa CRA más terapia de incentivos²⁷. No obstante, si dividimos el coste total entre el número de pacientes que finalizan los seis meses de tratamiento, las cifras son ligeramente diferentes. En este caso, de cada diez pacientes que empiezan en el grupo estándar, sólo cuatro finalizan los seis meses de tratamiento, por lo que el coste por paciente con éxito sería de 1.033,7€. En el programa CRA más incentivos, siete de cada diez pacientes completan los seis meses de tratamiento, por lo que el coste por cada paciente retenido ascendería a 837,8€. El programa CRA más terapia de incentivos tiene, por lo tanto, una relación coste–beneficio más favorable que el programa estándar.

Discusión y conclusiones

El objetivo de este artículo ha sido describir la adaptación y aplicación de un programa de tratamiento eficaz para adictos a la cocaína en nuestro país.

Los resultados de la puesta en marcha de un protocolo de búsqueda de recursos muestran una forma de reducir los costes de los programas de MC a través de donaciones públicas y privadas. En nuestro caso, la obtención de los incentivos se hizo, en su gran mayoría, a través de donaciones de empresas privadas. Estas donaciones se siguen manteniendo varios años después del primer contacto, por lo que es un método sostenible a medio-largo plazo. No obstante, no debemos olvidar que determinados aspectos organizacionales y culturales de nuestro país ofrecen algunas ventajas para la utilización de los programas de incentivos, en comparación a otros países, como Estados Unidos. Nos referimos al hecho de que en España, los organismos y las instituciones públicas manejan directamente una enorme cantidad de recursos, bienes y servicios (reforzadores) que son ideales para utilizar en los programas de incentivos (cursos de formación, empleo, servicios culturales, deportivos, espectáculos, etc.). La adecuada organización y gestión de dichos recursos para la utilización en estos programas no supondría un alto coste y podría ayudar a mejorar los resultados de los programas de tratamiento.

El programa CRA más terapia de incentivos ha obtenido mejores resultados que el grupo comparativo, en este caso, un programa de intervención cognitivo-conductual que cuenta ya con buenos resultados. Tanto las tasas de retención en el tratamiento como la abstinencia de cocaína fueron mejores entre los pacientes del grupo CRA más terapia de incentivo que entre los pacientes del grupo control. También se comprobó cómo la magnitud del reforzador es un parámetro que debe tenerse en cuenta a la hora de aplicar un programa de MC.

En concreto, a mayor magnitud, mejores resultados en el tratamiento (retención y abstinencia). No obstante, dado que las diferencias entre los dos grupos de incentivos no alcanzaron significación estadística en todas las variables²², en aquellos casos en que el gasto que implica el protocolo original de reforzamiento no es viable, la reducción de la magnitud del reforzador puede ser una posible alternativa.

La adaptación del protocolo CRA a un servicio de atención a drogodependientes de la red de salud pública y la evaluación del tratamiento sin incentivos y en formato individual han sido también objetivos de esta investigación. La adaptación del protocolo a la UCA de Catarroja supuso la reducción del número de sesiones y analíticas del protocolo original a un número factible en este servicio. Una vez realizados estos ajustes, los datos apoyan la eficacia del programa CRA, ya que tanto las tasas de retención como las de abstinencia se vieron incrementadas en los pacientes que recibieron este tratamiento, en comparación a los del tratamiento estándar.

El último objetivo ha sido evaluar la eficiencia del protocolo, teniendo en cuenta el coste asociado al programa de incentivos. No pretendíamos hacer un análisis exhaustivo de la eficiencia del mismo, sino más bien realizar una estimación aproximada de los costes que supondría la implantación de un programa tal y como se ha ensayado en esta investigación. A pesar de que el tratamiento estándar fue menos costoso que el protocolo CRA más incentivos, si en este análisis tenemos en cuenta, no solo los costes directos, sino también la eficacia de la intervención (medida en términos de retención), el resultado es que el protocolo experimental aparece como sensiblemente más coste-efectivo que el tratamiento estándar.

En conclusión, el programa CRA más Terapia de incentivos parece ser un modelo generalizable fuera de Estados Unidos, dado que los resultados de los estudios presentados mues-



tran unas tasas de eficacia similares a las encontradas en los estudios originales. Además, no se debe olvidar que la gran mayoría de los estudios publicados se llevaron a cabo en contextos de investigación, no en clínicas comunitarias como ha sido nuestro caso. Se puede afirmar, por lo tanto, que el programa CRA más terapia de incentivo puede ser un tratamiento eficaz, efectivo y eficiente para el abordaje de la adicción a la cocaína en nuestro país.

Correspondencia:
Olaya García Rodríguez
Facultad de Psicología
Universidad de Barcelona
Paseo Valle de Hebrón, 171
08035-Barcelona
Tel: 933 125 116; Fax: 934 021 362
Email: olayagarcia@ub.edu

Agradecimientos

Este trabajo forma parte de dos proyectos de investigación financiados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad y Consumo de España) (Referencias MINT-03-01 y MSC-06-01). Los autores quieren agradecer la participación de Proyecto Hombre Asturias, de Proyecto Hombre Madrid y de la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja (Valencia), sin cuya colaboración, no habría sido posible llevar a cabo estos estudios.



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 2007-2008. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas 2008.
- 2 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual Report 2008. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities 2008.
- 3 American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders, 2nd edition. *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2006*. Arlington, VA: American Psychiatric Association 2006:291-563.
- 4 National Institute on Drug Abuse. *Principles of drug addiction treatment*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services 1999.
- 5 García-Rodríguez O. Tratamiento conductual de la adicción a la cocaína. *Trastornos Adictivos*. 2008; 10: 242-51.
- 6 Secades Villa R, García Rodríguez O, Fernández Hermida JR, Carballo JL. Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*. 2007; 28(1):29-40.
- 7 Trujols J, Luquero E, Siñol N, Bañuls E, Tejero A, Batlle F, et al. Técnicas de intervención cognitivo-conductuales para el tratamiento de la dependencia de la cocaína. *Actas españolas de Psiquiatría*. 2007; 35:190-8.
- 8 Budney AJ, Higgins ST. *A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville: National Institute on Drug Abuse 1998.
- 9 Carroll KM. *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse 1998.
- 10 Hunt GM, Azrin NH. A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behav Res Ther*. 1973 Feb; 11(1):91-104.
- 11 Higgins ST, Delaney DD, Budney AJ, Bickel WK, Hughes JR, Foerg F, et al. A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *Am J Psychiatry*. 1991 Sep; 148(9):1218-24.
- 12 Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Hughes JR, Foerg F, Badger G. Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *Am J Psychiatry*. 1993 May; 150(5):763-9.
- 13 Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Foerg FE, Donham R, Badger GJ. Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 1994 Jul; 51(7):568-76.
- 14 Higgins ST, Sigmon SC, Wong CJ, Heil SH, Badger GJ, Donham R, et al. Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Oct; 60(10):1043-52.



- 15 Higgins ST, Badger GJ, Budney AJ. Initial abstinence and success in achieving longer term cocaine abstinence. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2000 Aug; 8(3):377–86.
- 16 Higgins ST, Heil SH, Dantona R, Donham R, Matthews M, Badger GJ. Effects of varying the monetary value of voucher-based incentives on abstinence achieved during and following treatment among cocaine-dependent outpatients. *Addiction.* 2007 Feb; 102(2):271–81.
- 17 Amass L, Kamien J. A tale of two cities: financing two voucher programs for substance abusers through community donations. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2004 May; 12(2):147–55.
- 18 García-Rodríguez O, Secades-Villa R, Higgins ST, Fernández-Hermida JR, Carballo JL. Financing a Voucher Program for Cocaine Abusers through Community Donations in Spain. *J Appl Behav Anal.* 2008; 41:623–8.
- 19 García-Rodríguez O, Secades-Villa R, Álvarez Rodríguez H, Río Rodríguez A, Fernández-Hermida JR, Carballo JL, et al. Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema.* 2007; 19(1):134–9.
- 20 Secades-Villa R, García-Rodríguez O, Higgins ST, Fernández-Hermida JR, Carballo JL. Community Reinforcement Approach plus Vouchers for Cocaine Dependence in a Community Setting in Spain: Six-Month Outcomes. *J Subst Abuse Treat.* 2008; 34:202–7.
- 21 Dallery J, Silverman K, Chutuape MA, Bigelow GE, Stitzer ML. Voucher-based reinforcement of opiate plus cocaine abstinence in treatment-resistant methadone patients: effects of reinforcer magnitude. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2001 Aug; 9(3):317–25.
- 22 García-Rodríguez O, Secades-Villa R, Higgins ST, Fernández-Hermida JR, Carballo JL, Errasti Perez JM, et al. Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction: A randomized controlled trial. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2009; en prensa.
- 23 Sánchez Hervás E, Secades Villa R, Zacaes Romaguera F, García-Rodríguez O, Fernández Hermida JR, Santonja Gómez FJ. Tratamiento psicológico para dependientes a la cocaína en la red sanitaria pública. *Trastornos Adictivos.* 2008; 10(4):275–83.
- 24 Sánchez Hervás E, Zacaes Romaguera F, García-Rodríguez O, Secades Villa R, Fernández Hermida JR. Programa de reforzamiento comunitario (CRA) para adictos a la cocaína: implantación en un dispositivo sanitario público. *An Psiquiatría.* 2008; 24(4):153–8.
- 25 French MT. Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP): Brief Versión. 8th ed. Coral Gables. University of Miami (available at www.DATCAP.com) 2002.
- 26 French MT. Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP): User's manual. 8th ed. Coral Gables. University of Miami (available at www.DATCAP.com) 2002.
- 27 Secades Villa R, García Rodríguez O, García Fernández G, Fernández Hermida JR, Sánchez Hervás E, Carballo JL. Cost-effectiveness of a Contingency Management intervention in a community setting. *National Institute on Drug Abuse (NIDA) International Forum.* San Juan (Puerto Rico) 2008.

ADICCIÓN AL DEPORTE: ¿Moda postmoderna o problema sociosanitario?

Virginia Antolin*, Jesús J. de la Gándara**, Isabel García*** y Alicia Martín****.

*Enfermera y psicóloga. Alumna de Tercer Ciclo de doctorado, UBU

**Jefe del Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial de Burgos,
Profesor Colaborador de PETRA, UBU.

***Profesora titular del Área de Personalidad, Evaluación
y Tratamientos psicológicos, UBU.

****Psicólogo de ESM, Complejo Asistencial de Burgos.

Resumen: En la sociedad actual el deporte forma parte del estilo de vida. Podría considerarse que es uno de los rasgos típicos de la postmodernidad. La práctica deportiva va más allá del mero ejercicio físico saludable o el espectáculo de la competición, para convertirse en una costumbre social, una actividad lúdica y un comportamiento ritualizado casi de obligado cumplimiento. En ocasiones, y bajo el pretexto de lo saludable o lúdico, puede llegar a convertirse en una actividad excesiva o compulsiva, cayendo en el abuso o la dependencia, como ocurre con muchas otras adicciones comportamentales o sociales. En este artículo se analizan las características psicológicas y psicopatológicas del abuso o adicción al deporte, y se revisan los métodos de evaluación que se han utilizado en los trabajos publicados. Asimismo se propone la primera escala española para la evaluación del uso excesivo o adictivo del deporte, que actualmente esta en fase de estudio de validación.

Palabras clave: deporte, postmodernidad, ejercicio, exceso, dependencia.

Summary: In the current society sport is a way of life. It might think that it is one of the typical features of the postmodernity. The sports practice goes beyond the mere physical healthy exercise or the spectacle of the competition, to turn into a social custom, a playful activity and a ritualized behavior almost of obliged fulfillment. In occasions, and under the pretext of the healthy or playful thing, it can be an excessive or compulsive activity, falling down in the abuse or the dependence, since it happens with many other social or behavioral addictions. In this paper we are analyzed the psychological and psychopathological characteristics of the abuse or addiction to the sport, and there are checked the methods of evaluation that have been in use in the published works. Likewise one proposes the first Spanish scale for the evaluation of the excessive or addictive use of the sport, that nowadays this one in phase of study of validation.

Key words: sport, postmodernity, exercise, excessive, dependence.

Introducción

El deporte es muy importante en la vida de los seres humanos postmodernos. No sólo como diversión y espectáculo, sino como acti-

vidad humana saludable y placentera. Sin embargo, en ocasiones cobra una excesiva importancia en la persona que lo realiza y puede llegar a convertirse en un problema

cuando del uso y disfrute se pasa al abuso y al sufrimiento. Esto ocurre cuando se atraviesa la línea entre lo normal y lo patológico llegando a lo que denominamos “adicción al deporte”. La persona “adicta” sufre compulsión a realizar ejercicio, siente la necesidad y tiene el deseo de realizarlo aunque ello conlleve un deterioro físico, o comprometa sus relaciones afectivas, o de pareja, o llegue a tener problemas con los amigos y familiares, e incluso a eludir compromisos laborales.

En este sentido, se podría considerar la adicción al ejercicio físico o deporte como un problema psicosocial y sanitario, que habría que analizarlo en el contexto de una Teoría Social del Deporte y de las Emociones que podría englobarse en la Psicología Humanística (Maguire, 1991).

Impacto del deporte en la sociedad

El deporte esta inmerso en los diferentes ámbitos de la vida como son el trabajo, la educación y el ocio. Se busca con el deporte el desarrollo como personas y la construcción del ego, que alguien ha denominado “*egobuilding*” (Lipovetky 1994). También se busca el perfeccionamiento del cuerpo físico, la belleza, el desarrollo mental, la inteligencia o la creatividad. A su vez el ejercicio genera alegría y buen humor y sirve para amortiguar el estrés acumulado a lo largo del día, liberando tensiones.

En el ámbito educativo, las universidades y los centros escolares utilizan el deporte con el propósito de facilitar el desarrollo motriz, intelectual y personal de las personas, ayudando a crecer y a desarrollarse como seres humanos adultos y maduros y promoviendo el alcance de una vida estable y en armonía. En el mundo laboral, cada vez más empresas utilizan el deporte para fomentar una buena comunicación entre sus miembros y facilitar el trabajo en equipo, limpio y constante. El espíritu de equipo y de superación mejora las relaciones inter-

personales y la comunicación entre los trabajadores fomentando una actitud positiva, promocionando la salud en su lugar de trabajo (PSLT), estimulando un estilo de vida activo, favoreciendo el buen humor, la concentración y un mejor liderazgo. De hecho, en algunas empresas, del Departamento de Recursos Humanos depende un departamento o servicio deportivo. En la sociedad, el deporte en general suele ser un fenómeno de masas. La publicidad, la TV, los sponsor, los ídolos, los grandes acontecimientos deportivos... mueven una gran masa social. Más que el deporte en sí mismo, lo que motiva es el espectáculo, el show de las estrellas, el ranking deportivo. La gente acude al propio campo a disfrutar viendo jugar a su equipo existiendo una identificación con el éxito del grupo o con el jugador admirado, hasta tal punto que usan términos apelativos familiares, y se apropian de los resultados, no ganó ni perdió sino que ganamos y perdimos. Su inclusión en el ámbito de la moda es también evidente. Los diseñadores incluyen un estilo en sus colecciones, el “casual”, con aires deportivos. El deporte es un fenómeno estudiado desde múltiples ámbitos del conocimiento, como la medicina, la sociología, la psicología, la pedagogía..., siendo estas utilizadas para ofrecer logros y técnicas de mejora, apoyo, tratamiento o prevención de algunas patologías y problemáticas asociadas (prevención y tratamiento de la osteoporosis, obesidad, hipertensión arterial, enfermedades coronarias, en el desarrollo muscular en niños y adolescentes, depresiones, etc.).

Un giro en la mentalidad deportiva

A partir de la segunda mitad del siglo XX se deja de concebir el deporte anexionado a la moralidad con fines educativos para dar paso a una era postmoralista, narcisista y hedonista. Lipovetsky, filósofo francés analiza en su libro “*El crepúsculo del deber*” las opiniones de diversos algunos autores que definieron el deporte con estos fines. Entre ellos el viejo Kant (1724–1804), que ya advirtió que la gimnasia se



concibe como un deber del hombre hacia sí mismo que lo “...*aleja de la molicie y perfecciona sus facultades corporales*”. La herencia de Kant se verá plasmada en Turnen de Jhan quién elevó el deporte a la categoría de regenerador de la juventud y agente de educación moral. Asimismo Coubertin, recuperando y valorando las ideas de Arnold, consideró al deporte como una escuela de moralidad que cultiva el gusto por la lucha, el sentido del esfuerzo, la solidaridad y el desinterés.

Hoy en día nos encontramos con una enorme variedad de formas de hacer ejercicio, deportes a la carta, donde deportes “rey” se disgregan dando lugar a otros sucedáneos o híbridos, como son el speening, el gap, el training, el step-tone... Aunque todos con un mismo fin, dirigirse a la culturización narcisista del propio cuerpo. Los deportes de riesgo son cada vez más demandados, la escalada, el paracaidismo, el barranquismo, el hidrospeed..., como una manera de encontrar sensaciones extremas y de tensión, una forma de ponerse a prueba, de vencer la resistencia y de ponerse en contacto con la naturaleza. Esto produce un sentimiento muy placentero, divertido, intensifica las sensaciones vitales y conecta a individuos. El logro de altos retos produce sensaciones de satisfacción elevadas. Este espíritu aventurero y enérgico favorece el crecimiento físico y psicológico del ser humano.

Como Nietzsche sugirió, en toda hazaña deportiva hay algo de voluntad de poder, un acto de superación de sí mismo que habla de uno “*en gran estilo*”. En el dominio del deporte se logra unir la potencia, el estilo, el dominio de sí y la belleza gestual, considerándose un arte total donde se une el esfuerzo muscular, la calidad formal de los juegos, los gestos y la perfección estética de los comportamientos. Desde la Inglaterra del siglo XIX y, sobre todo a comienzos del siglo XX, se difundió el deporte de alto rendimiento o de élite. Los cuáles ejercen sobre los individuos, por un lado, unas funciones internas como: la lucha, la fatiga, la emo-

ción, la victoria, la resistencia y, por otro lado, unas funciones externas como: servir de modelo a otros individuos, desarrollar unos valores esenciales para el éxito en la sociedad o tener una gran afluencia social.

El exceso en el deporte: del uso al abuso

La práctica continua de ejercicio intenso puede desembocar en preocupación excesiva, obsesión o compulsión. Resulta difícil establecer los límites en los que la práctica deportiva empieza a ser perjudicial. Por ello nace la necesidad de investigar cuáles son los criterios que diferencian el uso, del abuso y la dependencia, así como cuáles son los factores causales, predisponentes o complicaciones del mismo. Su ubicación nosológica se ha realizado en el ámbito de lo obsesivo-compulsivo (Yates, 1991), o bien en terreno de los procesos adictivos (DeCoverley, 1987), pero en todos los casos con profundas controversias, siendo esta última acepción conceptual la más apoyada.

Para comprender como se llega a ser dependiente hay que saber que se pasa por las siguientes fases (Gándara y cols, 1999):

1. *Apetitiva*: se prueba algo y te gusta.
2. *Ejecutiva*: se aprende y se repite
3. *De saciedad*: se abusa hasta la saturación.
4. *De abstinencia*: se intenta abandonar pero vence a la voluntad.
5. *De adaptación*: en el que el ejercicio puede mantenerse, estabilizarse, agravarse o abandonarse.

Han sido muchas las investigaciones realizadas con objeto de ofrecer una explicación causal de los trastornos de dependencia social o comportamental. Una posible explicación viene dada por los estudios fisiológicos en los cuales se ha podido constatar que el hecho de hacer ejercicio intenso y de forma regular produce la liberación de ciertas sustancias en el organismo como son los opioides endógenos que ocasionan dependencia. Otras alternativas explican

que la tolerancia a las catecolaminas circulantes puede llevar a la dependencia de los efectos estimulantes a estas sustancias. También la aparición de síntomas de retirada cuando se cesa en la práctica del ejercicio sirvió de apoyo a la potencialidad adictiva al ejercicio. Lo más reciente y plausible es la estimulación de los circuitos dopaminérgicos asociados a la sensación de placer y refuerzo conductual.

Las explicaciones psicológicas expresan que el deportista se ve recompensado por la mejora de la salud física, por el aumento del estado de ánimo, de las relaciones sociales, de la autoestima y de la confianza en uno mismo llevando al individuo a correr el riesgo de abusar del deporte y desencadenando un proceso que actúa de forma similar al consumo de drogas cuando es utilizado de forma continua. Resulta también necesario, desde la psicología, hablar de motivación tanto intrínseca como extrínseca. Los motivos intrínsecos están relacionados con la percepción individual y necesidad interna de diversión, de placer y los extrínsecos con la lucha por la fuerza, la búsqueda del éxito, la gran audiencia del espectáculo y el crecimiento social y esperado de los practicantes. Bouet, psicólogo deportivo francés, dijo que el ejercicio se practica de una manera proporcional al placer que de él se derive. La adicción al deporte por tanto se manifiesta por tres características: dependencia, tolerancia y abstinencia. En el primer caso hablamos del estado placentero que produce la realización del ejercicio: en el segundo, de la necesidad de ir aumentando en frecuencia o intensidad para alcanzar la misma sensación gratificante, llevando a un aumento sin control de la actividad física y, en tercer lugar aparecen una serie de síntomas de retirada como son el agotamiento, la fatiga, la depresión, la soledad, la debilidad y la irritabilidad.

Las exigencias sociales y la culturización hacia el cuerpo esbelto nos dirigen a plantearnos una problemática actual importante, como es la anorexia y la bulimia nerviosa. En la actualidad, sabemos que las personas con trastornos en la

alimentación llevan asociado una dependencia al ejercicio pero pocos son los estudios que invierten el proceso y consideran que la adicción al deporte está ligada a problemas de alimentación. Hoy en día, además, se habla de otro tipo de adicciones como la vigorexia, la preocupación excesiva por la imagen corporal, el malestar con el propio cuerpo, el ejercicio físico excesivo, la preocupación por las dietas ricas en hidratos de carbono y en proteínas, bajas en grasa, la ingesta de anabolizantes y hormonas.

Asociado a la excesiva obsesión por el ejercicio encontramos el dopaje, que comienza a ser algo habitual entre los aficionados y no sólo entre los deportistas de elite. Los controles anti-doping, las encuestas, el control específico del estado corporal y las sanciones disciplinarias crecen con el fin de lograr la seguridad de las personas y preservar la esencia del deporte. Se procura conseguir competiciones justas y por un deporte limpio. Intentando evitar la transformación de los atletas en máquinas.

Dependencia al ejercicio: estudios anteriores.

La dependencia fue considerada por primera vez por Baekeland en 1970, quién investigó, en individuos que participaban habitualmente en ejercicios, los patrones del sueño y las reacciones psicológicas al ejercicio y a su privación, observando que durante el no ejercicio aparecía una alteración del patrón del sueño; aumento de ansiedad y tensión sexual y aumento de la necesidad de estar con otras personas (Baekeland, 1970). En ese mismo año 1976, tras haber estudiado a corredores de grandes distancias, Glasser se refiere a ella como adicción positiva, para posteriormente junto a Sachs y Pargman (1979,1984) utilizar el término adicción a correr (Arbinaga F., 2004) y finalmente, De Coverley hablará de Exercise Dependence (De Coverley, 1987).

Glasser describió algunos efectos que observó cuando los deportistas dejaban de



hacer deporte. Entre los síntomas encontrados, figuran aquellos que afectan al estado de ánimo como fatiga, irritabilidad, ánimo depresivo... considerando la adicción al deporte como cualquier otro proceso adictivo por entender que es una habituación a un estímulo (igual que en 1979 lo hizo Morgan y que a posteriori se vio apoyado por la gran mayoría de los estudios). Morgan lo definió como un esfuerzo corporal más o menos vigoroso realizado por placer y recreación de la actividad misma y practicado por lo general de acuerdo con formas tradicionales o con un conjunto de reglamentaciones. El Dr. Morgan y su equipo repararon en que el deseo de repetir esa euforia podría resultar compulsivo aún cuando se produjesen lesiones por exceso de ejercicio. Estudios posteriores han reemplazado el término adicción por otras etiquetas y, actualmente el término utilizado es el de dependencia (Bailey y Hailey, 1982).

Para De Coverley Veale la adicción a la práctica de ejercicio representa una condición en la que la persona se involucra en la práctica de un ejercicio excesivo, lo denomina una conducta compulsiva y perjudicial para el individuo preocupándose por su prevención (De Coverley Veale, 1987). Para Adams y Kirkby (1998) el ejercicio excesivo puede ocasionar un comportamiento dependiente. Una explicación para éste fenómeno es que implicarse regularmente en la práctica de ejercicio puede estar recompensado psicológicamente de diversas maneras mejorando el estado de ánimo, mejorando la salud y proporcionando más ocasiones para relacionarse socialmente; y estas recompensas pueden hacer fomentar un ejercicio excesivo y continuado (Pierce y cols, 1993). Este proceso también se ha descrito como una motivación intrínseca de la práctica de ejercicio. Por ello la adicción puede desembocar en otros problemas patológicos más graves con un círculo vicioso entre la necesidad de hacer ejercicio, la imposibilidad de alcanzar el límite establecido y la recaída en problemas sociales, laborales, psíquicos de complejo tratamiento.

Ogden et al (1997), define la dependencia al ejercicio como una combinación de características biomédicas parecidas a las adicciones con síntomas de abstinencia y comportamiento estereotipado, en que se ven afectados otros aspectos psicosociales como la interferencia con la vida social/familiar y las gratificaciones positivas. Además la dependencia al ejercicio refleja la motivación de continuar haciendo ejercicio en base al deseo de controlar la línea y el peso, la necesidad de contacto social y la búsqueda de la salud física. También refleja el reconocimiento de un problema de conducta subjetivamente percibido por el sujeto.

En sus trabajos, Veale (cit. Adams y Kirby, 2002) trata de delimitar qué individuos con adicción a la práctica de ejercicio tienden a no tomarse días de descanso haciendo ejercicio voluntariamente por lo menos una vez al día o más a pesar de lesiones o enfermedades potenciales: a menudo tienen pensamientos compulsivos sobre la práctica del ejercicio y experimentan síntomas físicos y psicológicos de retirada cuando están privados de hacer ejercicio. Asimismo Remor, identifica que la dependencia al ejercicio físico ha sido entendida como la necesidad de actividad física que resulta tras una conducta de ejercicio físico excesivo e incontrolable y, en su ausencia se manifiestan síntomas de carácter fisiológicos y/o psicológicos (Remor, 2005). Para otros autores, la dependencia se caracteriza por una obsesiva y malsana preocupación por el ejercicio (Hamer y Karageoghis, 2007).

Tras esta breve revisión podemos concluir que no existe una definición estándar para la dependencia al ejercicio como existe para otro tipo de conductas (APA, 2000), tampoco la adicción al deporte está incluida como alteración en el DSM IV. No existe consenso nosológico y tampoco es reconocida como un trastorno conductual independiente.

Métodos de evaluación existentes para la medición de la adicción al deporte

Han sido varios los intentos de búsqueda de un instrumento psicométrico que nos permita medir y definir el problema de adicción al deporte de manera válida y fiable.

Existen pocos y su mayoría son traducciones del inglés. Uno de los más conocidos y utilizados es el RAS, Running Adicction Scale, específica para corredores (Chapman & De Castro, 1990). El marco en el que se basa expresa que los corredores regulares en su práctica frecuentemente llegan a ser adictos a correr y continúan incluso corriendo ante el detrimento de la salud. Esta escala tiene la pretensión de evaluar la adicción al deporte e investigar su relación psicológica. Los estudios realizados sugieren que el RAS es una escala fiable y válida, consta de 19 ítems y se contesta con una escala tipo likert graduada de 1 a 5 según el grado de acuerdo y desacuerdo.

Otro cuestionario que se puede utilizar es el Exercise Dependence Questionnaire (Ogden y cols, 1997), consta de 29 ítems y está dividido en ocho factores: interferencia con la vida social, familiar y laboral; control del peso corporal; hacer ejercicio por razones sociales y de salud o por un comportamiento estereotipado; síntomas depresivos, de ansiedad, de fatiga y vigor; recompensa positiva y percepción del problema; las percepciones del control sobre las conductas y las características del comportamiento conductual. El cuestionario fue validado junto al Eating Attitudes Test the Profile of Mood States. Al igual que la anterior es una traducción del inglés y refleja el grado en el cuál la conducta es rígida, estereotipada y excesiva.

Existen otros cuestionarios con menor frecuencia de uso, como es el Cuestionario de Dependencia de Práctica de Corrida que consta de 13 ítems, Y la Exercise Addiction Inven-

tory (EAI) basada en los criterios comportamentales de adicción propuestos por Griffiths, este inventario es corto y rápido de administrar (Terry y cols, 2004).

Versión preliminar del cuestionario “SOS” (Sport Overuse Sport, Burgos 2008)

Tras la delimitación del campo que nos ocupa, la observación de la problemática y de la revisión de los instrumentos o técnicas existentes se consideró pertinente la creación de un cuestionario adaptado para nuestro medio, y en nuestro idioma. Para dicha elaboración seguimos los siguientes pasos (propuestos por Cohen y Manion y citados por Rafael Bisquerra, 1989, pág.128–134): una vez definido el problema y propuestos nuestros objetivos, identificamos las variables que nos interesó conocer. Posteriormente decidimos las áreas que nos interesaba valorar y elaboramos una batería de 40 ítems que pensamos pudieran medir la existencia o no de adicción al deporte. Para su construcción tuvimos en cuenta una serie de dimensiones o subcategorías de dependencia, dimensión social, cognitiva y física, así como también consideramos la sensación de dependencia. Con vistas a tener mayor calidad en las preguntas, consideramos las recomendaciones dadas por J. Padúa (1993), simples, no más de 25 palabras, claras, cortas,... Para la validación y optimización del instrumento fue puesto a prueba, solicitando ser revisado por un comité de expertos, de esta manera se determino el cuestionario definitivo con cierta validez de contenido. Y por último consideramos un sistema de respuesta simple Si/No, codificado posteriormente (0 No, 1 Sí). A continuación se incluye la versión actual de dicha escala, a modo de cuestionario, sobre la cual se está trabajando actualmente para establecer los diferentes parámetros psicométricos de validez y fiabilidad.



ESCALA SOS (Sport Overuse Scale) – BURGOS	V	F
Hago ejercicio con regularidad.		
Suelo hacer ejercicio al aire libre incluso si hace mal tiempo.		
He cambiado alguna actividad familiar programada para hacer ejercicio.		
No he dejado de hacer ejercicio durante una semana o más salvo por lesión o enfermedad.		
He seguido haciendo ejercicio aunque tuviera algún dolor o molestia física.		
Tengo la sensación de que compro demasiados libros, videos, equipamientos alimentos o medicamentos para hacer deporte.		
Seguiría haciendo ejercicio para mantenerme en forma aunque hubiese otro modo más cómodo de conseguirlo.		
Me siento mejor después de hacer deporte.		
He hecho ejercicio antes de estar completamente recuperado de una lesión o enfermedad.		
Algunos días me obligo a hacer ejercicio aunque no me apetezca.		
Necesito hacer ejercicio al menos una vez al día para sentirme bien.		
Mis amigos o compañeros alguna vez se han criticado por hacer tanto deporte.		
Si pierdo un entrenamiento, un partido, etc. me irrito o me siento culpable.		
A menudo pienso en el ejercicio mientras estoy haciendo otras actividades.		
Si no hago ejercicio un día siento que mi forma física empeora.		
He dejado de acudir a alguna cita por hacer ejercicio.		
Hacer ejercicio para mí es como una droga, nunca tengo pereza para hacerlo.		
He tenido alguna discusión con mi familia por la cantidad de ejercicio que hago.		
A menudo uso el ejercicio para liberarme estrés o la ansiedad.		
Si dejo de hacer ejercicio, aunque sea por poco tiempo, me siento triste, irritable o culpable.		
He aumentado progresivamente la frecuencia o cantidad de ejercicio que hago.		
He intentado dejar de hacer ejercicio durante algún tiempo pero no lo he conseguido.		
Dedico mucho tiempo a actividades relacionadas con el deporte, como televisión, libros...		
El ejercicio a veces me ha provocado fatiga o disminución del rendimiento en el trabajo.		
A menudo adapto resto de cosas de mi vida al deporte que me gusta practicar o ver.		
Hago ejercicio para sentirme bien con mi cuerpo.		
A veces quito tiempo a mi horario de trabajo para hacer ejercicio.		
Tengo la sensación de que si no hago ejercicio puedo perder relaciones sociales.		
Creo que si no hago ejercicio pierdo el control de mi peso.		
A veces me he sentido culpable por hacer tanto ejercicio.		
El día que no hago ejercicio siento que me falta algo.		
A menudo hago el propósito de reducir la cantidad de ejercicio que hago pero no lo cumplo.		
Trato de hacer la misma cantidad de ejercicio cada semana aunque tenga dificultades.		
A menudo justifico el ejercicio que hago como una forma de prevenir enfermedades.		
A veces hago más ejercicio para mantenerme el peso a raya.		
Suelo experimentar sensación de bienestar cuando hago ejercicio intenso.		
No dejo de hacer ejercicio si el clima me impide salir al exterior.		
Entre las personas con las que hago ejercicio hay alguna enganchada al deporte.		
Me preocupa no tener tiempo libre para hacer ejercicio.		
Alguna vez me han tachado de adicto/a al deporte.		

Contacto:

Jesús J. De la Gándara –Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial de Burgos,
Tfno.: 947 24 48 33; Fax: 947 21 68 84 • jgandara@saludcastillayleon.es



BIBLIOGRAFÍA

- Adams, J. y Kirkby, R. (2003). *El exceso de ejercicio como adicción*. Una revision, RET. 34, 10-22.
- Adams, J. y Kirkby, R. (2002). Excessive as an addiction. A review. *Addiction Research and Therapy*, 10 (5) 415-437.
- Arbinaga, F. (2004). Dependencia del ejercicio. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (71-72), 24-32.
- Baekeland, F. (1970). Exercise Deprivation. *Archive of General Psychiatry*, 22, 365-369.
- Bisquerra, R. (1989). *Métodos de investigación educativa*. Barcelona: Edit. CEAC.
- Chapman, C.I. & DeCastro, J.M. (1990). Running addiction: measurement and associated psychological characteristics. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 30(3), 283-90.
- De Coverley Veale, D.M.W. (1987). Exercise dependence. *British Journal of Addiction*, 82, 735-740.
- Gándara, J.J., Sández, O., Fuertes J.C. (1999). *Adicciones sin drogas. ¿Hábitos o enfermedades?* Consejería de Salud, Comunidad Autónoma de Madrid.
- Griffiths, M.D., Szabo, A. y Terry, A. (2005). The exercise addiction inventory: a quick and easy screening tool for health practitioners. *British Journal of Sports Medicine*, 39(6), 346.
- Hailey, B.J. y Bailey, L.A. (1982). Negative addiction in runners a quantitative approach. *Journal of Sport Behaviour*, 5, 150-154.
- Hamer, M. y Karageorghis, C.I. (2007). Psychobiological mechanisms of exercise dependence. *Sports Medicine*, 37(6), 477-84.
- Lipovetsky, G. (1994). *El deporte apasionadamente. El crepúsculo del deber*. Barcelona: Compactos Anagrama S.A.
- Maguire, J. (1991). Towards a sociological Theory of Sport and the Emotions: A figurational Perspective. *Internacional. Review for the Sociology of Sport*, 26(1) 22-35.
- Ogden, J., Veale D. y Summers Z. (1997). The development and validation of the exercise dependence questionnaire. *Addiction Research*, 5, 343-356.
- Padúa, J. (1993). *Técnicas de Investigación aplicadas a las ciencias sociales*. México: Edit. Fondo de Cultura Económico.
- Pierce, E.F., Mc Gowan, R.W. y Lynn T.D. (1993). Sports Medicine PHYS Fitness. 76(2), 531-535.
- Remor, E. (2005). Dependencia del ejercicio físico: ¿hecho o ficción? *Psicología Conductual*, 13(3), 395-404.
- Terry, A., Szabo, A. y Griffiths, M. (2004). The exercise addiction inventory: a new brief screening tool. *Addiction Research & Theory*, 12(5), 489-499.
- Yates, A. (1991). *Compulsive exercise and the eating disorders*. New York: Bruner/Mael.

¿Es realmente el consumo de cannabis un factor de riesgo para la esquizofrenia?

Amaia M. Erdozain^{1*}, Carolina Muguruza^{1*}, J. Javier Meana², Luis F. Callado².

¹Licenciada en Farmacia

²Doctor en Medicina

Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina y Odontología,
Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, Bizkaia.
Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM.

Resumen: Diversos datos apuntan hacia la existencia de una posible relación entre el consumo de cannabis y la aparición de esquizofrenia. El objetivo del presente artículo es hacer una revisión de los datos científicos actualmente existentes sobre la asociación entre uso de cannabis y esquizofrenia. A partir de estas evidencias científicas se trata de discutir el posible papel del consumo de cannabis como factor de riesgo a tener en cuenta en poblaciones más vulnerables al desarrollo de trastornos psicóticos.

Abstract: Several data support the existence of a link between cannabis use and schizophrenia. The purpose of the present paper is to selectively review the scientific relevant data about the links between cannabis use and schizophrenia. Taking in account the scientific evidences we have tried to discuss about the role of cannabis use as a putative risk factor for the development of psychosis in some populations with a previous genetic vulnerability.

Palabras clave: Cannabinoides, cannabis, comorbilidad, patología dual, psicosis, esquizofrenia.

Agradecimientos:

Financiado en parte por la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco (INV-200700/0011), el Plan Nacional Sobre Drogas (PI2006I045) y por el Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM. AM Erdozain y C Muguruza disfrutaban, respectivamente, de una beca predoctoral para la formación de investigadores del Gobierno Vasco y de la UPV/EHU.

La relación que se observa entre el consumo de cannabis y la psicosis es conocida desde hace más de cien años^{1,2}. Sin embargo, recientemente se ha profundizado más en el estudio de esta relación, principalmente debido al descubrimiento del sistema cannabinoide endógeno³ y a la realización de numerosos estudios epidemiológicos centrados en valorar la aso-

ciación entre cannabis y psicosis. El objetivo de esta revisión es hacer un análisis de toda esta información, y aportar evidencias científicas que ofrezcan información fiable acerca de la controversia sobre si el consumo de cannabis es o no un factor de riesgo para la aparición de trastornos psicóticos en general y de esquizofrenia en particular.

* Estas coautoras han contribuido de igual manera al desarrollo del presente artículo.

1. Elevado consumo de cannabis entre esquizofrénicos

Se ha demostrado en diferentes estudios epidemiológicos que alrededor de la mitad de los pacientes esquizofrénicos presenta alguna drogodependencia^{4,5}. Dentro de este contexto, el 62% de los pacientes fuman tabaco⁶, un 20% ha tenido problemas de alcoholismo⁷ y un 42.9% consume cannabis habitualmente⁸.

Por otro lado, estudios centrados en primeros episodios psicóticos también observan cifras elevadas de consumo de cannabis en estos pacientes, lo que sugiere que el consumo de esta droga pudiera no ser exclusivamente secundario a la toma de medicación antipsicótica^{5,9,10}. De hecho, dos tercios de los esquizofrénicos empiezan el consumo de cannabis antes que el desarrollo de la enfermedad, mientras que un tercio comienza el consumo posteriormente al inicio de su cuadro¹¹.

2. El consumo de cannabis induce síntomas psicóticos (psicosis inducida por cannabis)

Numerosas evidencias indican que el consumo de cannabis produce una serie de síntomas psicóticos de carácter transitorio, como pueden ser ideas delirantes, paranoides, alucinaciones auditivas y visuales, ideas de persecución, etc.^{12,13}, que son síntomas cognitivos y perceptivos similares a los observados en la psicosis^{14,15}. La presencia de estos efectos del cannabis también se ha observado en pacientes que consumieron este producto como antiemético con una indicación exclusivamente terapéutica¹⁶. En el mismo sentido, el primer estudio a doble ciego controlado con placebo en el que se administró THC a sujetos sanos confirmó la aparición de estos síntomas¹⁷.

Algunos autores postulan que la psicosis aguda y transitoria inducida por el cannabis podría ser el antecedente de la propia esquizofrenia, o de los denominados síntomas prodró-

micos de esta enfermedad. Uno de los estudios más recientes al respecto ha señalado que la mitad de los pacientes que recibieron tratamiento por psicosis inducida por cannabis desarrolló un trastorno esquizoforme en los siguientes nueve años, sugiriendo que esos primeros síntomas psicóticos producidos por el cannabis forman parte de los pródromos de la enfermedad¹⁸.

3. ¿El cannabis empeora los síntomas y el curso de la esquizofrenia?

3.1 Síntomas positivos de la esquizofrenia

La mayoría de trabajos indica que el cannabis produce un aumento de los delirios y alucinaciones en pacientes esquizofrénicos^{11,19,20}. Estudios centrados en primeros episodios psicóticos también observan esta correlación entre aumento de los síntomas positivos y el consumo de drogas, mayoritariamente cannabis^{21,22}.

Sin embargo, en algunos estudios no se ha observado este aumento de los síntomas positivos de la esquizofrenia en relación al consumo de cannabis²³ o sólo se muestra una tendencia hacia el incremento de los mismos en pacientes consumidores²⁴. Se postula que en estos estudios de primeros episodios este efecto del cannabis no sea tan visible.

3.2 Síntomas negativos de la esquizofrenia

Existe cierta controversia en cuanto al efecto del consumo de cannabis sobre los síntomas negativos de la enfermedad. Bastantes autores han observado un número significativamente menor de síntomas negativos entre los consumidores^{11,23,25}, o una tendencia hacia su reducción²¹. Sin embargo, en un estudio experimental a doble ciego y controlado con placebo, en el que se les administró THC a pacientes esquizofrénicos, se observó un aumento de los síntomas negativos tras la administración de la



sustancia cannabinoide¹⁹. En general, los meta-análisis confirman una menor presencia de estos síntomas en pacientes consumidores de drogas^{26,27}.

3.3 Síntomas cognitivos

Una revisión de estudios de neuroimagen describió que la red funcional que se ve afectada por el consumo de cannabis es similar a la implicada en la patogénesis de la esquizofrenia²⁸. En este sentido, se ha observado que los pacientes esquizofrénicos son más sensibles a los efectos negativos del THC sobre la memoria y el aprendizaje que sujetos control¹⁹.

3.4 Riesgo de ingresos y recaídas por psicosis

El riesgo de ingresos hospitalarios por psicosis en pacientes esquizofrénicos es mayor en aquellos que consumen alguna droga en general²¹ y cannabis en particular²⁹. Además, se observa un mayor incumplimiento terapéutico en pacientes consumidores de alguna droga²¹. Por otro lado, incluso en los pacientes que realizan un buen cumplimiento terapéutico, el efecto del cannabis sobre el aumento de recaídas es importante³⁰.

3.5 La edad de inicio de la esquizofrenia

Muchos estudios apoyan que el primer episodio psicótico puede adelantarse algunos años por el consumo de cannabis. Según la población estudiada, este adelanto ha resultado ser de 7 años³¹, 5 años²⁴ o 3 años³². Otro trabajo sugiere que el adelanto es diferente según el tipo de esquizofrenia que se vaya a desarrollar³³. Un trabajo reciente realizado en población española ha confirmado este adelanto en la edad del primer tratamiento psicótico, y observan, además, una correlación de este adelanto con la frecuencia de consumo del cannabis¹⁰.

Por otro lado, se observa una edad de inicio de esquizofrenia más temprana en hombres consumidores de cannabis que en mujeres consumidoras¹⁰. Algunos autores han sugerido que

esta diferencia se puede deber a un inicio más temprano del consumo del cannabis en los varones.

4. Estudios epidemiológicos realizados para evaluar la asociación entre consumo de cannabis y psicosis

En las últimas décadas se han realizado numerosos estudios epidemiológicos con el fin de profundizar en el conocimiento de la asociación entre el consumo de cannabis y el riesgo de padecer esquizofrenia. Se han completado tanto estudios de cohortes como de casos y controles, y prospectivos como retrospectivos. Los estudios más notorios están recogidos en las tablas I (prospectivos) y II (retrospectivos), en orden cronológico. También se han llevado a cabo diferentes meta-análisis, integrando la información obtenida en los diferentes estudios epidemiológicos, para ofrecer una estimación cuantitativa sintética de la posible asociación, a partir de todos los estudios disponibles.

Uno de los principales objetivos de los estudios epidemiológicos que evalúan la asociación entre cannabis y esquizofrenia, es establecer el riesgo que supone el consumo del primero para el desarrollo consecuente de dicha enfermedad.

En cuanto a la fuerza de asociación entre la exposición a cannabis y el desarrollo de esquizofrenia y/o síntomas psicóticos, numerosos estudios de cohortes coinciden en que el consumo de cannabis se asocia con un aumento en el riesgo de desarrollo de estos eventos. Sin embargo, la fuerza de esta asociación varía de unos estudios a otros. Así, el primer estudio de cohortes, publicado por Andreasson y colaboradores hace ya más de 20 años³⁴, calculó un riesgo relativo (RR) de 2,4 de desarrollar esquizofrenia para cualquier consumo de cannabis. Sin embargo, cuando los resultados de este estudio fueron re-analizados en un trabajo

posterior³⁵ teniendo en cuenta factores de confusión como el consumo de otras drogas y los rasgos de personalidad previos, el OR ajustado para cualquier consumo se redujo a 1,5. Aunque la mayoría de estudios de cohortes posteriores han encontrado asociación entre cannabis y esquizofrenia o síntomas psicóticos³⁶⁻⁴² también se han publicado estudios de cohortes^{29,43,44} y de casos-control negativos^{45,46}.

Hasta la fecha se han publicado tres meta-análisis con objeto de evaluar el tamaño del efecto y la consistencia de la asociación entre cannabis y psicosis. El primero de ellos, publicado en marzo de 2005 por Semple y colaboradores⁴⁷, incluyó en el meta-análisis final tres estudios prospectivos y cuatro transversales, obteniendo un OR de 2,9 mediante un modelo de efectos fijos. En julio del mismo año, Henquet y colaboradores⁴⁸ publicaron una revisión que incluía un meta-análisis de siete estudios prospectivos de asociación entre cannabis y psicosis. El resultado de este meta-análisis fue un OR de 2,1 para el desarrollo de psicosis asociada con un uso previo de cannabis. Por último, en 2007, Moore y colaboradores⁴⁹ publicaron una revisión sistemática de 35 estudios longitudinales y elaboraron un meta-análisis de 11 estudios realizados en siete cohortes poblacionales, cuyo OR ajustado fue de 1,41 para el riesgo de cualquier psicosis en individuos con algún consumo de cannabis. Este estudio además mostró una relación dosis-efecto dentro de la asociación cannabis-psicosis ya que el OR calculado fue de 2,09 para el riesgo de psicosis en los individuos con consumo elevado de cannabis. La conclusión general que se extrae de estos meta-análisis es que la asociación entre consumo de cannabis y esquizofrenia es leve-moderada.

La secuencia temporal que muestra la asociación cannabis-síntomas psicóticos parece estar bien caracterizada a través de estudios experimentales, en los que la exposición a la droga induce síntomas psicóticos en sujetos sanos¹⁷. Sin embargo, cuando buscamos eviden-

cias en estudios observacionales los resultados son más controvertidos. La mayoría de estudios observan direccionalidad de la exposición a cannabis hacia psicosis, pero en ocasiones ésta no está bien controlada por síntomas prodrómicos o rasgos de personalidad esquizotípica. Hambrecht y colaboradores⁵⁰ describieron, en un estudio de casos y controles, tres tipos de pacientes con esquizofrenia en función del inicio de consumo de cannabis. Así, el 27,5% iniciaron el consumo de cannabis al menos un año antes de la aparición del primer episodio de esquizofrenia, el 34,6% reportaron la aparición de ambos eventos durante el mismo mes, y 37,9% inició el consumo tras la aparición de los síntomas. Un estudio posterior que incluyó pacientes crónicos de esquizofrenia observó que entre los consumidores de cannabis, el inicio del consumo fue posterior a la aparición de la enfermedad en un tercio de los casos¹¹, resultados que se encuentran en la línea de los anteriores. El último estudio publicado que muestra una bidireccionalidad en la asociación cannabis-psicosis fue publicado en 2005. En este caso⁴⁰, se trata de un estudio de cohortes que obtuvo como resultado que el consumo de cannabis, en aquellos individuos que no presentaron síntomas psicóticos antes del inicio del consumo, predijo futuros síntomas psicóticos (RR=2,81). Sin embargo, los síntomas psicóticos, en aquellos que nunca habían consumido cannabis antes de la aparición de los síntomas, también predijeron el futuro consumo de cannabis (RR=1,70).

El estudio de Andreasson y colaboradores³⁴ también fue el primero en observar una relación dosis-efecto entre el consumo de cannabis y la esquizofrenia, en la que el RR ascendía hasta 6 cuando el consumo se había dado en más de 50 ocasiones. Sin embargo, este valor también se vio reducido tras el re-análisis ajustado por factores de confusión³⁵ (OR=3,1). Estudios más recientes muestran que la duración de la exposición al cannabis contribuye de manera dosis-dependiente al riesgo de aparición de psicosis³⁷ y que el consumo elevado de



cannabis predice un peor curso de la enfermedad psicótica⁵¹. Arseneault y colaboradores también observaron que el inicio del consumo de cannabis a edades tempranas (15 años) conferiría un mayor riesgo para el desarrollo de esquizofrenia que el inicio más tardío³⁸ (18 años).

Una de las conclusiones que pueden extraerse de los estudios epidemiológicos, es que el consumo precoz de cannabis, durante la adolescencia, incrementa el riesgo de aparición de esquizofrenia y/o síntomas psicóticos. En un estudio prospectivo de 13 años de seguimiento⁵² se observó que el comienzo del consumo de cannabis a edades inferiores a los 16 años se asoció de manera mucho más significativa con la aparición de síntomas psicóticos, independientemente del tiempo y la frecuencia de consumo. Recientemente se ha publicado un estudio de cohortes retrospectivo que asocia el consumo de cannabis con un aumento del riesgo de sufrir síntomas psicóticos y que este efecto está condicionado por la exposición temprana. De esta manera, la exposición antes, y no después, de los 14 años de edad predice la aparición de síntomas psicóticos⁵³.

En distintos estudios de casos-control se ha observado que los pacientes con esquizofrenia que consumen cannabis son significativamente más jóvenes que los no consumidores^{31, 45, 54, 55} y que el inicio de la enfermedad se produce a una edad más temprana en aquellos que consumían cannabis^{10, 24, 32, 50, 56}. Estos datos apoyan la teoría propuesta de que el cannabis podría actuar como factor precipitante de psicosis en sujetos vulnerables, ya que se ha observado que el efecto del cannabis es más de dos veces superior en individuos predispuestos a psicosis que en los que no presentan predisposición⁴¹.

A pesar de que los estudios hasta ahora comentados difieren en numerosos aspectos de su diseño, la mayoría de ellos muestran elevada consistencia en cuanto a los ratios de asociación entre cannabis y psicosis se refiere. La

relación establecida entre cannabis y psicosis parece ser bastante específica, ya que en la mayoría de los estudios, aunque no en todos, los resultados observados para el consumo de cannabis mantienen su significación cuando son controlados por el consumo de otras sustancias. Por otro lado, la relación que se establece con trastornos psicóticos no se observa o es más débil para otros desórdenes psiquiátricos como la depresión o la ansiedad⁵⁷.

5. Estudios experimentales: el sistema cannabinoide endógeno, el dopaminérgico y el neurodesarrollo

Existen diferentes mecanismos neurobiológicos mediante los cuales el cannabis puede inducir síntomas positivos, negativos y cognitivos de la esquizofrenia. En primer lugar, de acuerdo a la hipótesis dopaminérgica de esta enfermedad, el cannabis podría producir un aumento en la actividad del sistema dopaminérgico. En segundo lugar, también se ha sugerido que en pacientes esquizofrénicos el sistema cannabinoide endógeno presenta una función anómala, lo que favorecería que el consumo de cannabis en estas personas afectadas tuviera un efecto diferente al producido en condiciones fisiológicas normales. Y en último lugar, en relación a las alteraciones del neurodesarrollo propuestas para la esquizofrenia, el cannabis podría modular algunos mecanismos implicados en dicho neurodesarrollo.

5.1 Cannabis y sistema dopaminérgico

Existen numerosas evidencias de la modulación del sistema dopaminérgico por compuestos cannabinoides. Así, el THC incrementa tanto la actividad de las neuronas dopaminérgicas de la vía mesolímbica⁵⁸ como la liberación de dopamina en el estriado⁵⁹, tanto en animales de experimentación como en humanos. Más allá, en un estudio de neuroimagen mediante SPECT, se relacionó el aumento que produce el cannabis sobre la actividad dopaminérgica, con el empeoramiento de los síntomas psicóticos⁶⁰.

5.2 Sistema cannabinoide endógeno en la patología de la psicosis

La existencia de alteraciones en el sistema cannabinoide endógeno puede conducir a la situación hiperdopaminérgica e hiper glutamatergica que caracterizan a la esquizofrenia⁶¹. Esta posible implicación del sistema cannabinoide endógeno en la fisiopatología de la enfermedad es conocida como “hipótesis cannabinoide de la esquizofrenia”. En este sentido, un gran número de trabajos experimentales han descrito alteraciones en este sistema asociadas a la esquizofrenia.

Estudios genéticos realizados en diferentes poblaciones han señalado que el gen que codifica para el receptor cannabinoide CBI, cuya expresión es fundamentalmente cerebral, presenta diferentes polimorfismos asociados a esta enfermedad⁶²⁻⁶⁴. Sin embargo, hay otros estudios negativos en este sentido, en los que no se encuentra dicha asociación⁶⁵. Un estudio publicado recientemente describió que si bien no se observa asociación con la esquizofrenia, sí que encontraron asociación entre un polimorfismo del CBI y la respuesta a antipsicóticos, sugiriendo que podría tratarse de un factor farmacogenético⁶⁶.

Por otro lado, estudios realizados en cerebro humano postmortem de pacientes que habían padecido esquizofrenia han descrito una mayor densidad receptores CBI en diferentes regiones de la corteza cerebral: dorsolateral prefrontal⁶⁷, cingulada anterior⁶⁸ y cingulada posterior⁶⁹. No obstante, algunos autores no han observado este aumento en la densidad de los receptores^{70,71}.

En último lugar, trabajos neuroquímicos han descrito que los niveles del endocannabinoide anandamida se encuentran elevados en líquido cefalorraquídeo^{72,73} y en sangre⁷⁴ de pacientes esquizofrénicos. Además, dos estudios han observado que los niveles de anandamida en cerebro se correlacionan negativamente con los síntomas psicóticos^{73,75}, sugiriendo la parti-

cipación de este endocannabinoide en mecanismos adaptativos y compensatorios tras psicosis agudas.

5.3 Mecanismos relacionados con el neurodesarrollo

Diferentes elementos que participan en el desarrollo neuronal, y que podrían tener un papel importante en la etiopatogenia de la esquizofrenia, se ven alterados por el cannabis. El BDNF (*brain-derived neurotrophic factor*) es una neurotrofina que modula la plasticidad sináptica y procesos adaptativos ocurridos en la memoria y aprendizaje, regulando la génesis, diferenciación y supervivencia neuronal. En estudios preclínicos se ha observado que el THC altera la expresión de BDNF⁷⁶ y que ratas expuestas a cannabinoides en periodo prenatal a través de la madre, mostraban cantidades significativamente menores de BDNF⁷⁷. Recientemente, un estudio realizado en humanos ha confirmado esta modulación de la neurotrofina tras la administración de THC⁷⁸.

Otra proteína implicada en el neurodesarrollo, que promueve la migración neuronal, diferenciación y plasticidad sináptica es la neuroporregulina I (NRG1). Se ha observado que ratones modificados genéticamente para no expresar esta proteína (ratones Knock Out), son más sensibles a los efectos agudos del THC, incluidos los observados en modelos comportamentales específicos para la esquizofrenia (*prepulse inhibition o PPI*), señalando la relación entre el neurodesarrollo, la esquizofrenia y el cannabis⁷⁹. Ésta modulación de los niveles de factores neurotróficos podría ser uno de los mecanismos por los cuales los cannabinoides alteran la neuroplasticidad.

6. La teoría etiológica del consumo de cannabis como factor de riesgo para la esquizofrenia

Numerosos autores e instituciones apoyan la teoría del cannabis como factor de riesgo



para desarrollar esquizofrenia, sugiriendo que si el consumo se evitara, bastantes casos de esquizofrenia se podrían prevenir. Sin embargo, existen algunos datos que ponen en entredicho que la existencia de una asociación entre el consumo de cannabis y esquizofrenia sea generalizable a toda la población consumidora.

En primer lugar, datos estadísticos sostienen que la mayoría de consumidores de cannabis no desarrolla esquizofrenia posteriormente. Como ya describió Andreasson en 1987, del total de consumidores sólo el 1,2% desarrolló esquizofrenia³⁴. Además, esta relación también se observa en el sentido inverso, es decir, la mayoría de pacientes esquizofrénicos nunca ha consumido cannabis. En el mismo estudio epidemiológico, Andreasson constató que del total de casos de esquizofrenia sólo el 20% habían consumido cannabis en alguna ocasión y el 8% en más de 50 ocasiones.

En segundo lugar, la incidencia de esquizofrenia es similar en culturas muy diferentes, con diferentes tasas y patrones de consumo de cannabis, como demostró un estudio realizado por la OMS en 10 países diferentes⁹⁰. Más aun, un estudio australiano que analizó diferentes cohortes desde 1940, pone de manifiesto que a pesar del gran aumento del consumo de cannabis en las últimas décadas, la incidencia de la esquizofrenia no ha sufrido ningún incremento significativo⁴⁴. Estos resultados podrían sugerir que la relación entre el consumo de cannabis y esta enfermedad psiquiátrica no sería de tipo causal.

Sin embargo, existen posibles explicaciones para justificar esta aparente contradicción. Algunos autores sugieren que el efecto del aumento del consumo de la droga sobre la incidencia de la esquizofrenia quizás se haya contrarrestado con la mejora de otros factores de riesgo (ej. cuidado perinatal), y que haya contribuido a frenar ese aumento de la incidencia debida al cannabis. Otros investigadores sugieren que para que el cannabis ejerza ese efecto cau-

sal directo sobre la enfermedad es necesaria la exposición a la droga durante la adolescencia, y debido a que el incremento del consumo de cannabis entre adolescentes es bastante reciente, todavía no se habría observado el aumento de incidencia, y que éste ocurriría en la próxima década⁸¹. Podría, incluso, apreciarse ya alguna evidencia al respecto en un estudio realizado en el sureste de la ciudad de Londres⁸².

Por otro lado, debemos tener en consideración las limitaciones que muestran los estudios epidemiológicos, de los cuales se ha obtenido mucha información en cuanto a la asociación entre el cannabis y esquizofrenia. En primer lugar, es importante detectar los posibles factores de confusión que puedan distorsionar la medida de asociación entre las variables, como podrían ser el consumo de otras drogas, la predisposición/vulnerabilidad a psicosis, el estatus socioeconómico/sociodemográfico, etc. En numerosos casos se ha observado una disminución relevante o pérdida de la significación al controlar determinadas variables que pueden contribuir al riesgo de aparición de psicosis^{34,35,38}. Igualmente, la distinta proporción de hombres y mujeres dentro de los grupos experimentales en los distintos estudios es relevante, a la vista de que los hombres por sí pueden mostrar mayor vulnerabilidad a psicosis⁸³. Por otro lado, el método utilizado para la evaluación del consumo, abuso o dependencia a cannabis varía mucho de un estudio a otro, lo que introduce un sesgo adicional a los resultados obtenidos: escalas, entrevistas, auto-valoraciones, diferentes criterios de consumo. En este sentido, debería hacerse un esfuerzo en realizar registros y análisis toxicológicos para controlar el consumo real.

Continuando con las diferencias entre estudios que dificultan obtener conclusiones generales, en algunos trabajos se realiza una medida de síntomas psicóticos en general, mientras que en otros se diagnostican diferentes trastornos psicóticos, incluyendo esquizofrenia. A la hora de evaluar si una determinada asocia-

ción es específica, en este caso, la asociación entre cannabis y psicosis, es importante definir el tipo de trastorno psicótico que se está evaluando. Por último, no se deben olvidar las limitaciones inherentes a los estudios casos-control, que por su carácter retrospectivo presentan un riesgo de sesgos al valorar la exposición a cannabis, y una alta dificultad para definir un grupo control adecuado.

De manera general, la información disponible sugiere que el consumo de cannabis puede ser un factor de riesgo para la esquizofrenia en sujetos que muestren alguna vulnerabilidad para padecer psicosis.

7 ¿Por qué algunos individuos son más vulnerables a desarrollar una psicosis tras el consumo de cannabis?

Hoy en día un gran número de personas consume cannabis, pero de todas ellas solamente una minoría sufre psicosis inducida por esta droga. Y son todavía menos los que desarrollan algún tipo de trastorno psicótico. Por esta razón, debe existir una interacción de otros factores con el consumo de cannabis, que confiera una vulnerabilidad o susceptibilidad a desarrollar psicosis. Esta sería la llamada hipótesis de la vulnerabilidad⁸⁴.

En primer lugar, y como se ha comentado anteriormente, la edad de inicio en el consumo de cannabis sería uno de estos factores que aumentaría la vulnerabilidad del sujeto consumidor a la aparición de algún trastorno psicótico. Este hecho estaría relacionado con las alteraciones que el cannabis puede provocar sobre el desarrollo neuronal durante la adolescencia.

Por otra parte, un trabajo realizado por Verdoux y colaboradores⁸⁵ en 2003 puso de manifiesto que aquellos sujetos que previamente habían sufrido algún síntoma psicótico eran individuos con alta vulnerabilidad para sufrir efectos agudos del cannabis que cursaban con

hostilidad percibida y percepciones inusuales, comparándolos con aquellos de baja vulnerabilidad. Consideraron alta vulnerabilidad el haber padecido en el último mes al menos un síntoma psicótico “bizarro” o dos “no bizarros”. Mason y colaboradores confirman que los efectos psicomiméticos del cannabis son mayores en sujetos propensos a psicosis⁸⁶. Para explorar esta predisposición utilizaron el cuestionario de personalidad esquizotípica (SPQ; Raine, 1991). Igualmente, otros trabajos también señalan la asociación significativa entre abuso de cannabis y el desarrollo de trastornos psicóticos en población con riesgo de esquizofrenia^{41,87}.

Los antecedentes familiares de psicosis también contribuyen de manera importante a esta vulnerabilidad. Se ha observado que la existencia de tratamiento psiquiátrico previo en algún pariente de 1^{er} grado contribuye de manera similar al riesgo de desarrollar algún trastorno esquizoforme o psicosis inducida por cannabis, remarcando la importancia de la predisposición familiar¹⁸. Del mismo modo, otro estudio en el que se consideró alta predisposición genética a tener hermanos que padecieran esquizofrenia, observaron que los sujetos jóvenes y con alta predisposición eran particularmente vulnerables a sufrir problemas de salud mental asociados al cannabis⁸⁸. No obstante, en población con muy elevado riesgo (combinación de parientes de 1^{er} grado con trastornos psicóticos y un deterioro funcional reciente) el consumo de cannabis no parece contribuir al desarrollo de psicosis⁴³.

Todos los estudios mencionados hasta el momento muestran una modulación del riesgo a sufrir esquizofrenia asociada al cannabis en función de una predisposición o vulnerabilidad, que es, posiblemente, de origen genético. Recientemente se han realizado estudios de medidas más directas y específicas del riesgo genético y su interacción con factores ambientales. Así, Caspi y colaboradores, analizando una cohorte neozelandesa mostraron que un poli-



morfismo funcional del gen del enzima catecol-O-metil transferasa (COMT) modulaba el riesgo de sufrir psicosis en la edad adulta para jóvenes consumidores de cannabis⁸⁹. Los sujetos homocigotos portadores del alelo valina-158, que daba lugar a una variante más activa de COMT, tenían más probabilidad de desarrollar esquizofrenia tras un consumo de cannabis durante la adolescencia. Sin embargo, el cannabis no produjo una influencia tan negativa en aquellos adolescentes homocigotos para el alelo metionina-158 y que también consumían la droga. En dos estudios posteriores se confirma, tanto de forma experimental⁹⁰ como retrospectiva⁹¹, que sujetos portadores del alelo Valina-158 y con evidencia psicométrica del predisposición a psicosis, mostraban más alucinaciones tras el consumo de cannabis. Sin embargo, en otro trabajo no se observa este efecto diferencial del cannabis sobre la esquizofrenia en relación al genotipo de la COMT⁶⁵.

A la vista de la información obtenida de todos estos trabajos, disponemos de numerosas evidencias para afirmar la existencia de una asociación entre el consumo de cannabis y esquizofrenia. Esta asociación se puede resumir de la siguiente forma: algún factor estresante medioambiental (entre otros, el cannabis)

interaccionaría con factores genéticos varios para predisponer un individuo a una futura enfermedad psiquiátrica. Por lo tanto, se sugiere que el consumo de cannabis no es causa ni suficiente ni necesaria para la esquizofrenia⁸¹, a la vista de que la mayoría de consumidores no desarrollan la enfermedad, y que la mayoría de pacientes esquizofrénicos no consumen cannabis.

Como conclusión, se debería evitar una alarma social que atribuya al cannabis la responsabilidad única de desencadenar esquizofrenia, sin obviar la influencia que este factor de riesgo puede ejercer en una población vulnerable. Por tanto, el consumo de cannabis es un factor a tener en cuenta y a vigilar especialmente en sujetos vulnerables y adolescentes.

Contacto:

Luis F. Callado.

Departamento de Farmacología.

Facultad de Medicina y Odontología.

Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea.

C/ Barrio Sarriena s/n 48940 Leioa, Bizkaia.

Correo electrónico: lf.callado@ehu.es.

Teléfono: 94 601 57 04 • Fax: 94 601 32 20.



BIBLIOGRAFÍA

- (1) Warnock J. Insanity from hasheesh. *Journal of Mental Science* 1903;49: 96-110.
- (2) Moreau de Tours J. *Du hachisch et de l'aliénation mentale*. Études psychologiques; Fortin et Masson; Paris: 1845.
- (3) Di Marzo V. A brief history of cannabinoid and endocannabinoid pharmacology as inspired by the work of British scientists. *Trends Pharmacol Sci* 2006 March;27(3):134-40.
- (4) Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990 November 21;264(19):2511-8.
- (5) Van Mastrigt S., Addington J, Addington D. Substance misuse at presentation to an early psychosis program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004 January;39(1):69-72.
- (6) De Leon J., Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 2005 July 15;76(2-3):135-57.
- (7) Koskinen J, Lohonen J, Koponen H, Isohanni M, Miettunen J. Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia - a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2009 April 3.
- (8) Green B, Young R, Kavanagh D. Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. *Br J Psychiatry* 2005 October;187:306-13.
- (9) Green AI, Tohen MF, Hamer RM et al. First episode schizophrenia-related psychosis and substance use disorders: acute response to olanzapine and haloperidol. *Schizophr Res* 2004 February 1;66(2-3):125-35.
- (10) Sugranyes G, Flamarique I, Parellada E et al. Cannabis use and age of diagnosis of schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2009 March 24.
- (11) Bersani G, Orlandi V, Kotzalidis GD, Pancheri P. Cannabis and schizophrenia: impact on onset, course, psychopathology and outcomes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002 April;252(2):86-92.
- (12) Thomas H. A community survey of adverse effects of cannabis use. *Drug Alcohol Depend* 1996 November;42(3):201-7.
- (13) Sewell RA, Ranganathan M, D'Souza DC. Cannabinoids and psychosis. *Int Rev Psychiatry* 2009 April;21(2):152-62.
- (14) Emrich HM, Leweke FM, Schneider U. Towards a cannabinoid hypothesis of schizophrenia: cognitive impairments due to dysregulation of the endogenous cannabinoid system. *Pharmacol Biochem Behav* 1997 April;56(4):803-7.



- (15) Skosnik PD, Spatz-Glenn L, Park S. Cannabis use is associated with schizotypy and attentional disinhibition. *Schizophr Res* 2001 March 1;48(1):83-92.
- (16) Tramer MR, Carroll D, Campbell FA, Reynolds DJ, Moore RA, McQuay HJ. Cannabinoids for control of chemotherapy induced nausea and vomiting: quantitative systematic review. *BMJ* 2001 July 7;323(7303):16-21.
- (17) D'Souza DC, Perry E, MacDougall L et al. The psychotomimetic effects of intravenous delta-9-tetrahydrocannabinol in healthy individuals: implications for psychosis. *Neuropsychopharmacology* 2004 August;29(8):1558-72.
- (18) Arendt M, Mortensen PB, Rosenberg R, Pedersen CB, Waltoft BL. Familial predisposition for psychiatric disorder: comparison of subjects treated for cannabis-induced psychosis and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2008 November;65(11):1269-74.
- (19) D'Souza DC, bi-Saab WM, Madonick S et al. Delta-9-tetrahydrocannabinol effects in schizophrenia: implications for cognition, psychosis, and addiction. *Biol Psychiatry* 2005 March 15;57(6):594-608.
- (20) Margolese HC, Carlos NJ, Tempier R, Gill K. A 12-month prospective follow-up study of patients with schizophrenia-spectrum disorders and substance abuse: changes in psychiatric symptoms and substance use. *Schizophr Res* 2006 March;83(1):65-75.
- (21) Buhler B, Hambrecht M, Loffler W, an der Heiden W, Hafner H. Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse—a retrospective and prospective study of 232 population-based first illness episodes. *Schizophr Res* 2002 April 1;54(3):243-51.
- (22) Grech A, Van Os J, Jones PB, Lewis SW, Murray RM. Cannabis use and outcome of recent onset psychosis. *Eur Psychiatry* 2005 June;20(4):349-53.
- (23) Compton MT, Furman AC, Kaslow NJ. Lower negative symptom scores among cannabis-dependent patients with schizophrenia-spectrum disorders: preliminary evidence from an African American first-episode sample. *Schizophr Res* 2004 November 1;71(1):61-4.
- (24) Barnes TR, Mutsatsa SH, Hutton SB, Watt HC, Joyce EM. Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2006 March;188:237-42.
- (25) Compton MT, Whicker NE, Hochman KM. Alcohol and cannabis use in Urban, African American, first-episode schizophrenia-spectrum patients: associations with positive and negative symptoms. *J Clin Psychiatry* 2007 December;68(12):1939-45.
- (26) Talamo A, Centorrino F, Tondo L, Dimitri A, Hennen J, Baldessarini RJ. Comorbid substance-use in schizophrenia: relation to positive and negative symptoms. *Schizophr Res* 2006 September;86(1-3):251-5.
- (27) Potvin S, Sepehry AA, Stip E. A meta-analysis of negative symptoms in dual diagnosis schizophrenia. *Psychol Med* 2006 April;36(4):431-40.
- (28) Loeber R, Yurgelun-Todd D. Human neuroimaging of acute and chronic marijuana use: Implications for frontocerebellar dysfunction. *Human Psychopharmacology-Clinical and Experimental* 1999;14(5):291-304.
- (29) Caspari D. Cannabis and schizophrenia: results of a follow-up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249(1):45-9.
- (30) Hunt GE, Bergen J, Bashir M. Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophr Res* 2002 April 1;54(3):253-64.
- (31) Veen ND, Selten JP, van der Tweel I, Feller WG, Hoek HW, Kahn RS. Cannabis use and age at onset of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004 March;161(3):501-6.
- (32) Ongur D, Lin L, Cohen BM. Clinical characteristics influencing age at onset in psychotic disorders. *Compr Psychiatry* 2009 January;50(1):13-9.
- (33) Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, Perto G, Munk-Jorgensen P. Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *Br J Psychiatry* 2005 December;187:510-5.
- (34) Andreasson S, Allebeck P, Engstrom A, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 1987 December 26;2(8574):1483-6.
- (35) Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I, Lewis G. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ* 2002 November 23;325(7374):1199.
- (36) Andreasson S, Allebeck P, Rydberg U. Schizophrenia in users and nonusers of cannabis. A longitudinal study in Stockholm County. *Acta Psychiatr Scand* 1989 May;79(5):505-10.
- (37) Van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, de Graaf R, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol* 2002 August 15; 156(4):319-27.
- (38) Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ* 2002 November 23; 325(7374):1212-3.
- (39) Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell NR. Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychol Med* 2003 January;33(1):15-21.
- (40) Ferdinand RF, Sondejker F, van der Ende J, Selten JP, Huizink A, Verhulst FC. Cannabis use predicts future psychotic symptoms, and vice versa. *Addiction* 2005 May; 100(5):612-8.
- (41) Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J et al. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ* 2005 January 1; 330(7481):11.
- (42) Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Tests of causal linkages between cannabis use and psychotic symptoms. *Addiction* 2005 March; 100(3):354-66.
- (43) Phillips LJ, Curry C, Yung AR, Yuen HP, Adlard S, McGorry PD. Cannabis use is not associated with the development of psychosis in an 'ultra' high-risk group. *Aust N Z J Psychiatry* 2002 December;36(6):800-6.
- (44) Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug Alcohol Depend* 2003 July 20;71(1):37-48.
- (45) Arendt M, Munk-Jorgensen P. Heavy cannabis users seeking treatment- prevalence of psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004 February; 39(2):97-105.
- (46) Boydell J, Dean K, Dutta R, Giouroukou E, Fearon P, Murray R. A comparison of symptoms and family history in schizophrenia with and without prior cannabis use: implications for the concept of cannabis psychosis. *Schizophr Res* 2007 July; 93(1-3):203-10.
- (47) Semple DM, McIntosh AM, Lawrie SM. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *J Psychopharmacol* 2005 March; 19(2):187-94.
- (48) Henquet C, Murray R, Linszen D, Van Os J. The environment and schizophrenia: the role of cannabis use. *Schizophr Bull* 2005 July; 31(3):608-12.
- (49) Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007 July 28; 370(9584):319-28.
- (50) Hambrecht M, Hafner H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1996 December 1;40(11):155-63.
- (51) Corcoran CM, Kimhy D, Stanford A et al. Temporal association of cannabis use with symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res* 2008 December; 106(2-3):286-93.
- (52) Stefanis NC, Delespaul P, Henquet C, Bakoula C, Stefanis CN, Van Os J. Early adolescent cannabis exposure and positive and negative dimensions of psychosis. *Addiction* 2004 October;99(10):1333-41.
- (53) Konings M, Henquet C, Maharajah HD, Hutchinson G, Van Os J. Early exposure to cannabis and risk for psychosis in young adolescents in Trinidad. *Acta Psychiatr Scand* 2008 September; 118(3):209-13.
- (54) Dervaux A, Laquille X, Bourdel MC et al. [Cannabis and schizophrenia: demographic and clinical correlates]. *Encephale* 2003 January;29(1):11-7.
- (55) Larsen TK, Melle I, Auestad B et al. Substance abuse in first-episode non-affective psychosis. *Schizophr Res* 2006 December;88(1-3):55-62.
- (56) Mauri MC, Volonteri LS, De Gaspari IF, Colasanti A, Brambilla MA, Cerruti L. Substance abuse in first-episode schizophrenic patients: a retrospective study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006;2:4.
- (57) Chen CY, Lin KM. Health consequences of illegal drug use. *Curr Opin Psychiatry* 2009 May;22(3):287-92.
- (58) Tanda G, Pontieri FE, Di Chiara G. Cannabinoid and heroin activation of mesolimbic dopamine transmission by a common mu1 opioid receptor mechanism. *Science* 1997 June 27;276(5321):2048-50.
- (59) Bossong MG, van Berckel BN, Boellaard R et al. Delta 9-tetrahydrocannabinol induces dopamine release in the human striatum. *Neuropsychopharmacology* 2009 February;34(3):759-66.
- (60) Voruganti LN, Slomka P, Zabel P, Mattar A, Awad AG. Cannabis induced dopamine release: an in-vivo SPECT study. *Psychiatry Res* 2001 October 1;107(3):173-7.
- (61) Laviolette SR, Grace AA. The roles of cannabinoid and dopamine receptor systems in neural emotional learning circuits: implications for schizophrenia and addiction. *Cell Mol Life Sci* 2006 July;63(14):1597-613.



- (62) Ujike H, Takaki M, Nakata K et al. CNR1, central cannabinoid receptor gene, associated with susceptibility to hebephrenic schizophrenia. *Mol Psychiatry* 2002;7(5):15-8.
- (63) Martinez-Gras I, Hoenicka J, Ponce G et al. (AAT)n repeat in the cannabinoid receptor gene, CNR1: association with schizophrenia in a Spanish population. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006 October;256(7):437-41.
- (64) Leroy S, Griffon N, Bourdel MC, Olie JP, Poirier MF, Krebs MO. Schizophrenia and the cannabinoid receptor type I (CB1): association study using a single-base polymorphism in coding exon 1. *Am J Med Genet* 2001 December 8;105(8):749-52.
- (65) Zammit S, Spurlock G, Williams H et al. Genotype effects of CHRNA7, CNR1 and COMT in schizophrenia: interactions with tobacco and cannabis use. *Br J Psychiatry* 2007 November;191:402-7.
- (66) Hamdani N, Tabeze JP, Ramoz N et al. The CNR1 gene as a pharmacogenetic factor for antipsychotics rather than a susceptibility gene for schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008 January;18(1):34-40.
- (67) Dean B, Sundram S, Bradbury R, Scarr E, Copolov D. Studies on [3H]CP-55940 binding in the human central nervous system: regional specific changes in density of cannabinoid-1 receptors associated with schizophrenia and cannabis use. *Neuroscience* 2001;103(1):9-15.
- (68) Zavitsanou K, Garrick T, Huang XF. Selective antagonist [3H]SR141716A binding to cannabinoid CB1 receptors is increased in the anterior cingulate cortex in schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2004 March;28(2):355-60.
- (69) Newell KA, Deng C, Huang XF. Increased cannabinoid receptor density in the posterior cingulate cortex in schizophrenia. *Exp Brain Res* 2006 July;172(4):556-60.
- (70) Koethe D, Llenos IC, Dulay JR et al. Expression of CB1 cannabinoid receptor in the anterior cingulate cortex in schizophrenia, bipolar disorder, and major depression. *J Neural Transm* 2007;114(8):1055-63.
- (71) Eggen SM, Hashimoto T, Lewis DA. Reduced cortical cannabinoid 1 receptor messenger RNA and protein expression in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2008 July;65(7):772-84.
- (72) Leweke FM, Giuffrida A, Wurster U, Emrich HM, Piomelli D. Elevated endogenous cannabinoids in schizophrenia. *Neuroreport* 1999 June 3;10(8):1665-9.
- (73) Giuffrida A, Leweke FM, Gerth CW et al. Cerebrospinal anandamide levels are elevated in acute schizophrenia and are inversely correlated with psychotic symptoms. *Neuropsychopharmacology* 2004 November;29(11):2108-14.
- (74) De Marchi N, De Petrocellis L, Orlando P, Daniele F, Fezza F, Di Marzo V. Endocannabinoid signalling in the blood of patients with schizophrenia. *Lipids Health Dis* 2003 August 19;2:5.
- (75) Leweke FM, Giuffrida A, Koethe D et al. Anandamide levels in cerebrospinal fluid of first-episode schizophrenic patients: impact of cannabis use. *Schizophr Res* 2007 August;94(1-3):29-36.
- (76) Butovsky E, Juknat A, Goncharov I et al. In vivo up-regulation of brain-derived neurotrophic factor in specific brain areas by chronic exposure to Delta-tetrahydrocannabinol. *J Neurochem* 2005 May;93(4):802-11.
- (77) Maj PF, Collu M, Fadda P, Cattaneo A, Racagni G, Riva MA. Long-term reduction of brain-derived neurotrophic factor levels and signaling impairment following prenatal treatment with the cannabinoid receptor 1 receptor agonist (R)-(+)-[2,3-dihydro-5-methyl-3-(4-morpholinyl-methyl) pyrrolo[1,2,3-de]-1,4-benzoxazin-6-yl]-1-naphthalenylmethanone. *Eur J Neurosci* 2007 June;25(11):3305-11.
- (78) D'Souza DC, Pittman B, Perry E, Simen A. Preliminary evidence of cannabinoid effects on brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels in humans. *Psychopharmacology (Berl)* 2009 March;202(4):569-78.
- (79) Boucher AA, Arnold JC, Duffy L, Schofield PR, Micheau J, Karl T. Heterozygous neuregulin 1 mice are more sensitive to the behavioural effects of Delta9-tetrahydrocannabinol. *Psychopharmacology (Berl)* 2007 June;192(3):325-36.
- (80) Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl* 1992;20:1-97.
- (81) Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br J Psychiatry* 2004 February;184:110-7.
- (82) Boydell J, Van Os J, Lambri M et al. Incidence of schizophrenia in south-east London between 1965 and 1997. *Br J Psychiatry* 2003 January;182:45-9.
- (83) Selten JP, Veen ND, Hoek HW et al. Early course of schizophrenia in a representative Dutch incidence cohort. *Schizophr Res* 2007 December;97(1-3):79-87.
- (84) Potvin S, Stip E, Roy JY. [Schizophrenia and addiction: An evaluation of the self-medication hypothesis]. *Encephale* 2003 May;29(3 Pt 1):193-203.
- (85) Verdoux H, Gindre C, Sorbara F, Tournier M, Swendsen JD. Effects of cannabis and psychosis vulnerability in daily life: an experience sampling test study. *Psychol Med* 2003 January;33(1):23-32.
- (86) Mason O, Morgan CJ, Dhiman SK et al. Acute cannabis use causes increased psychotomimetic experiences in individuals prone to psychosis. *Psychol Med* 2009 June;39(6):951-6.
- (87) Kristensen K, Cadenhead KS. Cannabis abuse and risk for psychosis in a prodromal sample. *Psychiatry Res* 2007 May 30;151(1-2):151-4.
- (88) Hollis C, Groom MJ, Das D et al. Different psychological effects of cannabis use in adolescents at genetic high risk for schizophrenia and with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Schizophr Res* 2008 October;105(1-3):216-23.
- (89) Caspi A, Moffitt TE, Cannon M et al. Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol Psychiatry* 2005 May 15;57(10):1117-27.
- (90) Henquet C, Rosa A, Krabbendam L et al. An experimental study of catechol-O-methyltransferase Val158Met moderation of delta-9-tetrahydrocannabinol-induced effects on psychosis and cognition. *Neuropsychopharmacology* 2006 December;31(12):2748-57.
- (91) Henquet C, Rosa A, Delespaul P et al. COMT ValMet moderation of cannabis-induced psychosis: a momentary assessment study of 'switching on' hallucinations in the flow of daily life. *Acta Psychiatr Scand* 2009 February;119(2):156-60.
- (92) Ferdinand RF, van der Ende J, Bongers I, Selten JP, Huizink A, Verhulst FC. Cannabis--psychosis pathway independent of other types of psychopathology. *Schizophr Res* 2005 November 15;79(2-3):289-95.
- (93) Rais M, Cahn W, Van Haren N et al. Excessive brain volume loss over time in cannabis-using first-episode schizophrenia patients. *Am J Psychiatry* 2008 April;165(4):490-6.
- (94) Miettunen J, Tormanen S, Murray GK et al. Association of cannabis use with prodromal symptoms of psychosis in adolescence. *Br J Psychiatry* 2008 June;192(6):470-1.
- (95) McGuire PK, Jones P, Harvey I, Williams M, McGuffin P, Murray RM. Morbid risk of schizophrenia for relatives of patients with cannabis-associated psychosis. *Schizophr Res* 1995 May;15(3):277-81.
- (96) Miller P, Lawrie SM, Hodges A, Clafferty R, Cosway R, Johnstone EC. Genetic liability, illicit drug use, life stress and psychotic symptoms: preliminary findings from the Edinburgh study of people at high risk for schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001 July;36(7):338-42.
- (97) Dubertret C, Bidard I, Ades J, Gorwood P. Lifetime positive symptoms in patients with schizophrenia and cannabis abuse are partially explained by co-morbid addiction. *Schizophr Res* 2006 September;86(1-3):284-90.
- (98) Veling W, Mackenbach JP, Van Os J, Hoek HW. Cannabis use and genetic predisposition for schizophrenia: a case-control study. *Psychol Med* 2008 September;38(9):1251-6.
- (99) Morgan CJ, Curran HV. Effects of cannabidiol on schizophrenia-like symptoms in people who use cannabis. *Br J Psychiatry* 2008 April;192(4):306-7.



El papel de la sociedad en la integración de las personas con enfermedad mental

Iñigo Lamarca

Ararteko del País Vasco

Las personas con enfermedad mental (PEM) constituyen un sector de la población especialmente vulnerable cuya adecuada atención sanitaria y social debe verse orientada a la **rehabilitación, la reinserción social y la integración laboral**. Las políticas públicas¹ en el ámbito de la salud mental no pueden obviar este objetivo prioritario.

Son muchas las dificultades reales de integración social que tienen las personas con enfermedad mental, en nuestra comunidad, en aspectos básicos como el acceso al trabajo, a la vivienda o a los servicios públicos y recursos sociales. Promover la mejora de las condiciones de vida de estas personas, fomentar su autonomía, prevenir el deterioro y hacer real y efectivo su derecho a la no discriminación y a la integración social, son tareas ineludibles.

Entre las **labores del Ararteko** se encuentra la de velar por que las actuaciones de las administraciones y las políticas públicas sean las adecuadas para preservar y atender debidamente el derecho a la salud y los derechos fundamentales² de estas personas. Para

ello, la institución analiza y tramita las quejas que la ciudadanía presenta con respecto a actuaciones u omisiones de la administración y, asimismo, procura tener información y diagnósticos precisos acerca de la realidad de las personas con enfermedad mental, con el fin de formular recomendaciones a las administraciones públicas a través del informe anual y de los informes extraordinarios o monográficos. En las reuniones mantenidas durante estos años con asociaciones de afectados, de familiares y de colectivos de apoyo, hemos podido conocer más de cerca la problemática específica de las personas con enfermedad mental.

Hoy sabemos que la integración social de estas personas sólo se conseguirá con el respeto por la diferencia y su aceptación como parte de la diversidad y la condición humanas. Los **prejuicios** que aún persisten en la sociedad respecto a su capacidad y comportamiento, motivados por un profundo desconocimiento social sobre salud mental, son el principal obstáculo para la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.

1 El derecho a la igualdad, a la no discriminación y a la plena ciudadanía deberán informar todas las políticas públicas en esta materia, de acuerdo con los preceptos constitucionales 9.2, 14 y 49.

2 En concordancia con la "Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad" y su Protocolo Facultativo, aprobados por la Asamblea General de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y ratificados por el Estado español el 3 de diciembre de 2007. La Convención cubre una serie de ámbitos fundamentales tales como la accesibilidad, la libertad de movimiento, la salud, la educación, el empleo, la habilitación y rehabilitación, la participación en la vida política, y la igualdad y la no discriminación. Marca un cambio en el concepto de discapacidad, pasando de una preocupación en materia de bienestar social a una cuestión de derechos humanos, que reconoce que las barreras y los prejuicios de la sociedad, constituyen en sí mismos una discapacidad.



El apoyo a la red natural

La transformación del tradicional sistema de intervención de salud mental, ha supuesto el paso de situaciones de hospitalización de larga duración al intento de tratamiento en la comunidad, otorgando al **entorno familiar un papel fundamental en la integración y rehabilitación** de las PCEM, y convirtiendo dicho entorno en el principal recurso para la prestación de atención y cuidados.

Se estima que alrededor del 80% de las personas con enfermedad mental crónica vive con sus familias. Muchas de estas familias están asociadas para hacer frente a sus necesidades comunes. Existen también asociaciones de autoayuda, fundaciones tutelares... Nos encontramos, pues, ante un mundo asociativo notablemente desarrollado y muy diverso.

Ciertamente, la contribución de la familia puede resultar decisiva en los procesos de recuperación e integración comunitaria. Las personas con enfermedad mental constituyen, como decíamos, un colectivo de especial vulnerabilidad. Con frecuencia no conocen sus derechos o no están en condiciones de exigirlos o demandarlos. Muchas veces son sus familias o las asociaciones de familiares quienes asumen su defensa y canalizan sus demandas hacia la sociedad y las instituciones.

La relación y la colaboración permanentes que durante estos años ha mantenido la institución del Ararteko con muchas de las **asociaciones de familiares de enfermos mentales**³ nos ha permitido no sólo conocer mejor sus problemas, sino también admirar su coraje y compromiso. Escuchar y comprender sus problemas ha sido, también, un motivo más para abordar el trabajo.

Tanto las familias, especialmente las mujeres, que son las cuidadoras principales, como las asociaciones, ayudan a la satisfacción de las necesidades básicas de estas personas. Resulta imprescindible, pues, que reciban el debido apoyo de las instituciones con programas y servicios de respiro, asistencia domiciliaria, ayudas económicas, etc. No olvidemos que, a menudo, se enfrentan a elevadas cargas de estrés emocional, a otras de carácter económico nada desdeñables y, en no pocos casos, a situaciones de gran conflictividad. De ahí la conveniencia de tratamientos psiquiátricos que tomen en consideración también a la familia y a la comunidad y no sólo a la PCEM de manera aislada.

La integración laboral⁴

En nuestra sociedad, el acceso al **trabajo remunerado** sigue siendo la principal vía para la integración social. El desempeño de una actividad laboral posee un significado altamente normalizador para las personas con enfermedad mental, ya que proporciona una estructura básica para desarrollar la conducta social; es la manera de seguir sintiendo que se es útil a la sociedad y que se forma parte de ella.

Sin embargo, se estima que sólo entre un 10–15% de las personas con enfermedad mental grave tiene un trabajo regular y que la tasa de inactividad de este colectivo puede llegar a alcanzar el 70% frente al 40% correspondiente a la población general. Ello, unido a las dificultades para mantener un puesto de trabajo, la baja cualificación de los empleos, en su mayoría protegidos, y las condiciones de precariedad en que se desarrollan, obstaculiza notablemente el proceso de ajuste e integración social.

De lo indicado sobre la tasa de inactividad se deduce que un 70% del colectivo depende

³ Reuniones de carácter periódico ligadas al seguimiento del informe extraordinario sobre la "atención comunitaria de la enfermedad mental" de 2000 con la Federación de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales integrada por ASAFES, ASASAM, AVIFES y AGIFES.

⁴ Informe extraordinario sobre "la integración laboral de las personas con discapacidad". Año 2003.



exclusivamente del apoyo familiar o de las prestaciones sociales, por lo general inferiores al salario mínimo interprofesional. Esta situación de dependencia económica o de precariedad en su caso, dificulta enormemente la creación de lazos sociales tan necesarios para la verdadera inclusión en la comunidad.

En muchos casos las situaciones de discapacidad con relación al empleo se derivan, fundamentalmente, del contexto; especialmente, de la mentalidad social. La reticencia a la contratación de personas con enfermedad mental existe, sobre todo, por la creencia de que esa persona va a sufrir bajas frecuentes y esto va a repercutir en la producción o por recelos sobre su comportamiento. Se desconoce que debido a los avances en el tratamiento de estas enfermedades, en las áreas de psicofármacos, psicoterapia, rehabilitación psicosocial y laboral, cada vez son más las personas con enfermedad mental que pueden desempeñar un trabajo con absoluta normalidad y vivir de forma autónoma. En un ambiente más integrador, con un apoyo social más decidido, las tasas de actividad de estas personas se acercarían mucho más a las de la población en general, lo que favorecería sus posibilidades de integración.

Es preciso reconocer y valorar el trabajo y esfuerzo que los **centros especiales de empleo** vienen realizando durante muchos años, a menudo a pesar de grandes obstáculos y dificultades. Sin embargo, se hace necesario también afrontar el riesgo de que tales centros no cumplan uno de sus objetivos básicos, el de favorecer la transición al empleo ordinario, ya sea por las propias características del mercado de trabajo o por la necesidad de buscar la rentabilidad de los centros. Dado el grado de desarrollo alcanzado por estos centros, sobre todo en algunas zonas y sectores económicos, parece necesario revisar esta situación, tanto para apoyar el proceso de transición, como para ejercer un mayor control sobre ellos y evitar posibles desajustes. De igual modo, parece necesario revisar o regular la relación exis-

tente entre centros especiales de empleo y centros ocupacionales, que muchas veces utilizan instalaciones contiguas o conjuntas, o dependen de las mismas entidades, lo que tiene sus ventajas pero también sus riesgos, como la ocupación, más o menos esporádica, de personas atendidas en centros ocupacionales en tareas claramente laborales, productivas, sin contratación, contraprestación o condiciones adecuadas.

El establecimiento de **cupos de reserva** en las empresas y en las administraciones constituye una política activa que favorece la incorporación laboral del colectivo. Sin embargo, la falta de mecanismos de control y de reacción eficaces para impedir o sancionar su incumplimiento, dificulta la efectividad de estas medidas. Nos seguimos encontrando con el problema de la falta de datos y de la ausencia de criterios similares o complementarios en su explotación que permitan establecer comparaciones y análisis conjuntos. Así, por ejemplo, sigue siendo difícil conocer qué empresas cumplen con el cupo de reserva y cuáles no lo hacen.

En la actualidad no son pocos los **agentes sociales** implicados en el acceso al mundo laboral de las personas con enfermedad mental: INEM, servicios de intermediación laboral, empresariado, diversas administraciones, asociaciones de PCEM, asociaciones de familiares, mutuas de trabajo, sindicatos, empresas mediadoras de contratación, centros especiales de empleo, centros de formación ocupacional, servicios sociales de base, etc. Sería necesario analizar la eficacia real de cada uno de estos recursos (las tasas de inserción laboral que realmente logran) y tomar las consiguientes medidas, así como **coordinar esfuerzos e iniciativas** para lograr una mayor eficiencia.

Por último, conviene mencionar **otras medidas** que, sin duda, favorecerían la integración laboral de las PCEM:



- Regular y fomentar fórmulas de empleo poco desarrolladas hasta ahora, como el empleo con apoyo, realizando un seguimiento individualizado y un tutelaje tanto en relación con la PCEM como con el empresario o empresaria que contrata.
- Mejorar la formación y capacitación de las personas con enfermedad mental.
- Compatibilizar el acceso al empleo con las prestaciones.
- Evaluar la calidad del empleo y las posibles situaciones de discriminación.
- Implicar a las mutuas en la reincorporación laboral de los trabajadores.
- Lograr una mayor sensibilización social, la superación de prejuicios y estereotipos, así como la concienciación de empresariado y sindicatos.

El acceso a la vivienda

A menudo se nos plantean quejas relacionadas con la inexistencia, en la normativa de vivienda vigente, de medidas de acción positiva que favorezcan o faciliten el acceso a la vivienda de las personas con enfermedad mental.

Nos hemos dirigido en diversas ocasiones al Departamento de Vivienda del Gobierno Vasco, exponiendo las dificultades de acceso a la vivienda protegida que se planteaban para estas personas, en los diferentes casos en los que se había formulado una queja ante esta institución (problemas de tenencia parcial de vivienda compartida con hermanos, no cumplimiento del requisito de ingresos mínimos, o inexistencia de cupos que primen la necesidad de vivienda de estas personas respecto a otras demandantes de vivienda protegida). Al mismo tiempo, les hemos indicado la conveniencia de impulsar, al amparo de los artículos 14 y 9.2 de la Constitución, medidas de acción positiva que

favorezcan, en general, al colectivo de personas con enfermedad mental, incidiendo en dos cuestiones diferentes, por un lado, la flexibilización o tratamiento individualizado en lo que respecta a los criterios de acceso al Registro de Solicitantes de Vivienda, y por otro, la conveniencia de que se articule alguna modalidad de adjudicación de viviendas que priorice a estas personas respecto a aquéllas que parten de una situación normalizada.

En sus escritos de respuesta, el Departamento de Vivienda nos remite a las previsiones del Eje 9 del Plan Director de Vivienda 2006–2009, relativas a la creación para estas personas de un cupo o reserva específica en las promociones que se adjudiquen en régimen de alquiler.

La Orden de 16 de abril de 2008, del Consejero de Vivienda y Asuntos Sociales, sobre procedimientos de adjudicación de viviendas de protección oficial, incluye ya en su artículo 10.a), relativo al establecimiento de cupos en procedimientos de adjudicación de viviendas en régimen de arrendamiento, la enfermedad mental como situación social de especial protección. La previsión normativa, pues, contempla la posibilidad que habrá de materializarse en cada concreta orden de promoción.

A nuestro juicio, si bien esto supone un importante avance, los mecanismos de acción positiva dirigidos a favorecer el acceso a la vivienda de estas personas deberían ir más allá del establecimiento de un cupo o reserva y articular globalmente un sistema de adjudicación que favorezca la atención de situaciones individualizadas de necesidad de vivienda de estas personas. Por otro lado, la fórmula de los alojamientos dotacionales, de carácter temporal y de titularidad pública, prevista en la Ley del Suelo 2/2006 puede, en el futuro, resultar especialmente adecuada para cubrir las necesidades de estas personas en materia de vivienda.



La atención comunitaria de la enfermedad mental⁵

Existe consenso sobre el modelo del sistema de atención a la salud mental, que ha de ser universal, público, integral, comunitario⁶, eficaz, equitativo y evaluable.

Cuando hablamos de **modelo comunitario de atención** nos referimos a aquél cuyos objetivos se orientan a la inclusión social, a la participación activa en la comunidad y las redes sociales, así como a la mejora de la calidad de vida y de las relaciones interpersonales de las PCEM. El proceso de desinstitucionalización, de búsqueda de respuesta a los problemas de salud mental en el ámbito comunitario, exige este nuevo modelo de atención en el que la participación social, las respuestas individualizadas, la continuidad de los cuidados, o la corresponsabilidad y la coordinación entre los diferentes sectores y servicios son condiciones indispensables.

Consideramos que los dispositivos de atención han de estar pensados no desde la condición de enfermo con su etiquetaje diagnóstico sino desde sus derechos como persona en igualdad de condiciones para el acceso a los recursos normalizados.

Como ya hemos indicado, las personas con trastorno mental crónico viven, en general, en

peores condiciones que el conjunto de la población: bajos niveles de ingresos y de ocupación laboral, peor salud, relaciones sociales más limitadas (sobre todo las personas de más edad y de mayor cronicidad), una vida menos autónoma y satisfactoria... Sus necesidades no son sólo sanitarias sino también de residencia, de ocupación, de desarrollo personal, de integración social, etc. Tienen iguales derechos a participar en los recursos de la sociedad. Sin embargo, su conocimiento de los derechos de la ciudadanía es escaso. Respecto a su propia salud, por ejemplo, tienen un gran desconocimiento sobre el derecho a la información, al consentimiento informado, a las alternativas terapéuticas, a la queja, a las modalidades de ingreso hospitalario...

Los recursos que se ofrecen a las PCEM han de ser suficientes y estar adaptados a sus necesidades (las de asistencia en períodos de crisis, las motivadas por el progresivo envejecimiento de la población, las de estructuras intermedias y las de recursos residenciales, entre otras). Los centros de salud mental son los servicios más extendidos y con mayor cobertura y utilización. A pesar de ello se siguen registrando quejas sobre su saturación, el escaso tiempo de dedicación a las y los pacientes, los cambios en el personal y, por tanto, en la continuidad de la relación, el excesivo uso de psicofármacos, la reducción de las intervenciones psicoterapéuticas o de rehabili-

5 En 1992 el Ararteko abordó, con carácter monográfico, la problemática de las personas con enfermedad mental, y publicó el informe extraordinario "Los Psiquiátricos. Situación de los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos". En 2000, como complemento de aquél, se abordó la atención extrahospitalaria y comunitaria a estas personas en el informe extraordinario sobre "la atención comunitaria de la enfermedad mental en la CAPV".

En otros estudios monográficos ha surgido el planteamiento de problemáticas asociadas a la salud mental de las personas mayores, de los menores o de colectivos residencializados, o limitaciones en las respuestas a sus necesidades: así, por ejemplo, en los estudios sobre los menores infractores ("Intervención con menores infractores"), en los informes extraordinarios sobre la respuesta a las necesidades educativas especiales (*La respuesta a las necesidades educativas especiales en la CAPV*), sobre la situación en las cárceles, sobre las residencias para personas mayores (*Las residencias de tercera edad en la Comunidad Autónoma Vasca*), o sobre la atención no residencial (*La asistencia no residencial a la tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco*).

6 "Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive. Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares y amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible". Principio séptimo de los principios para la protección de los enfermos y el mejoramiento de la atención de la salud mental adoptados por la Asamblea General de Naciones Unidas el 17 de diciembre de 1991.



tación, o sobre la escasa dedicación a las familias. Otros servicios, como los centros de empleo especial, programas de enfermería o clubes de tiempo libre, son más desconocidos. Los recursos de psicoterapia, de rehabilitación y de estructuras intermedias son, a menudo, insuficientes y, en algunos casos, inexistentes. Por ello, podemos afirmar que no se da la correlación suficiente o la adecuación entre las necesidades de estas personas, sus derechos y los recursos necesarios para garantizar, en la práctica, tales derechos. Así, es necesario incrementar los servicios destinados específicamente a la población de menores, aumentar los recursos residenciales para las personas mayores, garantizar la continuidad de los cuidados y la atención integral, dedicar una mayor atención a la prevención y promoción de la salud mental y garantizar el acceso a la rehabilitación.

La coordinación entre las diferentes redes y servicios de atención es imprescindible. No siempre la mejora de la atención exige nuevos recursos. A veces, la calidad de la respuesta depende de la coordinación y el mejor aprovechamiento de los que ya existen, de su definición (más o menos clara), de su organización (más o menos eficiente), de su enfoque, de lo acertado de sus programas o de los mecanismos de colaboración. En la respuesta a las necesidades de estas personas son muchos los servicios implicados y es precisa una adecuada coordinación entre ellos: entre los servicios de atención primaria y los de salud mental, entre los propios del ámbito hospitalario y los extrahospitalarios, entre los servicios públicos y los promovidos por las asociaciones, entre los servicios educativos y los de mediación en la búsqueda de empleo, etc. La dependencia orgánica de unos y otros servicios a diferentes administraciones, la indefinición de funciones o campos de actuación entre diferentes equipos, la falta de planificación y de evaluación, o a la ausencia de mecanismos de participación en los programas relacionados con la salud mental obstaculizan esa necesaria coordinación.

Existe un consenso pleno sobre la necesidad y la utilidad de **cuidados y estructuras intermedias**: hospitales o centros de día, talleres, programas de prevención, promoción de la salud y rehabilitación, comunidades terapéuticas, pisos protegidos, centros ocupacionales, clubes... Se trata de instrumentos indispensables para desarrollar procesos de desinstitutionalización de personas que están, o estaban, en los hospitales psiquiátricos, y para complementar las intervenciones realizadas en los centros de salud mental o en unidades de hospitalización de corta estancia. Su insuficiencia o el que presenten problemas en la dotación de recursos humanos y materiales, problemas presupuestarios, etc., supone cargar a las familias con todo el peso de la atención.

Las asociaciones de familiares y PCEM siguen reivindicando recursos residenciales, centros de rehabilitación psicosocial, centros de orientación y actividad laboral y otros programas de atención en la comunidad. En repetidas ocasiones han manifestado a esta institución del Ararteko su preocupación por esta carencia del sistema público, que de una manera sacrificada tratan de paliar con su dedicación.

En los casos en que no existe el apoyo familiar, el control y la evaluación por parte de las instituciones resulta imprescindible. Así por ejemplo, respecto a las condiciones de los alojamientos (pensiones, pisos) en los que viven personas con enfermedad mental y sin ningún apoyo familiar, o a las condiciones de tutela.

Por último, no podemos olvidar la existencia de grupos de población con dificultades particulares para el acceso real a los servicios de atención a la salud mental existentes en el ámbito comunitario: las personas que viven en el medio rural o que no residen en los grandes núcleos de población, donde se centralizan la inmensa mayoría de los recursos; las personas sin hogar; aquellas de origen extranjero que no han conseguido regularizar su situación admi-



nistrativa; quienes pertenecen a minorías étnicas o las personas que permanecen ingresadas en las cárceles.

El desarrollo del **espacio sociosanitario**⁷ entendido como espacio de colaboración intensa y estructurada entre los servicios de salud y los sociales.

Como venimos señalando, para garantizar el cuidado y fomento de la autonomía de las PCEM es preciso cubrir no sólo necesidades sanitarias (atención médica, tratamiento, rehabilitación...) sino también necesidades sociales como las de alojamiento, alimentación, capacitación cultural o profesional e integración social. Así, lo social y lo sanitario van en muchas ocasiones de la mano a la hora de abordar los problemas de las personas afectadas. El llamado "espacio sociosanitario" es esa zona de encuentro en la respuesta a estos problemas.

El Plan estratégico para la atención sociosanitaria incluye a las personas con enfermedad mental como grupo de personas especialmente necesitadas de este tipo de atención.

Se trata de articular un procedimiento que garantice la prestación de servicios adaptados a necesidades complejas y mixtas, ajustándose en dicha prestación al principio de continuidad de acción. Hay determinadas necesidades a las que se debe dar una respuesta integral y personalizada. No pueden ser atendidas exclusivamente por la estructura tradicional de los servicios de salud o por la de los servicios sociales de manera independiente sino que requieren un paquete de servicios de naturaleza mixta, prestados de forma simultánea o secuencial, en la sociedad, en su domicilio o en el ámbito hospitalario o residencial.

Los sistemas sanitarios vigentes en la actualidad se diseñaron y desarrollaron en respuesta

a las patologías agudas y a las necesidades urgentes: examinar, diagnosticar, aliviar los síntomas y curar, son sus sellos distintivos. La dificultad estriba en que este modelo, muy eficaz para la atención de las contingencias para las que fue ideado, no se adapta bien a la atención de las condiciones crónicas.

El protagonismo adquirido en esta última década por la atención sociosanitaria se explica también por la orientación general que, afortunadamente, han tomado tanto las políticas sanitarias como sociales hacia fórmulas que otorgan prioridad a la permanencia en el domicilio y a la atención en el ámbito comunitario.

El **modelo sociosanitario** vasco es un modelo de coordinación y no una nueva red de asistencia sociosanitaria diferenciada de la sanitaria y la social. Hay factores que facilitan la consolidación de la coordinación sociosanitaria: el establecimiento de metas y objetivos; el apoyo y compromiso institucional en sus tres ámbitos, municipal, foral y autonómico; una dirección y gestión eficaces, y el apoyo técnico; por el contrario, las diferencias organizativas, los planteamientos profesionales divergentes o la inseguridad financiera la obstaculizan.

Entre la gran variedad de agentes implicados en este tipo de atención hay una valoración moderadamente negativa respecto al desarrollo del espacio sociosanitario en la CAPV. Los avances se consideran, en general, insuficientes y los logros inferiores tanto a las expectativas creadas como a las posibilidades y a las necesidades. Se considera que los avances que se han producido en este ámbito no se han trasladado con claridad ni a sus destinatarios ni a los profesionales de las dos redes. Sin embargo, no se puede hablar de una experiencia fallida. Hay avances claros, como la adopción de una herramienta común para la valoración de la dependencia, el inicio del diálogo entre las dos redes,

⁷ Informe extraordinario sobre la "atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos". Año 2008.



mayor conciencia institucional de la necesidad de intervenir en el espacio sociosanitario o la consolidación de una estructura organizativa.

Con relación al **Plan Estratégico para el Desarrollo del Espacio Sociosanitario** (2005– 2008), se estima que no se ha avanzado de forma significativa en ninguno de sus principales objetivos, es decir, por lo que se refiere al establecimiento de un sistema de acceso único, una ventana de servicios única, los sistemas de información compartido y una planificación conjunta. Los agentes implicados achacan esta situación a la ausencia de una apuesta política decidida para el desarrollo de este espacio, a la carencia de un modelo compartido y consensuado, al escaso peso de los ayuntamientos en el proceso o a la necesidad de pactar continuamente la cofinanciación de los diversos recursos.

Todas las voces apuntan a que son cuatro los recursos que requieren un desarrollo prioritario: recursos residenciales para personas con enfermedad mental, programas de intervención sociosanitaria a domicilio, programas de carácter terapéutico y educativo para personas menores de edad con trastornos de conducta y mayor desarrollo de las unidades específicas para personas mayores con necesidades sociosanitarias.

Se mantienen diferencias interterritoriales muy importantes en el desarrollo de los recursos sociosanitarios entre los tres territorios históricos y dentro de cada territorio histórico, dada la concentración de los recursos en las capitales.

El espacio sociosanitario vasco se ha centrado más en cuestiones estratégicas, competenciales y financieras que en la coordinación de los instrumentos de atención a las personas. De ahí que sea preciso conseguir un funcionamiento más dinámico y efectivo, así como nuevas fórmulas en el ámbito de la organización de

los servicios y el fomento del trabajo interdisciplinar.

Los dos sistemas, sanitario y social, se estructuran territorialmente de manera distinta. Se debería intentar un acercamiento de la zonificación de cada uno de los dos sistemas. Una mayor coincidencia en la zonificación permitiría que los dos tipos de servicios fueran prestados a un mismo grupo de población.

La atención sociosanitaria no supone un “coste cero”, sino que exige dotaciones económicas específicas. Hay, por tanto, que ajustar las previsiones de coste de la atención sociosanitaria y hacer un uso más racional de los medios ya disponibles.

Sería muy conveniente contar con instrumentos comunes de valoración de los ámbitos preferentes o prioritarios, favorecer la creación de equipos interdisciplinares y de estrategias de coordinación, reforzar las fórmulas de apoyo a la red sociofamiliar de atención, por ejemplo, intensificando las ayudas a domicilio.

Es necesario poner en marcha iniciativas que sirvan para testar fórmulas nuevas en el ámbito sociosanitario. En particular, podrían ensayarse fórmulas de atención intermedia y fórmulas de atención domiciliaria muy intensivas. La creación de puestos de trabajo social en un centro de salud o en una estructura hospitalaria, los llamados “enclaves”, o la denominada “gestión de caso” (evaluación conjunta de necesidades y diseño conjunto de planes de atención individual) son herramientas muy valiosas en el ámbito de este tipo de atención.

La mejora de las condiciones del tercer sector de intervención social⁸

Diversos servicios y recursos de carácter social destinados a la atención de las personas

8 Informe extraordinario sobre “las condiciones de trabajo en el tercer sector de intervención social” Año 2008.



con enfermedad mental se encuentran gestionados por asociaciones o entidades de iniciativa social que reciben, para ello, ayudas económicas de diferentes administraciones (Gobierno Vasco, diputaciones forales y ayuntamientos). Esta **colaboración entre lo público y lo privado**, frecuentemente sin la clarificación y regulación adecuadas y, a menudo, caracterizada por una gran inestabilidad en la financiación (retraso en la concesión de las subvenciones, periodicidad anual de las adjudicaciones de fondos con cuantías presupuestarias disponibles de carácter variable), no sólo tiene un impacto en las condiciones de trabajo de un gran número de personas, sino que también influye en la calidad del servicio y en la continuidad de los programas. Dados los problemas de inestabilidad en la financiación, independientemente de cuál sea el modo de relación (concertación, subvención o convenio), las entidades no cuentan con una perspectiva de trabajo a largo plazo, por lo que se topan con serias dificultades en la creación y mantenimiento de equipos estables y experimentan en ocasiones una elevada rotación de personal.

En muchos casos la inestabilidad de la financiación mantiene en permanente duda la **continuidad de los programas**. Si a esto añadimos una mala práctica administrativa —ya denunciada por esta institución con anterioridad y sobre la que hemos efectuado más de una recomendación general—, como es la de resolver las convocatorias anuales y efectuar los pagos con el año muy avanzado, es fácil imaginar la precariedad y los apuros que algunas entidades tienen para mantener sus programas o su servicio.

Esta situación se explica en gran medida por la falta de una “cartera de servicios” en el ámbi-

to social que establezca con claridad qué recursos o programas se consideran necesarios y cuáles son las responsabilidades que corresponden a cada administración. En este sentido, la reciente aprobación de la Ley de Servicios Sociales y su futuro desarrollo deben suponer, a juicio de esta institución, un paso decisivo en la dirección apuntada y, por tanto, una mejora en las condiciones del sector, algo que el seguimiento de los próximos años deberá confirmar.

La sensibilización social como herramienta para combatir la estigmatización, la exclusión o la discriminación de estas personas.

La enfermedad mental, como otras condiciones humanas, tales como el sexo, el lugar de nacimiento o la orientación sexual, supone en muchos casos un proceso de estigmatización. Todavía hoy existe entre nosotros un estigma que acompaña a las PCEM y, en muchas ocasiones, a sus familias, y que se manifiesta en comportamientos de rechazo y de segregación. Este estigma, a veces, es reforzado por el tratamiento incorrecto o sensacionalista de la enfermedad mental en los medios de comunicación. El rechazo social es, según estas personas⁹, la razón que les lleva a incrementar el aislamiento y la desesperanza. Muchas de las personas con enfermedad mental crónica (especialmente las mayores y las que llevan más años de enfermedad) solamente se relacionan con su propia familia o con otras personas en su misma situación. El prejuicio social determina y amplifica, en muchos casos, las dificultades de integración social y laboral en áreas tales como el alojamiento o el acceso a formación o empleo¹⁰.

La lucha contra la exclusión social o, dicho de otro modo, la integración social¹¹ de estas

9 Estudio sobre “el estigma y la enfermedad mental: análisis de las actitudes de rechazo social y estigmatización que sufren las personas con enfermedad”. Año 2006. Universidad Complutense de Madrid.

10 “La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y el empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que se la etiquete”.- Apartado 6.2 del Libro Verde de la Salud Mental en Europa. Año 2005.

11 Artículos 44 a 50 de la Resolución del Parlamento Europeo, de 19 de febrero de 2009, sobre la salud mental. Pide a los Estados miembros la realización de una batería de acciones orientadas a la lucha contra la estigmatización.



personas exige trabajar sistemáticamente y con decisión en la sensibilización del conjunto de la sociedad, en la promoción de las ofertas de empleo —principal vía de inserción— y en el impulso de la participación en los recursos comunitarios normalizados.

Contacto

Iñigo Lamarka

Prado 9

01005 Vitoria-Gasteiz

Tel: 945 13 51 18; Fax: 945 13 51 02

e-mail: arartekoa@ararteko.net



BIBLIOGRAFÍA

- Ararteko. Informe extraordinario "Los Psiquiátricos. Situación de los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos". 1992.
- Ararteko. Informe extraordinario sobre la "atención comunitaria de la enfermedad mental". 2000.
- Ararteko. Informe extraordinario sobre "la integración laboral de las personas con discapacidad". 2003.
- Ararteko. Informe extraordinario sobre "las condiciones de trabajo en el tercer sector de intervención social". 2008.
- Ararteko. Informe extraordinario sobre la "atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos". 2008.



Transmisión Transgeneracional del Trauma de nuestra Guerra Civil

Gregorio Armañanzas Ros

Médico psiquiatra.

Centro de Psicoterapia y Psicodrama.

Pamplona (Navarra).

Resumen: Se pretende explorar el efecto del trauma de la Guerra Civil en los descendientes. No habiendo prácticamente nada escrito sobre el tema, utilizo la bibliografía existente acerca de la transmisión generacional del trauma de otros conflictos. El silencio habido en España acerca de este tema ha incluido también a los profesionales que no hemos explorado los efectos emocionales.

Palabras clave: transmisión, transgeneracional, pacto de silencio, duelo congelado.

Summary: I try to explore the emotional impact of the trauma of the Civil War in the descendents. Almost nothing has been written about this topic. I use the existing bibliography about the generational transmission of the war trauma in other conflicts. The silence in Spain about this topic has included also the professionals that have not explored the emotional effects.

Keywords: transmittion, transgenerational, pact of silence, frozen bereavement.

Un paciente de mediana edad con quien llevo tiempo trabajando en terapia, muestra una particular dificultad en vivir los sentimientos de tristeza. Hace unos meses me comenta claramente que su padre, muy mayor, está deprimido. En la siguiente sesión me hace la primera alusión a la Guerra Civil que vivió su padre. Me cuenta que lo pasó muy mal en la Guerra Civil y no mencionó nada de esto hasta que tuvo 70 años. Él entiende que es algo que siempre tiene presente.

Por otra parte, él nunca ha podido expresar pena o llorar delante de su padre. La actitud que trasluce hacía él, es la de querer ani-

marle, estimularle y rescatarle de las dificultades y problemas que pudiera tener.

Posiblemente este pequeño detalle me hubiera pasado desapercibido si yo no hubiera estado centrado en el tema de la transmisión generacional de nuestra Guerra Civil. ¿Cómo influyó a nuestros pacientes el trauma de la Guerra Civil? ¿Exploramos los profesionales esta variable en los padres y abuelos de nuestros clientes a la hora de entender lo que nos traen? Me temo que no. No he escuchado nada relacionado con esta cuestión ni en sesiones clínicas, ni en supervisiones ni en publicaciones profesionales.



Tras las guerras hay una llamada conspiración de silencio que en España ha abarcado a los profesionales que trabajamos en salud mental. Pero no ha sido así tras otros conflictos bélicos. El conflicto que ha dado lugar a más investigaciones acerca del impacto emocional en descendientes es la Segunda Guerra Mundial. Los estudios se han centrado fundamentalmente en el impacto en los descendientes de judíos afectados por el Holocausto. De ellos tenemos muchos de los estudios que nos pueden ayudar a entender lo que ha pasado en nuestras familias aquí en España.

“Solo se detecta lo que se sospecha”, reza una máxima médica. Los profesionales formando parte del pacto de silencio no hemos sospechado los duelos congelados, el estrés post-traumático, la culpa, la vergüenza y el miedo en que pudieron nacer muchos de nuestros clientes. Es muy difícil para un terapeuta no contaminarse con los fenómenos de la sociedad en la que está metido a la hora, por ejemplo, de entender el miedo, la rabia y la lealtad inconsciente a guiones de vida de los ancestros que pueden arrancar las vidas de las personas a las que tratamos de ayudar.

En el País Vasco hemos tenido un emergente en el plano social del trauma de la Guerra Civil: el fenómeno del terrorismo. Esto puede estar relacionado con las tareas con que se carga a los descendientes tras las guerras (Volkan, 2000):

- Mantener viva la memoria del trauma de los padres.
- Hacer el duelo por la pérdida.
- Devolver la humillación o tomar venganza.

Schutzemberguer (2002) nos habla de las lealtades invisibles: “Continuamos la cadena de las generaciones y pagamos la deuda del pasado, hasta que no se “borre la pizarra” una lealtad invisible nos empuja a repetir, lo queramos o no, lo sepamos o no, la situación agradable o el acontecimiento traumático, o la muerte injusta, incluso trágica o su eco”.

Esta autora diferencia la transmisión “intergeneracional” consciente, de la transmisión “transgeneracional” inconsciente para quien la vive. En relación con esto, está el síndrome del aniversario (Schutzemberguer, 2000): “Si un trauma no ha sido suficientemente hablado, reconocido y expresado en el momento en el que se produjo, restos de este vuelven a la superficie en la familia tras 50 o 100 años. Es como si la línea familiar incorporase el horror no expresado para ser transmitido a los descendientes”.

Es momento de introducir el tema de la conspiración de silencio.

CONSPIRACIÓN DE SILENCIO

He escuchado en muchas ocasiones la expresión de: “no contaba nada” por parte de hijos de personas que vivieron nuestra guerra. El primer argumento que se suele esgrimir es el miedo que implantó la dictadura franquista. Siendo eso así, hay otros elementos psicológicos que coadyuvan a la conspiración de silencio. Tomemos para ejemplificarlo la cita de Peter Felix Kellerman, un descendiente de judíos que tuvieron que huir de Austria por la persecución nazi. No tuvo pues una dictadura encima que le condicionara tras la Segunda Guerra. Dice así (Kellerman, 2007) refiriéndose a las víctimas del trauma de guerra:

“Ellos son, no solamente olvidados, también escondidos y rechazados, indicándoles que guarden para sí mismos sus experiencias porque ellos llevan un mensaje de vergüenza y vulnerabilidad muy desestabilizante para muchos. Parece algo universal (aunque no bueno) el que la sociedad quiere sacar el recuerdo del trauma fuera de la conciencia (y de la memoria) durante este tiempo de reorganización... Tras un período de silencio aparente, en el cual los recuerdos han sido enterrados o almacenados, surgen repentinamente con fuerza. Algunas veces saldrán como resultado de un acontecimiento precipitante que recordará a la socie-

dad que lo viejo no ha sido suficientemente resuelto”.

Algunos colegas europeos me han comentado como en su infancia jugaban a guerras relacionadas con la Segunda Guerra Mundial. La conspiración de silencio, lo grave de una guerra entre hermanos, nos ha censurado la posibilidad de elaborar por medio de juegos nuestra guerra.

Los supervivientes pueden sentir que aceptar el daño psicológico, contando los horrores, puede ser una segunda victoria por parte de los agresores. Pueden además querer negarlo ante sus hijos que son el futuro y la esperanza (Danieli, 1998). Podrían sentirse culpables de transmitir el daño. En otros casos puede ser un querer negar su sufrimiento: nada pasó. Pero el silencio es una forma muy eficaz de transmisión.

Los hijos de partisanos tenían más información sobre el Holocausto y sobre lo sucedido en los campos de concentración, que los hijos de los que habían estado en ellos (Danieli, 1998). Los hijos de veteranos de Vietnam tenían escasa idea de los horrores de la guerra (Rosenheck y Fontana, 1998).

LA TRANSMISIÓN DEL TRAUMA

Kellerman (2007) cita a Gampel (1996) y su concepto de radioactividad en conexión con la transmisión parental del trauma del Holocausto. Este proceso parece ocurrir como una filtración radioactiva en la cual los niños de los supervivientes empiezan a internalizar los incomprensibles temores y ansiedades de sus padres y acaban contaminados.

“Esta identificación radioactiva o núcleo radioactivo comprende los restos no representables de la influencia radioactiva que no pueden ser hablados o descritos en palabras y en cambio se revelan por medio de imágenes, pesadillas y síntomas”.

Ancharoff M. (1998) establece cuatro diferentes mecanismos de transmisión del trauma: silencio, excesiva apertura, identificación y repetición.

- Silencio:

El silencio a nivel social y posiblemente también a nivel de las familias, es la forma más frecuente en que se ha transmitido la guerra.

Los supervivientes pueden ser impredecibles y explosivos, incapaces de explicar lo que pasa. Se sienten culpables por exponer a las familias a esto y pueden aislarse y sentirse emocionalmente anestesiados e incapaces de conectar con los hijos. Los hijos pueden manifestar los mismos sentimientos de culpa (Ancharoff y col, 1998).

Rosental y Volter (1998) nos dicen: “El silencio y los secretos familiares, así como los mitos familiares, constituyen uno de los mecanismos más eficaces de asegurar la continuidad del efecto de un pasado familiar problemático. Esto es así para las familias de los supervivientes, agresores y adeptos nazis”.

El silencio transmite normas, mitos y mensajes sin posibilidad de ser cuestionados. Los supervivientes pueden sutilmente transmitir que no hay que preguntar. El silencio es llenado con la fantasía por parte de los descendientes. El silencio aísla a los supervivientes y dificulta la elaboración de su duelo (Danieli 1998).

- Excesiva apertura:

Compartir de forma completamente abierta la experiencia puede aliviar el sentimiento de aislamiento en la víctima pero puede generar traumatización vicaria en las familias y en personas no preparadas para compartir la experiencia. Varios autores hablan también de la traumatización vicaria en los terapeutas que trabajan con estos temas.

También es estresante para los descendientes escuchar los detalles expresados sin emoción, con el elemento de desrealización, “como una película”.

Los padres deben comunicar sus experien-



cias. El efecto que esto tenga en los hijos dependerá de la integración que los padres hayan hecho de su trauma en el momento en que se lo cuentan. Es difícil escuchar acerca del dolor y el miedo vivido por las personas en las cuales los niños basan su seguridad. Muchos hijos y nietos rechazan conocer los detalles del trauma o de la historia. Un buen objetivo es lograr un control por parte de los que cuentan tratando de adaptar su apertura a las necesidades de sus descendientes.

- **Identificación:**

Los niños suelen tratar de sentirse responsables del estrés de sus padres. Piensan que si fueran suficientemente buenos, sus padres no se sentirían mal. Danieli (1998) nos cuenta como muchos hijos del Holocausto han absorbido consciente e inconscientemente las experiencias de sus padres en el Holocausto, en sus propias vidas. Pueden vivir pesadillas de estar en campos de concentración. Muchos han internalizado parte de la personalidad de los que murieron.

Kestembeeg (1989) acuña el término de “transposición” para describir la tendencia de los descendientes del Holocausto a vivir en el pasado viviendo en la fantasía durante el Holocausto.

- **Repetición:**

Los supervivientes y sus descendientes pueden más o menos simbólicamente repetir el trauma. Personas cercanas al trauma pueden llegar a pensar, sentir y comportarse como si hubieran sido traumatizadas o agresores.

Puede considerarse como repetición la tendencia observada en grupos de trauma (Weinberg H, 2005) de repetir el triángulo víctima-agresor-testigo impotente o que no interviene, adoptando diferentes roles y presionando a los coordinadores a adoptar a su vez estos roles, por medio de la identificación proyectiva. La experiencia de víctima supone una posición pasiva y de impotencia. Miller A (1998), describe la agresividad hacia chivos expiatorios por parte de las víctimas, como por ejemplo, los propios hijos.

ALGUNOS FENÓMENOS PSICOLÓGICOS

- **Duelo congelado**

Shatan (2001) nos habla del duelo congelado. Es la incapacidad por parte de los supervivientes del trauma de experimentar ninguna emoción, particularmente acerca de sus pérdidas. Es un tipo de anestesia emocional. Pueden describir los hechos acerca de la pérdida sin acompañarlos de tristeza. El autor lo considera como una reacción de defensa ante un extraordinario dolor.

Hunter-King (1998) nos habla de los efectos psicológicos en las familias de desaparecidos en Vietnam, tras 25 años. Dicen hijos de desaparecidos: “Sería mejor si el cuerpo de mi padre volviera. Al menos habría un final. En cada acontecimiento importante incluyo un doloroso momento deseando que mi padre estuviera allí. Tengo dificultades en dejarlo atrás, porque es un tema abierto”.

“El suponer e imaginar y el periódico duelo. Es un asunto que no quieres que muera pero supongo que debiera”.

Se ve la ambivalencia de querer que de una vez muera ese fantasma querido para poder seguir con la propia vida. El duelo no resuelto debido a la no localización de restos se transmitirá a los nietos (Hunter-King, 1998).

A raíz de la muerte de Franco en el 75, se han sucedido las búsquedas de fosas y enterramientos de la guerra para realizar rituales de enterramiento adecuados. Una nieta que participó en el funeral de su abuelo muerto en la guerra me lo relataba como si el fallecido hubiera muerto el día anterior (Armañanzas, 2001).

Otro fenómeno relacionado que cita también Shatan (2001) es el de estrés postraumático congelado durante años y posteriormente reactivado por diferentes conflictos. Menciona el aumento de demanda de tratamiento por síntomas paranoides en judíos viviendo en Québec a raíz de los movimientos autonomistas. Comenta también la vuelta de los recuerdos en judíos, disparada por la Guerra del Golfo.

Los supervivientes pueden necesitar no cerrar el duelo como un testimonio de los crímenes. Esto puede ser reforzado por el clima social y las necesidades de los grupos políticos de mantener la herida abierta.

- Culpa por sobrevivir

Otro fenómeno observado en los supervivientes es el de culpa por sobrevivir. Sobrevivir puede ser vivido como deslealtad a los muertos (Lacapra D, 1994), (Volkan V, 2000). Un “teníamos que haber muerto”, puede estar en el fondo de la gran cantidad de suicidios de judíos que sobrevivieron a los campos de concentración.

Schützemberger (2002) nos dice: “la culpabilidad del superviviente en el caso del camarada que vuelve de un campo de concentración, o de la guerra, mientras que todos sus amigos han muerto”. Los supervivientes pues también pueden dejar rastros emocionales a sus descendientes. De igual forma, describe como el shock traumático de la muerte puede ser transmitido a descendientes en forma de pesadillas, enfermedades o angustias. Es descrito por los cirujanos de Napoleón durante la retirada de Rusia.

Los presos liberados por Hanoi, así como los desaparecidos posteriormente encontrados tras la guerra de Vietnam, también vivían la culpa de sobrevivir (Hunter–King, 1998). La culpa por sobrevivir puede ser pasada a los hijos (Ancharoff y col, 2001).

- Síndrome del niño de reemplazo

Los supervivientes pueden necesitar no cerrar el duelo como un testimonio de los crímenes.

- Parentización.

Ancharoff (1998), describe el fenómeno de parentización en hijos de víctimas. Estos adoptan un rol de cuidador y protector hacia sus padres. Lo he visto a menudo en descendientes de nuestra guerra. También es citado entre hijos de veteranos de Vietnam o hijos de sudafricanos (Simpson M., 1998). Una hija de huérfana como consecuencia de las purgas por la guerra decía: “he sido más la madre de mi madre, que su hija”. (Comunicación personal).

Felsen (1998) describe la actitud que el llama de “rescatador” muy presente entre descendientes de víctimas. En un estudio con descendientes del holocausto, encontró que el 20 % de ellos trabajaban en salud mental en comparación con un 12 % en la población general.

- Idealización del muerto.

Es frecuente la idealización del muerto que genera problemas en los descendientes:

Dicen dos hijos de desaparecidos en Vietnam (Hunter–King, 1998): “Mi madre y otros familiares pusieron a mi padre en un pedestal. Cuando creces ningún compañero, ni tú, es comparable con ese Dios”.

“He tenido problemas con el papel de padre. He idealizado a mi propio padre, hasta tal punto que ha sido difícil vivir con esa imagen”.

- Vergüenza.

Es frecuente escuchar comunicaciones de los hijos de represaliados en la Guerra Civil, refiriendo sentimientos de vergüenza relacionados paradójicamente con el hecho de que el padre fuera detenido y asesinado en la cuneta. Es un fenómeno similar al de la culpa de las víctimas de violencia doméstica.

RESPUESTAS FAMILIARES

Danieli (1994) nos habla de cuatro tipos de adaptación de las familias de los supervivientes: familias luchadoras, familias víctima, familias anestésicas y las familias de los agresores.

Las consecuencias psicológicas del trauma amenazan tres pilares básicos de la vida (Ancharoff M. et al 1998): el mundo es benevolente; el mundo tiene significado; el yo es valioso.

LAS FAMILIAS DE LOS AGRESORES

Durante el apartheid los Koevoets (fuerzas sudafricanas que luchaban contra la guerrilla de la actual Namibia en los 70 y 80), hablan de la satisfacción de matar (Simpson, 1998).



“Tras el día tienes que matar a otro para sentir la adrenalina en la sangre”.

“Te conviertes en adicto, no puedes vivir sin ello”

Hablan nostálgicamente del efecto de describir el último asesinato en el bar con los compañeros y de saber que han sobrevivido. Tenemos anécdotas similares de nuestra Guerra Civil.

Entre muertes hablan de sentimientos depresivos: “la única forma de detener sentirte tan mal es una nueva muerte. Pero como eso se hace normal, necesitas todavía más, debe ser más horripilante”.

Es general la creencia de que los que han muerto traumáticamente volverán a vengarse de los vivos responsables. Hay informes de mutilaciones en Vietnam y en la antigua Grecia en los cuales mutilaban ojos y nariz para impedir la vuelta del fantasma para tomar venganza.

Hardtmann (1998) nos habla de los nazis tras la guerra: derrotados, culpables y avergonzados y con baja autoestima. Estos sentimientos los ocultan con la formación reactiva de arrogancia. Además pueden proyectar la culpa hacia fuera en forma de un perseguidor que en ocasiones es el hijo. En muchos casos, los hijos identificándose con los padres, desarrollan sentimientos de culpa y vergüenza. Cuando los niños son objeto de proyecciones negativas, ellos se ven a sí mismos como los judíos de sus padres.

Más adelante nos dice como el silencio fue la forma en que los padres manejaron su pasado nazi la hora de comunicarlos a los hijos. Esto socavaba la confianza de los niños en las relaciones humanas. Además, los niños tenían que rellenar con fantasías, el vacío informativo acerca de sus padres en la guerra. Creaban padres-fantasma para satisfacer su necesidad de tener un padre honorable. Esta falta de

autoestima por parte de los perpetradores se transmite a la segunda y tercera generación (Hardtmann, 1998).

En España, se puede ver el no querer saber o no querer preguntar acerca del pasado de los padres como participantes en los asesinatos a civiles. Los llamados “cuneteros” o “matones”. Algunos agresores utilizan el mecanismo de desrealización, semejante a la de una situación postraumática. Se vive lo acontecido como lejano e irreal, como quien ha visto una película. De esta forma, algunos pueden hablar a sus hijos de los crímenes.

Algunos hijos y nietos de nazis se han identificado con sus antecesores creando una historia falsa, que negaba el Holocausto. Otros no han podido identificarse con ellos buscando madres o padres sustitutos. No es raro que el terapeuta adopte esta función.

SIMILITUDES EN FAMILIAS DE AGRESORES Y VÍCTIMAS

Rosental y Volter (2001) encuentran similitudes entre familias de judíos y de nazis: bloqueo de la información acerca del pasado familiar, acting outs del pasado por medio de fantasías y de reacciones psicósomáticas, miedo al examen, sentimientos de culpa y proceso de autonomía alterado. En ambos grupos el silencio fue la forma más eficaz de transmitir el trauma. En las familias de víctimas ante la falta de información se generan fantasías de que son agentes activos. En las familias de agresores se dan fantasías de que son víctimas pasivas.

ALGUNOS TESTIMONIOS

- RUDOLF: El Culpable

Hijo. Pesadillas repetidas en las que se ahoga en una cámara de gas tras ser arrastrado a ella. “Inocente. Viviendo la vida de un culpable”. Homosexual se lo dice a los padres: “por primera vez en sus vidas estaban avergonzados”. “No debo tener hijos, esta línea tiene que



terminar conmigo. ¿Quién sabe que demonio llevo conmigo?” Conducta homosexual explícita, problemas en el colegio. Sus padres llamados por el director. Poco después mueren en accidente de coche. “Quizá yo los maté. Quizá los llevé contra aquel árbol a propósito”. (Sichrovsky, 1988)

- **JOHANNES: El Inocente**

Padre rígido, normativo, trabajador del tren, llevaba judíos.

Johannes roba secretamente y sostiene una vida de lujo, sin pasado. Se cambia de personalidad, es otro.

“Qué bonito hubiera sido una vida sin pasado. A veces pienso que los dos habían muerto ya cuando yo era pequeño” (Sichrovsky, 1988)

- **NIETA DE MUERTO POR LOS FASCISTAS EN LA GUERRA CIVIL.**

“Mi madre es muy agresiva. Es como si por ser víctima tuviera el derecho de vengarse”. “He sido la madre de mi madre huérfana”. “No he tenido hijos biológicos. Me pregunto si es para romper esta tragedia” (Comunicación personal).

- **STEFAN: La Víctima**

Hijo. Siente que tras la Guerra ha pasado a ocupar con su padre el rol de víctima que antes tuvieron los judíos.

“Nadie nos toma en serio a nosotros los descendientes de los nazis. Algunas personas incluso piensan que somos como ellos”. (Sichrovsky, 1988)

- **NIETA DE MUERTO POR LOS FASCISTAS EN LA GUERRA CIVIL.**

“En mi pueblo muchas huérfanas de muertos en la guerra se han casado con personas de la derecha o que simbolizan a los vencedores” Uno de los muchos casos de alianzas entre víctimas y agresores. Posible síndrome de Estocolmo. (Comunicación personal)

- **INGEBORG: La Conciliadora**

Hija. Abuelo paterno muerto en prisión de Guerra tras la primera Guerra mundial. “Eso es

lo que hizo a mi padre ser un alemán nacionalista”. Mucha pobreza, sin su padre (abuelo de Ingeborg). “Creo que ejecutó partisanos italianos aunque me dijo que se negó”.

“Yo quería que fuera crítico con su pasado o hablara de sus errores, pero él estaba a la defensiva”.

Se casó con un judío (se ven matrimonios de este tipo que pueden hipotetizarse como cuestiones de culpa o síndrome de Estocolmo en nuestro caso).

“Por un tiempo me identifiqué con las víctimas. Casi pensaba que me había pasado a mí. Tenía una relación casi erótica con las víctimas y sobre todo con los supervivientes”.

“Pienso que en mi matrimonio yo he dado más que él. Me he hecho una extraña para mis padres, pero no él para los suyos”.

“Quizá mi vida en Austria con un judío es mi contribución a la reconciliación y la restitución”.

“En nuestra boda dijeron a todo el mundo que se sentían felices y que querían mucho a Alex. Cincuenta años después de Austwich eso puede ser un paso y no pequeño”. (Sichrovsky, 1988)

- **NIETA DE MUERTO POR LOS FASCISTAS EN LA GUERRA CIVIL.**

Hablando de sus tías huérfanas:

“A los ganadores les gustaba la idea de que hubiéramos muerto de hambre. Las tías estuvieron deprimidas con motivo de una crisis económica. Una de ellas creó una compañía y disfruta mostrando sus joyas”. En su familia, la pérdida del padre se simbolizó como una pérdida económica. (Comunicación personal).

Contacto:

Gregorio Armañanzas Ros
C/ Esquiroz 4, 1º B

31007 Pamplona (Navarra)

Telf: 948170614; Mail: gar@gogestion.com





BIBLIOGRAFÍA

- Ancharoff, M. et al. The legacy of Combat Trauma: Clinical Implications of Intergenerational Transmission. En *International Handbook of Multigenerational legacies of Trauma*, ed. Danieli Y., p.p. 257-278. New York: Plenum Press (1.998).
- Armañanzas G. Intergenerational Transmission of War Trauma. Comunicación presentada en el I Congreso Regional Mediterráneo de la International Association of Group Psychotherapy and Group Processes (IAGP), Zadar, Croacia. (2001).
- Danieli, Y. As survivors Age: Part 2. Winter: *NCP Clinical Quarterly* (1), p.p 3-16 (1.994).
- Danieli, Y. *International Handbook of Multigenerational legacies of Trauma*. New York: Plenum Press. (1.998)
- Felsen, I. Transgenerational Transmission of Effects of the Holocaust: the North American Research Perspective. En *International Handbook of Multigenerational legacies of Trauma*, ed Danieli Y., p.p. 43-68. New York: Plenum Press (1.998).
- Gampel Y. The interminable uncanny. In L. Rangel and R. Moses-Hrushovski (eds) *Psychoanalysis at the political border*. Madison, CT: International Universities Press (1.996).
- Hardtmann, G. Children of Nazis: a psychodynamic perspective. En *International Handbook of Multigenerational legacies of Trauma*, ed. Danieli Y., p.p 85-95. New York: Plenum Press (1998).
- Hunter-King, E. J. Children of Military Personnel Missing in Action in Southeast Asia. En *International Handbook of Multigenerational legacies of Trauma*, ed. Danieli Y., p.p 243-255. New York: Plenum Press (1998).
- Kellerman P. F. "Sociodrama and Collective Trauma". London: Jessica Kingsley Publishers. (2007).
- Kestenberg J.S. "Healing their wounds: Psychotherapy with Holocaust Survivors and their families Praeger". In P. Marcus and Rosenberg (Eds). New York (1989)
- Lacapra, D. *Representing the holocaust*. New York: Cornell University. (1.994).
- Miller, A. "The childhood trauma" Lecture at the Lescington 92nd Street YVHA in New York city October 22, 1.998.
- Rosenheck R. y Fontana, A. Warrior Fathers and Warrior Sons. En *International Handbook of Multigenerational legacies of Trauma*, ed. Danieli Y., p.p 225-242. New York: Plenum Press (1998).
- Rosental G. and Völter B. Three generations within Jewish and non-Jewish German Families after the Unification of Germany. In *International Handbook of Multigenerational legacies of Trauma*, ed Danieli Y., p.p. 297-314. New York: Plenum Press (1.998).
- Schützzenberger, A. A. *¡Ay mis ancestros!* Buenos Aires: Edicial (2.002).
- Schützzenberger, A. A. Health and Death: Hidden links through the family tree. In *Psychodrama with trauma survivors*, ed Kellerman P.F. and Hudgins M.K. Compil., p.p. 283-298. London: Jessica Kingsley. (2.000).
- Shatan, Ch. Entrevista con el Dr. Shatan, *Boletín nº 0 de la Sociedad Española de Psicotraumatología y Estrés Traumático*. Madrid. p.p. 3-25. (2.001).
- Sichrovsky P. Born Guilty: Children of Nazi Families. Ed Basic Books, Inc., New York (1.988).
- Simpson, M. The Second Bullet: Transgenerational Impacts of the Trauma of Conflict within a South African and World Context. In *International Handbook of Multigenerational legacies of Trauma*, ed Danieli Y., p.p. 487-513. New York: Plenum Press. (1.998).
- Volkan, V.V. Traumatized societies and Psychological case: Expanding the concept of Preventive Medicine. Mind and Human I Wiesel, E. (1.994). In Danieli, Y. As Survivors Age: Part I. *NCP Clinical Quarterly* 4 (1). Winter: p 4. (2.000).
- Weinberg H. "Trauma Groups: an overview". Orit Nuttman-Shwartz, & Martha Gilmore Published in *Group Analysis* June 2.005, vol 38 (2). Pp. 189-204 (2.005).



La definición del problema desde el otro lado de la mesa: los procesos sociocognitivos en el profesional de salud mental y sus posibles sesgos como observador

**The problem's definition from the another side of the desk:
sociocognitive processes in the mental health professional
and possible biases like observer**

Marco Antonio Luengo Castro

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.

Psicoterapeuta.

Sº de Psiquiatría de Enlace e Interconsulta del Hospital Universitario Central de Asturias,
Oviedo. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Resumen: A la hora de explicar la conducta y situación de las personas, se observa en los habitantes de las sociedades occidentales una serie de procesos cognitivos que reflejan una tendencia a centrarse en rasgos internos del sujeto —de personalidad e inteligencia— obviando factores contextuales que podrían ser relevantes para la comprensión de las conductas y situaciones que rodean a las personas. Estos mismos sesgos se pueden dar también en los profesionales del ámbito de la Salud Mental teniendo importantes implicaciones para la definición que hacen de los problemas y las soluciones a aplicar por los consultantes.

Palabras clave: fenómenos sociocognitivos, procesos de atribución, proceso de explicación, conducta.

Summary: To explain the behaviour and situation of the people, is frequent observe in occidental societies inhabitants some cognitive processes that reflect a trend to focus on internal features of the subject —personality and intelligence— obviate context factors that could be important to understand the behaviours and situations of the people. These same biases can be also in Mental Health professionals and having important implications for the problems and solutions definitions to apply by the patients.

Keywords: socioconitive phenomenon, attribution process, explanation process, behaviour.

Introducción

Se plantea el siguiente caso: una mujer es enviada al Centro de Salud Mental por su médico de atención primaria. En el informe de derivación consta lo siguiente: “Mujer de 45 años. Síntomas ansioso–depresivos. No mejora con

tratamiento psicofarmacológico pautado (antidepresivo y benzodiazepina). Incapacidad laboral transitoria (baja laboral) desde hace 6 meses. Empeoramiento cada vez que se plantea la posibilidad de reincorporación al trabajo. Pendiente de



estudio en Reumatología por dolor músculo-esquelético. Ruego valoración y tratamiento así como indicación de prolongar o no baja laboral”.

Cuando el psicólogo o psiquiatra del Centro de Salud Mental lee el informe ya realiza unas primeras deducciones. Posteriormente tiene lugar la primera entrevista y el facultativo recaba más información: *“mujer casada, con dos hijos de 18 y 20 años. La mayor de 3 hermanos, los otros dos varones. Trabaja de dependienta en un supermercado desde hace 10 años. En los últimos 2 años conflictos con la empresa y varios cambios de ubicación a raíz de desacuerdos con su superior. La madre ha estado a tratamiento psiquiátrico por cuadros depresivos “de siempre”. Ella también ha recibido tratamiento por trastornos depresivos en distintos periodos de su vida. En los últimos 2 años ha tenido tres bajas laborales prolongadas. Diagnosticada de fibromialgia. La paciente refiere insomnio, tristeza, llanto fácil, tendencia al encamamiento, pérdida de ilusión, falta de energía y angustia al pensar en el contexto laboral. Al terminar la consulta solicita un informe”.*

¿Cuál puede ser la impresión o hipótesis que se haga el psicólogo o psiquiatra tras este primer encuentro? No sería improbable que el facultativo asocie varios factores: cuadro depresivo que empeora ante la posibilidad de incorporación al trabajo, dolor músculo-esquelético, fibromialgia, conflicto laboral, petición de informe, etc., con búsqueda de una Incapacidad Permanente (jubilación), y esto con un aprovechamiento del sistema de protección social y con no querer mostrar mejoría. También es posible que el profesional deduzca que esa mujer es rentista, con rasgos psicopáticos o de evitación. A ser evitativa puede asociar otros rasgos como pasividad, dependencia, inmadurez, etc. En definitiva, el profesional puede realizar como cualquier otra persona una *Teoría Implícita de la Personalidad (TIP)*. Este término es acuñado por Bruner y Tagiuri en 1954 (1) y con él hacen referencia a inferencias que realizan todas las personas sobre rasgos o atributos de personalidad en un sujeto a partir de unas con-

ductas, de relaciones semánticas y/o de la tendencia a asociar rasgos de personalidad.

Los procesos sociocognitivos

Las TIP son teorías, no en un sentido científico, pero sí en cuanto que las asociaciones acerca de las relaciones entre rasgos están estructuradas, presentando cierto grado de consistencia interna. Son implícitas porque no suelen estar formuladas en términos formales, con frecuencia son inconscientes y también son ingenuas. Y son de la personalidad porque su contenido lo constituyen fundamentalmente atributos personales o rasgos de personalidad (2). En un intento por controlar su entorno, el sujeto busca regularidades y las TIP son útiles para conseguir orden y estabilidad en las interacciones sociales, pero también son inexactas, y en algún caso erróneas. Las descripciones que un sujeto hace de la personalidad de otro se compone de dos dimensiones, una descriptiva, lo que se ve, y otra evaluativa, la importancia que ese sujeto le da a determinados rasgos. La correlación entre rasgos se debería a un reparto entre elementos evaluativos y descriptivos. Kim y Rosemberg (3) demuestran mediante estudios empíricos que la dimensión que constituye el universo de rasgos es fundamentalmente evaluativa. El profesional de la ayuda, al igual que el resto de los sujetos, puede llegar a conclusiones que no se corresponden con la realidad sino con valoraciones muy sesgadas de la persona.

Existen otros procesos sociocognitivos como son el Error Fundamental de Atribución y el Sesgo Actor–Observador que tiran por tierra los estudios clásicos que consideraban al sujeto como un científico amateur (4) que buscaba el conocimiento más exacto posible de su medio a través de diversos mecanismos. Estos modelos clásicos plantearon caminos a través de los que transita el sujeto en su búsqueda de explicaciones de los sucesos que le rodean. Sin embargo, pronto se puso de manifiesto que, lejos de mostrarse como un metodólogo con-

sumado, el hombre de a pie cometía errores respecto al tipo de razonamiento esperado (5). Las atribuciones se realizan con frecuencia apelando a la causalidad interna, dando escasa atención a las limitaciones ambientales que sufre el actor. Es como si mantuviera la ilusión de una total libertad de elección. Ross (6) hablará de *Error Fundamental de Atribución (EFA)* por lo generalizado que está.

El EFA consistiría en sobrestimar la importancia de los factores disposicionales y subestimar la importancia de los factores situacionales o ambientales a la hora de explicar la conducta. Un tipo particular de sesgo, muy relacionado con el EFA y que se refiere a situaciones de interacción desigual donde uno observa y otro actúa, se denomina *Sesgo Actor–Observador*. Estas situaciones son muy comunes en el trabajo del profesional de la ayuda en general (trabajadores sociales, médicos, psicólogos, enfermeros, educadores, etc.) que ocupan una posición desigual y de observador respecto al usuario que requiere sus servicios. Jones y Nisbett (7) afirman que las hetero–atribuciones tienden a ser internas, mientras que las auto–atribuciones tienden a ser externas. Es decir, el observador suele atribuir la conducta del actor a las características personales de éste, pero el actor muestra la tendencia a explicar esa misma conducta, que es la suya, en base a las características de la situación. Un ejemplo sería el caso presentado previamente donde el psicólogo/psiquiatra (observador) puede atribuir la negativa de la usuaria a reincorporarse al trabajo a rasgos de pasividad, vagancia o rentismo, mientras que la propia usuaria (actor) lo atribuiría a las malas condiciones de trabajo y al trato injusto que recibe de su encargada. Cuando un psicólogo o psiquiatra ocupa la posición de “actor” (versus observador) en su vida personal y se plantea una incapacidad laboral transitoria (los profesionales sanitarios son uno de los estamentos que más bajas laborales tienen por problemas de ansiedad y depresión) es muy probable que esgrima argumentos similares a esta paciente. Las atribuciones que pueden

hacer el psicólogo o psiquiatra cambian en función del lado de la mesa que ocupa en el despacho (si es el de facultativo o el de consultante).

A partir de estos fenómenos descritos se puede concluir que las atribuciones que las personas hacen en su vida diaria no se corresponden del todo con la realidad, más bien se producen ciertos errores sistemáticos y sesgos. Sobre el porqué de estos procesos se han desarrollado teorías a múltiples niveles. Estos sesgos en un principio habían recibido explicaciones a un nivel exclusivamente individual. Desde una perspectiva cognitiva, el error fundamental sería un heurístico que los sujetos utilizan cuando existe una sobrecarga de información (por ejemplo, deben atender simultáneamente a la conducta del otro, extraer consecuencias sobre el impacto futuro de la conducta del otro sobre si mismo, tomar decisiones de conducta, etc.). Sin embargo, estos sesgos también pueden ser explicados atendiendo a dimensiones sociales. Leyens (8) afirman que el error fundamental se basaría en un mecanismo explicativo básico, la *Psicologización* o actitud consistente en poner en el punto de mira las características individuales (de personalidad, intelectuales, etc.) para conocer a alguien, explicar o predecir su comportamiento. Este error se debería también a la denominada *Norma de Internalidad* de carácter socio-cultural, y tendría, en contextos de conflicto social, la función de control social, homogeneización y sumisión.

La norma de internalidad (y su consecuencia, el error fundamental) es una norma social que estaría muy arraigada en la concepción que desde la cultura protestante y occidental en general, se tiene de lo que es la persona (9). El Calvinismo, además de estimular la ambición y el individualismo, desarrolló una concepción del yo como sujeto orientado hacia el mundo; es decir, como agente de transformación de la realidad más que como sujeto paciente determinado por la sociedad, pero entendiendo al sujeto como un individuo sin tener en cuenta



que la persona es “él y sus circunstancias” (sus relaciones, su historia, su cultura, su ambiente).

Otro concepto muy enraizado en la cultura capitalista occidental es la *Idea de un Mundo Justo*. La creencia en un mundo justo consiste en pensar que las personas tienen casi siempre aquello que merecen. Consecuencia de este pensamiento también podría ser el error fundamental. En efecto, es justo que la persona que obtiene aquello que ha buscado posea buenas cualidades, mientras que la única explicación de que alguien fracase en un mundo justo sería que carece de habilidades, sea perezoso o no muestre auténtico interés. Las representaciones individualistas, características de las sociedades occidentales, al estar centradas en el individuo tienden a buscar en los rasgos personales la explicación de las conductas relevantes. En un estudio transcultural, Pepitone y Triandis (9) encontraron que mientras en Estados Unidos los sujetos atribuían al propio sujeto su conducta desviada, en la cultura hindú ésta se atribuía a factores externos del ambiente social. En otras palabras, el error fundamental de atribución no sería universal, sino propio de las culturas individualistas y competitivas.

Lo que es evidente es que, en términos generales, en las Sociedades Occidentales se tiende a hacer atribuciones de Internalidad y a favorecer a los sujetos que se presentan a sí mismos frente al mundo de una forma coherente con esta idea (10). El concepto de *Locus de Control* hace referencia precisamente a “una dimensión de personalidad, en uno de cuyos extremos estaría el externalismo, o creencia en que la obtención del refuerzo está más allá del control del sujeto, y en extremo opuesto, el internalismo, o creencia en que los refuerzos dependen de las conductas realizadas” (10). Pues bien, los sujetos que se presentan con un Locus de Control Interno son sujetos mejor valorados socialmente; casualmente los estudios encuentran mayor tasa de sujetos internos en varones, de raza blanca y clase social media-alta (11; 12), es decir, aquellos que de

por sí ya les va mejor. Centrándonos en el profesional de la ayuda, éste tiende igual que el resto de las personas a hacer atribuciones de internalidad con el usuario y sus problemas —obviando muchas veces el contexto y las circunstancias—, pero es que además trata de conseguir con los medios a su alcance que el paciente pase de externo a tener un Locus de Control Interno.

Debe valorarse si esta visión del profesional de la ayuda es acertada y/o útil, pero antes se analizará que función pueden estar cumpliendo los procesos sociocognitivos (TIP, EFA, Sesgo Actor–Observador y psicologización) y la Norma de Internalidad, ya que si estos procesos existen es por que son útiles por alguna razón. Al igual que las estructuras de los organismos o de las máquinas tienen su función y es muy difícil entender e incluso criticar una estructura independientemente de su función tampoco se podrá dar una visión crítica de los procesos sociocognitivos sin tener en cuenta que función puede estar cumpliendo. Un ejemplo simple ayudará a entender lo que se pretende explicar: el diseño y el material de una cuchara solo son comprensibles si se tiene en cuenta cual es su función, sirve para comer. Por tanto no podremos entender o criticar el diseño de una cuchara si no se tiene presente que su función es la de facilitarnos el comer. Así lo mismo con los procesos sociocognitivos; solo después de analizar las distintas funciones de éstos se podrá profundizar en cuál es o debe ser la diferencia entre el profesional de la ayuda respecto del resto de las personas en sus procesos socio–cognitivos y si debe o no intentar que los sujetos sean más internos como aseguran los estudios que tratan de hacer, de hecho, los profesionales de la ayuda.

Función de los procesos sociocognitivos

Nivel cognitivo

Los procesos sociocognitivos anteriormente descritos suponen una estrategia de econo-

mizar esfuerzos perceptivos y de procesamiento. A la hora de conocer y/o interpretar a una persona con la que se interactúa, la cantidad de información pertinente sobrepasa la limitada capacidad de procesamiento del ser humano. No es posible tener en cuenta al mismo tiempo las variables ambientales, relacionales y personales, y además explicar la conducta del otro y tomar una decisión propia de conducta, y todo esto simultánea y espontáneamente. El sujeto buscará regularidades en la otra persona que le den estabilidad y le permitan no tener que hacer un análisis completo cada vez que se encuentra con esa u otras personas (13). Por tanto la Psicologización, las TIP, el EFA y el Sesgo Actor–Observador son procesos altamente adaptativos que permiten al sujeto funcionar en un mundo con sobrecarga de información y ello con una capacidad limitada de procesamiento de esa información. En ausencia de sobrecarga cognitiva, estos sesgos se mitigarían, y se utilizaría más información ambiental (14). En el contexto de trabajo del profesional de la ayuda existe por supuesto una capacidad limitada de procesar información por parte de él, pero además hay una necesidad de realizar gran cantidad de deducciones para valorar la intervención y en un periodo temporal muy limitado.

Nivel psicológico

Los autores reflexionan fundamentalmente sobre dos funciones psicológicas de los procesos sociocognitivos, la necesidad de control y el mantenimiento de la autoestima. El ser humano necesita la sensación de controlar las contingencias de su vida, a esto se denomina acertadamente *Ilusión de Control* ya que es una ilusión el creer que es uno mismo quien dirige exclusivamente su vida (15). Cuando el sujeto percibe lo contrario, la ausencia de control de su vida, aparecen varios fenómenos descritos en la literatura científica. Si la persona experimenta que un agente exterior coarta el control sobre su propia vida, se produce un movimiento de resistencia que recibe el nombre de Reactancia Psicológica (16). Y cuando percibe una ausencia

de relación entre sus actuaciones y sus consecuencias aparece el fenómeno de Indefensión Aprendida que puede dar lugar a cuadros de tipo depresivo (17). Por tanto parece que el hacer atribución de internalidad en las personas y no buscar la totalidad de explicaciones de lo que le pasa en el exterior (en los factores relacionales, sociales) favorece una cierta estabilidad emocional.

Otra importante función de las atribuciones es el mantenimiento de la autoestima. El sesgo actor–observador, donde el actor recurre a factores ambientales para explicar su situación o conducta, no ocurre siempre. Estudios que tienen en cuenta efectos positivos y negativos de la conducta encontraron que las personas hacían atribuciones internas de su propia conducta cuando esta era positiva, y atribuciones externas cuando era negativa (18). Este proceso puede ayudar en gran medida a mantener una buena autoestima.

Profundizando en la variable de personalidad Locus de Control (LOC) también aparecen resultados acordes con lo anterior. Entre los sujetos con LOC externo, Rotter (19) diferencia a los externos “congruentes” o verdaderos externos, y a los externos “defensivos” o personas que utilizan su externalidad como estrategia defensiva frente al fracaso. Un LOC externo puede ayudar al sujeto a mantener su autoestima en caso de fracaso y un LOC interno en caso de consecuencias positivas. Por tanto no es de extrañar que los sujetos varones, de raza blanca y clase social media–alta tengan las mayores tasas de LOC interno independientemente de la cantidad de factores externos a él mismo que estén influyendo en que obtenga resultados positivos en su vida. Sin embargo, las poblaciones más desfavorecidas tenderán a un LOC externo para poder mantener la autoestima a pesar de los resultados negativos en su vida.

Pero el LOC no es una estructura única, más bien es una dimensión que podría variar



dentro del mismo sujeto dependiendo de la situación y precisamente para mantener la autoestima. Volviendo al caso expuesto y generalizable a todo profesional de la ayuda, el psicólogo/psiquiatra manifestará un LOC interno respecto a la terapia con la paciente descrita si después de un tiempo la mujer mejora. Dirá que ha realizado una intervención específica basada en un modelo que ha producido los resultados o el fármaco pautado ha funcionado. Sin embargo, el mismo facultativo se podrá manifestar con un LOC externo si la paciente no mejora con las sesiones. Dirá que el no-avance se debe al lentismo de la paciente que está muy a gusto sin trabajar. Por tanto la atribución de externalidad o internalidad, el sesgo actor-observador o LOC externo vs interno dependerá de las consecuencias negativas o positivas y no serán categorías excluyentes en un mismo sujeto. Es un error pensar que un sujeto es interno o externo, o que comete siempre el sesgo actor-observador.

Nivel Social

Leyens (8) afirma que la Norma de Internalidad y los procesos socio-cognitivos derivados de ésta, cumplen la función de control social, homogeneización y sumisión. Los trabajos realizados encuentran relación significativa entre internalidad y orientaciones políticas conservadoras, y externalidad e ideología de izquierdas (20,21). Las personas que están en el poder, se ven muy positivamente afectadas si aumenta la internalidad y sin embargo es más probable que pierdan su estatus con el aumento de la externalidad. Si dos millones de parados de España piensan internamente, es decir, piensan que están en situación de desempleo porque no se han formado suficientemente o porque no han escogido la profesión adecuada y los no parados piensan también internamente que los primeros no trabajan porque no quieren, enton-

ces no tratarán de buscar el cambio social. Sin embargo, si esas personas pensarán más externamente, es decir, atribuyendo la responsabilidad del paro a factores sociales, políticos y económicos, entonces se podrían plantear la protesta y la búsqueda de soluciones colectivas apostando por propuestas sociopolíticas y económicas alternativas.

Siguiendo con el caso expuesto en este artículo, si la paciente utiliza la internalidad para explicar su situación pensará que es débil, que no tiene capacidad para afrontar la vida cotidiana y menos una actividad laboral; entonces la solución puede ser un tratamiento psicológico o psiquiátrico o una incapacidad laboral y solicitar una pensión. Si por el contrario esta mujer utiliza la externalidad para explicar su situación, entonces puede plantear que se siente explotada; que no es justo que en su empresa tenga que trabajar todos los días dos horas más sin recibir por ello ningún tipo de retribución, que tenga que realizar todo tipo de funciones, para las que está contratada y otras para las que no¹. También puede pensar que no fue justo que ella en la adolescencia tuviera que hacerse cargo de las labores domésticas porque su madre estaba deprimida y era la única chica; o que ahora tenga que acogerla en su casa porque está enferma y no así sus hermanos. También puede sentirse explotada porque además de su trabajo ha tenido que llevar el peso de la crianza de sus hijos y encargarse de las tareas del hogar². Con este planteamiento de externalidad y si el resto de compañeras de esta mujer hicieran la misma reflexión, es posible que se plantearan soluciones diferentes a la baja laboral o la depresión.

Como se puede ver en función de la internalidad o externalidad la definición del problema y de las soluciones cambia enormemente, y

1 ¿Qué haría el psicólogo o psiquiatra del Centro de Salud Mental que atiende a esta mujer si su empresa le impone trabajar todos los días dos horas más sin remunerárselas, o si al final de la jornada tuviera que dedicarse a limpiar el Centro de Salud Mental?

2 Esta situación de mujer explotada en su familia de origen, en su trabajo y en su familia propia no es en absoluto infrecuente.

parece claro que la internalidad no cuestiona a los estamentos que tienen poder y gobiernan y a nivel socioeconómico y político ayuda a mantener el “status quo” del Sistema pues hace referencia a que las problemáticas sociales (paro, pobreza, discriminación, explotación, marginalidad, maltrato, negligencia...) son responsabilidad de los propios individuos que lo padecen y no de deficiencias a otros niveles.

Los procesos sociocognitivos del profesional de la ayuda

Los procesos sociocognitivos expuestos ¿se corresponden con la realidad?, la respuesta es que no. En la vida cotidiana, e incluso desde ciertos modelos teóricos, se habla de Interno y Externo como dos cosas opuestas y excluyentes: los sujetos son internos o externos, la conducta se debe al ambiente o a lo interno (pudiendo referirse a interno como personalidad, genes, inteligencia). Esta visión aunque cómoda y adaptativa para la vida cotidiana, no se corresponde con la realidad, responde más bien a un modelo dualista del mundo que ya ha sido superado por nuevos planteamientos. No existen sujetos con un LOC totalmente externo o totalmente interno, como tampoco una conducta determinada totalmente por el exterior o el interior; en realidad las conductas no solo tienen que ver con aspectos internos y externos simultáneamente, sino que además la relación entre interno y externo es dialéctica y lo uno no se puede dar sin lo otro. Por tanto no tiene sentido que el profesional de la ayuda se haga la pregunta dicotómica de si los problemas del sujeto que acude a él son debidos a rasgos internos del sujeto o a circunstancias externas.

En la mujer del caso expuesto al principio se describen circunstancias externas adversas para la resolución de sus problemas: condiciones laborales injustas, posible acoso laboral, cuidado de su propia madre enferma, escaso apoyo de marido e hijos, etc.; también puede haber otras circunstancias internas: sentimiento de obligación para con el cuidado de su madre,

marido e hijos, y culpa si no lo hace; dificultad para la expresión de sus propios deseos y necesidades, existencia de un enorme malestar, tristeza y falta de energía, etc. Pero además los aspectos externos e internos están condicionándose mutuamente no solo en el presente sino en toda la historia de vida de la persona.

Cabe ahora plantearse si debería haber diferencia entre un profesional de la ayuda frente al resto de las personas en estos procesos sociocognitivos y qué implicaciones tendría que el profesional se maneje en su actividad laboral con estos procesos. El profesional de la ayuda en su vida cotidiana puede pensar como uno más, pero en su relación profesional con el otro, a la hora de “entender” a la persona y sus circunstancias, deberá ser capaz de ir más allá de sus propios procesos sociocognitivos haciendo un análisis más complejo y completo (2). Si el profesional se guía por sus procesos sociocognitivos automáticos existe un elevado riesgo de obviar o desviar la atención de situaciones sociales, laborales o familiares claramente injustas o desfavorables. Además, el plantear soluciones individuales puede dar a entender que la causa del problema también es individual, que es la persona la que está fallando, es débil, o está enferma. Por otro lado, al no cuestionar las situaciones injustas, éstas tienden a perpetuarse y provocar de manera inherente sufrimiento en otras personas que seguirán llegando a nuestros servicios de Salud Mental. ¿Dónde está entonces la prevención?

¿Quiere esto decir que no se debe intervenir sobre los aspectos internos del sujeto? Los autores de la Escuela europea, principalmente franceses, plantean que si se tiende a favorecer la internalidad de los sujetos se está favoreciendo el que el Sistema Social, que posiblemente tiene algún peso como causa de los problemas del sujeto, no cambie. Sin embargo, en el espacio psicoterapéutico la intervención se centra en aspectos internos del sujeto —estructura de personalidad, repertorios de conducta— y no tiene porqué ser inadecuado, primero porque



en la mayoría de las ocasiones no está al alcance del profesional el intervenir sobre aspectos externos, y segundo porque un cambio a nivel individual sí puede provocar cambios en sus circunstancias individuales. El empoderamiento del sujeto hace más probable el manejo de sus propias circunstancias. Otra cosa sería el atribuir o explicar el problema sólo por los rasgos internos o dejar de plantearse la necesidad de cambios a otros niveles.

Desde un modelo que supere el dualismo no se plantea el dilema entre interno y externo, solución individual o solución social; incluso favoreciendo la internalidad en las situaciones que proceda, no es incompatible con las intervenciones en niveles más estructurales, ni siquiera lo es con buscar el cambio ideológico y de estructuras sociopolíticas y económicas que en no pocas ocasiones subyacen a los problemas de las personas. Más bien el riesgo que se analiza es el de tratar de actuar a un nivel individual y por eso dejar de cuestionarse los otros niveles.

Conclusiones

A modo de conclusión podría decirse que los fenómenos sociocognitivos que intervienen en los procesos de atribución y explicación de la conducta de las personas y su situación, aunque no se corresponden con la compleja realidad, son altamente adaptativos para las personas y cumplen funciones a nivel individual y social. Sin embargo, el profesional de la ayuda para realizar una adecuada valoración e intervención sobre la problemática de los sujetos

que acuden a él, debe romper su tendencia natural que como sujeto tiene a la parcialización y simplificación de la realidad, de cara a realizar un análisis adecuado de todos los niveles que conforman al sujeto y evitar así el riesgo de obviar o maquillar estructuras sociales, laborales o ideológicas injustas que generan sufrimiento en las personas, favoreciendo por tanto su mantenimiento.

En demasiadas ocasiones se echa de menos la voz de los profesionales de la ayuda, especialmente los de salud mental, exponiendo a la opinión pública el impacto negativo que sobre las personas tienen ciertas situaciones sociales, laborales, familiares, o de crianza; o como el origen de muchos trastornos que vemos está en relación con el mal trato que se da o se ha dado a la personas. O también el hablar de ciertos cambios sociales o laborales necesarios para el mejor desarrollo de las personas empezando desde la infancia. Es mucho más frecuente que salgamos a la opinión pública haciendo un planteamiento poco crítico con las circunstancias que rodean y han rodeado a la persona, y sin embargo si que seamos claros etiquetando de enfermedad, error o intolerancia al sufrimiento, la respuesta que las personas dan a las circunstancias que afrontan.

Contacto

Marco A. Luengo Castro
Sº de Psiquiatría de Enlace,
Hospital Universitario Central de Asturias.
c/ Julián Clavería s/n. 33006. OVIEDO.
Tlf: 985 10 61 35.
E-mail: marcoluengocastro@yahoo.es





BIBLIOGRAFÍA

- 1 BRUNER, J.; TAGUGIURI, R., "The perception of people", en G. Lindzey (ed.), *Hand-book of Social Psychology*, Cambridge. Addison-Wesley, 1954, vol. 2.
- 2 OLZA, M., "Teorías Implícitas de la Personalidad", en Morales, J.F.; Olza, M., *Psicología Social y Trabajo Social*, Madrid, McGraw-Hill, 1996, pp. 93-107.
- 3 KIM, M.P., y ROSEMBERG, S., "Comparison of two structural models of implícita personality theory", *Journal of personality and social psychology*, 1980, 38, pp.375-389.
- 4 KELLEY, H.H., y otros, *Close Relation-ships*, Nueva York, Freeman, 1983.
- 5 MORALES, F., "Procesos de Atribución", en Morales, J.F.; Olza, M., *Psicología Social y Trabajo Social*, Madrid, McGraw-Hill, 1996, pp. 111-123.
- 6 ROSS, L., "The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process", en Berkowitz, L. (ed.), *Advances in experimental social psychology*, Nueva York, Academic, 1977, Vol. 10.
- 7 JONES, E.E.; NISBETT, R.E., "The actor and the observer: divergent perception of the cause behavior", en Jones, E.E. y otros. (eds.), *Attribution: Perceiving the cause of behavior*, Morristown (New Jersey, EEUU). General Learning Press. 1972.
- 8 LEYENS, J. H., "Teorías Implícitas de la Personalidad y Representaciones Sociales", en Páez, D. y otros (ed.), *Pensamiento, individuo y sociedad*. Madrid, Fundamentos, 1987, pp 199-220.
- 9 PEPITONE, A.; TRIANDIS, H.C., " On the universality of social psychological theories", *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1987, 18,4, pp. 471-498.
- 10 PEREZ, A.M., "La percepción del control sobre los refuerzos", en Bermúdez, J. (ed.), *Psicología de la Personalidad*, Madrid. UNED, 1985, pp. 343-373.
- 11 STRICKLAND, B.R., "Delay of gratification as a function of the experimenter". *Journal of personality and Social Psychology*, 1972, 22, pp. 108-112.
- 12 MACDONALD, A.P., "Internal-external locus of control", en Robinson, J.P.; Shaver, P.R. (Ed.), *Measures of social Psychological Attitudes*, Michigan, Institute for Social Research, 2ª ed., 1973, pp. 169-243.
- 13 OLZA, M., "Atribución e Intervención", en Morales, J.F.; Olza, M., *Psicología Social y Trabajo Social*, Madrid, McGraw-Hill, 1996, pp. 155-171.
- 14 FISKE, S.T.; TAYLOR, S., *Social Cognición*, Nueva York, McGraw-Hill, 2ª ed., 1991.
- 15 LANGER, E.J., "The Illusion of Control", *Journal of personality and Social Psychology*, 1975, 32, pp. 311-328.
- 16 BREHM, J.W., *A theory of psychological reactance*, Nueva York, 1966, Wiley.
- 17 SELIGMAN, M.E.P., *Learned helplessness*, San Francisco, Freeman, 1975.
- 18 TAYLOR, S.E., y KOIVUMAKI, J.H., "The perception of self and others: Acquaintanceship, affect and actor-observer differences". *Journal of Personality and Social Psychology*, 1976, 33, pp.403-408.
- 19 ROTTER, J.B., "Some problems and miss-conceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement". *Journal of consulting and clinical psychology*, 1975, 43, pp. 56-67.
- 20 THOMAS, L.E., "The internal-external scale, ideological bias, and political participation". *Journal of Personality*, 1970, 38, pp. 273-286.
- 21 GOOTNICK, A.T., "Locus of Control and political participation of college students: A comparison of unidimensional and multi-dimensional approaches". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, 42, pp. 54-58.

Estar muy cerca de niños y niñas: una marca argentina

Melanie Klein: “¿Cómo es que los chicos responden allí tan rápidamente?”

Betty Garma: “Se trata de aplicar su teoría, Sra. Klein”

Klein: “Hay algo más”

Garma: “Interpretamos, pero además estamos muy pegados al niño, muy cerca”¹

Ana Bloj

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

Este pequeño diálogo entre una de las más importantes pioneras del psicoanálisis de niños de la segunda década del siglo XX y una psicoanalista argentina —Betty Garma—, nos invita a comprender nuestros modos más propios de visualizar la niñez y, consecuentemente, de ejercer la práctica con niños en nuestro país.

Muchas veces suponemos que tenemos la misma representación acerca de qué es un niño, o que la noción de infancia es y ha sido la misma en todos los tiempos y en todos los espacios culturales. Sin embargo, apenas comenzamos a preguntarnos un poco más en detalle acerca de la configuración de esas representaciones en el imaginario social, descubrimos que esto no es así.

A través de un minucioso recorrido por las producciones de diferentes psicoanalistas de niños en la Argentina en el período 1929–1969, nos encontramos con una interesante sorpresa: además de los importantes y originales des-

arrollos teóricos que pudieron producirse, los y las psicoanalistas de nuestro país contaron con una especie de “marca cultural” que los ayudó significativamente a producir efectos en una práctica que en ese momento se encontraba en ciernes.

Al desempolvar los tesoros olvidados con algunos colegas y estudiantes² que me acompañaron en la búsqueda del material de archivo y en la reconstrucción de fragmentos de historia, fuimos descubriendo diversos modos de visualización de la niñez que se conformaban como un sello de la práctica local.

El trato con niños y niñas en este territorio tuvo rasgos que le fueron propios y que le permitieron gran parte de los “éxitos” clínicos.

Le llamaba la atención [a Melanie Klein] cómo nosotros llegábamos tan pronto a que el niño se expresase libremente, mostrando sus fantasías con tanta claridad³.

1 A.A.V.V. “Entrevista a Betty Garma, realizada por la comisión de publicaciones”. En *60 años de Psicoanálisis en Argentina. Presente, pasado y futuro*. Buenos Aires: APA, Lumen SRL, 2002, p. 88-89.

2 Agradezco la valiosa colaboración de Nadina Mottino, Evangelina Pintagro y Micaela Ocariz.

3 A.A.V.V. “Entrevista a Betty Garma, realizada por la comisión de publicaciones” *op. cit.*

Muchos de los psicoanalistas de niños de principios y mediados del siglo XX colaboraron en la Argentina con concepciones verdaderamente vanguardistas. Las representaciones psicoanalíticas acerca de la niñez tuvieron un carácter germinal. Colaboraron con construcciones muchas veces contradictorias, polémicas y sincrónicas de la población en general y de los profesionales que sostuvieron prácticas con niños y niñas en particular.

Los pioneros del psicoanálisis de niños supieron construir interesantes representaciones de la niñez. Representaciones que se alojaron en el imaginario social condicionando las prácticas sociales en las diferentes décadas previas al golpe militar del 76.

En la segunda década del siglo XX, se inaugura con Lanfranco Ciampi en nuestra ciudad el trabajo asistencial que cuenta al niño como interlocutor, como un ser que tiene una voz.

Que sepamos, se trata del primero en sostener entrevistas con niños, en escucharlos y darle validez a su relato en una búsqueda de protección de la niñez marginal (especialmente de los discapacitados).

Ciampi introduce un nuevo elemento en la práctica psiquiátrica: el de la necesidad de persuadir al niño. En estos términos, se introduce la idea de que el niño cuenta con una independencia de pensamiento y habría que “convencerlo” de que lo que el médico opina que sería lo mejor para el niño.

Si se trata de un ser a persuadir, es porque se le comienza a suponer algún poder de decisión.

Un poco más adelante, encontramos en la Psiquiatra de niños Telma Reca, una referencia

al niño como un “oscuro objeto”. En diferentes publicaciones, Reca insiste en calificar al niño como aquel que posee cierta oscuridad frente a la mirada del adulto. El niño le plantea una dimensión enigmática que la autora invita a desentrañar.

Paradójicamente, esa oscuridad presentifica para los adultos una doble cuestión: un límite y un atractivo. Algo así como el ombligo del sueño planteado por Freud: el niño antepone al terapeuta un núcleo oscuro difícil de penetrar de tal modo que ese aspecto, la oscuridad, hiciera a su propia esencia.

... la escuela ve al niño como un receptáculo de nociones, que debe acumular a plazo fijo, y no como a un ser vivo en pleno desarrollo, lleno de posibilidades y de claroscuros...⁴

El Alma del niño es, quizás más que la del adulto, arca sellada, misterio que suspende.⁵

La tarea del psiquiatra y psicólogo de niños será entonces desentrañar esas oscuridades a fin de colaborar en la comprensión de cada niño, de las causas de la producción de síntomas o malestares que el mismo exprese. En estas oscuridades podemos ubicar tanto su dimensión inconsciente, como la ignorancia de padres, maestros y adultos en general acerca de las características y lógicas para pensar y sentir en niños y niñas. Reca denuncia la visión adultocéntrica de la cultura de la época y realiza un llamado a la comprensión infantil.

Los principales destinatarios de su discurso fueron las madres y las maestras, quedando los padres incluidos en un segundo plano.

Al referirse al niño como un “oscuro objeto”, la autora adjudica a la niñez un estatuto de

4 Telma Reca (1947). La inadaptación escolar. Problemas de conducta del niño en la escuela. Buenos Aires: El Ateneo (2ª ed) p. 200.

5 Reca (1959). Personalidad y conducta del niño. Buenos Aires: El Ateneo (6ª ed.) p. 8.



independencia variable según el grado de oscuridad. Si el adulto no conoce al niño no puede “manejarlo”. Habría por tanto una fuerza oscura en la que escapa a su dominio. Desde esta perspectiva, el niño o niña adquieren un campo de pensamiento y acción que circula por fuera de sus padres y del resto de los adultos que lo rodean.

Ya en la década del 50, los organismos internacionales colocaron a la familia en el objetivo central de sus políticas sociales. Se situó en la familia nuclear —y particularmente en la figura de los padres— la función de crear y garantizar las condiciones que posibilitaran el crecimiento y desarrollo de niños y niñas sanos. Resulta por tanto motivo de preocupación y objeto de políticas sociales la “recuperación” de ese espacio vital para el sano crecimiento y desarrollo de la niñez.

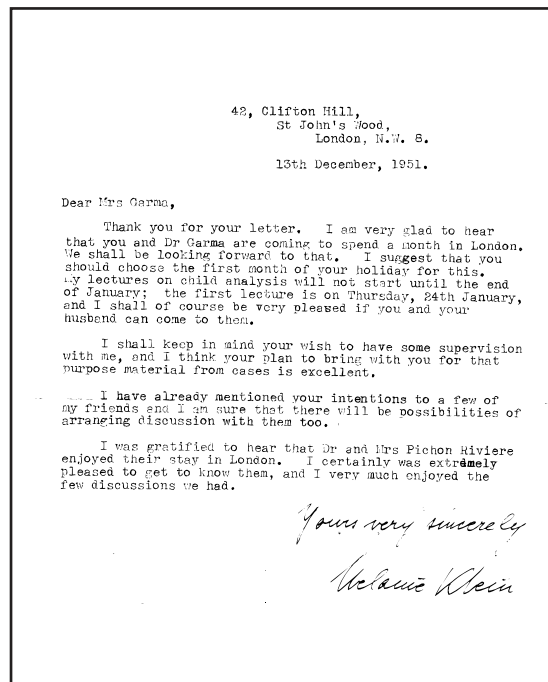
En el ámbito nacional, la década del 50 se continúa de un período en el que la infancia venía adquiriendo ya un lugar protagónico. El primer gobierno peronista había puesto a la niñez en el centro de sus políticas sociales, creando numerosas instituciones que tenían a este grupo etéreo como destinatario principal. La ciudad de los niños en La Plata, la “Ciudad Infantil”, se constituyó en un icono de la política de Evita para con la niñez. Parques, plazas y eventos deportivos formaban parte de los espacios especialmente creados para la población infantil.

Se imaginaba a los niños de la década prácticamente como protagonistas de la conformación de un mundo nuevo, incluso interespatial.

En este período, Eva Giberti nos sorprende con la fuerza propagadora que adquirieron las concepciones psicoanalíticas en el imaginario social a través de la difusión mediática que ella realizara.

A través de la divulgación del psicoanálisis, el niño pasó a tener un estatuto popular que

bregó en pos de la protección de la niñez. Protección que defendió a niños y niñas de malos físicos y verbales, pero que también lo sacó de la instancia del cuidado que anula o cercena su protagonismo.



Carta de M. Klein a B. Garma, 1951. Archivo I. Markez.

El particular proceso histórico, del que hacemos una apretadísima síntesis, sumado a las peculiaridades de la idiosincrasia local, supo imbrincarse con una multiplicidad de producciones y prácticas de los psicoanalistas en nuestro país. De esta trama particular resultó un fuerte impacto en la conformación de un imaginario social que decidió a favor de la tolerancia y el respeto en aspectos que incidieron de modo directo en la crianza y educación de niños y niñas. Respeto que no demandó distancia, sino más bien la fuerte convicción de que los niños y niñas tienen derecho a una existencia propia, a comunicarnos sus deseos y reconocerse en sus derechos.

En este sentido, el psicoanálisis ha resultado verdaderamente valioso en tanto ha tenido un



fuerte impacto antiautoritario. Este ha sido uno de los discursos que ha influido en quienes han sostenido prácticas específicas para la niñez en nuestro país (familiares, trabajadores de la salud, de la educación y del campo de la minoridad en general).

Reconocernos en nuestras raíces históricas, en nuestros modos más propios de acercamiento a niños y niñas, y en nuestro deseo de sostenerlos como sujetos a los que deseamos conocer, con quienes deseamos compartir, y por quienes nos dejamos sorprender, nos permite salir del engaño de los discursos tecnológicos de la educación que hicieron mella en la década del 90 en nuestro país. Discursos que proponen un desconocimiento de la subjetividad de niños, niñas y trabajadores de la educa-

ción. Discursos que profundizan las lejanías entre sujetos con la consecuente deshumanización de las prácticas. Discursos que pretenden globalizar un “deber ser” que sólo se configura, en nombre del éxito, en una alienación profunda en la que perdemos nuestras más interesantes y profundas marcas locales.

La invitación es a recuperar y profundizar la posibilidad de seguir trabajando “muy cerca” de niños y niñas en nuestro país.

Contacto:

Ana Bloj

Dorrego 1390. Rosario. Argentina.

Tlfn. 0341-155794302;

email: anabloj@yahoo.com.ar



BIBLIOGRAFÍA

- A.A.V.V. "Entrevista a Betty Garma, realizada por la comisión de publicaciones". En *60 años de Psicoanálisis en Argentina. Presente, pasado y futuro*. Buenos Aires: APA, Lumen SRL, 2002, p. 87-94. (Colección integrativa, perspectivista, interdisciplinaria).
- Reca, Telma (1947). *La inadaptación escolar. Problemas de conducta del niño en la escuela*. Buenos Aires: El Ateneo (2ª ed) 207 p.
- Reca, Telma (1959). *Personalidad y conducta del niño*. Buenos Aires: El Ateneo (6ª ed.) 172 p. (Colección cultura universal).

Religión y Psicoanálisis: De la sociogénesis al condicionamiento biológico

José Guimón

Catedrático de Psiquiatría de la UPV/EHU.
Bilbao.

Resumen: Al describir la experiencia religiosa se ha referido con frecuencia a lo que es “numinoso”, una experiencia no-racional, un sentimiento cuyo objeto primario e inmediato está fuera del self, un misterio a la vez fascinante y aterrador; que causa temblor y fascinación al intentar explicar lo inexpresable. Suprime nuestra mente racional por un estado no-racional y produce una admiración que nos lleva a tener experiencias de “gracia”. El psicoanalista deberá en el futuro procurar aferrarse a los conocimientos científicos y no dejarse tentar por derivas irracionales que arrastran hoy como ayer a muchas mentes incluso preclaras.

El psicoanálisis deberá diferenciarse de otras profesiones relacionadas con la salud, con la asistencia social, con la educación o con la atención religiosa; de otras prácticas que no buscan mejorar la salud sino proporcionar experiencias personales espirituales o existenciales o adentrarse en conocimientos paracientíficos, como la adivinación, la nigromancia o la astrología.

Aunque se desarrollarán algunas actividades religiosas, que pueden mejorar la salud (Pargament & Saunders, 2007)(Haber, 2007), favoreciendo el estilo de vida sano, el apoyo social y el optimismo, la meditación y plegaria, que mejoran los estilos de enfrentamiento al estrés (Kenneth Pargament)(Pargament & Saunders, 2007) y algunos síntomas (“American Psychologist”, 2003), esos territorios deben ser bien diferenciados del psicoanálisis.

Palabras clave: Dogmatismo, ideología, religiosidad, psicodinamismo.

Las siguientes páginas son el texto de una conferencia que dí en la Universidad de Deusto en un Congreso sobre Ciencia y Creencia. Acepté con serias dudas la invitación de mi amigo el Dr. Jordi Font para participar en este Congreso pese a que, como él sabe bien, me considero agnóstico. Me ocurrió, salvando las distancias, como a mi admirado psiquiatra y psicoterapeuta norteamericano Irving Yalom (Yalom, 2002), quien, en su discurso de aceptación del premio “Oscar Pfister” para contribuciones importantes a la Religión y la Psiquiatría,

dijo: “¿Religión, yo? Debe de haber un error, Yo me considero ateo”.

Bien es verdad que las críticas hacia la religión y las actitudes de ateísmo combativo y anticlericalismo (las de Voltaire o Nietzsche, por ejemplo) han disminuido en virulencia a medida que la Religión ha perdido peso institucional (Font, 1999). De hecho, en nuestra profesión esas posiciones están envueltas en la ambivalencia, como señala un autor al decir que “el ateísmo ha sido la posición ortodoxa y religio-

samente mantenida por muchos psicoanalistas” (Dobbs, 2007). En definitiva, las polémicas sobre el tema no interesan mucho últimamente porque la religión puede mantenerse aunque se refute en el sentido estrictamente histórico o factual.

Personalmente creo que la religiosidad depende en buena parte de aspectos genéticos o constitucionales¹, relacionados con el temperamento y elaborados posteriormente por el carácter del individuo.

I. Conceptos

Pero ¿existe una acepción unánimemente aceptada de lo que es religiosidad? “Ser religioso” hace referencia a la espiritualidad, al intento de “dar un significado” a la relación entre el hombre y el mundo mediante la conexión con un ser superior. “Practicar la religión”, en cambio, conlleva realizar ritos, mencionar mitos, soñar con determinados símbolos, aceptar determinadas doctrinas sobre Dios o el más allá².

Muchos “librepensadores”, más que ateos, nos consideramos agnósticos porque reconocemos la incapacidad humana para llegar a conclusiones definitivas sobre ciertas preguntas, particularmente aquellas de orden metafísico o teológico, cuya complejidad excede la capacidad de la razón humana.

Se ha hablado de una religiosidad “sana”, una “enfermiza” y una “popular”. Esta última

sería un conjunto de actividades colectivas que “se forman sobre lo sagrado y misterioso entre aquellos para los que las fórmulas litúrgicas resultan demasiado austeras” (Font, 1999 Moreno, 1982). La Iglesia católica condenó a gran número de sus variantes a la marginalidad: prácticas «supersticiosas», «paganas», «mágicas», «profanas». Esta religiosidad, dicen muchos teólogos, es compatible con la carencia absoluta de fe.

En cualquier caso, las expresiones de nuestra necesidad de creer son omnipresentes, como testimonian quienes creen en la existencia de vías de paso (canales) hacia la vida pasada, la “abducción” por parte de extraterrestres, la clarividencia, los fantasmas, las brujas, la astrología, la levitación, los viajes astrales, la nigromancia, los milagros, la lectura de la palma de la mano, los ángeles, la lectura del aura, el exorcismo, las cartas del Tarot, etc. Estas creencias y experiencias son más frecuentes en ciertos tipos de personalidades patológicas y en determinadas religiones. Por otra parte, se ha dado importancia a la relación entre religiosidad e “ideación mágica”, definida como una “casi creencia” de que determinados sucesos que no tienen relación causal entre ellos (según las creencias de una cultura), la tienen, en realidad. La ideación mágica es uno de los rasgos o dimensiones que se vienen últimamente adscribiendo a algunos trastornos psíquicos. El propio Freud se interesó por ellas. Hay quien encuentra en esas creencias una confirmación de la ubicuidad de Dios, pero es más fácil considerarlas como un intento de “dar un significa-

1 A través de determinados instrumentos se ha intentado delimitar los fenotipos de muchos trastornos psiquiátricos. Se ha hablado de “endo-fenotipo” (fenotipo interno) y por otra de “exo-fenotipo” (fenotipo observable) de una enfermedad. Los primeros comprenden los síntomas identificados por los métodos de la Psicopatología descriptiva y por nuevos instrumentos. Los segundos están constituidos por “rasgos” o signos más próximos al genotipo (variables neurobiológicas o neuropsicológicas). Estas manifestaciones pueden constituir marcadores de vulnerabilidad o indicadores de riesgo. Diversos estudios han intentado encontrar una correlación entre los síntomas clásicos y “subumbrales” (blandos) en esos trastornos, es decir han buscado hallar lo que actualmente se viene a llamar un “exo-fenotipo” común. Strelau y Angleitner (Strelau & Angleitner, 1991) señalan a ese respecto que la heredabilidad de los rasgos del temperamento oscila entre el 50% y el 70%.

2 Rav Soloveitchik, en “*Halakhic Man*” define al hombre religioso como que aspira a la trascendencia y a la experiencia religiosa elevada y al hombre Halakhic que se preocupa sólo de los mandamientos y de su cumplimiento en el mundo concreto y real.

do” al hombre, al mundo y a la relación entre el hombre y el mundo. Así, pues, parecería que más que ser creados por Dios, crearíamos a Dios para nuestra conveniencia.

Mi visión sobre la Religión está muy influida por el psicoanálisis. Freud mantuvo que la conducta ambivalente (amor/odio) del niño respecto a la figura del padre toma en los adultos la forma de fe. Para algunos psicoanalistas, como el británico Winnicott, la Religión sería una “ilusión sana” y Dios podría ser considerado como “una representación de objeto transicional altamente personalizada”. Recientemente, hay autores que creen que la Religión recupera el modo pre-verbal de relación del bebé con el mundo, la intuición intersubjetiva del bebé con su madre.

Se ha distinguido también entre la religión “dogmática”, que consiste en una serie de principios basados en el dogma³ y en reglas de conducta rígidas⁴, y la religión “espiritual” que es la creencia en determinados conceptos que residen profundamente en la psique colectiva de la humanidad⁵. Por ejemplo la importancia de perseguir la satisfacción espiritual, de vivir una vida cargada de significado y propósitos y la eternidad del alma. Son temas individuales decididos frecuentemente por razones de temperamento y psicológicas.

2. Visión del psicoanálisis sobre la religión

Se ha dicho que, de alguna manera, la indudable espiritualidad-religiosidad de Freud fue disociada como un “objeto interno” luego criticado y que sería necesario que el movimiento psicoanalítico lograra integrar ese objeto escindido

Freud expresó sus críticas acerca de la Religión principalmente en sus obras “Moisés y el Monoteísmo”, “El futuro de una ilusión” (Freud, 1927) y “Totem y tabú” (Freud, 1913). Mantuvo que era comparable a las neurosis infantiles y que la conducta ambivalente del niño respecto de su padre toma la forma de fe en los adultos. A “añoranza del padre” tras desear agredirle es utilizada en la explicación de la génesis del clan primordial.

Al comparar la religión cristiana con la judía Freud sostuvo que la religión cristiana no mantuvo el alto grado de espiritualización que había alcanzado el judaísmo, no era estrictamente monoteísta y no cerró del todo la puerta a los elementos supersticiosos, mágicos y místicos.

Desde una perspectiva kleiniana, el psicoanálisis puede ser considerada como “una religión inmadura institucionalizada” (Dobbs, 2007). En efecto tiene una ortodoxia (la metapsicología), con grupos y escuelas a veces disidentes; rituales (las normas de práctica clínica; el encuadre sacralizado, neutralidad, anonimato, confidencialidad); una formación en institutos semejantes a los seminarios religiosos.

Para Winnicott (1964) la religión sería una “ilusión sana” y Dios podría ser considerado como “una representación de objeto transicional altamente personalizada”. Guntrip (Guntrip, 1961) disintiría algo de su maestro y creía que Dios debe ser considerado como real y no ilusorio y que no se puede equiparar a la religión con la inmadurez y a la ciencia con la madurez. Para él la religión se dedica, como el psicoanálisis, a las relaciones intersubjetivas.

Recientemente, hay autores que creen encontrar los antecedentes de la religión en la

3 Estos principios deben obligatoriamente ser considerados como verdaderos

4 El incumplimiento de estas reglas frecuentemente conlleva castigos severos.

5 Estos conceptos no están basados en la lógica ni en la razón, ni son propuestos como verdades absolutas. Apelan a nuestra necesidad intuitiva de orden y pueden explicar el porqué más que el qué y el cómo de algunos fenómenos misteriosos y que sirven de guías éticas.

vida mental del bebé y así se propone (D. Stern) que la religión recupera el modo pre-verbal de relación del bebé con el mundo, la intuición intersubjetiva del bebé con su madre (Black & Blum, 1992).

Por otra parte, se ha dado importancia a la relación entre religiosidad e “ideación mágica”, definida por P.E.Meehl en 1964 como una “casi creencia” de que determinados sucesos que no tienen relación causal entre ellos (según las creencias de una cultura), en realidad sí la tienen. La ideación mágica es uno de los rasgos o dimensiones que se vienen últimamente adscribiendo a un llamado “espectro de la esquizofrenia”, que incluye, además de este trastorno, la esquizoidia, la esquizotipia y el trastorno esquizoafectivo porque tienen síntomas parecidos, aunque en distintos grados, junto a algunas alteraciones radiológicas y bioquímicas comunes.

A mi modo de ver, la religiosidad es una actitud semejante a la llamada “mentalidad psicológica” (*Psychological mindedness*), que caracteriza a los buenos psicoterapeutas y a los pacientes aptos para psicoterapia. No me consta, sin embargo, que se hayan hecho estudios que intenten correlacionarlas. La mentalidad psicológica ha sido descrita como la capacidad de un individuo para el auto-examen, la auto-observación, la introspección y el *insight* personal. Supone, así mismo, la capacidad de reconocer los vínculos entre los problemas

actuales con el pasado y las dificultades personales con las dificultades en las relaciones con los demás⁶.

3. ¿Hacia un endo-fenotipo de la religiosidad?

Desde la psicología llamada “empírica” se han elaborado tests para detectar algunos aspectos relacionados con la espiritualidad y la religiosidad⁷ y se ha intentado encontrar una correlación entre la espiritualidad y la esquizoidia⁸ y entre la angustia, la impulsividad y algunas variables de la devoción religiosa (frecuencia del culto, cantidad de plegarias realizadas e importancia dada a la religión)⁹. Los tests han encontrado que la religiosidad intensa se manifiesta, con frecuencia, asociada al autoritarismo y al dogmatismo, la intolerancia, la rigidez y la insociabilidad. En algunos estudios se ha visto que distintos instrumentos¹⁰ relacionan varios otros constructos psicológicos con la espiritualidad.

Algunos autores señalan que la religiosidad (Koenig, 2007) y la “auto-transcendencia” están parcialmente determinadas genéticamente. Así, el eminente psiquiatra y genetista Ken Kendler estudió casi 2000 gemelos y concluyó que un 25% de la variabilidad para la religiosidad es genética y el 75% ambiental. Eso no quiere decir que se herede una tendencia a ser religiosos o no religioso, sino que la religiosidad

6 Existe un instrumento, la *Psychological Mindedness Scale (PMS)* cuyo análisis factorial de los 25 ítems que lo componen arroja dos factores principales: Creencia en los beneficios de discutir los problemas propios y Acceso fácil a los sentimientos. Tiene una correlación inversa con la escala de alexitimia de Toronto y se ha visto que las mujeres tienen puntuaciones más elevadas. Recientemente, En el Manual de Diagnóstico Psico dinámico se han propuesto determinados criterios para evaluar la intensidad de su presencia.

7 (p.e. Meisenhelder y Chandler, 2002; Silberfarb, Anderson, y Rundle, 1991; Koenig, George y Siegler, 1988).

8 Se han utilizado para medir esos síntomas “blandos” diversos instrumentos, en especial la *Social Anhedonia Perceptual* y la *Aberration and Magical Ideation Scale* que identifican la misma clase latente, la esquizotipia (Blanchard & al., 2004). Por otra parte, Feldman (Feldman J, 1989), con el *Rust Inventory of Schizotypal Cognitions* encontró que la religiosidad tenía una correlación negativa en sujetos normales. Así mismo Boray cols (Bora E, 2007) estudiaron algunas características del carácter como la autotranscendencia que pueden estar asociadas a las características esquizotípicas de la personalidad.

9 En cambio se vio que la conducta de frecuentar la iglesia y la actitud de autotranscendencia dependían de factores distintos.

10 Se utilizaron el *Self-Transcendence Dimension of the Temperament and Character Inventory (TCI)*, la *Labeled Spiritual and Religious Beliefs (SRB)* y las subescalas, *Unifying Interconnectedness (UIC)*, *Belief in the Supernatural (BSN)*, y la *Dissolution of Self in Experience (DSE)*.



correlaciona con el temperamento, la personalidad u otro factor que está influido por los genes, que podría ser cualquier factor biológico o un factor cultural que correlacione con otro factor biológico.

Vallejo Nájera¹¹ (en un proyecto muy criticado que no he tenido la ocasión de consultar) propuso al parecer clasificar a la población en “castas”, utilizando como criterio de clasificación los valores espirituales que cada individuo hubiera manifestado durante la Guerra Civil española. Los sujetos del estudio se clasificaban, según el proyecto original, en cinco grupos: miembros de las Brigadas Internacionales, presos españoles procesados por actividades políticas, separatistas vascos y marxistas catalanistas.

Marc Hauser¹² sostiene que hay una gramática moral universal moldeada a través de siglos de selección evolutiva que nos permita hacer una decisión rápida sobre dilemas éticos y lo razona a través de los resultados de sus experimentos sobre neurociencias, cooperación social y la teorías del lingüista Noam Chomsky, quien en 1950 mantuvo que todos los humanos estamos provistos de una gramática lingüística universal, un conjunto de reglas instintivas que subyace a todos los lenguajes. Propone Hauser que parece existir algún tipo de proceso inconsciente que dirige nuestros juicios morales, que no es accesible a la reflexión consciente, y tampoco forma parte de la educación infantil, pero que dirige nuestros juicios morales. Cree que en todas las sociedades existen principios tales como “haz a los demás lo que quisieras que te hicieran”. Hay personas piensan que si fueras ateo no tendrías una moral y Hauser cree que no es así. Pfaff y colaborado-

res (Pfaff, Kavaliers, & Choleris, 2008), en un estudio concluyen que estudios sobre los mecanismos neurales y moleculares del sentimiento de temor pueden explicar cómo se produce esa forma de conducta ética que consiste en “tratar a los demás como desearíamos que nos trataran a nosotros”. Recuerda a ese respecto la proposición de Chomsky de que los humanos estamos predispuestos a frases gramaticales preformadas (*utter*). Dice que los humanos estamos “programados para la reciprocidad”. Pero hay también fuerzas antisociales como la violencia en este innato social. El balance proviene no sólo de influencias genéticas del temperamento sino de efectos ambientales especialmente en periodos críticos neonatales y puberales.

Varios estudios realizados con hermanos gemelos (Bouchard et al, 1999; Kirk et al, 1999) dicen haber mostrado una “heredabilidad” de la religiosidad. En uno de esos trabajos en lo que se refiere la actitud religiosa se vio que (Koenig et al (2005)(Koenig, 2007) existe en la adolescencia una baja contribución de los genes (12%) respecto a la influencia de de la familia (56%) y, en cambio, en los adultos, habría una mayor contribución de los genes (44%) que de la familia (18%). Por su parte, Kirk y cols (Kirk, Eaves, & Martin, 1999) estudiando medidas de “autotranscendencia” en Australia vieron que las puntuaciones eran mayores en las mujeres que en los hombres y que esa actitud estaba significativamente asociada a la afiliación religiosa, el estado civil (en las mujeres) y la edad (en los hombres). Ken Kendler estudió casi 2000 gemelos estudiando con cuestionarios su religiosidad¹³ y vio que un 25% de la variabilidad era genética y el 75% ambiental¹⁴.

11 Vallejo Nagera: Biopsiquismo del Fanatismo Marxista, trabajo desarrollado entre 1938 y 1939.

12 Marc Hauser. *Moral Minds: How Nature Designed Our Universal Sense of Right and Wrong*.

13 Mide factores como “devoción personal” (cuánto se reza fuera de las comidas, cuánto consuelo se obtiene de la vida espiritual etc.).

14 No había relación con el nivel de psicopatología pero sí una relación inversa con el uso de alcohol drogas y nicotina, que se podría interpretar como la búsqueda de un “cojín protector” sobre los efectos de una vida estresante que les evita recurrir a esas sustancias.

En lo que se refiere a un posible substrato bioquímico, Borg y colaboradores (Borg, Andrée, Soderstrom, & Farde, 2003) estudiaron el funcionamiento del sistema serotoninérgico¹⁵ mientras se tenían experiencias espirituales y vieron que el potencial del *binding* correlacionaba inversamente con las cifras de “aceptación espiritual” una dimensiones de la “autotranscendencia”, rasgo de personalidad que se refiere a las actitudes y las conductas religiosas. Por su parte, Waller y colaboradores (Waller & al, 1990) comparando las visiones religiosas y políticas de gemelos encuentran que los genes contribuyen en un 50% a la religiosidad. Señalan que eso no quiere decir que se herede una tendencia a ser religiosos o no religioso sino que la religiosidad correlaciona con el temperamento, la personalidad u otro factor que está influido por los genes, que podría ser cualquier factor biológico o un factor cultural que correlacione con un factor biológico. Es decir que alguna diferencia genética no especificada afecta indirectamente no que la religiosidad u otro rasgo¹⁶ estén codificados de alguna manera en el DNA de una persona.

4. Dogmatismo, religiosidad y psicoanálisis

La religiosidad intensa se manifiesta con frecuencia asociada al autoritarismo y al dogmatismo y a la creación de instituciones, intolerantes con los que no comulgan con sus credos. La Inquisición y las Cruzadas ilustran bien, como comentan muchos psicoanalistas, las espantosas consecuencias a las que se ha llegado en la Historia por la obcecación en las creencias.

El dogmatismo es una especie de fundamentalismo intelectual. Los dogmas expresan verdades que se consideran indudables, no son sujetas a ningún tipo de crítica y llevan a creer que el mundo que existe es exactamente de la forma que lo percibimos. Durante la Ilustración, el pensamiento liberal se opuso al pensamiento autoritario. En lo que concierne a la Religión esa tendencia liberadora se manifestó en la lucha a favor de la adopción de la libertad del pensamiento y de la expresión, basándose los datos ofrecidos por la Ciencia. Sin embargo, la tradición de una educación autoritaria prevaleció en Occidente hasta los últimos decenios del siglo XX en el que, por efecto de la Contracultura, hubo de nuevo un movimiento hacia el pensamiento libre y la lucha contra la intolerancia.

Se han estudiado determinados factores psicológicos que se asocian con el dogmatismo. Frederick T. L. Leong encuentra una correlación entre dogmatismo, rigidez, insociabilidad bajos niveles de “persistencia”, problemas con el control inhibitorio de los impulsos y mayor tendencia al aburrimiento. Bulter, J Corey (Corey, 2000) dice que los sujetos autoritarios están caracterizados por baja apertura a la experiencia, autoritarismo, tendencia a ser jerárquico, convencional e intolerante, características todas ellas de la “ideología de derechas”¹⁷. Rickert y cols. (Rickert, 2008)¹⁸ encuentran que las personas dogmáticas falsifican más lo recuerdos y aceptan esas falsedades más cuando vienen de instituciones poderosas. Eckardt, por su parte, propuso que dimensiones como autoritarismo, conservadurismo, militarismo y religiosidad están correlacionados¹⁹. En otro estudio se vio²⁰ que el autoritarismo y las actitudes

15 Densidad de receptores 5-HT(1A) con PET en el Karolinska y con del *Temperament and Character Inventory self-report*.

16 Por ejemplo, Plomin y cols. encontraron un factor de heredabilidad en la intensidad de la conducta de mirar la televisión que presentaba un conjunto de personas.

17 El autoritarismo correlacionaba con el *Right-Wing Authoritarian (RWA) Scale* y el *Goldberg's 235-item del Big Five* en un estudio de, Smirles, and Wentworth (1997).

18 utilizando el Deese-Roediger-McDermott false memory paradigm.

19 El neuroticismo no correlaciona en cambio y el paradigma psicoanalítico de ansiedad (por excesivo super Yo), negación, represión y proyección no concuerda con estos resultados.

20 En un estudio de Peterson, Smirles, y Wentworth (1997) encontraron que la escala RWA Scale correlacionaba negativamente ($r = -.36$) con la apertura a la experiencia.

conservadoras correlacionan negativamente con la “apertura a la experiencia”.

Hoy se acepta que el dogmatismo deriva en parte de la genética (Scarr, 1981) y, por otra parte, también de determinadas experiencias, vividas sobre todo de la adolescencia (Altemeyer, 1996). Kendler (Kendler, 1996)²¹, en una amplia muestra constituida por gemelos y sus padres, vieron que la “provisión de calor”²² es muy heredable. Rodney Stark (Stark, 2002) no encuentra en una investigación las diferencias que durante mucho tiempo se han invocado en la espiritualidad entre hombres y mujeres

Pero el dogmatismo ha trascendido del campo de lo religioso y de lo político hacia otros aspectos del pensamiento humano. Así, como dice un autor, “queda por ver si Freud, Jung o Klein lavan más blanco en realidad que la Religión (...) Freud se describió a sí mismo como un conquistador que fundó un movimiento con su propia jerarquía y su propia forma de sucesión apostólica” (Charles Rycroft).

En efecto, a lo largo de los años se ha asistido a una institucionalización del psicoanálisis en forma de “iglesias”, a partir de disidencias, basadas en líderes carismáticos que decidieron que diferencias mayores o menores en teoría o técnica justificaban el organizar un grupo independiente. Así mismo, se produjo una institucionalización de la educación psicoanalítica para delinear las fronteras de lo que es el psicoanálisis y su técnica. Dentro de la Asociación Psicoanalítica Internacional se crearon institutos de formación vinculados a las asociaciones locales. Eran los psicoanalistas didácticos los que podían impartir enseñanzas, especialmente el psicoanálisis de los candidatos, lo que les situó en la cúspide de pirámide de poder.

Las disensiones teóricas no fueron mayores que las que se han visto en otras ciencias. Llevaron sin embargo, a frecuentes cismas por el celo de Freud que favoreció posturas dogmáticas entre sus seguidores, pese a que puso en cuestión sus hallazgos año tras año. A la larga, como recuerda un crítico, “los discípulos de Freud han consagrado un conjunto de mitos y símbolos que podrían competir con la iconografía cristiana tradicional” (Philip Rieff, 1973).

Una de las posibles salidas a la crisis de identidad profesional que presentan frecuentemente los psicoanalistas durante su formación es la “conversión”, fenómeno de idealización del todo indeseable. Merced a él, se adhieren a la doctrina psicoanalítica con el “furor del converso” y proclaman el alto valor científico de sus teorías, sin advertir que “el que añade el adjetivo de “científico” a todo conocimiento que considera irrefutable, cae en una gran contradicción (...) La Ciencia, en oposición a la Creencia, es insegura, modificable, provisional e irrespetuosa. Si podemos afirmar que la fidelidad es la mayor virtud en las relaciones basadas en creencias, en Ciencia es la peor de las traiciones (González de Ribera)”.

Por ello, una de los requisitos fundamentales en la formación del psicoanalista es el hacerle capaz de aceptar la frustración en su práctica clínica y de adoptar una postura tolerante, no exenta de cierto escepticismo, ante la ambigüedad de las teorías. Para lograrlo, el analista debería tomar una distancia crítica de las figuras de sus maestros a las que un día se identificó.

Afortunadamente, aunque no parece probable que se llegue en un futuro próximo a un edificio teórico que abarque armoniosamente las teorías actualmente existentes, es claro que actualmente se observa una tendencia hacia la

21 Con el *Parental Bonding Instrument*.

22 Uno de de los tres factores (calidez parental, proteccionismo y autoritarismo) que detectaron en la educación del bebé.

integración y el eclecticismo. Se entiende por integración, la síntesis conceptual de diferentes sistemas o modelos teóricos. El eclecticismo significaría la aplicación empírica y pragmática de métodos y prácticas inspirados por diferentes modelos teóricos, sin adherir necesariamente a las teorías que las apoyan. Una y otro, están justificados por la proliferación de múltiples terapias, la insuficiencia de cada una de las teorías, la ausencia de una eficacia superior de una terapia respecto de otras, la búsqueda de factores terapéuticos comunes a diferentes terapias y la reducción progresiva de recursos materiales a partir de la influencia ejercida por el sistema de los seguros sanitarios.

En el mundo entero se persigue la adopción de un “mínimo común denominador” que permite diferenciar lo que podemos considerar como psicoanálisis y lo que no. Para algunos autores el psicoanálisis es una vía de explorar significados más que de descubrir causas, una disciplina más hermenéutica que científica, un método de exégesis y traducción, no de tratamiento o curación. Sin embargo, lo cierto es que para la mayoría de los profesionales el principal objetivo del psicoanálisis sigue siendo la mejoría de la salud o la adaptación de los individuos. El psicoanálisis sería así considerado, desde el punto de vista terapéutico, como una Ciencia psiquiátrica básica.

5. El riesgo de las sectas para el Psicoanálisis

En nuestros días no es fácil mantener la distinción que, a principios el siglo XX, hicieron los sociólogos entre “iglesias” (grandes estructuras abiertas, que reposan sobre un cuerpo de sacerdotes profesionales y a las que se pertenece por nacimiento), y “sectas” (estructuras cerradas, a las que se pertenece tras adhesión voluntaria, agrupadas alrededor de un pastor que los fieles eligen). De hecho sólo a partir de los años 50 la noción de “secta” adquirió una connotación negativa de peligro.

Las llamadas “sectas de culto” suelen compartir ciertos rasgos sociales y psicológicos: todas ofrecen nuevos “conocimientos”, más o menos esotéricos, transmitidos por una autoridad indiscutible y arbitraria; la mayoría de los líderes rechazan la Medicina moderna a la que disputan el control que ejerce sobre sus seguidores; emplean la técnica del “lavado de cerebro” que designa la manipulación sistemática de la influencia social y psicológica sobre los individuos.

Es necesario reconocer que la historia de las religiones, de las ideologías y de los movimientos políticos y del propio psicoanálisis nos ofrece muestras frecuentes de adoctrinamientos abusivos. Sin embargo, no es aceptable el argumento radical de defender que las sectas no son sino aquellos grupos que se encuentran al margen de otras organizaciones competitivas bien avenidas con el poder imperante. En los años 60, la profunda crisis en las estructuras sociales que conllevó el movimiento contracultural favoreció el que numerosos jóvenes rebeldes contra sus familias y la autoridad se acercaran a sectas en las que encontraban unas figuras de padres omnipotentes con las que se identificaban. Se sustentaban allí prácticas basadas en conocimientos psicológicos de tendencia orientalista y en el llamado movimiento de “desarrollo del potencial humano”: meditación, yoga, dietas exóticas etc. Estas “comunidades” juveniles desaparecieron rápidamente porque no proporcionaban la suficiente seguridad y estructura. Pronto fueron substituidas por grupos más organizados con ideología neo-cristiana, política o psicológica y actualmente por grupos que afirman que el “pensamiento positivo”, unido a determinados conocimientos psicológicos traerán la prosperidad a la Humanidad.

El “gurú” o líder de estas sectas suele ser una persona con características mesiánicas y a veces con graves rasgos paranoides. Frecuentemente están convencidos de sus poderes especiales y de su destino sobrenatural. Incluso, cuando inicialmente sus motivaciones sean el



poder y el dinero, la respuesta sumisa del grupo genera en ellos sentimientos de omnipotencia.

Sólo los jóvenes de personalidad más débil parecen vulnerables a la influencia de estas sectas. Dos tercios de los que ingresan en sectas lo hacen en periodos de crisis personales, afectivas, laborales o de estudios. Sin embargo, no parece haber grupos o culturas del todo refractarios a estas influencias.

Las personas vulnerables se ven sometidas en estas sectas a técnicas de “reforma de pensamiento” que favorecen el aprendizaje de informaciones y comportamientos que pueden llegar a cambiar su personalidad previa, suprimiendo antiguos puntos de vista y conductas. Estos programas se realizan colocándoles en situación de impotencia en un sistema autoritario de control; controlando el tiempo y el espacio vitales; transmitiendo un sistema de lógica cerrado que no puede ser modificado; minando la confianza del sujeto en sus propias percepciones; creando, en fin, nuevos comportamientos con un sistema de recompensas y castigos de tipo social (aislamiento, humillación, etc.). Los sujetos se hacen progresivamente más rígidos e inflexibles y, a plazo medio, se producen trastornos por estrés (pesadillas recurrentes, depresión, ansiedad, culpa), trastornos de la concentración y de la memoria y un debilitamiento de la personalidad. Las personas que consiguen (tras las múltiples trabas que la organización les pone) abandonar las sectas, se enfrentan a las pérdidas de años productivos

de sus vidas e incluso de sus posesiones y se encuentran con que se ha empobrecido notablemente su capacidad de lucha y su iniciativa.

Los grupos sectarios más peligrosos hoy en día, según ellos, nos son los movimientos amplios como los “testigos de Jehová” o la “cienciología”, ya habitualmente estigmatizados. Los más temibles serían los grupos pequeños dispersos que no se inscriben en una finalidad religiosa, y que proponen un “descubrimiento de sí mismo”, un “trabajo espiritual”, o terapias alternativas a la medicina tradicional.

En ese sentido del intrusismo profesional, es extraordinariamente frecuente en los países occidentales que las sectas que pretenden obtener con sus actividades cotas crecientes de control social desarrollen diversas prácticas dudosamente científicas o francamente espúreas. Numerosas sectas de culto reclutan a ciudadanos, frecuentemente pacientes mentales, para endoctrinales y a la larga explotarles vital y económicamente. Un rasgo general de todas ellas es la negación de la enfermedad mental y los ataques hacia la Psiquiatría. Curanderos de todas las tendencias hacen su agosto en ciudades grandes y chicas.

Contacto:

José Guimón

Manuel Allende 19. 48010-BILBAO

Tfno. 94 443 90 49

jose.guimon@ehu.es



BIBLIOGRAFÍA

- Black, D.W., & Blum, N.S. (1992). Obsessive-compulsive disorder support groups: the Iowa model. *Comprehensive Psychiatry*, 33(1), 65-71.
- Blanchard, H.J., & al. (2004). The psychometric detection of schizotypy: do putative schizotypy indicators identify the same latent class? *J Abnorm Psychol*, 113(3), 339.
- Bora E.V.B. (2007). Temperament and character dimensions of the relatives of schizophrenia patients and controls: the relationship between schizotypal features and personality. *Eur Psychiatry*, 22(1), 27-31.
- Borg, J., Andréé, B., Soderstrom, H., & Farde, L. (2003). The serotonin system and spiritual experiences. *Am J Psychiatry*, 160(11), 1965-1969.
- Corey, B. J. (2000). Personality and emotional correlates of right-wing authoritarianism. *Social Behavior and Personality*.
- Dobbs, T. M. (2007). Faith, Theology, and Psychoanalysis: The Life and Thought of Harry S. Guntrip. London: Picwick Pub.
- Feldman J, R. J. (1989). Religiosity, schizotypal thinking, and schizophrenia. *Psychol Rep*, 65(2), 587-593.
- Font, J. (1999). *Religión, psicopatología y salud mental*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Freud, S. (1913). *Totem und Tabu* (G-V IX, trad. franc. 1947 ed.). Paris: Payot.
- Freud, S. (1927). *El porvenir de una ilusión, Obras completas* (1986) (Vol. II, pp. 73-99). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Guntrip, H. (1961). *Personality structure and the cure of souls*. London: Hoghart.
- Kirk, K., Eaves, L., & Martin, N. (1999). Self-transcendence as a measure of spirituality in a sample of older Australian twins. *Twin Res.*, 2(2), 81-87.
- Koenig, L. (2007). *Good Behavior, Religiousness May Be Genetic*. London: Blackwell Publishing Ltd.
- Michael, A., Thalbourne, M.A., Christopher, C., & French, C.C. Paranormal belief, manic-depressiveness, and magical ideation a replication. *Journal of the Society for Psychical Research*, 59, 172-186.
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging Ment Health*, 9(4), 354-362.
- Pargament, K., & Saunders, S. (2007). Introduction to the special issue on spirituality and psychotherapy. *J Clin Psychol.*, 63(10), 903-907.
- Pfaff, D., Kavaliers, M., & Choleris, E. (2008). Mechanisms underlying an ability to behave ethically. *Am J Bioeth.*, 8(5), 10-19.
- Rickert, E. J. (2008). *Authoritarianism and Social Dominance: Differences in Cognition and Temperament*. Paris: Annual meeting of the ISPP 31st Annual Scientific Meeting, Sciences Po.
- Strelau, J., & Angleitner, A. (Eds.). (1991). *Explorations in temperament*. New York: Plenum.
- Van Hiel, A. (2008). *Authoritarianism is Good for You: Right-Wing Authoritarianism and Social Dominance Orientation as Health Protective Factors Paper presented at the Paris: Annual meeting of the ISPP 31st Annual Scientific Meeting, Sciences Po.*
- Waller, K., & al. e. (1990). *Personality and Individual Differences*. Volume 36, Issue 5, April 2004, Pages 1197-1209.
- Winnicott, D. (1964). *The child, the family and the outside world*. London: Penguin.
- Yalom, I. (2002). *Religion and Psychiatry*. *American Journal of Psychotherapy*, 3.

Los pacientes sangran historias: Un enfoque narrativo para disminuir los desencuentros clínicos

Clara Valverde

Prof. Enfermería. Equipo Aquo.
Barcelona

Resumen: El paradigma clínico en el ámbito actual de los servicios sanitarios y de salud mental tiende a estar enfocada en “resultados” y “soluciones”. Esto y que los psiquiatras, psicólogos, médicos y otros profesionales sanitarios tienden a carecer del auto-conocimiento necesario, llevan, a menudo, a desencuentros con el paciente. Como alternativa, en este artículo, se ofrece una metodología por la que puede aumentar la eficacia del trabajo terapéutico en la consulta de salud mental o médica. A través del uso de la narrativa, vemos que el paciente puede comenzar a definir y construir su nueva identidad. También, gracias a este enfoque, el profesional, comprende mejor al paciente y a sí mismo, facilitando una relación terapéutica más eficaz y satisfactoria.

Palabras clave: Desencuentro clínico, narrativa, significados, auto-conocimiento.

Summary: The present clinical paradigm in the mental health or medical services tends to be focused on “problem-solving” and “results”. This and the fact that the professional often lacks the necessary self-awareness, can lead to an unsatisfactory helping relationships. As an alternative, in this article, we offer a methodology in which, through the use of narrative, the patient can start to define his or her own meanings and to build a new identity. Also through this methodology, the therapist or health professional can understand the patient better and also can understand him or herself, facilitating a more efficient and satisfactory therapeutic relationship.

Keywords: Inefficient helping relationship, narrative, meanings, self-awareness.

I. Introducción: desencuentros clínicos

Como ya mencionamos en artículos anteriores[1] [2], proponemos que los profesionales de la salud mental y sanitarios construyan una relación terapéutica basada en los significados del paciente a través de la narrativa como metodología principal. Lo que dice el paciente y cómo lo dice necesitan ser el centro de nuestro trabajo y lo que nos mantiene enfocados.

Y necesitamos estar enfocados porque en el ámbito de la salud mental o sanitario, a

menudo, el profesional de psicología, psiquiatría, medicina general, enfermería u otra disciplina, se despista cuando deja a un lado el valor único de la experiencia del paciente a cambio de sistemas mecanicistas de clasificación y de imposición, sistemas que llevan a una relación profesional-paciente en la cual el encuadre y la voz del profesional son lo dominante.

En tal encuadre, los médicos, psicólogos y otros profesionales socio-sanitarios carecen de individualización, humildad y empatía[3], elementos necesarios para ayudar al paciente en

su auto-desarrollo y definición, y para poder enfrentarse a los retos y cambios en su vida. Los encuadres actuales reduccionistas prefieren guiar y “educar” al paciente más que a acompañarle en su auto-escucha para conocerse y definirse.

Los profesionales y los pacientes tienen diferentes creencias y experiencias, y funcionan con códigos diferentes[4]. El paciente necesita que el psicólogo, psiquiatra o médico, reconozca que algo importante, algo de valor, le está ocurriendo, algo que el mismo paciente aún no entiende. Pero al profesional, le falta la manera de ver cuestiones existenciales tales como la identidad, el sufrimiento, la desesperación o el sentido de la vida[2]⁵.

Los servicios de medicina y de salud mental ven a los pacientes como clientes y no les ayuda en sus transiciones vitales. Por ejemplo: la experiencia del duelo se ve, por los profesionales sanitarios como un factor complicado a evitar o por los profesionales de la salud mental, como algo posiblemente patológico a medicar, y no como una experiencia llena de riqueza a explorar y a ayudar a vivir. Más bien, en el encuentro clínico, encontramos que las narrativas del paciente se rompen por la falta de atención y por la interrupción que hace un interlocutor poderoso como es el profesional[6].

Esta separación entre profesional y paciente es debida a que no se reconoce ni se elabora, por parte de los profesionales, el hecho de que éstos aportan una realidad muy diferente que la del paciente al encuentro clínico. Y, al no ser conscientes de esa realidad, esa separación interfiere con poder escuchar y acompañar al paciente.

El miedo a fracasar, a decepcionar, y una gran necesidad de controlar, están en el centro de la manera de ser del profesional. Esto, añadido a las expectativas poco razonables que tienen los profesionales de los pacientes (“ánimese”, “no se

adelante a acontecimientos”, “tenga un actitud más positiva”), crea problemas y conflictos en el profesional y lleva a situaciones de desigualdad y abuso de poder[7]. Al no saber elaborar sus propios conflictos, el profesional no encuentra ese espacio común con el paciente en el que el profesional puede apreciar lo que significan. Ese desencuentro, no sólo hará daño al paciente, también hará daño al profesional.

Ante ese malestar, el profesional construye una pared protectora entre él y el paciente, y la energía del profesional va a reforzar esa construcción que le aleja de la realidad y de los significados del paciente.

Las experiencias de la vida del paciente que acude al psicólogo o al médico, conllevan pérdidas, conflictos, miedo y otros sentimientos tales como la vergüenza y la culpa. ¿Cuánto saben los profesionales de lo que significa todo eso para el paciente?

Para poder acercarse a la voz del mundo[8] que se oye en las palabras del paciente, es necesario por lo menos dos aspectos. Primero, el profesional necesita saber cómo oír los significados que el paciente da a su experiencia a través de su narrativa, un conocimiento que es singular e irrepetible y que no está en conflicto con el conocimiento científico, sino que se complementan[9]. En segundo lugar, el profesional necesita desarrollar sus capacidades para reflexionar y observarse a sí mismo.

2. La necesidad de la narrativa

*Somos los autores de nuestras historias,
vivimos nuestras narrativas.*

Clifford Geertz

La vida no tiene significado independiente de las historias que se cuentan sobre ella, ya que somos seres interpretantes y necesitamos representación simbólica. Como dijo Todorov: “El significado no existe antes de

5 Frankl VE (1979). *El Hombre en Busca de Sentido*. Barcelona: Editorial Herder.



ser articulado y percibido”[10]. La narrativa habla de lo que da sentido, de lo que nos inspira, de lo que es peligroso, por lo que vale la pena arriesgarse. Brevement, la narrativa son palabras que hacen “algo”, y para capturar ese “algo”, hay que contarlo[11], hay que contar la historia de uno a su manera y con sus propias reglas de juego, en ese acto vulnerable que es narrar, un viaje a lo desconocido, lo misterioso, lo mágico.

La narrativa no es “la realidad”, sino un grupo de metáforas para organizar sensaciones a través de las cuales cada uno construye su verdad con elementos subconscientes de su historia a medio escribir[12]. Porque la narrativa construye su propia lógica, dando a los seres humanos un recurso importante para organizar y entender su experiencia[13]. La narrativa hace una mediación entre lo particular y lo general, por eso cada narrativa es única y no hay otra representación igual. Narrar implica motivos, causas y razones, y crea una relación entre los eventos y las historias, produce significado, lo que significa ser uno mismo.

No creemos que una historia pueda ser analizada científicamente, pero sí que la narrativa es un manantial de significados y que el significado principal se da a través de la auto-construcción que da poder y legitimación[14]. La narrativa es para construir el yo, definir y definirse, recobrar las propias definiciones de uno y posicionarse.

La perspectiva narrativa es una construcción social específica que refleja cómo el individuo se ve a sí mismo y al mundo, un acto de escoger las palabras para compartir con el otro, pensamientos, experiencias y sensaciones. Y en el acto de narrar, el yo es un proceso en vez de una sustancia.

La narrativa individual puede romper las metanarrativas, los guiones de la autoridad (sociedad, sistema familiar, instituciones, grupos dominantes, grupos sociales, etc) para que el individuo dé su propio sentido a la vida[15]. Al

oírse y ser oído, la persona tiende a mostrar más sobre la razón por la cual “vale la pena vivir” que sobre “cómo vivir la vida”.

La vida, con sus retos y sus complejidades, se hace más posible de manejar a través de la narrativa, ya que lleva al ser humano de un estado de sentirse incompleto a uno de posicionarse, a poder dar respuestas a la pregunta “¿para qué todo esto?”. El narrar no sólo nos dice algo, también nos hace algo al poder estructurar, a nuestra manera, nuestra historia y oírla.

El tiempo también se transforma gracias a la narrativa, porque al narrar se explora la manera en la que nos movemos a través del tiempo y el tiempo se convierte más humano[16]. Y el futuro y los otros “finales” que baraja el narrador en su historia, tienen la libertad de ser muchos posibles finales.

También la narrativa es relacional porque permite al narrador comunicar lo que es significativo en su vida y contar lo que le importa a los otros[17]. La narrativa une a una persona con la otra y crea relaciones, mediando entre el mundo interno de sentimientos y pensamientos y el mundo exterior. Y el que escucha la narrativa, no sólo entra en relación con el que cuenta su historia, sino que también es transformado. Entonces, el que recibe la narración, ¿debe algo al narrador?

3. La narrativa del paciente: la construcción sostenible del ser

La narrativa podría ser más verdadera que la historia porque va más allá más de la evidencia, y todos sabemos, por nuestra propia experiencia, que hay algo más allá de la evidencia.

E.M.Forster

3.1. El que sufre

El malestar del ser humano no es una serie de síntomas esperando a ser definidos por el psicólogo, psiquiatra o médico, sino un proceso vivien-

te y cambiante. Es una alteración biográfica [18] porque las estructuras sociales y los roles del ser, del dar y del recibir, se alteran cuando surge una crisis emocional o una enfermedad, y el paciente, el que sufre, se ve desterrado de la vida que tenía. La crisis o enfermedad no deja que uno siga viviendo en su mundo familiar dado que todo es cuestionado por el malestar. Ese cuestionamiento es una amenaza al sentido ontológico de la seguridad por la duda que crea sobre el futuro.

Una crisis emocional o enfermedad pueden convertir al que sufre en una persona diferente, al mismo tiempo que, en cierta manera, sigue siendo la misma. Como escribió Paul Valery: "He cambiado como tú, pero de otra manera". Pero su sufrimiento ha tomado un sitio central en su vida, aunque ni su entorno ni los profesionales se den cuenta ni su historial clínico refleje cómo el paciente intenta sobrevivir con su situación. El paciente, que sabe que le pasa algo fuera de lo corriente, no está seguro de cómo verbalizarlo, ni encuentra el espacio ni la persona que dé la bienvenida a sus palabras.

3.2. Construyendo sentido

La narrativa es la forma fenomenológica en la cual el ser humano vive una crisis o enfermedad, por eso es necesario que los profesionales comprendan cómo el paciente se construye a través de la narrativa.

Narrar es interpretar y las experiencias del ser humano sólo pueden ser modificadas en la auto-interpretación. Una crisis emocional o enfermedad exige una reorganización de los significados para poder poner un poco de orden en la interpretación y en el desorden, articulando la interrupción, reconfigurando la identidad social de uno para construir un orden simbólico necesario para la auto-definición y el contacto con los demás.

El narrar ayuda al paciente a encontrar sentido a lo que le está surgiendo, a restaurar su sentido de ser persona y de conexión, a renombrar, a hacer suya esa experiencia.

La crisis emocional o enfermedad tiende a apartar al afectado del mundo de los sanos porque éste vive una realidad diferente y menos valorada que la del mundo del éxito. La narrativa tiene el potencial de devolver al afectado lo que la crisis o enfermedad y el sistema sanitario le quitan: el protagonismo y el control, y le ayuda a integrar lo que le ocurre en el contexto más amplio de la vida [19].

El paciente no cura su cuerpo por la narrativa, aunque sí se acerca a una cuera psico-emocional. Pero puede desarrollar la habilidad de vivir de una manera auténtica con su problema o sin buena salud, ya que al narrar puede traducir el mundo sus malestares al mundo del lenguaje donde hay un movimiento entre orden y desorden, enfermedad y sanación. Y al narrar, el paciente siente motivación para escoger, para moverse y definirse.

Los profesionales de la salud mental o de la medicina crean generalidades ("los deprimidos", "los bipolares", "los diabéticos"), pero el ser profundo del paciente insiste en encontrar significado a su sufrimiento particular. Hasta cierto punto, al articular el desorden que crea una crisis, enfermedad o alteración psicológica, el paciente crea una identidad nueva en esa situación.

La narrativa es necesaria para que el paciente pueda llevar a cabo las difíciles negociaciones que conllevan el malestar emocional o físico y transformar lo que para el sistema sanitario parece corriente (una depresión, una enfermedad crónica) en algo único y particular.

3.3. La recuperación por el significado

Todos los eventos sobre los cuales no tenías control son, finalmente, tuyos para decidir.

John Berger

Una crisis, una alteración psicológica o una enfermedad exige una narrativa continua, un peregrinaje por las palabras para mantener los roles cambiantes de uno mismo y llegar a entender un poco lo que le ocurre. También los



demás, sin la narrativa del que sufre, no tienen la oportunidad de conocer su realidad. La experiencia de una alteración psico-emocional o enfermedad, aleja a la persona de la experiencia conocida de la vida y del resto de la sociedad, pero a partir de que su narrativa es escuchada y su estatus emocional y existencial son reconocidos, puede encontrar significados a su situación.

Este proceso funciona en las dos direcciones: la persona necesita que su narrativa sea escuchada por otros para ser incluido, para recuperar su cuerpo social, y también la comprensión de los otros le ayuda a comprenderse a sí mismo. Becker examinó el proceso de la narrativa en la reorganización del yo en la vida social después de un evento alterante, y encontró que tales reconstrucciones, a menudo, sirven para crear un sentido a la continuidad biográfica[20].

Además, el estar en crisis o enfermo no es un rol valorado en la sociedad. El paciente tiende a ser invisible o si es visto, se le ve como un problema, como alguien inferior por su dependencia y limitaciones. Al dar importancia a su voz, se le ayuda a que reconstruya su identidad que ha sido dañada.

Un malestar psicológico o una enfermedad y todo lo que ésta altera (roles sociales, económicos, afectivos) pone en cuestión temas de poder y de falta de poder del que sufre. La nueva identidad (“menos capaz”) puede llevar a la persona afectada, a través de escucharse y ser escuchado, a cuestionar las relaciones de poder (Rosaldo 1993) y a reconstruir un nuevo yo que se define desafiando a la sociedad.

Los profesionales también, sin necesariamente darse cuenta, ven al paciente, especialmente al crónico, al que no mejora y sigue ahí poniendo en evidencia las limitaciones de los profesionales, como un “paciente problemático”[2]. Ven lo general y no lo particular.

El paciente necesita que el profesional, por medio de su escucha, le ayude a construir su his-

toria, lo cual es muy diferente de una entrevista que tiene como objetivo guiar las palabras del paciente para que el profesional obtenga la información que desea. El paciente necesita poder entrar en la relación con el profesional desde y con su perspectiva única e individual de su experiencia.

El profesional, al escuchar en la narrativa del paciente, los significados más que los hechos, empezará a comprender los significados que el paciente otorga a su sufrimiento y el impacto que tiene en el contexto de su vida. Y más importante: el profesional puede comprender cómo la narrativa puede aclarar aspectos sobre el malestar del que sufre que no son reconocidos de otra manera.

4. El poder de prestar atención

Para poder poner en práctica esta manera de trabajar con los significados del paciente a través de su narrativa, veremos que es necesario: 1. ver al “Otro” y crear una Relación Terapéutica, 2. escuchar los significados en la narrativa del paciente, 3. reflexionar y hacerse preguntas sobre lo que dice el paciente, y 4. escribir sobre la narrativa y analizarla.

4.1. Ver al “otro”

El paciente intenta encontrar las causas de lo que le ha ocurrido y ponerlas en orden a través de la narrativa, pero, sin el reconocimiento y la escucha del profesional, el paciente no es más que una alteración psicológica o enfermedad para la sociedad (“el bipolar”, “el ictus”, “el fatigado”). Ese reconocimiento está en el acto de prestar atención, en la mirada del profesional que comunica al paciente que le importa su situación, que no es indiferente, que ve a ese “Otro”, como decía Levinas[22].

Al prestar atención al mundo del otro, al escuchar y acompañar, el profesional ayuda al paciente a construir su narrativa y a retomar el control que le ha quitado su malestar o su enfermedad. Para eso es necesario ir más allá de lo diagnosticado y mirar lo personal, lo social y el

significado simbólico en la experiencia del paciente[23]. En la narrativa del paciente vemos quién es la persona y no tanto “lo que tiene”.

La escucha atenta del profesional ayuda al paciente a encontrar su historia y a dar sentido a su experiencia si el profesional reconoce que el sufrimiento tiene un gran poder sobre el paciente y que no puede evitar que lo cambie. Al contar su historia y ser comprendido por el que le escucha, será más fácil que el paciente pueda elaborar los nudos que existen sobre los eventos relacionados con sus problemas, malestares y alteraciones y le será más fácil poder organizar su nueva vida.

Desafortunadamente, el profesional, a menudo, cree que este tipo de escucha le quita tiempo del trabajo “importante”, cuando, en realidad, la escucha de la narrativa del paciente ahorra tiempo ya que ayuda al profesional a comprender mejor al paciente, y también da al profesional la satisfacción de sentirse más útil y humano, de ser un testigo empático[24].

Para llevar a cabo una escucha eficaz de la narrativa, el profesional necesita desarrollar competencias narrativas para estar más atento a los pacientes, ser más reflexivo y aumentar la empatía. La formación, elaboración y supervisión sobre la escucha de la narrativa ayudan a que el profesional sea más acertado en interpretar las historias del paciente: sus palabras, silencios, metáforas y alusiones. Con práctica y formación, el profesional puede imaginar mejor lo que vive el paciente y desarrollar la “imaginación clínica” o “imaginación moral”[25] para darse cuenta de los significados que tiene para el paciente su experiencia y captar la dimensión ética.

Los profesionales ahora tienden a querer que el paciente viva su situación y sus auto-cuidados de una cierta manera, y para intentar conseguirlo, presionan a los pacientes amablemente, insistiendo y repitiendo consejos. Pero esta metodología fracasa[26] porque, aparte de que el ser humano no quiere ser dominado, las

expectativas del profesional no encajan con los significados que el paciente da a su experiencia. Por ejemplo, si un paciente, en ese momento es particular, da más importancia a su problema de precariedad laboral que a su alcoholismo, y el profesional no escucha, no oye, no entiende ni respeta los significados de este paciente, el profesional se verá frustrado en sus intentos de que el paciente puede comenzar a hablar desde la adicción. Al no trabajar centrado en los significados del paciente, el profesional pondrá en juego la relación terapéutica y el paciente se sentirá más solo en su proceso.

Porque más que “hacer”, el rol de los profesionales sanitarios es de “estar”, de estar al tanto de las historias del paciente, de estar abiertos a las narrativas con o sin palabras.

Para poder “estar”, el profesional necesita liberarse de estar centrado en sí mismo y enfocar su atención en el otro, mirarle con atención para entrar en su mundo y ayudar a que el paciente construya su historia, en vez de hacerle una entrevista con preguntas guiadas.

Las herramientas básicas que necesita el profesional para intentar ayudar al paciente a que su historia evolucione son las del Pensamiento y la Comunicación Terapéutica[26], que consisten en una comunicación centrada en el paciente con empatía, respeto y reflexión constante inspiradas por Carl Rogers y otros. El primer paso es que el profesional sanitario sepa que la Relación Terapéutica no es una actividad añadida a sus tareas habituales sino que está en el centro de su relación con el paciente, que es el marco a construir y a mantener a lo largo de su trabajo. Ese marco, que tiene como objetivo conectar con el paciente y sostener su experiencia[28] viéndolo, en todo momento, como el protagonista de la relación y de su narración. Y si el profesional presta atención y respeta las capacidades del paciente con empatía, podrá ayudarlo a desarrollar su narrativa.

A través de una Relación Terapéutica reflexiva, el profesional puede darse cuenta de las



implicaciones del lenguaje y de las historias, y que en la narrativa, el paciente muestra, no tanto su yo esencial, sino cómo quiere ser visto. El paciente narrador no sabe a dónde lo lleva la historia porque la forma narrativa implica tener que escoger entre muchos eventos y entre muchas posibilidades de la experiencia y presentarlos en un orden que intencional o inconscientemente comunica significado.

El paciente utiliza elementos conocidos (personajes, emociones, tramas) con los cuales, como todo ser humano, ha construido su percepción del mundo y de su experiencia. Pero tan importante como los elementos es el contar la historia y cómo se cuenta, el proceso y el estilo de la comunicación de la narrativa.

La perspectiva única de la experiencia que comunica el paciente y su manera de hacerlo, lo que dice y lo que deja fuera, están totalmente en manos del consciente y del subconsciente del paciente, y sólo por la narrativa puede aclarar, para sí mismo y para el que lo escucha, los significados y los aspectos sobre su vida que no son reconocidos de otra manera.

4.2. Escuchar al paciente

*La narrativa tiene que ver con experiencias,
no con propuestas.*

RVB Lewis

Para poder ser testigo de la experiencia que el paciente, el profesional necesita escuchar cómo el paciente ve su situación, el significado que otorga a su malestar y a su vida, más que a los hechos en sí.

El tiempo en los servicios sanitario y de salud mental es limitado y a menudo, la escucha no puede llevarse a cabo en un largo rato si no en ratos más cortos. Aunque el tiempo de escucha sea una serie de cortos segmentos, es preferible que el profesional y el paciente estén sentados en un espacio sin interrupciones (descolgar o apagar los teléfonos, cerrar la puerta para que no se abra desde fuera, colgar un car-

tel por fuera de la puerta para que no se moleste, etc.), para intentar comunicar con lenguaje no-verbal al paciente que se es receptivo a su narrativa. También es necesario que el profesional esté dispuesto a oír los significados del paciente, a reflexionar, a apartar de la mente preocupaciones y objetivos personales, y a prestar atención al paciente.

Para que el paciente pueda comenzar o continuar su narrativa, cualquier pregunta abierta, neutra y que no guíe ni juzgue por parte del profesional, le puede ayudar a comenzar. Pero cuanto más corta la pregunta, más protagonismo tendrá el paciente. Muchas veces, una mirada empática y acogedora y un sencillo “¿qué tal?”, “¿qué le trae aquí?” o “cuénteme...” es suficiente para invitar al paciente a hablar. Es importante evitar preguntas guiadas o cuestionarios. Éstos pueden tener utilidad en otro momento para las propias necesidades de la institución, pero no son lo más relevante en este enfoque narrativo. Una corta pregunta que ayude al paciente a construir su narrativa puede ser sobre cómo ve su enfermedad, su situación actual, cómo su situación afecta a su vida, o cualquier otra pregunta que le invite a hablar abiertamente sin dirección precisa.

En los ratos en que el paciente está hablando, el profesional escucha prestando atención a los significados que da el paciente a su situación, a sufrir, a sus síntomas, a sus ideas sobre causalidad de su enfermedad, a la interrupción y reorganización de su vida que ha supuesto su malestar, crisis o enfermedad y a cómo se posiciona ante su propia narrativa.

Es importante escuchar los significados, ya que éstos determinan lo que los seres humanos hacen y lo que creen que son capaces de hacer.

4.3. Reflexionar sobre la narrativa del paciente

A través de la reflexión y de la escritura (en una “historia paralela”[29], en una libreta privada y no en la historia clínica del paciente), el

profesional sanitario puede hacer una reflexión más a fondo sobre la narrativa de algún paciente con el que, por su narrativa, le han surgido interrogantes, confusión o malestar, para intentar entender mejor sus significados. Esta reflexión escrita (o hablada si se da la oportunidad de tener supervisión externa o de hacer un trabajo en equipo constructivo y respetuoso) se basa, hasta cierto punto, en dos de los cuatro modelos de análisis de narrativa oral propuestos por Reissman[30].

Aunque existen varios modelos de análisis de narrativa[31], el Análisis Temático propuesto por Reissman es el más útil para el contexto clínico sanitario, porque se trabaja con los temas que surgen y se repiten en la narrativa del paciente. Por ejemplo, el tema de por qué el paciente piensa que está en esa situación. Las narrativas sobre este tema fueron estudiadas a fondo por Williams[32] en uno de los primeros estudios sobre la narrativa de la enfermedad. Escuchando este tema con pacientes con artritis reumatoide, Williams fue capaz de oír lo que significaba para estos enfermos el asalto sobre su identidad por la enfermedad. Los subtemas que emergían en esas narrativas eran sobre el cuerpo, la enfermedad, la identidad y la sociedad.

Al releer sus propias notas que el profesional ha escrito sobre la narrativa del paciente, con citas literales cuando sea posible, el profesional puede ir viendo y marcando temas que cree ver sobre lo que significa para el paciente su realidad.

La otra metodología de análisis de narrativa que propone Reissman, que es útil en el contexto terapéutico, es el Análisis Interaccional[33], en el cual el énfasis está sobre el proceso del diálogo entre el paciente que habla y el profesional que escucha. Aunque la presencia y el acompañamiento del profesional sanitario debería ser, sobre todo, una actitud de escuchar más que de hablar, su presencia, empatía y apoyo influyen en la narrativa del paciente. Por eso es también importante que, en sus notas

privadas, el profesional anote detalles de la estructura de la narrativa del paciente, sus pausas, interrupciones, enlaces entre temas, gestos, miradas y otros aspectos que pueden resultar de la interacción entre el profesional y el paciente[34].

Para ayudar al médico, psiquiatra, psicólogo o profesional de enfermería a reflexionar mejor sobre la narrativa del paciente y a escuchar sus significados, ofrecemos unas preguntas que el profesional se puede hacer al escuchar al paciente y al leer sus propias notas:

- ¿por qué dice esto ahora?
- ¿cuáles son los temas y momentos significativos en su narrativa?
- ¿qué significa para el paciente contar su historia de esta manera en particular?
- ¿qué temas oigo? ¿qué temas se repiten?
- ¿cuántos momentos en la narrativa son el principio?
- ¿qué es importante para el paciente ahora?
- ¿qué teme?
- ¿qué teme perder? ¿qué perdió y aún no lo verbaliza directamente?
- ¿cómo se posiciona el paciente en el tiempo de esta narrativa? ¿qué momento es el “ahora” para el paciente?
- ¿qué varios significados da el paciente a sus malestares?
- ¿cómo conecta el paciente, en su narrativa, los diferentes hilos de su existencia: rol familiar, dificultades emocionales, salud, enfermedad, auto-identidad, el mundo?
- ¿de qué pérdidas habla y qué significado les da?
- ¿qué cuenta sobre él mismo al contar su historia de esta manera?
- ¿cómo quiere ser visto?
- ¿qué significados y temas se pueden identificar en su comunicación no-verbal?
- ¿qué metáforas se pueden identificar en su narrativa?
- ¿qué cree el paciente que le ha causado su sufrimiento o malestar y qué significa esa causa para él?
- ¿qué significado da al que haya comenzado su crisis o enfermedad cuando lo hizo?



- ¿qué significa para él su relación con el sistema sanitario, psicólogos, psiquiatras, médicos y profesionales de enfermería?
- ¿qué significa para él los tratamientos y planes que le proponen, que ha llevado a cabo y los resultados de tales?
- ¿qué significa para el paciente el tema del futuro?
- ¿qué significado tiene para el paciente sus roles social, familiar, laboral, sexual y otros roles en relación a sus malestares?

Cuando el profesional reflexiona sobre estas preguntas y escribe sobre ellas, puede entender mejor al paciente y crear una relación terapéutica más útil. Así aumentará su eficacia, pues el profesional podrá trabajar con el paciente como éste se ve a sí mismo y no como el profesional cree que es.

Pero lo más importante de este modelo es que al paciente, a partir de construir su narrativa, se le hará consciente lo que la situación significa para él y podrá re-imaginar su vida, encontrar sus propios significados y rehacer su propia identidad para ser más dueño de su vida.

5. Lo que el profesional aporta de sí mismo al encuentro

Como subrayamos al principio de este artículo, los profesionales de la medicina y la psicología, todavía, a menudo, carecen de conocimientos en lo relacional, lo narrativo y en auto-conocimientos. Esto es problemático porque el profesional, al no conocer muy bien ni haber elaborado sus propios sufrimientos, creencias, ni significados, tiene dificultades para entender a los pacientes. También existe el peligro de proyectar sus malestares excesivamente sobre el paciente sin ser consciente. No pretendemos que este modelo remplace un tan necesario proceso terapéutico de auto-conocimiento, elaboración y supervisión, pero sí queremos ayudar en este sentido proponiendo que, en sus notas privadas, el profesional haga una auto-reflexión.

El que escucha trae al encuentro con el paciente, su vida, su consciente y su subconsciente. El efecto de escuchar el sufrimiento del otro hace que el profesional entre en un proceso del cual no hay vuelta atrás. En ese encuentro, el profesional a veces huye parando la expresión de la narrativa del paciente con frases y consejos bien intencionados o con preguntas guiadas. O puede dejar espacio a la narrativa del paciente y enfrentarse a lo desconocido y lo incómodo.

La reflexión sobre la narrativa del paciente necesita ser doble por parte del profesional. Por un lado necesita reflexionar sobre lo dicho por el paciente y sus significados, y por otro es importante que reflexione sobre lo que se le moviliza ante la narrativa del paciente. Esto último es de gran utilidad porque la desesperación, sufrimiento, pena, miedo o rabia del paciente pueden tener un efecto disparador en el que escucha, que remueve su propio sufrimiento, emociones y temas que no han sido previamente elaborados.

Por ejemplo, la sensación de pérdida de control que verbaliza un paciente sobre su malestar emocional puede remover, en el profesional sanitario, rabia ante situaciones lejanas y a menudo alojadas en el subconsciente, situaciones sobre las que no tuvo control y lo llevaron a sufrimientos que no pudo verbalizar entonces y que no ha verbalizado ni elaborado aún. Sin auto-conocimiento y sin querer, este profesional proyectará su rabia sobre el paciente, dañando al paciente y la relación con él.

Para ayudar al profesional en su auto-reflexión, proponemos una serie de preguntas que se puede hacer a sí mismo y sobre las cuales puede escribir en sus notas privadas:

- ¿cómo me afecta la historia del paciente?
- ¿qué temas y momentos de la narrativa del paciente crean incomodidad en mí (ganas de interrumpir, de preguntar, ganas de levantarme, aumento en mi propio movimiento físico)?

- ¿qué emoción o emociones noto en estos temas?
- En mi vida, ¿en qué situaciones he sentido esas emociones?, ¿cuáles son mis primeros recuerdos de esas emociones?, ¿qué historias puedo escribir sobre esos recuerdos?, ¿con quién puedo hablar de estas historias más?
- ¿qué reflexión puedo hacer y qué me puedo decir para no proyectar al paciente lo que me remueve en mí su narrativa?

6. Conclusiones

Los significados del paciente son una fuente de gran riqueza. Para él, el escuchárselos y hacerlos suyos, le ayuda a construir su identidad y a sostener su ser a través de crisis y

malestares emocionales o enfermedades. Para el psicólogo, psiquiatra, médico o profesional de enfermería, el trabajar centrado en la narrativa y los significados del paciente, le da la información más valiosa para poder ser eficaz y trabajar con satisfacción.

Pero aún hay más beneficios al utilizar una metodología basada en los significados del paciente. Al escuchar la voz del que sufre, el profesional puede aprender mucho sobre la vida y, posiblemente, sobre sí mismo. Y tales reflexiones pueden provocar un sentimiento de agradecimiento y de generosidad.

Contacto

Clara Valverde
formacionsalud@hotmail.com
www.equipoaquo.com



BIBLIOGRAFÍA

- [1] Valverde, C. Enfermería centrada en los Significados del Paciente®. Un modelo basado en la narrativa y en la ética del otro. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2008; 17(3). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n3/1578.php> Consultado el 7 de Marzo de 2009.
- [2] Valverde C (2007). Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería. *Norte de Salud Mental*, nº 28, 2007, pag 8-15.
- [3] Torio Duráñez J, García Tirado MC (1997). Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Atención Primaria* 997; 20(1):17-24.
- [4] Macdonald ME, Murray MA (2007). The Appropriateness of *Appropriate*: Smuggling Values into Clinical Practice. *CJNR*, Vol.39, nº4, 58-73.
- [6] Kirmayer LJ (1992). The body's insistence on meaning: Metaphor as presentation and representation in illness experience. *Medical Anthropology Quarterly* 6:323-46.
- [7] Foucault M (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings, 1972-1977*. New York: Pantheon.
- [8] Mishler EG (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, N.J.: Ablex Press.
- [9] Charon R (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York, Oxford University Press.
- [10] Todorov T (1967). *Littérature et Signification*. Paris: Larousse.
- [11] Ricoeur P (1983). *Temps et récit, Tome I*. Paris: Seuil.
- [12] Valverde C (2006). Historias que cuentan: Experiencia de la enfermedad. *Culturas*. La Vanguardia, 28 de junio del 2006.
- [13] Herman D (2002). *Story Logic: Problems and Possibilities of Narrative*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- [14] Kirmayer LJ (1988). Mind and body as metaphors: Hidden values in biomedicine. En D.Gordon (Ed.), *Biomedicine examined*, pag 57-93. Dorrecht: Kluwer Academic.
- [15] Valverde C (2005). ¿Quién está escuchando? La narrativa del paciente, caos y cronicidad. *Aten Primaria*. 2005;36(3):159-161.
- [16] Ricoeur P (1983). *Temps et récit, Tomo I*. Paris: Seuil.
- [17] Husserl, E (1929). *Cartesian Meditations: An Introduction to Phenomenology*. Traducido por Dorion Cairns. The Hague: Martinus Nijhoff.
- [18] Bury M (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*. Vol.4 No.2 Julio 2008.
- [19] Mattingly C, Garro LC (Eds) (2000). *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. Los Angeles: University of California Press.
- [20] Becker, G (1997). *Disrupted lives: How people create meaning in a chaotic world*. Berkeley y Los Angeles: University of California Press.
- [22] Levinas E (1983). *Le temps et l'autre*. Paris: Presses Universitaires de France.
- [23] Henderson A (1988). *An introduction to social psychology*. New York: Oxford University Press.
- [24] Valverde C (2006). El médico y el paciente como exploradores en una geografía de historias emergentes: Hacia un nuevo paradigma clínico para las enfermedades crónicas. *Norte de Salud Mental*, nº25, 2006, pag 77-81.
- [25] Warnock M. (1976). *Imagination*. London: Faber and Faber.
- [26] Valverde C (2007). *Comunicación terapéutica en enfermería*. Madrid: Difusión Avances en Enfermería.
- [28] Levinas E (2000). *Ética e infinito*. Madrid: A. Machado Libros.
- [29] Charon R (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York, Oxford University Press.
- [30] Reissman CK (1993). *Narrative Analysis*. Qualitative Research Methods Series, No. 30. Newbury Park, CA: Sage.
- [31] Mishler EG (1995). Models of Narrative analysis: A typology. *Journal of Narrative and Life History* 5(2):87-123.
- [32] Williams G (1984). The Genesis of Chronic Illness: Narrative Re-construction. *Sociology of Health and Illness* 6(2):175-200.
- [33] Reissman CK (2002). Analysis of personal narratives. *Handbook of Interview Research*, Gubrium J, Holstein J (Eds). Newbury Park, CA: Sage.
- [34] Clark JA, Mishler EG (1992). Attending to patients' stories: Reframing the clinical task. *Sociology of Health and Illness* 14(3), 344-370.

Potencial del Psicoanálisis Multifamiliar. Entrevista a Jorge E. García Badaracco

Iñaki Markez

Psiquiatra. CSM de Basauri

Breve BIOGRAFÍA

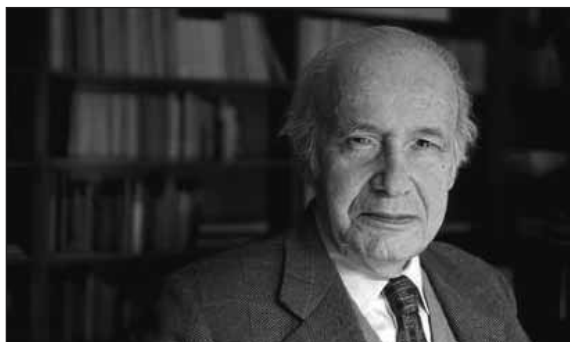
En la Argentina pocos pueden decir que estudiaron con Jacques Lacan, en París, o con los premios Nobel Bernardo Houssay y Federico Leloir, en Buenos Aires. Hoy, a los 85 años, este médico psiquiatra y psicoanalista sigue siendo un referente internacional.

Se graduó como médico en Buenos Aires en 1947. Pronto, en 1950, se trasladó a París para completar su formación psiquiátrica y psicoanalítica, trabajando junto al Profesor Julián de Ajuriaguerra en el hospital de Santa Ana, creando el Servicio de Relajación Corporal.

Fue Assistant Étranger de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (Cátedra de Psiquiatría) en 1953. Entró en contacto con otras personalidades de la psiquiatría y del psicoanálisis de la época como Henry Ey, Hecaen, Nacht, Levobici, Paul Girau, Jean Delay, y otros muchos. Durante esta estancia es aceptado como miembro adherente de la Sociedad Psicoanalítica de París.

En 1957, siendo miembro Asociado de la Sociedad Psicoanalítica de París, regresó a Buenos Aires. Fue profesor de Neuropsiquiatría de la Universidad de Mendoza y en 1958 obtiene por concurso una Jefatura de Servicio en el Hospital Neuropsiquiátrico de Buenos Aires. Ese mismo año, creó la primera residencia

médica en psiquiatría y donde se formaron importantes psiquiatras. Obtuvo el título de Doctor en Medicina en la misma facultad (1961).



Jorge E. García Badaracco, 9 de octubre de 2005.

En 1962, decidió realizar reuniones multitudinarias en su sala del Hospital Borda, con pacientes, familiares, enfermeros y profesionales y después crear en el hospital la primera Comunidad Terapéutica de orientación Psicoanalítica donde el grupo multifamiliar se va convirtiendo en soporte de todo el andamiaje terapéutico. Lo hizo siguiendo los principios de Comunidad Terapéutica de diversos ilustres de la época, en especial por Maxwel Jones, aportando sus peculiaridades basándose en su formación psicoanalítica que le permitió profundizar en la psicopatología individual, prestando atención a la dimensión relacional.

Al año siguiente de la asunción de la Jefatura de Servicio crea la primera Residencia Médica en Psiquiatría. Con esta estructura docente y asistencial va desarrollando sus concepciones sobre la Comunidad Terapéutica de Orientación Psicoanalítica. En esta experiencia, años después, en 1964, crearía el primer Hospital de Día mixto de Buenos Aires para pacientes psiquiátricos, con el fin de proporcionar tratamiento ambulatorio a los pacientes que iban dejando la internación.

En 1968, a raíz de diversos avatares de la vida político-institucional en el Hospital Neuropsiquiátrico, abandona el mismo y funda una clínica privada en la cual desarrolló y profundizó su filosofía asistencial y la dirige durante 25 años (DITEM). Como consecuencia de esta experiencia publicó su libro “La Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar”, y más tarde, desarrollado en su último libro “El Psicoanálisis Multifamiliar” trabajos centrados en el grupo multifamiliar, con aportaciones novedosas en la clínica y en la meta-psicología psicoanalítica, aportes que se inscriben en la línea del pensamiento complejo que permite en un solo abordaje terapéutico trabajar simultáneamente la dimensión individual, familiar y social de la mente.

Durante la década que dura su experiencia hospitalaria desarrolla los cimientos de su ideología terapéutica, en donde el proceso terapéutico ocupa el centro del quehacer asistencial, dando sentido a la integración de recursos terapéuticos.

Fue profesor adjunto de Psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires desde 1972. Entre 1980 y 1984 fue Presidente de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) y en 1991 candidato a la presidencia de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Miembro Fundador de la Sociedad Argentina de Terapia Familiar y vice-presidente de la misma entre 1979 y 1984; Miembro Titular de la Asociación Médica Argen-

tina y de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía; Profesor Adjunto de la Primera Cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

En 1987 es nombrado catedrático de psiquiatría y asume la dirección del Departamento de salud Mental de dicha facultad.

Premio Konex 1986 de Psicoanálisis, y Jurado Premios Konex 1996 de Humanidades. Miembro de Honor de A.P.A.G. en 1995. En junio del 2005, en el Aula Magna de la Academia Nacional de Medicina, recibió el premio Maestro de la Medicina Argentina, la consagración de una trayectoria y el reconocimiento público a la labor de toda una vida.

En la actualidad es Profesor Emérito y continúa su labor asistencial con grupos multifamiliares en los Hospitales Neuropsiquiátricos J.T. Borda y B. Moyano de la Ciudad de Buenos Aires, y en la Asociación Psicoanalítica Argentina. Continúa publicando sus trabajos y desarrolla conferencias en su país y en el extranjero.

Este junio de 2009 es esperado en Bilbao con ocasión de las Jornadas Europeas de Grupo Multifamiliar: la dimensión individual, familiar y social de la mente donde oportunamente se le rinde homenaje(*). Situados con una parte de sus aportaciones en el psicoanálisis y la psiquiatría, entrevistamos al profesor para conocer algunas de sus opiniones.

—De los años de formación neuro-psiquiátrica y psicoanalítica, en París y en Buenos Aires, hasta la actualidad han pasado muchas cosas: el abandono de la investigación neuro-patológica, 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 ¿Cómo ve el estado de salud de la psiquiatría y del discurso psiquiátrico general?

(*) A última hora, no pudo acudir por motivos de salud.



JGB: Es una pregunta difícil de contestar por la complejidad inherente al tema. En forma muy simplificada, veo algunas problemáticas dilemáticas, producto de enfoques parciales que no respetan la complejidad de la naturaleza misma de la enfermedad mental.

Por una parte, el hecho de que el psicoanálisis, que despertó una enorme esperanza, haya encontrado algunos “límites” propios de su método, ha dado lugar a que se haya ido desdibujando su verdadero valor y la potencialidad intrínseca a los descubrimientos originales de Freud y sus seguidores. La tendencia a no poder integrar los diferentes desarrollos dio lugar a la aparición de múltiples escuelas psicoanalíticas y no psicoanalíticas, que compitiendo en la búsqueda de prestigio se esterilizan recíprocamente, perdiendo la oportunidad de aprovechar en una integración superadora la riqueza intrínseca a cada enfoque.

Por otra parte, una fuerte tendencia “cientificista” a clasificar las enfermedades mentales como si fueran “cosas”, perfeccionando el conocimiento de los síntomas, ha dado lugar a que se pierda, al mismo tiempo, el objetivo principal de ayudar a los pacientes a curarse a partir de la ‘virtualidad sana’ de todos los seres humanos, por más enfermos que estén.

Por mi parte, creo haber podido desarrollar un nuevo enfoque y una nueva manera de pensar, que es lo que he llamado el Psicoanálisis Multifamiliar, que es un contexto multitudinario y social, que conducido adecuadamente, se convierte en un “laboratorio” en el que es posible investigar, aprender y curar, al mismo tiempo que ofrece un sinnúmero de oportunidades para resolver las diferencias aparentemente irreconciliables de las escuelas a las que nos referimos antes, e integrar conocimientos y teorías, pudiendo respetar más la complejidad y al mismo tiempo la singularidad inherente a cada ser humano.

—¿Cómo valora el **estado actual del Psicoanálisis**? ¿Cuál es el lugar del psicoanálisis en la clínica actual y en la formación? En Argentina, 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 elevado.



Premios Konex 1986, Diplomas al Mérito: Humanidades y Psicoanálisis. Los ganadores: Emilio Rodríguez (2° por la izda.), Jorge García Badaracco (3° por la izda.), Celes Ernesto Cárcamo, Rafael Mariano Paz, Angel Garma (1° por la derecha)

JGB: Esta pregunta es interesante porque se refiere a una aparente contradicción. Hay menos vocaciones porque, como dije antes, se ha diluido la esperanza que despertó el psicoanálisis en su origen. Pero al mismo tiempo, el grado de productividad de las corrientes psicoanalíticas es elevado porque es la expresión del potencial no desarrollado todavía del psicoanálisis mismo.

En ese sentido, tengo una fuerte convicción de que, entre otras bondades, el Psicoanálisis Multifamiliar recupera el verdadero potencial del psicoanálisis, y al mismo tiempo, la esperanza en su poder curativo.

—Cuando uno reflexiona acerca de la situación de su país, Argentina, con esa imagen de todos psicoanalizados podemos descubrir que en la

actualidad hay muchos dirigentes políticos, sociales, empresariales o profesionales que en algún momento pasaron por el diván, o por la terapia. Pero visto el ir y venir de estas últimas décadas, ¿qué terapia han hecho si no entendieron su responsabilidad social? Y desde el terapeuta, ¿qué responsabilidad tienen los psicoanalistas? O los otros terapeutas...

JGB: Si bien el psicoanálisis bi-personal y las diferentes formas de psicoterapia tienen un gran poder curativo, y en ese sentido contribuyen a que las personas sean mejores personas, no se puede esperar que el pasar por el diván o por la terapia garantice una capacidad superior para asumir una responsabilidad social, que pueda neutralizar las 'tramas patógenas actuales' en la sociedad.

En ese sentido, el Psicoanálisis Multifamiliar podría ser una respuesta idónea para conocer mejor la verdadera naturaleza de lo que acabamos de llamar tramas patógenas, y poder así desarrollar recursos válidos para no quedar incluidos en ellas e impotentizados como ciudadanos.

—Freud descubrió que el sentimiento de culpa no solamente puede ser consciente sino también inconsciente, y puede ser un factor de enfermedad, puede producir angustia y dificultar hacer las cosas adecuadamente. Hoy día, parece como si hubiera personajes públicos que carecen de sentimientos de culpa y pueden hacer daño sin darse cuenta. Es el típico psicópata que aparentemente no tiene culpa de nada. En política o en otras responsabilidades, todo se justifica. ¿Será que no les habrán "sacado" la culpa?

JGB: Coincido con que hoy en día "parece que hay personajes públicos que carecen de sentimientos culpa y hacen daño sin darse cuenta". Los psiquiatras hemos descubierto que el psicópata se "fabrica" en una familia con características psicopáticas, que le ha hecho sentir desde pequeño sentimientos de culpa intolerables, y lo ha obligado a neutralizar y

negar estos sentimientos de culpa, identificándose con los personajes enfermizos y enfermantos de su entorno, que siendo al mismo tiempo culpógenos, produjeron daño sin darse cuenta.

Pero la psicopatía, que tiene un poder patógeno como si fuera "contagiosa", tiene también la capacidad de "dar réditos" que se realimentan permanentemente en el contexto social. Estos fenómenos son muy complejos y no pueden ser abordados por el psicoanálisis: necesitan contextos multitudinarios de respeto recíproco, tales como los Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar, que permitirían desarrollar ciertos recursos nuevos, para poder lograr cambios positivos en la sociedad.

—¿Acaso necesitamos de los héroes de masas, de los mitos, de los ídolos para identificarnos con ellos? ¿Está tan débil nuestra estima social como para llegar a estos estados? No se si es el caso de muchos, muchos argentinos que han de recurrir a estas figuras para sentirse fuertes ¿Esto ocurre siempre?

Parece que necesitamos valores culturales. Ante las crisis económicas, la pobreza, las dificultades educativas, ante las muchas alarmas ¿Por donde caminar? Esos héroes del fútbol levantan el ánimo por un rato pero después... ¿Quién formará la personalidad? ¿Qué papel pueden tener aquí los profesionales de la salud mental? ¿O los psicoanalistas?

JGB: A través de la historia, siempre hubo héroes de masas, mitos e ídolos, con los que la gente se identificó, movida por la necesidad de "llegar a ser" inherente al ser humano. Es evidente que la anomia cultural es un campo de cultivo que incrementa la indefensión y la necesidad de ídolos con los cuales identificarse de manera masiva para "ser" el ídolo y no para "llegar a ser" alguien.

Los profesionales de la salud mental, a partir de los intentos de curar a los enfermos,



hemos descubierto que la tarea más útil es la prevención. En ese sentido, el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar, por ser multitudinario, heterogéneo y abierto, permite desplegar un efecto terapéutico multiplicador en diversas dimensiones de la sociedad y de la mente. Al mismo tiempo que tiene un poder curativo al trabajar con pacientes mentales graves y sus familias, funciona preventivamente como Escuela de la Vida Cotidiana, como Escuela para Padres e Hijos, como Escuela para Maestros, como Escuela Empresarial, etc.

Por el propio diseño del encuadre en que se realiza, el Psicoanálisis Multifamiliar permite abordar las diferentes formas de patología social, como la violencia familiar, la drogadicción, la delincuencia, los diversos problemas de discriminación, etc., que el psicoanálisis individual tiene grandes limitaciones para abordar.

—Mientras las posiciones y divergencias entre psicoanalistas crecen por doquier resulta que Ud., más **pragmático**, te dedicaste durante décadas, invirtiendo tus energías en reflexionar ¿quizá esperando tiempo mejores?

JGB: Creo que se podría decir que reconozco que he sido “pragmático” en cuanto a poder resolver los obstáculos con los que me fui encontrando para desarrollar mi tarea, pero por suerte el descubrir en la década del 60’ la posibilidad de trabajar las problemáticas inherentes al campo de la salud mental en un contexto multitudinario, me dio la oportunidad no sólo para reflexionar sino para investigar y descubrir nuevas maneras de pensar y de trabajar.

—Ahora el fútbol y hace años el tango como identidad. Para elevar el ánimo, de una a otra generación, porque los hijos son el resultado de los padres, ¿no? Bueno y de los maestros de las escuelas, de la televisión, de la sociedad en general... ¿Esto significa que tenemos los hijos, las jóvenes generaciones que nos merecemos, reflejo de la sociedad en su conjunto?

JGB: Para mí se ha hecho cada vez más evidente que la juventud está muy desorientada, en un contexto social que, valorizando exageradamente el desarrollo tecnológico y la obtención de dinero, olvida que el ser humano, por su naturaleza, necesita poder ‘contar con’ “otros” —es decir, los jóvenes ‘contar con’ los mayores—, para desarrollar su sí-mismo verdadero.

Esto se ha ido perdiendo cada vez más en las familias, en las escuelas, en el trabajo y en la sociedad en general, en la cual los gobiernos pierden también, cada vez más, el rol específico de garantizar los derechos humanos, la seguridad, la previsibilidad y, fundamentalmente, el respeto de los unos por los otros.

—Hizo Ud. esfuerzos e intervenciones novedosas para lograr la integración del psicoanálisis individual, grupal y familiar, y toda una vida dedicada al estudio y tratamiento de personas con patologías severas. Ahí, a través del grupo multifamiliar trataste de vencer las resistencias que genera la patología mental, ofreciendo un espacio donde las familias pudieran compartir las ansiedades e incertidumbres que se producen en el proceso terapéutico. ¿Realmente se vieron cumplidos las pretensiones de que el **grupo multifamiliar** fuera un instrumento terapéutico a través del efecto de la socialización del sufrimiento, la universalización de los conflictos, la aceptación de las diferencias y la contribución a la solución de situaciones que en otros contextos resultan enormemente difíciles?

JGB: Es muy común que las pretensiones que tenemos desborden los resultados que obtenemos en la realidad, pero tengo que decir que, para mi sorpresa, en los 50 años que vengo trabajando en el Psicoanálisis Multifamiliar, lo que podemos llamar genéricamente “resultados terapéuticos positivos” son los que me han mantenido interesado y entusiasmado en la tarea. Por otra parte, muchos de los colegas que me han acompañado en todos estos años, han compartido conmigo este entusiasmo.

Nuestra forma de trabajar aporta permanentemente evidencias sobre cambios, resultados, fracasos, factores en juego, etc. Las evidencias que nosotros tenemos son visibles simultáneamente para muchas personas al mismo tiempo. Es por eso que investigar en un contexto social sobre salud y enfermedad mental genera la transformación de ese contexto social en un ‘laboratorio de investigación social’, donde al mismo tiempo se puede capacitar a los profesionales, aportar recursos a los familiares para ayudar al enfermo en la familia, y curar a los pacientes.

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

JGB: Lo que usted dice es así. Lo malo es que esas dos “verdades” que señala se presentan muy a menudo como un tironeo entre dos posiciones “irreconciliables”, que tienen consecuencias muy negativas para los “clientes” del sistema de salud.

El biologicismo no me asusta ni me molesta, siempre que no se utilice para ‘querer tener razón’ como una “postura encerrante”, que puede dejar al paciente y a la familia sin la ayuda que necesitan. El progreso en el conocimiento de los componentes biológicos de la enfermedad mental y el desarrollo concomitante de la psico-farmacología, han sido extraordinarios a partir de la década del 50’. Pero es cada vez más claro que los psico-fármacos por sí mismos no van a poder eliminar nunca las necesidades del ser humano, cuando se encuentra en una condición de sufrimiento psíquico y de indefensión, porque como se dijo antes, la necesidad de un “otro” —sea la madre, el padre,

el maestro, el psicoanalista, el juez— es inherente a la condición humana.

Esto implica una concepción más amplia de lo que es en realidad la enfermedad mental, que permite comprender que los profesionales que están en el campo de la atención primaria se vean obligados a tomar en cuenta las necesidades básicas inherentes a la condición humana, a las que antes nos referimos, para poder ayudar a los pacientes y a los familiares en las dificultades con que viven la vida cotidiana.

Si bien es cierto que podemos llamar a esto “psicologizar la práctica”, en realidad estos profesionales perciben directamente las limitaciones del biologicismo y los daños que en este sentido puede producir, con las mejores intenciones.

“Psicologizar”, entonces, en este caso, no debe transformarse en “ideologizar”, sino en ‘tomar en cuenta la complejidad de la realidad’.

—*¿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?*

JGB: La psiquiatría basada en la evidencia está poniendo cada vez más en evidencia los fracasos de la psiquiatría en cuanto a limitaciones de los resultados terapéuticos, la cantidad de preguntas sin respuesta sobre el por qué de nuestros fracasos, y el enorme gasto realizado en los países más desarrollados sin que se haya presentado todavía un programa basado en nuevas posibilidades reales.

Nuestra forma de trabajar, como dije antes, podría constituir una evidencia sobre la cual construir programas con mejores resultados en la relación costo/beneficio.

Creo que se puede hacer ciencia con las problemáticas que nos enfrentamos, siempre que podamos superar los métodos científicos



clásicos que clasificaron las ciencias en “ciencias duras” y “ciencias blandas”, ampliando nuestra visión de conjunto, desarrollando recursos mentales e instrumentales para poder abordar la hiper-complejidad.

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

Siempre es posible ser ético, es más, hay que serlo, pero no sólo en psiquiatría aunque no siempre eso ocurra. La posición ética desde el psicoanálisis puede estar por encima de las profesiones e implica una posición, un deseo y una decisión en la vida acerca de las dificultades y de la complejidad de las relaciones entre las personas.

JGB: El tema de la ética es fundamental. La ética tiene una dimensión teórica y una dimensión en la práctica. Si bien la ética ha sido tema de la filosofía desde siempre, en el campo de la psiquiatría y de la psicoterapia en general la pérdida del ‘respeto’ por el ser humano ha podido justificarse muy a menudo, en el caso de los llamados “enfermos mentales”, por ciertas características de la relación médico/paciente.

El querer curar al enfermo poniendo el acento en la desaparición de los síntomas, conduce a la pérdida del profundo respeto debido a la ‘virtualidad sana’ del mismo, por más enfermo que esté. Pensar que el enfermo “está loco” permite muy a menudo justificar un maltrato por parte del médico, que puede ponerse en evidencia como tal cuando empezamos a darnos cuenta de que el “maltrato” que muchas veces experimentamos de parte del enfermo, es más bien un ‘reclamo de ayuda desde la indefensión’, que tiende a desaparecer cuando el paciente puede empezar a confiar en su terapeuta.

Cuando los terapeutas comprendamos profundamente esto, estaremos en mejores condiciones para comprender al mismo tiempo las raíces profundas de la discriminación de los enfermos y las dificultades que se presentan en la realidad para modificar las actitudes de la sociedad.



Este aspecto fundamental en la ética de las relaciones entre los seres humanos no se presenta sólo en el campo de los enfermos mentales, sino que tiene una mayor universalidad en la problemática de la niñez; es decir, en el campo de la educación y de la formación de la personalidad en el seno de la familia.

En este terreno, se ha hecho cada vez más evidente la necesidad de proteger a los niños del maltrato de los padres y de los adultos en general, con leyes sobre los derechos humanos

de los niños, sin darnos cuenta suficientemente hasta que punto habría que ayudar a los padres, que muchas veces no están suficientemente preparados para 'respetar' la alteridad del niño y la 'virtualidad sana' inherente a su condición de niño.

Muchas veces el hecho de que un niño "se porte mal" no es una condición inherente del niño en cuestión, sino más bien la consecuencia de que los padres no están "preparados" para gerenciar adecuadamente la problemática del crecimiento psicológico de un niño, que por su naturaleza "pone a prueba" al adulto de una manera muy singular.

—*Cambiemos de temas. 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?*

JGB: El tema de la responsabilidad del "enfermo mental" es muy controversial, por la compleja naturaleza del tema en cuestión. Mi larga experiencia clínica me ha llevado a desarrollar ideas nuevas sobre la forma de pensar la enfermedad mental, que me permiten una manera diferente de enfocar el problema de la responsabilidad.

Teniendo en cuenta que se puede decir que el enfermo mental está siendo 'enfermado por su propia historia', y que esto tiene lugar desde un mundo interno "habitado" por la presencia psicológica de "otros" en la mente del enfermo con un poder enfermante, esta condición mental tiende a hacer del enfermo un ser incapaz de asumir la responsabilidad que se espera de él desde la sociedad.

Sin embargo, la experiencia demuestra constantemente que en la mayoría de los casos podemos ayudar al enfermo si conseguimos ayudar al mismo tiempo a la familia, que desde

el entorno del enfermo, en complicidad con la vulnerabilidad que condicionan en el mundo interno de las "presencias" que describimos antes, sin darse cuenta y "con las mejores intenciones" ejerce muy a menudo ese poder enfermante.

De tal manera, la responsabilidad pública de los llamados pacientes mentales respecto de sus actos no es algo inherente a su condición de enfermo mental, sino que es algo que puede cambiar a través de su proceso terapéutico, de tal manera que su capacidad de ser responsable se va a incrementar en la medida en que habiendo podido ayudarlo verdaderamente, él va a poder ser también verdaderamente más responsable.

Conviene aclarar que algunas formas de la enfermedad mental, tales como las llamadas "personalidades psicopáticas", que son "peligrosas" para la sociedad y que se presentan como "incurables", plantean un problema insoluble en términos de responsabilidad pública.

En realidad, el verdadero problema no es tanto la "responsabilidad" pública, sino la "peligrosidad" pública, que no es lo mismo. Mientras que es muy difícil evaluar la capacidad de responsabilidad pública (por ejemplo, el manejo del dinero) hasta que no esté consolidada una mejoría bien evidente, no es tan difícil evaluar la peligrosidad, que se hace muy manifiesta muchas veces en la reiteración de hechos delictivos, que en el caso de ser violentos son verdaderamente peligrosos.

Muchas veces un juez otorga una libertad condicional porque, siendo garantista de los derechos humanos, considera que la privación de la libertad atenta contra un derecho básico inalienable. Si bien esto no deja de ser cierto, el problema pasa por otro lado: la peligrosidad. Porque lo que no pueden garantizar ciertos enfermos mentales (tales como los psicópatas incurables a los que nos referimos antes) y hacerse responsables en este sentido es que no



van a ser peligrosos para la sociedad. En este sentido, centrando el problema en la peligrosidad, tendremos el derecho a privar de la libertad a un delincuente, sea que lo consideremos enfermo o no (porque todo delincuente es un enfermo mental, si lo pensamos desde una cierta perspectiva), por su peligrosidad, no por la enfermedad mental.

Alrededor de la problemática de la enfermedad mental se puede decir que ésta, para algunos, justifica privar al enfermo de su libertad, porque siendo “enfermo mental” es potencialmente peligroso para sí y/o para terceros. Esta manera de pensar, que es en cierto modo una “verdad” en el imaginario social, no es de ninguna manera sostenible por la experiencia. Y por esa discrepancia entre imaginario social y la manera de pensar que estamos sosteniendo, es que muchos jueces no saben qué hacer, y están desorientados al respecto.

—**Otros temas**, también “comunitarios”, como la cuestión de las drogas (que durante años siguió de cerca), 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 a pesar de que sí comienza a ser frecuente en la clínica cotidiana. ¿No habrá que comenzar a tomar medidas? Quizá prepararse capacitándose los equipos, protocolizar situaciones hoy desconocidas, organizar recursos, etc., sean algo urgente ¿no?

JGB: Como dijimos antes, el Psicoanálisis Multifamiliar provee un modelo asistencial comunitario en salud mental, que por ser multitudinario, heterogéneo y abierto permite desplegar un efecto terapéutico en diversas dimensiones de la sociedad y la mente, y permite abordar las diferentes formas de patología social, como la violencia familiar, la drogadicción, la delincuencia, los diversos problemas de discriminación social, etc., que el psicoanálisis individual y las diferentes formas de psicoterapia

individual tienen grandes limitaciones para abordar.

—*En su biblioteca se dice que hay tantos libros de psiquiatría como de arte. Es una cuestión del disfrute estético o ¿quizá por haber visto su interés terapéutico en las enfermedades mentales severas?*

JGB: Considero que el arte tiene de por sí un poder curativo, que lamentablemente está muy limitado, porque la enfermedad mental, como dije antes, está condicionada por la propia historia de cada ser humano y el poder enfermante de esos ‘otros en nosotros’ que habitan en su mundo interno. Cuando logramos neutralizar esos poderes enfermantes actuantes, y liberar el potencial no desarrollado de la ‘virtualidad sana’ de los enfermos mentales, el arte puede ser un “mundo” en el que el antes “enfermo mental”, ahora puede expresar su creatividad.

—*Y para finalizar, en este actual panorama donde escasean los maestros ¿qué aconsejaría a las generaciones más jóvenes que se acercan al mundo de la salud mental?*

JGB: Estamos desde hace muchos años trabajando con gente joven (muchos de ellos españoles que vienen a Buenos Aires a compartir nuestra experiencia), y pensamos que es la mejor manera de sembrar para las generaciones futuras, para que puedan tener una formación vivencial mucho más esperanzada con respecto a la posibilidad de ayudar a austeros semejantes en el campo de la salud mental.

Junio, 2009.





Evaluación de resultados clínicos (II): Las medidas de la significación clínica o los tamaños del efecto

Ioseba Iraurgi

Deusto-Salud, I+D+i en Psicología Clínica y de la Salud.
Universidad de Deusto. Bilbao

*Si tu experimento necesita estadística,
deberías haber hecho uno mejor.*
Ernest Rutherford

Resumen: Como bien planteaba Glass 'la significación estadística es lo menos interesante de los resultados. Éstos se deberían describir en términos de la magnitud de la medida; no sólo cómo afecta el tratamiento a los sujetos, sino cuánto les afecta'. El término tamaño del efecto (TE), un concepto elaborado por Jacob Cohen, se refiere a la magnitud de una medida de resultado o a la fuerza de una relación entre dos variables. En este artículo se propone una descripción de varios índices del tamaño del efecto agrupados en tres clases o familias: 1) la familia de los índices basados en diferencias (d de Cohen, g de Hedges, delta de Glass y la Diferencia de Riesgos; 2) la familia de las correlaciones; y 3) la familia de las razones (el riesgo relativo y la odds ratio).

Palabras clave: Tamaño del Efecto, Diferencia de Medias Estandarizada, Razón de Riesgos, Precisión del efecto, Significación clínica.

Summary: As good was proposing Glass, 'Statistical significance is the least interesting thing about the results. You should describe the results in terms of measure of magnitude - nor just, does a treatment affect people, but how much does it affect them'. The Effect Size (ES), a concept developed by Jacob Cohen, is generally used to refer to the magnitude of an outcome result or to the strength of the relationship between two variables. In this paper we provide a sampling of ES indices in three general classes: 1) the difference family (Cohen's d, Hedges's g, Glass's Delta and the Risk Difference); 2) the correlation family; and 3) the ratio family (Relative Risk and Odds Ratio).

Keywords: Effect Size, Standardized Mean Difference, Risk Ratio, Effect Precision, Clinic significance.

Siguiendo con el estilo iniciado en la primera entrega de esta serie de artículos metodológicos sobre la evaluación de resultados clínicos, hemos iniciado este artículo con una cita; en este caso del físico-químico británico Ernest Rutherford (1881-1937), considerado el padre de la física nuclear. El propósito no es

minusvalorar la importancia de la estadística, sino redireccionar su sentido y papel dentro del proceso de investigación. La estadística es una herramienta fundamental, siempre y cuando sepamos qué efecto estamos buscando y hayamos seleccionado los elementos de diseño y planificación del experimento necesarios para



establecer las líneas de causalidad que queremos probar. De otro modo, cabría esperar lo que ya Fisher propuso en otra de sus célebres reflexiones: *‘Pedir ayuda a un estadístico una vez que el experimento ya fue realizado puede no ser más que pedirle efectuar una autopsia: posiblemente, lo único que pueda hacer sea decir qué el experimento murió’.*

En la investigación clínica, en el caso concreto de la valoración de la bondad terapéutica de dos modalidades de tratamiento, el propósito fundamental es probar que una de estas modalidades es superior a la otra (en eficacia terapéutica, seguridad, comodidad de uso, reducción de efectos adversos, etc.). Por lo general, comparamos una nueva modalidad con otra ya probada, o utilizada de forma indicada en la práctica habitual, que se toma como tratamiento de comparación o control. Nuestra hipótesis es que la nueva modalidad será mejor que la ya conocida y utilizada de forma estándar; y lo que esperamos conocer es cuánto mejor es ésta, ya que de ello surgirá una nueva indicación o elección terapéutica. De este modo, sabemos qué estamos buscando y, además, en la formulación de nuestro estudio tenemos que anticipar cuánto mejor esperamos que sea la nueva modalidad de tratamiento. La estimación de este cuánto estará más relacionado con el logro de una diferencia clínicamente significativa, que con la obtención de una diferencia estadísticamente significativa. Recordemos lo ya revisado en la entrega anterior (Iraurgi, 2009), un resultado estadísticamente significativo sólo indica que es poco probable que la relación encontrada entre las variables sea debida al azar y, por tanto, esa relación puede ser aceptada como real. No obstante, la significación estadística no proporciona información sobre la fuerza de la relación (tamaño del efecto) o si la relación es reveladora (significación clínica). Por tanto, lo que nos interesa de forma prioritaria es elegir un indicador que nos aproxime a la significación clínica a través de la estimación de la magnitud o tamaño del efecto.

Se entiende por ‘efecto’ la consecuencia que produce una intervención o exposición sobre el evento de interés; también llamado variable de resultado, logro final, o en su acepción anglosajona, ‘outcome’. El efecto puede ser beneficioso (obtención de una diferencia a favor del tratamiento que ponemos a prueba o experimental), perjudicial (las diferencias detectadas son a favor del tratamiento de control o, visto de otro modo, en contra del tratamiento experimental), y también podría ser nulo (no hay diferencias entre ambas modalidades terapéuticas). Esta primera observación es lo que se conoce como ‘dirección del efecto’ que, como hemos dicho, suele venir ya especificada en la hipótesis de estudio. Pero lo que nos interesa con nuestro ensayo, y precisamente para eso lo realizamos, es estimar un valor numérico que de cuenta de la magnitud del efecto, un indicador que permita cuantificar la fuerza de la asociación entre la intervención y la respuesta lograda. Cuanto mayor sea este efecto, cuanto más fuerza exprese la asociación entre variables, cuanto mayor sean las diferencias de resultado obtenidas entre ambas modalidades de tratamiento, entonces, existirá una mayor probabilidad de que ese efecto sea debido a la intervención y, en ese caso, la probabilidad de que dicho efecto sea debido al azar tenderá a ser pequeña; es decir, el valor ‘p’ de significación estadística asociado será inferior a los límites convencionalmente aceptados ($p \leq 0,05$ o inferiores). En definitiva, la significación estadística nos permitirá concluir que el efecto alcanzado no se debe al azar, sino que es producto de la acción de la intervención terapéutica ofrecida; pero realmente será la magnitud del efecto logrado el que nos proporcionará la información necesaria para decidir si los resultados obtenidos alcanzan o no la significación clínica.

En la metodología estadística no existe un indicador único, universal, para poner a prueba la significación clínica, sino varios. Las contribuciones de diversos investigadores han sido proliferas y se ha sugerido clasificarlas en tres tipos o familias de medidas del tamaño del efecto atendien-

do al tipo de relación entre variables observado. A este respecto, existe un conjunto de indicadores que valoran la fuerza de la asociación entre variables y a él pertenecería toda la gama de coeficientes de asociación y/o correlación (*r* de Pearson, r_s de Spearman, coeficiente de determinación, coeficientes tetracóricos, etc.); todos ellos son agrupados bajo la denominación de 'familia *r* del tamaño del efecto'. Otros indicadores estiman la magnitud de la diferencia entre las medias de los efectos obtenidos bajo un tratamiento en comparación con un grupo control, donde la variable de resultado es una medida de tipo continuo; estos indicadores pertenecen a la 'familia *d* del tamaño del efecto', y son característicos de la misma la conocida *d* de Cohen, la Δ (delta) de Glass y la *g* de Hedge. Un tercer tipo de familia son las derivadas de la estimación del riesgo que se obtienen a través de tablas 2x2, al que pertenecen la Odds-Ratio (OR), el Riesgo Relativo (RR), la Reducción Relativa del Riesgo (RRR), la Diferencia de Riesgos (DR) o Riesgo Atribuible, el Número Necesario de pacientes a Tratar (NNT) o el Número Necesario de pacientes a Dañar (NND). Todos estos índices nos ofrecen un indicador del tamaño del efecto observado entre las variables sometidas a examen, pero se hayan afectados de un margen de error, de una determinada precisión de medida, que en definitiva será expresión de su significación estadística. El cálculo de los intervalos de confianza de estos índices nos permitirán tomar decisiones sobre su significación estadística y clínica. En este artículo, se pretende ofrecer una introducción a los índices propuestos, y ofrecer orientaciones que faciliten la interpretación y la comprensión de la significación clínica.

Tamaño del Efecto (TE) y familias de clasificación

El tamaño del efecto (effect size), un concepto elaborado por Jacob Cohen (1962, 1969–88) en su ya clásico texto sobre el análisis del poder estadístico, es generalmente utilizado en la investigación biomédica y del comportamiento para referirse a la magnitud de una medida de resultado o a la fuerza de una

relación entre dos variables, por lo general una independiente y la otra dependiente (Coe, 2002; Carson, 2004).

Una de las ventajas más importantes de los índices del TE —como podremos apreciar un poco más adelante— es que son transformaciones a una escala común, a una escala carente de unidades (las correlaciones, las diferencias estandarizadas, las estimaciones de riesgos, ...), de modo que los resultados de diferentes estudios pueden ser directamente comparables. Esta característica es la que les hace imprescindibles al realizar estudios meta-analíticos (). De hecho, el desarrollo de estos estadísticos ha de ser atribuido sobre todo a los teóricos y expertos de esta técnica (Cohen, Glass, Rosenthal,...), muy útil a la hora de resumir, estructurar y acumular el conocimiento científico obtenido en investigaciones empíricas que utilizan metodología estadística (Rosenthal, 1991; Cooper y Hedge, 1994; Sánchez y Ato, 1989; Sánchez-Meca, Marín-Martínez y Chacón-Moscoso, 2003; González-Ramírez y Botella, 2006).

La elección de las diferentes pruebas estadísticas disponibles está supeditada a las características de las variables que estemos analizando (Iraurgi, 2000) y, aunque para cada una de estas pruebas existe un TE (e incluso varios modos de calcular el TE para una misma prueba), es posible la transformación entre los diferentes tipos. Así, es común en los estudios meta-analíticos que todos los TE diferentes (*d* de Cohen, *f*, *h*, Δ , *q*, *W*, etc) se conviertan, por ejemplo, a coeficientes de correlación *r* de Pearson (Rosenthal, 1991; Marín-Martínez y Sánchez-Meca, 1996; Sánchez-Meca y Marín-Martínez, 2001; González-Ramírez y Botella, 2006).

Familia *r* del tamaño del efecto: el caso de la correlación entre variables

Uno de los coeficientes más conocidos en estadística es la *r* de Pearson, también llamado coeficiente de correlación producto-momen-



to. Se calcula cuando tratamos de establecer el grado de asociación entre dos variables medidas en escala continua o de razón; para variables de intervalo se utiliza el coeficiente de correlación por rangos de Spearman (r_s), existiendo un gran número de coeficientes (el Biseñal-puntual, la Q de Yule, etc.) que varían en función de la combinación de la escala de las variables utilizadas.

En todos los coeficientes de asociación referidos los valores asumibles oscilan entre -1 y $+1$ siendo el valor cero expresión de la ausencia de asociación, y aumentando el grado o magnitud de la asociación entre las variables a medida que se aproximan al valor unidad; el signo positivo o negativo informará sobre el sentido de la asociación. De este modo, un coeficiente de correlación igual a 1 (ó -1) indica que para cada valor de la variable X le corresponde un valor de la variable Y, existiendo, por tanto, una asociación perfecta.

En la Tabla I se presentan las directrices generales para la interpretación de la magnitud del efecto de cinco medidas que se presentarán en este artículo de revisión. Se presentan una serie de valores que expresarían un punto de inflexión a partir del cual se valoraría el TE a través de una clasificación valorativa: efecto pequeño, mediano, grande. Cohen (1988) propuso esta clasificación cualitativa a partir de la revisión de los TE observados comúnmente en la investigación en general, es decir, a partir de los valores más típicos. Por esta razón, algunos autores recomiendan poner en relación los valores propuestos por Cohen en referencia a esta tipicidad. De este modo, los valores de correlación en torno a $0,30$ serían los más típicos en investigación; valores por debajo de ese valor serían valores más pequeños que el típico, y valores por encima de $0,50$ serían valores más grandes que lo típico. Es decir, la decisión sobre la magnitud de un coeficiente de correlación se establece a partir de lo que comúnmente se observa en la investigación del área. En algunos casos, por ejemplo enfermedades de muy baja

prevalencia, puede encontrarse un coeficiente con un valor de $0,20$ y ser considerado muy alto, ya que lo típico en la investigación de esa enfermedad se sitúa en valores de $0,08$. A este respecto, Lipsey (1990) propone que para determinar un tamaño del efecto en la planificación de una investigación es muy útil considerar la distribución de los tamaños del efecto de las investigaciones anteriores similares. Sugiere un procedimiento para sustituir la convención de tamaños del efecto propuesta por Cohen (1988). Si existe un meta-análisis sobre el tema puede utilizarse como tamaño del efecto pequeño la media o mediana de la distribución de puntuaciones de tamaños del efecto que quedan por debajo del percentil 33; como tamaño del efecto medio la media o mediana del 34% central de las puntuaciones de tamaños del efecto; y como tamaño del efecto alto la media o mediana de las magnitudes del efecto que estén por encima del percentil 67.

Otra Forma de estimar el grado de asociación o magnitud del efecto es a partir del coeficiente de determinación R^2 . Este se calcula elevando al cuadrado el coeficiente de correlación y expresa el porcentaje de varianza conjunta entre las variables consideradas. De este modo, una correlación de $0,50$, considerada como más grande que la típica, expresaría un tan solo una varianza común del 25%, o en una relación de causalidad, la variable independiente solo llegaría a predecir un 25% de la variable respuesta. Ahora bien, debemos tener en cuenta que en las ciencias del comportamiento y de la salud las explicaciones posibles son multicausales, de modo que un determinado fenómeno comparte su varianza con gran número de variables. Por todo ello, acogernos a la propuesta de Cohen o, quizá más acertadamente a la de Lipsey, se hace necesario para ordenar y establecer nuestras decisiones.

Familia d del tamaño del efecto: el caso de la diferencia de medias

Mediante esta familia de estimadores se pretende estimar el grado de generalidad

TABLA 1

Interpretación de la fuerza (tamaño) del efecto de los indicadores más usuales.

Interpretación general de la fuerza del efecto	Familia de las correlaciones	Familia de las diferencias	Familia de Estimadores del Riesgo			
	r	d	OR	RR	DR o RAR	NNT
Perfecta	1,00	$\geq 3,5 (\alpha)$	α	α	1,00	1,0
Casi perfecta	0,90	2,50	360,00	19,00	0,90	1,1
Mucho mayor que el típico	0,70	1,20	32,00	5,70	0,70	1,4
Más grande que el típico	0,50	0,80	9,00	3,00	0,50	2,0
Medio o típico	0,30	0,50	3,50	1,90	0,30	3,3
Más pequeño que el típico	0,10	0,20	1,50	1,20	0,10	10
Ausencia de efecto	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	α

r : Correlación de Pearson; d : de Cohen; **OR**: Odds Ratio; **RR**: Riesgo Relativo; **DR**: Diferencia de Riesgos, Riesgo Atribuible o Reducción Absoluta de Riesgo (**RAR**); **NNT**: Número Necesario de pacientes a Tratar

poblacional de un efecto a partir de la diferencia que se observa entre dos medias, bien de un mismo grupo en dos momentos temporales (lo que se conoce como comparación intra-sujetos), bien de dos grupos diferentes en un mismo momento temporal (comparación inter-sujetos), o bien de dos grupos diferentes en dos momentos temporales diferentes (comparación mixta o inter-intra-sujetos). En estos casos la variable independiente está medida en una escala nominal (de tipo binario o dicotómica, admite dos niveles de clasificación: experimental vs control) y la variable dependiente o de respuesta es de tipo continua (escala de razón). El cálculo del TE consiste en restar las medias de ambos grupos y dividir este resultado por una medida de variabilidad, una Desviación Estándar (DE). Los diferentes índices de esta familia del TE se diferencian, precisamente, en qué fórmula de la variabilidad utilicen (Tabla 2), pero todas ellas coinciden en ser una diferencia de medias estandarizada. Por tanto, el TE de la diferencia de medias estandarizadas varia

de menos a más infinito, siendo el valor 0 indicativo de ausencia de efecto (la media de ambos grupos es la misma), de modo que a medida que las diferencias crecen la magnitud del efecto se hace cada vez más grande, si bien en las ciencias del comportamiento rara vez el valor del índice del TE es superior a 1.

Existen diferentes índices del TE incluidas en la familia d (citas); si bien las más características son la Δ (Delta) de Glass, la g de Hedges y la d de Cohen (Tabla 2). En las tres fórmulas el numerador es la diferencia de la media del grupo de tratamiento (M_{Trto}) menos la media del grupo de control (M_{Control}); si la diferencia es positiva indica que el tratamiento supera al control, y si es negativa que la puntuación del tratamiento es inferior al control. Para la Delta de Glass el denominador es la DE del grupo control; para la d de Cohen es la DE conjunta de las varianzas de ambos grupos, que cuando son muy similares equivale a una estimación media de la raíz cuadrada de las varianzas; y

TABLA 2

Índices del tamaño del efecto de la familia de las diferencias de medias y su equivalencia en 'r'

Índices	Algoritmo de Cálculo del Índice	Algoritmo de Cálculo de la Desviación Estándar (denominador)	Tamaño del efecto en términos de correlación (Transformación)
'Δ' de Glass	$\frac{M_{Tto} - M_{Ctrl}}{S_{(Ctrl)}}$	$S_{(Ctrl)} = \sqrt{\frac{\sum (X_{Ctrl} - M_{Ctrl})^2}{n_{Ctrl} - 1}}$	$r = \frac{d}{\sqrt{d^2 + (1/pq)}}$
'd' de Cohen	$\frac{M_{Tto} - M_{Ctrl}}{Sa_{(comb)}}$	$Sa_{(Comb)} = \sqrt{\frac{S_{Tto}^2 + S_{Ctrl}^2}{2}}$	<p>Cuando los grupos experimental y control están formados por el mismo número de sujetos, entonces</p> $r = \frac{d}{\sqrt{d^2 + 4}}$
'g' de Hedges	$\frac{M_{Tto} - M_{Ctrl}}{Sb_{(comb)}}$	$Sb_{(Comb)} = \sqrt{\frac{(n_{Tto} - 1) \cdot S_{Tto}^2 + (n_{Ctrl} - 1) \cdot S_{Ctrl}^2}{n_{Tto} + n_{Ctrl} - 2}}$	$d = \frac{2r}{\sqrt{1 - r^2}}$

<p>M_{Tto} = Media del grupo de Tratamiento o Media post-tratamiento; M_{Ctrl} = Media del grupo de Control o Media pre-tratamiento; S_(Ctrl) = Desviación Estándar del grupo Control; Sa_(Comb) = Desviación Estándar conjunta de ambos grupos o medidas temporales; S_{Tto} = Desviación Estándar del grupo de Tratamiento o post-tratamiento; S_{Ctrl} = Desviación Estándar del grupo de Control o pre-tratamiento; Sb_(Comb) = Media Cuadrática de Error intra-sujetos</p>	<p>'p' = n_{Tto}/N; y 'q' = n_{Ctrl}/N Corresponden a las proporciones de sujetos que pertenecen a los grupos experimental (n_{Tto}) y control (n_{Ctrl}), respectivamente; N = Número total de casos</p>
---	---

para la g de Hedges el denominador es la media cuadrática del error que se obtiene del cálculo de la prueba F de análisis de varianza.

Pongamos un ejemplo. Se ha realizado un estudio con 80 sujetos que se han distribuido al azar en dos grupos de 40. Al grupo experimental o de tratamiento se le ha ofrecido una nueva modalidad terapéutica obteniendo una M_{Tto} = 1,004 y una DE_{Tto} = 0,628; el grupo control, por su parte ha obtenido una M_{Ctrl} = 0,589 y una DE_{Ctrl} = 0,645; la media cuadrática de error ha resultado ser de 0,41, y la prueba F = 8,49 con una probabilidad asociada de p ≤ 0,005. Este resultado se interpreta del modo siguiente: existe una probabilidad de equivocarnos en cinco veces de cada mil si admitimos que existen diferencias entre las puntuaciones alcanzadas por el grupo de tratamiento respecto al control; o dicho de otro modo, podemos aceptar que el grupo de tratamiento tiene un resultado más exitoso que el control siendo esta diferencia (de 0,415) estadísticamente significativas. Pero, ¿es

realmente relevante esta diferencia?. Calculemos el TE:

- a) Δ = (1,004 - 0,589) / 0,645 = 0,66;
- b) d = (1,004 - 0,589) / √[(0,628² + 0,645²) / 2] = 0,65;
- c) g = (1,004 - 0,589) / √0,41 = 0,65.

Prácticamente los tres índices ofrecen el mismo valor del TE, de 0,65. ¿Y esto que significa?. Recordemos unas nociones fundamentales de estadística. Las puntuaciones Z estandarizadas consisten en restar a las puntuaciones de los sujetos (X_i) la media de su grupo de pertenencia (M) y dividir su resultado por la desviación estándar (DE) del grupo, de modo que obtendremos una nueva escala de medida con valores entre menos infinito y más infinito, con media cero (M_Z = 0) y desviación estándar de uno (DE_Z = 1). De este modo, dos variables medidas con distintos rangos de valores y/o unidades de medida podrían ser comparados, ya que las puntuaciones Z carecen de unidades de medida. Por otra parte, entre -1,96 y +1,96 puntuaciones Z se halla el 95% de las puntuaciones observadas en la muestra; a propósito, ¿les suena este valor?, es el que se utili-

za para estimar los intervalos de confianza del 95% [$\text{media} \pm z_{\alpha/2} \times \text{EE} \rightarrow M \pm 1,96 \times (\text{DE}/\sqrt{n})$]. Entre $\pm 1\text{DE}$ se hallan los valores que presentan el 68,26% de los sujetos de la muestra, y por encima de 1DE se localizan los valores del 15,86% de los sujetos de la muestra que presentan las puntuaciones más extremas; o dicho de otro modo, por debajo de 1DE se sitúan las puntuaciones obtenidas por el 84,14% de la muestra. Ahora volvamos sobre la diferencia de medias estandarizada. Al restar la media obtenida por el grupo experimental (GE) y el grupo control (GC), obtendremos la ganancia alcanzada por el GE frente al GC, y al ser dividida por la DE obtendremos una puntuación estandariza-

da con una lectura equivalente a las puntuaciones Z , de modo que si el valor del TE obtenido es de 0,80, por ejemplo, el porcentaje de personas del GC que se situaría por debajo de la media del GE sería de un 79% , es decir, podemos hacer una aproximación a los valores percentiles (columna 2 de la Tabla 3). En el caso de que el TE fuera 0,0 expresaría una falta de efecto (las medias de ambos grupos son iguales), de modo que el porcentaje de casos del GC que se situaría por debajo del GE sería del 50% —exactamente la misma proporción de casos del GE que se situaría por debajo del GC; ambas distribuciones se superponen—.

TABLA 3
Interpretación de la fuerza (tamaño) del efecto de las diferencias de medias (d de Cohen) y su equivalencia en valores de correlación (r).

Tamaño del Efecto	Porcentaje del grupo control que se situaría por debajo de la media del grupo de tratamiento	Probabilidad de que una persona de grupo experimental será superior a una persona de control, si los dos son elegidos al azar	Equivalente en correlación 'r'	R ² - Coeficiente de Determinación (% de varianza explicada)
Bajo	0,0	50,0%	0,0%	0,000
	0,1	54,0%	7,7%	0,050
	0,2	58,0%	14,7%	0,100
Medio	0,3	62,0%	21,3%	0,148
	0,4	66,0%	27,4%	0,196
	0,5	69,0%	33,0%	0,243
	0,6	73,0%	38,2%	0,287
	0,7	76,0%	43,0%	0,330
←Alto	0,8	79,0%	47,4%	0,371
	0,9	82,0%	51,6%	0,410
	1,0	84,0%	55,4%	0,447
	1,1	86,0%	58,9%	0,482
	1,2	88,0%	62,2%	0,514
	1,3	90,0%	65,3%	0,545
	1,4	91,9%	68,1%	0,573
	1,5	93,3%	70,7%	0,600
	1,6	94,5%	73,1%	0,625
	1,8	96,4%	77,4%	0,669
2,0	97,7%	81,1%	0,707	
2,5	99,0%	87,7%	0,781	
3,0	99,9%	92,6%	0,833	

Otro modo de estimación del TE para el caso de la diferencia entre dos medias provenientes de muestras independientes es el caso del índice *CLES* (Common Language Effect Size) propuesto por McGraw y Wong (1992) como una vía más simple de interpretación, ya que se expresa la magnitud de la diferencia en términos de un valor de probabilidad. En concreto, estima la probabilidad de obtener un valor de diferencias entre medias mayor que cero en una distribución normal cuya media es la diferencia observada entre ambas medias. Para su cálculo, y partiendo del ejemplo propuesto más arriba, se aplicaría la fórmula siguiente:

$$Z = \frac{|M_{Tto} - M_{Ctrol}|}{\sqrt{S_{Tto}^2 + S_{Ctrol}^2}} = \frac{|1,004 - 0,589|}{\sqrt{0,628^2 + 0,645^2}} = \frac{0,415}{1,044} = 0,460$$

obteniéndose un valor de Z. Seguidamente, se busca en las tablas de distribución normal tipificada la probabilidad de un valor menor al obtenido, de modo que $p(z < 0,460) = 0,6672$; que se interpretaría del modo siguiente: la probabilidad de obtener una diferencia mayor que cero entre las puntuaciones de ambos grupos es de 0,6672; o, expresado de otro modo, en el 66,72% de las veces un sujeto extraído al azar del GE obtendrá un valor mayor que un sujeto extraído al azar del GC.

En la Tabla 3 se presentan las equivalencias para la interpretación de los distintos valores del TE *d* de Cohen, en valores percentiles (2ª columna), en valores de probabilidad (3ª columna) y se muestran, asimismo, sus equivalencias en valores *r* (4ª y 5ª columna), pudiéndose observar las formulas para la transformación de un índice en otro en la Tabla 2. Siguiendo con el ejemplo propuesto, para una $d=0,66$, le correspondería un valor $r=0,31$ [$r = d/\sqrt{(d^2+4)} = 0,66/\sqrt{(0,66^2+4)}$].

Respecto a la interpretación del TE y su relevancia clínica, y en tanto que el texto que ahora afrontamos trata de aproximarnos al área de la evaluación de resultados clínicos, plantaremos como guía las observaciones rea-

lizadas por Kazdin y Bass (1989) en sus trabajos de revisión de la investigación en psicoterapia. Encontraron que en el caso de la investigación que pone a prueba un tratamiento frente a un placebo o condición de no tratamiento, sería necesario alcanzar una $d \geq 0,80$ para considerar el TE como grande o clínicamente relevante, y una $d \geq 0,50$ en el caso de investigación que pone a prueba un tratamiento experimental frente a otro con efecto activo, es decir, frente a otra modalidad terapéutica que ha mostrado efecto terapéutico.

TABLA 4
Presentación binomial del Tamaño del Efecto

	Éxito	Fracaso
Tratamiento	65,5	34,5
Control	34,5	65,5
Porcentaje de eficacia	+31%	-31%

Presentación binomial del tamaño del efecto

Existen otros modos de estimación del TE para el caso de la diferencia entre dos medias, como es el caso del valor contrapunto (Rosenthal y Rubin, 1994; citado en Valera y Sánchez, 1997), pero en aras a introducir la familia de índices del efecto siguiente nos parece oportuno citar la propuesta de Rosnow y Rosenthal (1996) sobre la ‘presentación binomial del tamaño del efecto’ (*BEST*, en su acepción en inglés: *Binomial Effect Size Display*). Estos autores han elaborado un procedimiento que puede ayudar a tomar una decisión al investigador sobre la utilidad práctica de un tratamiento. Esta forma de considerar la magnitud de un efecto consiste en transponer la correlación entre las variables en juego a una tabla 2x2 que incluya las proporciones de éxito (y de fracaso) del tratamiento. En el ejemplo que venimos utilizando, es posible convertir el TE *d* a un coeficiente *r* de Pearson, y a partir de este último índice confeccionar una tabla de proporciones de éxito y fracaso. Para ello, la conversión de *r* a *BESD* consiste en calcular la razón de éxito

en la condición experimental o de tratamiento de acuerdo con el algoritmo $[0,50+(r/2)]$, y la razón de fracaso del tratamiento según $[0,50-(r/2)]$; en ambos casos se multiplica por cien para obtener porcentajes. Los porcentajes obtenidos se llevarían a una tabla 2×2 donde se clasificaría la respuesta obtenida (éxitos vs fracasos) respecto a la pertenencia a los grupos (tratamiento vs control). Así, volviendo al ejemplo propuesto, puede convertirse el tamaño del efecto a correlación de Pearson como hemos visto en párrafos anteriores: $d = 0,66$ equivale a una $r = 0,31$. Seguidamente calculamos el valor de BESD; $[0,50+(0,31/2) = 0,655$; $0,655 \times 100 = 65,5\%$] y, por tanto, la razón de fracaso del tratamiento será del 34,5% $[(100-65,5)$; o bien: $0,50-(0,31/2) \times 100 = 34,5$]. Llevados estos datos a una tabla de 2×2 (Tabla 4), se obtiene una información apreciable para la consideración de la relevancia clínica o utilidad práctica del tratamiento: el grupo tratado consigue un 31% más de eficacia que el grupo control, o bien, la intervención realizada en el grupo de tratamiento reduce el fracaso en un 31% respecto al grupo control.

Familia de las *Ratio* del tamaño del efecto: el caso de la estimación de riesgos

En el área de investigación biomédica existe todo un desarrollo de técnicas epidemiológicas que se han puesto al servicio de la evaluación terapéutica. Los diseños clásicos (cohorte, diseños de intervención, ensayos clínicos) se basan en la comparación de dos grupos diferenciados en función de la exposición o no a un factor 'causal' en los cuales se valora el desenlace de una determinada respuesta (salud-enfermedad, éxito-fracaso terapéutico, ...) asociada al factor de exposición. La forma usual de trabajar con estas condiciones es a través de tablas 2×2 en las cuales, de forma estándar, se sitúan en las columnas la respuesta o variable dependiente, y en las filas los grupos de comparación o variable independiente. Uno de estos grupos representará la condición experimental o de tratamiento ya que es el que reci-

be la intervención que se espera logre un efecto o respuesta. Por su parte, la respuesta también se expresa de forma dicotómica, siendo una opción la respuesta positiva o buscada (el éxito o mejora terapéutica, por ejemplo) y la otra opción sería indicadora de una respuesta negativa o 'no positiva' (empeoramiento y/o no mejora). La definición de la respuesta positiva y negativa, del éxito o fracaso terapéutico, es una tarea que hay que hacer a priori, con la debida planificación de las condiciones de clasificación y la necesaria justificación teórica y clínica, para lo cual en la mayoría de las ocasiones nos basaremos en la evidencia acumulada. En la Figura 1 se presenta el esquema básico de este tipo de estructuración de tablas 2×2 y los algoritmos necesarios para calcular los índices de riesgo asociados a este tipo de estudios.

Para entender el sustrato a estos índices de riesgo, vamos a permitirnos introducir algunas nociones básicas de epidemiología, que pueden consultarse de forma más extensa en cualquier manual al uso (Armitage y Berry, 1997; Argimon y Jiménez, 2004; Irala, Martínez-González y Seguí-Gómez, 2008), pero que nos permitirán un desarrollo posterior más comprensible.

Una proporción es un cociente cuyo numerador está contenido en el denominador: en una muestra de 150 casos hay 98 hombres, por tanto la muestra tienen una proporción de hombres de 0,653 (98/150); si la proporción se multiplica por cien obtenemos el porcentaje (65,3%). Las proporciones carecen de unidades y su rango oscila entre 0 (0/n) y 1 (n/n). Índices epidemiológicos de este tipo son la prevalencia y la incidencia. En el caso de la prevalencia el denominador es el total de la población o muestra, y el numerador es el número de casos entre la población que presenta una determinada característica o efecto. Por su parte, la incidencia es la proporción de casos o acontecimientos nuevos (por ejemplo, casos que mejoran con un tratamiento), que aparecen en una población o muestra a lo largo de un periodo de tiempo. De este modo, la incidencia mide

la proporción de casos nuevos y, por tanto, requiere que exista un periodo de seguimiento de un grupo de personas en las cuales previamente no presentaban el efecto que se busca medir (en nuestro caso, el éxito terapéutico).

En la epidemiología clásica las medidas de incidencia suelen estar referidas a la probabilidad de que ocurra un determinado efecto adverso o enfermedad, de ahí que también se denominen 'riesgos'.

Figura 1.- Algoritmos de cálculo de las medidas del efecto en tablas 2x2

		Respuesta (VD)			Ensayo de Intervención Cohortes Incidencia
		Respuesta + Éxito Terap. (R+)	Respuesta - Fracaso (R-)	Total	
Grupo (VI)	Tratamiento Intervención (T+) Expuesto	a	b	n ₁	$\frac{a}{n_1}$
	Comparación Control (T-) No expuesto	c	d	n ₂	$\frac{c}{n_2}$
Total		m ₁	m ₂	N	$\frac{m_1}{N}$

Casos y Controles	Proporciones expuestas (Odds)	$\frac{a}{m_1}$	$\frac{b}{m_2}$	← Tipo de Estudios
-------------------	-------------------------------	-----------------	-----------------	--------------------

Estudios de Cohortes y/o Ensayos de Intervención

$I_1 = \frac{a}{n_1}; \quad I_2 = \frac{c}{n_2}$
I: Incidencias

Riesgo - Relativo $\Rightarrow RR = \frac{I_1}{I_2} = \frac{a/n_1}{c/n_2}$

Error - Estándar $\Rightarrow EE_{(lnRR)} = \sqrt{\frac{1}{a} + \frac{1}{c} + \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}$

IC95% $\Rightarrow RR \times e^{[\pm 1,96 \cdot EE_{(lnRR)}]}$

Reducción - Relativa - del - Riesgo $\Rightarrow RAR = (1 - RR) \times 100$

Riesgo - Atribuible $\Rightarrow RD = I_1 - I_2 = \left(\frac{a}{n_1}\right) - \left(\frac{c}{n_2}\right)$

Error - Estándar $\Rightarrow EE_{(RD)} = \sqrt{\frac{I_1 \cdot (1 - I_1)}{n_1} + \frac{I_2 \cdot (1 - I_2)}{n_2}}$

IC95% $\Rightarrow RD \pm 1,96 \times EE_{(RD)}$

Estudios de Casos y Controles

$Odds_1 (R/T+) = \frac{a/m_1}{b/m_2} = \frac{a}{b}$

$Odds_2 (R/T-) = \frac{c/m_1}{d/m_2} = \frac{c}{d}$

Odds - Ratio $\Rightarrow OR = \frac{Odds_1}{Odds_2} = \frac{a/b}{c/d} = \frac{a \cdot d}{b \cdot c}$

Error - Estándar $\Rightarrow EE_{(lnOR)} = \sqrt{\frac{1}{a} + \frac{1}{b} + \frac{1}{c} + \frac{1}{d}}$

IC95% $\Rightarrow OR \times e^{[\pm 1,96 \cdot EE_{(lnOR)}]}$

Número - Necesario - a - Tratar $\Rightarrow NNT = RD^{-1} = \frac{1}{RD}$

Por otra parte, en epidemiología también se utilizan las razones, que son un cociente cuyo numerador no está contenido en el denominador; carece igualmente de unidades y su rango oscila entre 0 (0/n) e infinito (n/0). En el ejemplo previo, la razón de masculinidad (hombre / mujer) en la muestra propuesta es de $98/53=1,85$ que se interpreta diciendo que en la muestra hay un promedio de 1,8 hombres por cada mujer —o bien 18 hombres por cada 10 mujeres; o bien 185 por cada 100—. Una forma característica de razón en epidemiología es la Razón de Riesgos o Riesgo Relativo (RR) que supone la razón entre dos valores de incidencia; para nuestro interés, la incidencia de personas que mejoran en el grupo de tratamiento entre la incidencia de personas que mejoran en el grupo control.

Un caso particular de razón es la denominada en inglés con el término 'Odds', con difícil traducción al castellano, que en ocasiones ha sido interpretada 'ventaja', 'nomio' o 'razón de complementarios', traducciones poco exitosas de modo que se ha venido optando por utilizar de forma generalizada la expresión Odds. La Odds consiste en dividir, en un grupo dado, el número de individuos que presentan una característica de interés por el número de individuos que carecen de ella. Por ejemplo, personas que han mejorado al recibir un tratamiento entre las personas que no han mejorado al recibir el mismo tratamiento. La odds, como tal, ha de ser entendida como una medida de frecuencia, similar a la proporción; pero cuando se establece el cociente entre dos odds obtendremos una Odds Ratio (OR) y en este caso estaremos ante una medida comparativa o de asociación. A diferencia de la probabilidad que es un cociente entre el número de casos favorables entre el número de casos posibles, la OR es una razón entre el número de casos favorables entre el número de casos desfavorables.

Tanto el RR como la OR oscilan entre 0 e infinito, siendo el valor nulo el 1, ya que en ese caso el numerador y el denominador son igua-

les. A medida que se aleja de 1 se incrementa la magnitud del efecto (asociación positiva), de modo que una ratio de 2 indica que hay dos veces más casos en el numerador que en el denominador, una ratio de 3,5 tres veces y media más, y así sucesivamente. Si decrece hacia 0 (asociación negativa) la interpretación es inversa, de modo que una ratio de 0,5 indica que hay dos veces más casos en el denominador que en el numerador ($1/0,5=2$), una ratio de 0,02 indica que hay 5 veces más casos ($1/0,2=5$).

Aplicemos ahora estas nociones a un ejemplo práctico (Tabla 5) y veamos cuáles son los índices del tamaño del efecto basados en riesgos y su interpretación (. Retomando nuestro ejemplo inicial, aunque se proponen datos figurados, tenemos 80 personas que participan en un ensayo clínico que han sido asignadas de forma aleatoria a dos grupos: 40 reciben un tratamiento experimental y 40 reciben un placebo conformando el grupo control. De las 40 personas que han recibido tratamiento, en 32 casos se han evaluado como éxito al finalizar el periodo de estudio, de modo que en este grupo se ha observado una incidencia del 80% de mejora terapéutica ($I_1=32/40=0,8$; $0,8 \times 100=80\%$). Ahora bien, en el grupo control también se han observado 10 casos que han mejorado su respuesta de salud, de modo que la incidencia de mejora terapéutica en este grupo de un 25% ($I_2=10/40=0,25$). Primera observación a tener en cuenta: en todo estudio y en la práctica cotidiana se presentan casos con recuperaciones espontáneas, o mejor dicho, que no se pueden atribuir directamente al efecto de un tratamiento controlado. De este modo, el éxito del tratamiento experimental no es del 80%, ya que en este grupo también cabe la posibilidad de que se hayan producido mejorías espontáneas.

Diferencia de Riesgos (DR). También llamada Riesgo Atribuible (RA) o Reducción Absoluta del Riesgo (RAR). Expresa qué incidencia de éxito es debida a la intervención una

TABLA 5

Indicadores del tamaño del efecto de la familia de riesgos (Tablas 2x2).

Respuesta Grupo	Éxito	Fracaso	Odds / Incidencia	DR o RAR	NNT	RR	ILR	OR
Tto (n ₁ =40)	32	8	O ₁ = 4,00 I ₁ = 0,80	0,55	1,8 ≈ 2	3,20	220%	12,00
Ctrol (n ₂ =40)	10	30	O ₂ = 0,33 I ₂ = 0,25	IC95% 0,36 a 0,74	IC95% 1,3 a 2,8	IC95% 0,21 a 6,19	----	IC95% 8,7 a 15,4

DR o RAR: Diferencia de Riesgos o Reducción Absoluta del Riesgo;
NNT: Número Necesario de pacientes a Tratar;
RR: Riesgo Relativo; **ILR:** Incremento del Logro Relativo; **OR:** Odds Ratio;

vez se controla el efecto de los casos que mejoran de forma espontánea y, por tanto, nos ofrece una medida de la frecuencia de mejoría que podemos ‘atribuir’ al tratamiento. Para su cálculo se resta a la incidencia de éxito terapéutico en el grupo de tratamiento la incidencia de éxito en el grupo control, de modo que en nuestro caso sería: DR = 0,80 - 0,25 = 0,55. Es decir, la frecuencia de éxito terapéutico atribuible al tratamiento probado es del 55%; o dicho de otro modo, de cada 100 personas que fueran tratadas con este tratamiento mejorarían 55. La DR o RAR, varía de -1 a +1 (o de -100% al +100%, dependiendo de cómo queramos expresarla), siendo el 0 expresión de un efecto nulo (las incidencias de éxito se igualan en ambos grupos), los valores negativos expresarían que se han observado más casos con mejoría en el grupo control que en el experimental, y los valores positivos inclinarían la decisión a favor del grupo de tratamiento. Obtener una DR negativa, lo cual iría en contra de nuestras hipótesis, no significa que el resultado no sea relevante; simplemente, dependiendo de la magnitud del efecto, deberemos o bien revisar la ejecución de nuestro estudio, no sea que se hayan producido algunos acontecimientos que hallan hecho variar los resultados, o bien replantearnos nuestra hipótesis, lo cual nos conduciría a tomar una decisión clínica: el tratamiento propuesto no es mejor que el placebo,

por lo tanto, mejor no utilizarlo ya que no añade nada favorable y si pudiera introducir efectos inconvenientes.

Por otro lado, estos índices también están sometidos a cierto grado de error de medida y, por tanto, son susceptibles de ofrecer un nivel de incertidumbre asociado a una significación estadística. No se apuren, que no vamos a calcularlo aquí, aunque cualquier programa estadístico nos lo ofrecerá sin problemas. Pero sí hemos calculado el intervalo de confianza del 95% de la DR (Tabla 5), que en nuestro caso se sitúa entre los valores 0,36 a 0,74. Observamos que el valor 0 no se halla comprendido en dicho intervalo y, por tanto, en ningún punto de dicho recorrido se hace el efecto nulo. Es decir, a falta de una prueba de significación estadística el IC95% nos ofrece información que nos permite decidir que la diferencia encontrada no se debe al azar sino que es producto del tratamiento, y que en el 95% de las ocasiones que realicemos este estudio el éxito terapéutico que lograremos alcanzar se situará entre un 36% y un 74%.

Número Necesario de personas a Tratar (NNT). Introducido por Laupacis, Sackett y Robers (1988), es un índice del TE muy utilizado recientemente. El NNT es un valor o indicador específico para cada tratamiento y des-

cribe la diferencia entre un tratamiento activo y un control (placebo) en lo que se refiere al logro de un resultado clínico concreto. Matemáticamente es el recíproco de la DR ($NNT = 1/DR$), que en nuestro caso es de 1,8 (1/0,55). Un NNT de 1 significa que en cada paciente al que se le da tratamiento se produce un resultado favorable, a la vez que ningún paciente del grupo de comparación (tratamiento control o placebo) tiene este resultado; es decir, todos los casos tratados mejoran, mientras que ninguno de los no tratados logra mejorar. Si bien no se han establecido límites para que un NNT sea reconocido como clínicamente efectivo, se acepta que el NNT es mejor cuanto más bajo sea su valor. Por lo general, el valor NNT se redondea al valor entero más inmediato, en nuestro caso a 2, y esto significa que debemos tratar a dos personas para que una se beneficie adicionalmente comparado con el grupo control. El NNT indica el esfuerzo 'adicional' que se requiere para conseguir un determinado efecto terapéutico, de modo que a medida que aumenta su valor mayor será el esfuerzo a realizar y, por tanto, comprometerá en mayor medida la decisión clínica. Al igual que el resto de índices, el NNT es una estimación sometida a incertidumbre y, por tanto, es conveniente presentarlo con su IC95% asociado (Pita y López-Ullibarri, 1998).

El concepto de NNT también se puede utilizar para valorar riesgos, por ejemplo los efectos adversos que pudiera causar un determinado tratamiento. Es decir, si una determinada intervención produce daños, y podemos calcular la incidencia de estos daños en ambos grupos, entonces podríamos estimar el NND o Número Necesario para Dañar (NNH-Number Necessary to Harm) con el mismo algoritmo que el NNT, es decir, el recíproco de la DR de las incidencias de efectos dañinos en ambos grupos y, en este caso, con un redondeo hacia el valor inmediatamente inferior. En este caso, a mayor NND mejor será la intervención ya que haría falta tratar a mucha gente antes de que apareciera un efecto adverso.

Riesgo Relativo (RR). Como ya ha sido descrito más arriba, se trata de una razón entre dos riesgos, entre dos incidencias acumuladas. Expresa por cuánto se multiplica la probabilidad del efecto, del éxito terapéutico, en personas que reciben el tratamiento en comparación con las que no lo reciben. Para conocer la precisión de las estimaciones aquí también es necesario calcular el IC95%. Como ya se ha planteado, éste nos informa sobre la significación estadística de la estimación del RR, de modo que si el IC incluye el valor de la hipótesis nula, es decir la incidencia de éxito entre los que reciben tratamiento y los que no es la misma y, por tanto, correspondería con el valor unidad (si $I_1=I_2$; entonces $I_1/I_2= 1$), entonces, decimos, no se podrá concluir que el efecto observado es real ya que pudiera ser debido al error aleatorio. En el ejemplo propuesto (Tabla 5), el valor de RR es de 3,20 con IC95% de 0,21 a 6,19. Es decir, la probabilidad de lograr un éxito terapéutico se multiplica por 3,20 entre los que han recibido el tratamiento en comparación con los que han tenido un placebo. También puede plantearse como que el éxito terapéutico es 3,20 veces más frecuente entre las personas sometidas a tratamiento que entre los controles. Como el IC no comprende el valor nulo (la unidad), estos resultados son estadísticamente significativos, es decir, es poco probable que el efecto sea debido al azar y, por tanto, podemos inclinarnos por considerar el tratamiento a favorable.

Reducción del Riesgo Relativo (RRR). Este índice está asociado al RR y pretende describir el TE en términos porcentuales, lo que resulta más cómodo e intuitivo para el clínico no formado en metodología. Para su cálculo basta restar a la unidad el valor RR y multiplicar dicha sustracción por cien $[(1-RR) \times 100]$. Tratándose de evaluación del éxito terapéutico, el resultado que esperamos obtener no se trata tanto de un riesgo (probabilidad de que se produzca un determinado efecto adverso) sino de un logro, por lo tanto, hay que acomodar la fórmula del modo siguiente: $[(RR-1) \times 100]$, y



en este caso hablaríamos de *Incremento del Logro Relativo (ILR)*, si se nos permite la expresión. En nuestro ejemplo, para un $RR = 3,20$, el resultado del ILR sería de 220, es decir, la probabilidad de tener un éxito terapéutico entre los que reciben el tratamiento frente los controles sería de un 220% mayor.

Odds Ratio (OR). Este, junto al RR, son los más clásicos y utilizados de los índices de riesgo. La OR es un índice más comúnmente utilizado en los estudios de Casos y Controles, en los cuales no es posible calcular incidencias y, por tanto, el DR y RR. El diseño de este tipo de estudios parte de la clasificación de los grupos en función de la presencia o no del desenlace y, por tanto, no son adecuados para valorar resultados terapéuticos. No obstante, si es posible calcular los OR en estudios de intervención, y ofrecernos información relevante para la interpretación de los resultados. Como se explicaba al inicio de este apartado, la OR es una razón de odds, y ésta consiste en un cociente entre el número de individuos que presentan una característica de interés y el número de individuos que carecen de ella. Siguiendo nuestro ejemplo (Tabla 5), la odds de éxito en el grupo de tratamiento es de 4 (32/8) y la odds de éxito en el grupo control es de 0,33 (10/30), y dado que la Odds Ratio es la razón de odds, entonces tenemos que $OR = 4/0,33 = 12$. Este resultado se interpreta de la forma siguiente: por cada caso control que ha presentado un éxito terapéutico hay 12 casos tratados experimentalmente que han mejorado. Es decir, el éxito terapéutico ha sido 12 veces más frecuente entre las personas que han recibido tratamiento que entre los que han recibido placebo. Esto nos conduciría a afirmar que probablemente el tratamiento es mejor que el placebo, y de hecho podemos afirmarlo ya que el intervalo de confianza del 95% (8,7 a 15,4) no contiene el valor nulo ($OR = 1$) y, por tanto, el efecto encontrado es estadísticamente significativo.

Como podemos apreciar, el valor de la OR tiende a alejarse del RR, es decir, tiende a

sobreestimarlos; de hecho, la OR es el producto de los RR posibles. Es decir, el RR es de 3,20 (32/10) si se comparan las tasas de éxito, y de 3,75 si se comparan las tasas de fracaso (30/8); y como puede apreciarse $3,20 \times 3,75 = 12$. Por tanto, debido a esta sobreestimación, la OR siempre nos dará valores más protectores ($OR < 1$) o de mayor riesgo ($OR > 1$) que sus correspondientes RR. En consecuencia, la OR puede ser muy engañosa como índice del tamaño del efecto en la valoración de la relevancia clínica (Irala et al, 2004; Lede y Copertari, 2008).

Interpretación de la magnitud del efecto a partir de los Intervalos de Confianza

En la entrega previa de esta serie (Iraurgi, 2009), abordamos en uno de sus apartados el papel de los intervalos de confianza como sustitutos a las pruebas de significación estadística, ya que esta herramienta aporta información sobre la magnitud y la precisión del efecto (Gardner y Altman, 1986; Candia y Caiozzi, 2005).

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. 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 además de utilizarse como estimador de la magnitud y precisión, también es válido como medida de significación estadística.

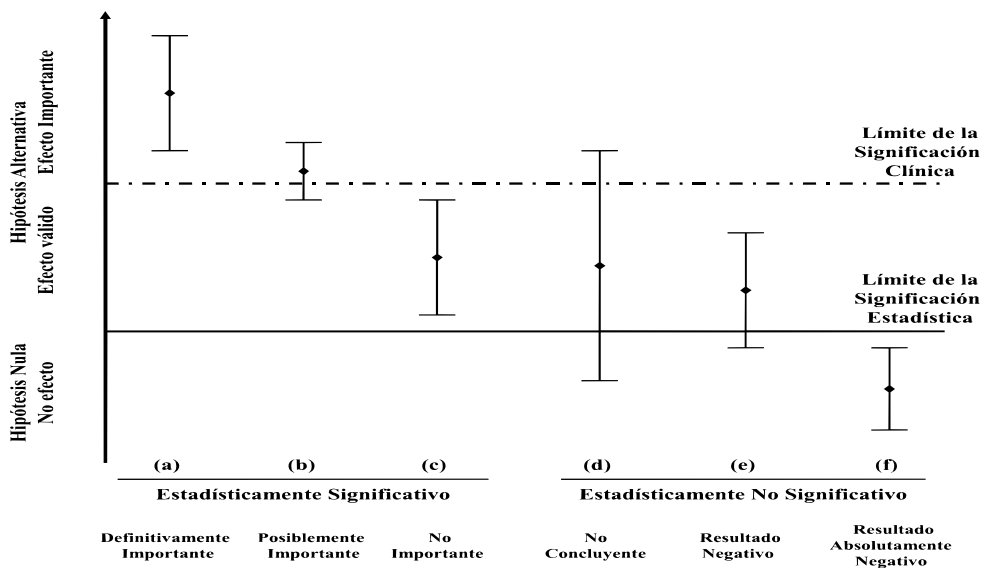
No obstante, a diferencia de los valores 'p', los intervalos de confianza no reducen los resultados a un simple 'blanco o negro', 'estadísticamente significativo o no significativo', sino que nos ofrecen un límite inferior y otro superior entre los cuales se sitúa el verdadero efecto en la población, 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.

En la figura 2, adaptada de una propuesta de Armitage y Berry (1997), se presentan diferentes casos de efectos logrados y sus correspondientes intervalos de confianza. Se han clasificado en función de su posible interpretación en términos de significación estadística e importancia clínica. La figura es suficientemente intuitiva como para entenderla sin entrar en una descripción detallada. Pero quiero hacer notar el caso del ejemplo 'd'. En él observamos un efecto positivo (se halla por encima del límite de efecto nulo, barra horizontal continua) y ambos límites del intervalo de confianza sobrepasan ambas demarcaciones de decisión. Supongamos que el efecto es un RR de 2,20, que su IC95% oscila entre los valores 0,90 a

Figura 2.- Intervalos de Confianza e interpretación de la significación

Los Intervalos de Confianza (IC) muestran seis interpretaciones posibles en términos de significación estadística e importancia clínica:

- (a) El efecto es estadísticamente significativo y lo suficientemente grande para tener con seguridad importancia clínica;
- (b) La diferencia es significativa, pero no está claro si es lo suficientemente grande como para ser clínicamente importante (el límite inferior queda dentro del área de no relevancia clínica);
- (c) La diferencia es significativa, pero demasiado pequeña para ser importante;
- (d) La diferencia no es estadísticamente significativa pero puede ser suficientemente grande para ser importante (el límite superior del IC alcanza valores de significación clínica);
- (e) La diferencia no es significativa ni tampoco lo bastante grande para ser clínicamente importante;
- (f) La diferencia no es significativa ni tampoco lo bastante grande para alcanzar un efecto válido



Adaptado de Armitage y Berry, 1997



4,50, y que el valor de 4,0 es considerado como una puntuación clínicamente relevante. El límite del intervalo inferior se sitúa en un valor inferior al de significación estadística ($0,90 < 1$), lo cual lleva a la decisión de que el efecto logrado (en un mayor número de 5 veces de cada 100) pudiera ser debido al azar, es decir, no alcanza significación estadística. Ahora bien, el límite superior rebasa la zona de significación clínica, es decir, si el estudio se realizase 100 veces, en más de 5 veces de cada cien se presentarían tamaños del efecto superiores a 4, e incluso algunos llegarían a valores de 4,5. Probablemente este estudio no haya alcanzado la significación estadística por carecer de muestra suficiente —recordemos que el tamaño de la muestra repercute en la precisión de medida y esto contribuye a que la significación estadística pueda llegarse a apreciarse (Iraurgi, 2009)—, pero animaría a ser replicado con una planificación y diseño más depurado. Decidir que este estudio no es válido o no aporta información porque no resulta estadísticamente significativo nos llevaría a un gran error, ya que podría tener gran relevancia clínica pero que no ha podido ser apreciada por motivos, quizá, de diseño, de algún sesgo inoportuno, etc. Según el planteamiento de Kirk (1996) en ocasiones, un resultado que en un contraste de hipótesis ha sido ‘no significativo’ puede tener, sin embargo, una significación práctica. Una estimación puntual o un intervalo de confianza (la consideración de la magnitud del efecto, en definitiva) pueden usarse para decidir si los resultados son realmente pobres o, por el contrario, útiles e importantes.

Para concluir

Sin duda alguna, el tema de los indicadores del tamaño del efecto no se agota con lo expuesto en esta revisión. Existen gran número de trabajos y conexiones vía web (consúltense las referencias que aparecen con conexiones http) que permitirán al lector interesado ampliar mucho más sobre esta tema.

Nuestro propósito ha sido ofrecer una serie de índices del tamaño del efecto y abogar por la utilización de éstos y de los intervalos de confianza como herramientas útiles en la toma de decisiones cuando realizamos evaluación terapéutica o investigación en general. Hemos visto como el tamaño del efecto permite una apreciación más aproximada de la verdadera magnitud de los efectos de una intervención, y permite, asimismo, una interpretación más adecuada de los resultados. Por otro lado, y dado el auge que en las últimas décadas está tomando la medicina basada en la evidencia, cada vez se hace más necesario el cálculo y comunicación del TE obtenido en nuestros estudios, lo cual permitirá la integración de resultados mediante técnicas meta-analíticas. De ahí las recomendaciones de los expertos (Wilkinson y APATF, 1999) en que a la hora de informar de nuestros resultados aportemos los datos básicos: número de sujetos, medias, desviaciones estándar, correlaciones, y otros índices del tamaño del efecto.

Cerramos el artículo con las mismas preguntas que nos hacíamos al inicio. Cuando nos interesamos por la evaluación terapéutica, y la investigación en general (Kirk, 2001), tres son las preguntas básicas al examinar: 1) ¿se ha observado un resultado real o puede haber sido producto de casualidad, es decir, debe ser atribuido al azar?; 2) si el resultado es real, es decir, la estadística nos permite concluir que el resultado obtenido sólo se produciría por azar en muy pocas ocasiones (por debajo de 5 de cada cien veces), en ese caso, ¿cómo es de grande ese resultado?, o dicho de otro modo, ¿cuál es el tamaño o magnitud de su efecto?; y 3) ¿el resultado es lo suficientemente grande como para ser importante y útil?, es decir, ¿tiene significación clínica o práctica?. La aproximación a los conceptos para dar respuesta a la primera cuestión fue objeto de desarrollo en la primera entrega de esta serie metodológica (Iraurgi, 2009); la segunda cuestión ha sido abordada en la presente revisión, y dejaremos para el próximo número de la revista NORTE la dilucidación de la tercera. Allí les espero.



Contacto

Ioseba Iraurgi

Deusto-Salud, I+D+i en Psicología Clínica y
de la Salud.Universidad de Deusto.
Avda. Las Universidades. Bilbao
IRAURGI@telefonica.net

BIBLIOGRAFÍA

- Altman DG, Schulz KF, Moher D et al. (2001). The revised CONSORT statement for reporting randomized trials. *Ann Intern Med* 134:663-694.
- 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=k6vB5TQCL&sig=U32SczY0z6CCIRa9zS2CMQJxnb0&hl=es&sa=X&oi=book_result&resnum=9&ct=result#PPPI_M1
- Armitage P, Berry G. (1997). Estadística para la Investigación Biomédica. 3ª Edic. Harcourt Brace.
- Candia R, Caiozzi G. (2005). Intervalos de confianza. *Rev Méd Chile*, 133, 1111-1115. <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n9/art17.pdf>
- Carson C. (2004). The effective use of effect size indices in institutional research. Keene State College. http://www.keene.edu/ir/effect_size.pdf
- Clark ML. (2004). Los valores de P y los intervalos de confianza. *Rev Panam Salud Publica*; 15(5): 293-296.
- Coe R. (2002). It's the effect size, Stupid. What effect size is and why it is important. Paper presented at the Annual Conference of the British Educational Research Association, University of Exeter, England, 12-14 September 2002. <http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/00002182.htm>
- Cohen J. (1962). The statistical power of abnormal social psychological research: A review. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 145-153.
- Cohen J. (1969). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd ed. Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum (2nd Edition, 1988).
- 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.
- Cooper HM, Hedges LV. (1994). *The Handbook of Research Synthesis*. New York: Sage.
- Frias MD, Pascual J, García JF. (2002). La hipótesis nula y la significación práctica. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*; 181-185.
- Gardner MJ, Altman DG. (1986). Confidence intervals rather than P values: estimation rather than hypothesis testing. *British Medical Journal*; 292: 746-750.
- Glass GV, McGaw B, Smith ML. (1981). *Meta-analysis in Social Research*. Beverly Hills: Sage Publications.
- González-Ramírez MT, Botella J. (2006). Comparación entre índices de tamaño del efecto para variables dicotomizadas en Meta-análisis. *Psicología*, 27: 26-293. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16927207&iCveNum=7072>
- Iraurgi I. (2000). Cuestiones metodológicas en la evaluación de programas terapéuticos. *Trastornos Adictivos*, 2, 2, 99-113. http://www.doyma.es/revistas/ct_servlet?_f=7016&articuloId=10017604
- Iraurgi I. (2009). Evaluación de resultados clínicos I: Entre la significación estadística y la relevancia clínica. *NORTE de Salud Mental*, 33, 94-108. http://www.ome-aen.org/NORTE/33/NORTE_33_140_94-108.pdf
- Irala J, Martínez-González MA, Seguí-Gómez M. (2008). Epidemiología aplicada. Barcelona: Ariel.
- Kazdin AE, Bass D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.
- Kirk RE. (1996). Practical significance: A concept whose time has come. *Educational and Psychological Measurement*, 56, 746-759.
- Kraemer HC. (1992). Reporting the size of effects in research studies to facilitate assessment of practical or clinical significance. *Psychoneuroendocrinology* 17:527-536.
- Kraemer HC, Morgan GA, Leech N, Gliner JA, Vaske JJ, Harmon RJ. (2003). Measures of clinical significance. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(12), 1524-1529.
- Laupacis A, Sackett DL, Roberts RS. (1988). An assessment of clinically useful measures of the consequences of treatment. *N Engl J Med*, 318, 1728-1733.
- Lede R, Copertari P. (2008). Indicadores básicos del efecto de las intervenciones médicas. Instituto Argentino de Medicina Basada en las Evidencias. <http://www.iambe.org.ar/Indicadores.pdf>
- Ledesma R, Macbeth G, Cortada N. (2008). Tamaño del efecto: Revisión teórica y aplicaciones con el sistema estadístico Vista. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(3), 425-439. <http://www.scielo.org.co/pdf/rpls/v40n3/v40n3a03.pdf>
- Levy P. (1967). Substantive significance of significant differences between two groups. *Psychological Bulletin*, 67, 37-40.
- Lipsey MO. (1990). *Design Sensitivity: Statistical Power for Experimental Research*. London: Sage.
- Marín-Martínez F, Sánchez-Meca J. (1996). Estimadores del tamaño del efecto en meta-análisis: Un estudio Monte Carlo del sesgo y la eficiencia. [Effect size estimators in meta-analysis: A Monte Carlo study of bias and efficiency.] *Psicología*, 17, 467-482. <http://www.um.es/facpsi/metaanalysis/pdf/7022.pdf>
- Marín-Martínez F, Sánchez-Meca J. (1999). Averaging dependent effect sizes in meta-analysis: A cautionary note about procedures. *Spanish Journal of Psychology*, 2, 32-38. <http://www.um.es/facpsi/metaanalysis/pdf/7040.pdf>
- McGuigan FJ. (1993). *Experimental Psychology: Methods of Research* (6th Ed.). New York: Prentice-Hall.
- McQuay HJ, Moore RA. Using Numerical Results from Systematic Reviews in Clinical Practice. *Ann Intern Med* 1997; 126: 712-720. <http://www.annals.org/cgi/content/full/126/9/712>
- Pita Fernández S, López de Ullibarri Galparsoro I. (1998). Número necesario de pacientes a tratar para reducir un evento. *Cad Aten Primaria*; 96-98. <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/5nnt/5nnt.asp>
- Pita-Fernández S, Pértiga S. (2001). Significación estadística y relevancia clínica. *Cad Aten Primaria*, 8: 191-195. Accesible en: www.fisterra.com/ Accesible en: <http://www.svpd.org/mbe/nnt.pdf>
- Primo J. (2003). Índices de eficacia de un tratamiento. NNT (II/III). *Enfermedad Infecciosa e Intestinal* al día - Vol. 2 - N.º 3 -62-66. <http://www.svpd.org/mbe/nnt.pdf>
- Quezada C. (2007). Potencia estadística, sensibilidad y tamaño del efecto: ¿un nuevo canon para la investigación?. *Onomazein* 16(2): 159-170. <http://onomazein.net/16/potencia.pdf>
- Rosenthal R. (1991). *Meta-analytic Procedures for Social Research* (rev. ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Rosenthal R, Rubin DB. (1982). A simple, general purpose display of magnitude of experimental effect. *Journal of Educational Psychology*, 74, 166-169.
- Rosnow RL, Rosenthal R. (1989). Statistical procedures and the justification of knowledge in psychological science. *American Psychologist*, 44, 1276-1284.
- Rosnow RL, Rosenthal R. (1996). Computing contrasts, effect sizes, and counter-nulls on other people's published data: General procedures for research consumers. *Psychological Methods*, 1, 331-340.
- Sánchez-Meca J, Ato M. (1989). Meta-análisis: Una alternativa metodológica a las revisiones tradicionales de la investigación. En J Arnau y H Carpintero (Coords.), *Tratado de Psicología General*, Vol. 1 (pp. 617-669). Madrid: Alhambra.
- Sánchez-Meca J, Marín-Martínez F. (2001). Meta-analysis of 2x2 tables: Estimating a common risk difference. *Educational and Psychological Measurement*, 61, 249-276. <http://www.um.es/facpsi/metaanalysis/pdf/7060.pdf>
- Sánchez-Meca J, Marín-Martínez F. (2008). Confidence intervals for the overall effects size in random-effects meta-analysis. *Psychological Methods*, 13, 31-48. <http://www.um.es/facpsi/metaanalysis/pdf/5014.pdf>
- Sánchez-Meca J, Marín-Martínez F, Chacón-Moscoso S. (2003). Effects size indices for dichotomized outcomes in meta-analysis. *Psychological Methods*, 8, 448-467. <http://www.um.es/facpsi/metaanalysis/pdf/7078.pdf>
- Wilkinson L, American Psychological Association Task Force on Statistical Inference (1999). Statistical methods in psychology journals. Guidelines and explanations. *Am Psychol*, 54, 594-604.

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (VI) Trastornos del Estado de Ánimo

Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz

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

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

20 mayo 2009

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO -TEA-

PREGUNTA 48:

El concepto depresión doble hace referencia a:

- a) Trastorno Bipolar subtipo I asociado a depresión post-parto.
- b) Distimia asociada a depresión mayor.
- c) Depresión post-esquizofrénica comórbida con ciclotimia.
- d) Trastorno depresivo mayor recidivante y además recurrente.
- e) Neurosis depresiva premórbida a la distimia.

PREGUNTA 49:

El trastorno distímico normalmente hace su aparición:

- a) Después de sufrir un grave y puntual acontecimiento personal.
- b) Después de sufrir diversos y menos graves acontecimientos personales.
- c) Cuando la puntuación total de la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe supera los 300 puntos durante un período superior al año.
- d) En la infancia-adolescencia.
- e) En la década de los 30-40 años de edad.



PREGUNTA 50:

Según la CIE–10 cuál de los siguientes NO es un síntoma de distimia:

- a) Desesperanza.
- b) Pesimismo.
- c) Llanto frecuente.
- d) Anorexia.
- e) Anorexia.

Ciclotimia

PREGUNTA 51:

El término ciclotimia fue utilizado por primera vez en 1877 por:

- a) Hecher.
- b) Kahlbaum.
- c) Kraepelin.
- d) Schneider.
- e) Akiskal.

PREGUNTA 52:

Sobre la epidemiología de la ciclotimia señale aquella afirmación que sea Falsa:

- a) En la población general la prevalencia vital es del 5% y la proporción hombre–mujer es de 1 a 3.
- b) De un 50 a 75% de los pacientes inician el trastorno entre los 15–25 años.
- c) Un 20% de los pacientes ingresados con trastorno límite de la personalidad, presentan a la vez trastorno ciclotímico.
- d) Un 5–10% de los pacientes ciclotímicos presentan dependencia de sustancias.
- e) Un 33% de los pacientes ciclotímicos evolucionan hacia un trastorno afectivo mayor.

PREGUNTA 53:

Los criterios diagnósticos de la ciclotimia vienen descritos en el apartado 301.13 de la clasificación DSM–IV–R y en la F34.0 de la CIE–10. Señale de las siguientes la afirmación que sea VERDADERA con respecto a los criterios de ambas clasificaciones:

- a) Coinciden todos los criterios en ambas clasificaciones.
- b) Mientras en el DSM–IV–R la presencia de síntomas debe durar 2 años en la CIE–10 solo es necesario 1 año.



- c) En el DSM-IV-R no puede diagnosticarse concomitantemente un trastorno bipolar I y en la CIE-10 si.
- d) En la CIE-10 se incluye una lista de síntomas y el DSM-IV-R no.
- e) Ningún criterio de ambas clasificaciones coincide.

Otros trastornos del estado de ánimo

PREGUNTA 54:

¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto al trastorno disfórico premenstrual es falsa?

- a) Se produce durante la fase folicular.
- b) Se desconoce la causa de este trastorno.
- c) Los síntomas suelen remitir antes del final del sangrado.
- d) Los síntomas somáticos más frecuentes son cefalea, mastalgia y edemas.
- e) Hay un periodo asintomático de no menos de una semana entre cada ciclo menstrual.

PREGUNTA 55:

Según el DSM-IV-TR, el trastorno depresivo breve recurrente se caracteriza por múltiples episodios de síntomas depresivos que, excepto por su breve duración, cumple los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor. Estos episodios deben tener una duración inferior a:

- a) un día.
- b) una semana.
- c) dos semanas.
- d) un mes.
- e) un año.

PREGUNTA 56:

¿Cuál de los siguientes fármacos, empleado en el tratamiento de la hepatitis C, produce con frecuencia depresión?

- a) Interferon alfa.
- b) Interferon beta.
- c) Aciclovir.
- d) Ganciclovir.
- e) Interleucina 2.

RESPUESTAS-COMENTARIOS con BIBLIOGRAFIA

Pregunta 48, Respuesta correcta: B

Comentario: Se estima que hasta el 40% de los pacientes con *trastorno depresivo mayor* cumplen los criterios de *trastorno distímico*, una combinación que a menudo se denomina **depresión doble**. Los datos existentes apoyan la conclusión de que los pacientes con depresión doble tienen un peor pronóstico que los pacientes con un trastorno depresivo mayor exclusivamente. El tratamiento de los pacientes con *depresión doble* debe dirigirse a ambos trastornos, porque la resolución de los síntomas del episodio depresivo mayor aún deja un deterioro psiquiátrico significativo a estos pacientes.

Bibliografía:

- Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock editores. *Trastornos del Estado de Animo*. 10ª Edición. Pag 564. Wolters Kluwer-Lippincot Williams & Wilkins. 2009.

Pregunta 49, Respuesta correcta: D

Comentario: El término *distimia*, que significa “humor enfermo”, fue introducido en 1980. Antes de ese momento la mayoría de los pacientes que ahora se clasifican como trastorno distímico fueron clasificados antes de neurosis depresiva (también denominada *depresión neurótica*).

El trastorno distímico se distingue del *trastorno depresivo mayor* por el hecho de que los pacientes se quejan de que siempre han estado deprimidos. No obstante los casos son de inicio más precoz, comienzan en la infancia o adolescencia, y ciertamente ya está presente cuando los pacientes llegan a los 20 años de edad. Se ha identificado un subtipo de inicio tardío, mucho menos prevalente y no bien definido clínicamente, en poblaciones de mediana edad y geriátricas, principalmente a través de los estudios epidemiológicos comunitarios.

Bibliografía:

- Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock editores. *Trastornos del Estado de Animo*. 10ª Edición. Pag 562. Wolters Kluwer-Lippincot Williams & Wilkins. 2009.

Pregunta 50, Respuesta correcta: D

Comentario: La CIE-10 incluye la anorexia entre los síntomas de trastorno depresivo mayor, pero no de distimia.

Bibliografía:

- Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock editores. *Trastornos del Estado de Animo*. 10ª Edición. Pag 563. Wolters Kluwer-Lippincot Williams & Wilkins. 2009.

Pregunta 51, Respuesta correcta: A

Comentario: El término *ciclotimia* fue utilizado por primera vez en 1877 por **Hecker**, discípulo de Kahlbaum. Ambos lo utilizaron para designar un trastorno caracterizado por episodios periódicos de depresión y exaltación, agrupándola con la distimia y la hipertimia, como “trastornos mentales parciales con evolución no degenerativa”.

Kahlbaum se refería al tipo mas leve de trastorno bipolar, una definición también aceptada por Kraepelin y otros autores. Sin embargo Kurt Schneider utilizo el término *ciclotimia* como sinónimo de enfermedad maníaco-depresiva.

El concepto de *espectro bipolar*, fruto especialmente de la acertada observación clínica de Akiskal, hace referencia al grupo de trastornos clínicamente relacionados con el trastorno bipolar, desde un punto de vista dimensional de *continuum*.

Un concepto acuñado recientemente por **Colom** es el de la *polaridad dominante*, en el sentido de la predominancia del polo maníaco o depresivo a lo largo del curso de la enfermedad.

Bibliografía:

- Goikolea JM, Colom F, Franco C: Subtipos clínicos del trastorno bipolar en Esquizofrenia y trastornos Afectivos. Avances en el diag-



nóstico y la terapéutica. Editorial Panamericana pag 178–80. Madrid 2007.

Pregunta 52, Respuesta correcta: A

Comentario: En la población general la prevalencia-vida del trastorno se ha estimado en un 1%. Entre un 3–10% de los pacientes psiquiátricos tratados ambulatoriamente pueden presentar un trastorno ciclotímico.

La proporción hombre–mujer en el trastorno ciclotímico es aproximadamente de 3 a 2, y de un 50–75% de los pacientes han iniciado el trastorno entre los 15 y los 25 años. Algunos pacientes se caracterizan por haber sido especialmente sensibles, hiperactivos o con un estado de ánimo muy variable en la infancia. La aparición de los síntomas durante la adolescencia puede dificultar el rendimiento escolar y el establecimiento de amistades con compañeros. El inicio de los síntomas se produce generalmente de forma insidiosa.

Se ha estimado que un 10% de pacientes ambulatorios y un 20% de pacientes ingresados por un trastorno límite de personalidad presentaban a la vez un trastorno ciclotímico.

El abuso de alcohol y otras sustancias es frecuente en los pacientes ciclotímicos, que utilizan estas sustancias para automedicarse. Entre un 5–10% de los pacientes ciclotímicos presentan dependencia de sustancias.

Las personas que presentan este trastorno suelen tener antecedentes de múltiples cambios de residencia, son diletantes (conocedor o aficionado a las artes, especialmente a la música) y participan en diferentes cultos religiosos. Un tercio de los pacientes ciclotímicos evoluciona hacia un trastorno afectivo mayor, la mayoría de las veces a un trastorno bipolar II.

Bibliografía:

- Trastornos del Estado de Ánimo, en Sinopsis de Psiquiatría de Kaplan HI, Sadok BJ. 8º edición. pag 653–6. Madrid 1999.

Pregunta 53, Respuesta correcta: D

Comentario: A Diferencia del DSM IV–R, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la

ICD–10 contienen una lista de síntomas que deben presentarse durante los periodos de estado de ánimo depresivo e hipomanía.

Así el criterio C reza: “por lo menos en algunos de los periodos de depresión debe haberse presentado 3 o más de los siguientes”:

1. Disminución de la energía o de la actividad.
2. Insomnio.
3. Pérdida de la confianza en si mismo o sentimientos de inferioridad.
4. Dificultades de concentración.
5. Aislamiento social.
6. Pérdida de interés o satisfacción por el sexo y otras actividades placenteras.
7. Disminución de la locuacidad.
8. Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado.

Y el criterio D: Por lo menos en algunos de los periodos de elevación del estado de ánimo debe haberse presentado 3 o más de los siguientes:

1. Aumento de la energía o de la actividad.
2. Disminución de las necesidades de sueño.
3. Autoestima exagerada.
4. Pensamiento agudizado o excepcionalmente creativo.
5. Mayor sociabilidad de lo normal.
6. Aumento de la locuacidad o del ingenio.
7. Optimismo desmesurado o exageración de los logros del pasado.

Tanto en la CIE–10 como en el DSM IV–R el criterio de tiempo es de 2 años que implica periodos de depresión e hipomanía.

Por otra parte en el DSM IV–R se especifica que después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico, puede haber episodios maníacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico, en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el bipolar I. O pueden presentarse episodios depresivos mayores en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos igualmente, trastorno ciclotímico y bipolar II.

Bibliografía:

- Clasificación de los trastornos mentales y de Comportamiento con glosario y criterios de investigación CIE–10: CDI–10. Guía de bolsi-

llo de la clasificación CIE 10. F30–F39 Trastornos del humor. Pag 89–108. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2000.
DSM–IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. Pag 445–448. Editorial Masson. Barcelona 2002.

Pregunta 54, Respuesta correcta: A

Comentario: El *trastorno disfórico premenstrual* un trastorno propio de la fase luteínica, que corresponde al periodo entre la ovulación y el inicio de la menstruación. Aún es motivo de controversia si el síndrome justifica un diagnóstico oficial. El DSM–IV–TR incluye, en un apéndice, los criterios diagnósticos sugeridos para el trastorno disfórico premenstrual a fin de ayudar a investigadores y clínicos a evaluar la validez del diagnóstico. Los síntomas somáticos más frecuentes son cefalea, mastalgia y edemas. También son característicos los síntomas del estado de ánimo y cognitivos, como labilidad anímica, irritabilidad, fatiga, pérdida de interés y dificultades de concentración, y los síntomas comportamentales como cambios del apetito y de patrones del sueño. Los síntomas suelen remitir antes del final del sangrado. Hay un periodo asintomático de no menos de una semana entre cada ciclo menstrual.

Bibliografía:

- Sadock BJ, Sadock VA. *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica. 9ª Edición.* Título original: Kaplan & Sadock's *Synopsis of Psychiatry—Ninth Edition.* Waverly Hispanica SA, Barcelona, 2004, pág 581.

Pregunta 55, Respuesta correcta: C

Comentario: El *trastorno depresivo breve recurrente* se caracteriza por múltiples episodios, de menos de dos semanas de duración, de síntomas depresivos, que excepto por su breve duración, cumple los criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor. Es relativamente común y se asocia con morbilidad significativa. Este trastorno comparte con el trastorno depresivo mayor varias anormalidades biológicas, y además hay una gran similitud entre los

antecedentes familiares de ambos trastornos. La vida de los sujetos con este trastorno puede parecer más alterada y caótica que la de aquellos con trastorno depresivo mayor. No se conoce bien la evolución ni el pronóstico de esta entidad.

Bibliografía:

- Sadock BJ, Sadock VA. *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica. 9ª Edición.* Título original: Kaplan & Sadock's *Synopsis of Psychiatry—Ninth Edition.* Waverly Hispanica SA, Barcelona, 2004, pág 579–581.

Pregunta 56, Respuesta correcta: A

Comentario: El empleo de **interferon alfa** en el tratamiento de la hepatitis C ha sido asociado a diferentes manifestaciones psiquiátricas, como, depresión, manía, psicosis, delirium, acatisia, irritabilidad, agitación y paranoia. El tratamiento con interferon tiene importantes efectos adversos como astenia —que es casi universal— síntomas neurológicos y cognoscitivos habituales y depresión. Las ideas suicidas son frecuentes y a menudo motivan la suspensión del tratamiento. Según un estudio hasta 1/3 de los pacientes en tratamiento cumple criterios de depresión mayor. Al parecer la aparición de estos secundarismos no está relacionada con la dosis. *Los antidepresivos, más a menudo los ISRS, son útiles para tratar el trastorno depresivo durante el tratamiento con interferon alfa.*

En el tratamiento de la esclerosis múltiple se emplea en ocasiones el **interferon beta**, pero aunque en un principio se consideró causante de depresión en el 40% de los pacientes, en un reciente estudio prospectivo, el índice de depresión incluso se redujo tras el tratamiento con interferon beta.

Bibliografía:

- Levenson JL *Tratado de Medicina Psicosomática.* Versión española de la obra *Textbook of Psychosomatic Medicine.* Grupo Ars XXI de comunicación, SL Barcelona, 2006, págs 203, 204, 484, 604, 730.



Terapia cognitivo-conductual en la Enfermedad de Crohn

Leire Varona, Eva Collado

Diplomadas en enfermería, Hospital Psiquiátrico de Zamudio

Aitziber Pinillos

Diplomada en enfermería, Hospital de Basurto

Resumen: El presente trabajo sobre la enfermedad de Crohn tiene por finalidad permitir conocer esta patología desde otra esfera diferente desde la cual normalmente se aborda. Por ello, en lugar de centrarnos en cuestiones meramente orgánicas, se ha querido dar un enfoque de abordaje terapéutico atendiendo a la afectación a nivel personal desde un punto de vista psicopatológico. Como bien se conoce, esta enfermedad produce un gran abanico de sintomatología que poco a poco merma psicológicamente al sujeto produciendo una incapacidad para adaptarse a las situaciones cotidianas de la vida.

Así bien, se ha querido marcar la importancia de la aplicación de terapias de modificación de conductas en este tipo de pacientes encaminado a una mejor adaptación a la enfermedad y control de sus síntomas, sin para ello olvidar el papel importante que juega la familia no solo como sufridora sino como ayuda a la hora del tratamiento de la misma.

Palabras clave: control y abordaje de la sintomatología, modificación de conductas, impacto, actitud de la familia.

Introducción

El presente trabajo tiene por finalidad, entregar información sobre la aplicación de la terapia cognitiva conductual en la enfermedad de Crohn.

El porcentaje de personas afectadas por este trastorno se calcula alrededor del 7 por 100.000 habitantes. Su prevalencia se observa algo más frecuentemente en las mujeres que en los hombres. Las áreas urbanas y los mayores niveles de vida muestran una prevalencia superior que las áreas rurales y clases menos favorecidas económicamente.

Relevante e importante es destacar que las estrategias para el tratamiento de la Enfermedad de Crohn abarcan prácticamente todo el abanico de las técnicas de modificación de conducta. Sin embargo, el tratamiento médico es, hasta el momento una alternativa ineludible para el paciente con enfermedad de Crohn. A continuación, se hará alusión al marco teórico en el que se sustenta la terapia de la conducta aplicada a esta enfermedad, al diagnóstico clínico de esta enfermedad, se describirán los tratamientos más importantes aplicados a esta afección, junto con nombrar algunas de las téc-

nicas que utilizan en los tratamientos pertenecientes a la terapia de conducta, también se hará alusión a evaluación.

Pero antes de entrar de lleno en el tema, se definirá operacionalmente lo que se entiende por enfermedad de Crohn.

Definición de la Enfermedad de Crohn:

La enfermedad inflamatoria intestinal es un término general que se aplica a una serie de dolencias de causa desconocida que afectan al tubo digestivo, fundamentalmente divididos en dos grupos: la colitis ulcerosa crónica y la enfermedad de Crohn, similares pero con alguna diferencia importante. La enfermedad de Crohn del intestino delgado se denomina también enteritis regional y habitualmente se localiza en la parte terminal del intestino delgado, en la porción que desemboca en el intestino grueso colon. Pero también puede localizarse en el colon y entonces se conoce como enfermedad de Crohn del colon, con algunos síntomas distintos. Se caracteriza por una inflamación crónica de una porción del intestino con síntomas como dolor abdominal, diarrea en ocasiones sanguinolenta, adelgazamiento, pérdida del apetito, fiebre, que se presentan por brotes y son de una evolución crónica e imprevisible. Esta enfermedad puede también presentarse como molestias extra digestivas, como dolor articular, cálculos renales, inflamación ocular y lesiones en la piel.

Marco Teórico

En cuanto al desarrollo de la Terapia de Conducta (T.C.), se puede decir que las técnicas predominantes en ellas han existido siempre. De alguna forma, se podría considerar que tales intentos constituyen el nacimiento de la T.C.

La metodología de la T.C. como enfoque es lo que define a la terapia conductual tal como la conocemos hoy. Existen en ella un conjunto

de diversas estrategias, técnicas y múltiples conceptos teóricos. Pero lo común es un compromiso con la evaluación, la intervención y los conceptos que se fundamentan en algún marco teórico de aprendizaje E-R (estímulo-respuesta), que forman parte de la metodología empleada por los teóricos del comportamiento.

Las áreas que forman el núcleo base de este enfoque fueron nombradas por Krasner en 1971. De este modo, las investigaciones en el ámbito del condicionamiento que se habían iniciado con animales, se generalizan a la conducta humana, fundamentalmente a los aportes hechos por Watson.

Los términos terapia de conducta y modificación de conducta tienden a utilizarse como sinónimos. La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológica para mejorar el comportamiento de las personas. De forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente, y adopten actitudes, valoraciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse. El área de la modificación de conducta es el diseño y aplicación de métodos de intervención psicológica que permite el control de la conducta para producir el bienestar, la satisfacción y la competencia personal.

Los procedimientos de intervención incluyen técnicas o aspectos cognitivos, como la inoculación del estrés (Meichenbaum 1977), terapia racional-emotiva (Ellis, 1962), solución de problema (D'Zurilla y Goldfried, 1971), y la terapia cognitiva (Beck, 1976). Es importante señalar que tiene lugar una creciente aplicación de las técnicas de biofeedback.

Hay una expansión del campo de la modificación de conducta a áreas no clínicas, pero lo más sobresaliente es la expansión al campo de la salud y enfermedad.



Se va dando una importancia progresiva a los aspectos del ambiente, se insiste en preparar la generalización del medio habitual del paciente. Se da especial énfasis a la habilidad del terapeuta y su relación con el paciente en el entrenamiento de los modificadores de conducta.

Lo más característico de este período es la expansión de la modificación de conducta a áreas de la salud, ya sea mental o trastornos psicofisiológicos.

Para las diversas alteraciones la psicología de la salud propone la manipulación de variables psicosociales relevantes, ya sea para remediar la alteración existente como también para prevenir el estrés y más aun para el aumento de la propia salud con vistas a mejorar el bienestar de las personas durante sus años de vida. Se utilizan técnicas de modificación de conductas que contribuyen al aprendizaje o eliminación de conductas habituales, utilizándolas para intervenir sobre los estímulos de vida perjudiciales para la salud.

Desde hace tiempo se ha resaltado la importancia de la relación entre variables psicológicas y la enfermedad de Crohn. En este caso la investigación sobre el tema se ha iniciado sobre los modelos de condicionamiento clásico y condicionamiento operante.

Sin embargo, aunque parece que los procesos de condicionamiento clásico pueden influir en cierto modo en la precipitación de estos episodios, no parece ofrecer una explicación en su adquisición, ya que el hecho de que la respuesta a esta enfermedad puede ser condicionada no justifica que sea adquirida habitualmente por este procedimiento.

Desde la perspectiva del condicionamiento operante, por el contrario no se han realizado estudios en investigación básica. Aunque autores como Bastiaans y Groen (1955) y Turnbull (1962) sostienen que la enfermedad de Crohn

puede ser, en algunos casos, una respuesta instrumental que permite obtener refuerzos y evitar castigos, los esfuerzos en este línea se han dirigido a la modificación de conductas asociados al problema (tales como visitas de urgencia al hospital, hospitalizaciones y toma de medicación). Los resultados obtenidos en los trabajos de diversos autores, parecen apoyar la importante influencia del condicionamiento operante en este tipo de comportamientos.

Asimismo, cada vez son más las investigaciones que atribuyen esta enfermedad a variables como la sugestión, el estrés y la ansiedad. No se conoce con exactitud la incidencia de los trastornos psiquiátricos en la EC, aunque los estudios sobre el tema apuntan una prevalencia que oscila entre un 30 y un 35%. En los estudios revisados, sobre un tercio de pacientes con enfermedad de Crohn presentaron trastornos psiquiátricos, predominantemente ansiedad y depresión. También hay evidencia de que la morbilidad psiquiátrica se incrementa con la cronicidad y la severidad de la misma. Queda menos claro que los enfermos de Crohn difieran de otros enfermos crónicos en términos del grado y prevalencia de los trastornos psiquiátricos. En cualquier caso, los estudios son retrospectivos, por lo que los trastornos psiquiátricos pueden considerarse más como una consecuencia de la propia enfermedad (cronicidad, gravedad, interferencias con estilo de vida...) que como un potencial factor causal.

En cuanto al estrés y la ansiedad, aunque ya muy pocos autores sostienen que juegan un papel etiológico en esta enfermedad, parece existir un cierto consenso respecto a su importancia como precipitantes y agravantes de las crisis. Experimentalmente se han provocado crisis mediante acontecimientos estresantes, el recuerdo de situaciones elicitoras de ira y miedo, sugestión hipnótica de enfado y excitación y pérdida de responsabilidad laboral.

Tratamiento

Las claves de un tratamiento o intervención psicológica en pacientes enfermos crónicos, y concretamente en el caso de enfermos de E.C. debería tener, como mínimo, en cuenta los siguientes puntos:

El tratamiento se dirige fundamentalmente a mantener síntomas bajo control, evitando la aparición de la crisis, reduciendo la severidad de la misma, es decir permitiendo que el paciente pueda llevar una vida normal. El tratamiento farmacológico se constituye una alternativa muy efectiva debiendo ser completada ineludiblemente por una intervención psicológica. Las claves de un tratamiento o intervención psicológica en pacientes enfermos crónicos, y concretamente en el caso de enfermos de E.C. debería tener, como mínimo, en cuenta los siguientes puntos:

1. Informar al paciente. Constatar, y en su caso facilitar, en colaboración con el especialista médico, toda la información veraz y factible al enfermo.

Primero se informa sobre la Enfermedad de Crohn de forma minuciosa para que conozca bien no tanto su sintomatología, sino lo que sucede en su organismo.

Después hay que comprobar, evaluar y analizar el estado psicológico general del paciente: nivel de ansiedad, estrés, pensamientos negativos y distorsionados (sobre sí mismo, la enfermedad, las relaciones sociales, el tratamiento, el futuro, etc.), estados depresivos, modos de afrontamiento, miedos, etc. Con esta información entre otras cosas se consiguen evitar las demoras en la llegada al hospital ante la aparición de los primeros síntomas, por ello los pacientes deben trabajar a través de una secuencia cognitiva de reconocimiento de la naturaleza y severidad de los síntomas, ya que sino se identifican correctamente los síntomas puede tener repercusiones en su evaluación. La negación del episodio, es decir, la tendencia a negar o minimizar el verdadero

significado de la sintomatología, parece ser el principal factor para no reconocerla y demorar la atención médica.

Dentro de la información encontramos el biofeedback. Las técnicas de biofeedback permiten el paciente puede modificar sus propios estados orgánicos y provocar su normal funcionamiento. El objetivo del BF es conseguir en el sujeto un control voluntario, sin el uso de instrumentos, de sus propios estados biológicos, es una técnica de autocontrol de respuestas fisiológicas, a través de la retroalimentación que recibe el sujeto. Por ello la información es el proceso clave que debe ser directa y constante sobre su enfermedad, causas que ayudan a controlar y reducir la tensión y el estrés. El terapeuta debe de establecer una relación directa con el paciente y dar una información clara y concisa sobre la misma, de esta manera el paciente tendrá un mayor conocimiento, evitando el desconocimiento. Así se le instruirá en la forma de actuación, pautas a seguir: evitar diferentes alimentos, fraccionar la alimentación diaria en no menos de 6 comidas, no consumir alcohol, no consumir líquidos muy calientes o muy fríos, no consumir picantes ni frituras, no fumar, comer en un ambiente. Esto fue forma fundamental para poder cambiar luego determinados pensamientos irracionales sobre su enfermedad como que hacer deporte podía "romper sus intestinos".

2. Reestructuración Cognitiva: es el entrenamiento en el cambio de pensamientos negativos e irracionales, para conseguir un sistema de pensamientos más positivos y adaptados que, en definitiva, proporcionen mayor bienestar.

Al principio no resulta sencillo, ya que puede haber una clara negación del problema. Por tanto primero puede haber que enfrentarse a las propias contradicciones ya que la enfermedad ocasiona problemas en su vida.



Hay que identificar las situaciones que evitaba debido a los pensamientos irracionales que se tiene. Una vez que se reconoce la afectación de su vida debido a la enfermedad es más sencillo expresar todos esos pensamientos irracionales, se va trabajando uno a uno dándose el mismo cuenta de lo absurdo de algunos. Para ello es fundamental toda la información médica que se le da para, por ejemplo, comprender que con el deporte sus intestinos no se iban a “romper”.

Se utiliza la intención paradójica para desdramatizar estas situaciones y el humor para enfrentarse a ellas. Para entender esto un ejemplo aclarador puede ser cuando llega a tal aceptación que puede decir el paciente “la conversación está interesante que te cagas”.

Durante el tratamiento es importante ir reforzando cada paso que se da sobre todo cuando expresaba sus dificultades y sus pensamientos irracionales que para él fue lo más difícil.

3. El “entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson” seguido de entrenamiento en respiración abdominal como complemento de lo anterior y en distintas técnicas para el manejo y superación de los estados de ansiedad, estrés, irritabilidad. Comenzamos este entrenamiento en la consulta, parando en determinados momentos y tomando conciencia de las manifestaciones de ansiedad a nivel motor.

4. Técnicas psicológicas para la solución de problemas, toma de decisiones y estilos de vida.

Exposición a todas las situaciones que se evitan. No es necesario graduarlas sino que se expone a ellas voluntariamente.

Entre las técnicas novedosas de utilización en esta patología destaca la *Desensibilización sistemática* que tienen como finalidad la modificación de los estados emocionales que puedan influir. Esta técnica está especialmente indicada para inhibir ansiedades

activadas por estímulos que no tienen una respuesta manifiesta. El paciente avanza desde las situaciones que producen menos ansiedad a las más ansiógenas en un estado de profunda relajación. La progresión se realiza con la imaginación, cuando pueden imaginar la situación más ansiógena con normalidad se experimenta menos ansiedad en esa situación en la vida real. Esta técnica requiere tres condiciones:

- Saber relajarse mediante la técnica de relajación progresiva. Recorrer las situaciones graduadas relajándose en cada una dominarla antes de pasar a la siguiente. Se aplica una forma de exposición llamada interoceptiva. Deben exponerse a sensaciones gástricas que erróneamente se interpretan como inminencia de defecación. Paralelamente, se previene la conducta de acudir al baño. El ejercicio se acompaña con respiración abdominal para disminuir el movimiento peristáltico del intestino. El paciente comprueba que no sucede lo temido (no llegar al baño), propiciándose un ritmo de defecación más adecuado.
- Crear una serie de situaciones de práctica que producen ansiedad.

Este procedimiento consta de dos componentes, por un lado y en primer lugar se trata de enseñar al paciente una respuesta contraria a la ansiedad. Generalmente se utiliza la relajación progresiva y en segundo lugar una exposición gradual al estímulo que provoca el miedo. Es decir en este caso, sería enfrentarse al momento de la nueva crisis intentando controlar los síntomas y estando preparado para esta nueva situación intentando controlar la ansiedad para evitar el agravamiento de los síntomas.

- El autocontrol que hace referencia a aquellos procedimientos cuya finalidad es enseñar a las personas estrategias para modificar su propia conducta a través de distintas situaciones. En el contexto de

esta patología consiste en mejorar el estado de salud, previniendo los episodios y manejándolos para mantener la vida del paciente.

5. Facilitar y evaluar el apoyo de la familia. La asistencia sanitaria se considera muchas veces como una relación en la que intervienen dos personas: una que está enferma y otra que cura.

Esta visión de la relación terapéutica se complica por la interferencia que producen personas que, directamente, nada tiene que ver en principio con el En efecto, la familia puede suponer un sistema de apoyo natural al enfermo, y diversos estudios han mostrado que las personas que suponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportaran mejor la crisis de la vida. Por otra parte, el impacto de estrés es mucho menor que en personas que no tienen este tipo de apoyo disponibilidad. La característica más importante de una familia es la relación emocional existente entre sus miembros. Lo cual implica que lo que sucede a uno de sus componentes repercute en todos los demás. A pesar de la singularidad de cada familia, la mayoría de ellas, de la misma manera que el paciente sigue ciertas etapas en la resolución de la crisis que supone la enfermedad de uno de los miembros, la familia también pasa por diferentes fases durante la enfermedad de su allegado, como son:

Etapas:

- **Sorpresa y negación:**
La negación de la enfermedad es una reacción frecuente ante una noticia dolorosa, es un amortiguador, un mecanismo de defensa que sirve para darnos tiempo a asimilar la noticia o el hecho desagradable en cuestión. Ante una enfermedad grave de un miembro de la familia, los otros miembros, de la misma manera que el paciente, suelen reaccionar con incredulidad (intentar pensar que se trata de un simple error médico). Y por tanto sin querer seguir un tratamiento.

- **Frustración e ira:**
La crisis que supone la enfermedad interrumpe la vida diaria y hace que algunos miembros de la familia se vuelvan más exigentes e irracionales, que quizá no se encuentran preparados para enfrentarse con el estrés que supone la enfermedad. El auxiliar de enfermería ha de tener presente que los miembros de una familia preocupada por la enfermedad necesitan una enorme cantidad de empatía y paciencia.

- **Negociación y aceptación:**
La familia también intenta efectuar negociaciones, pactos o promesas más o menos irracionales para intentar solucionar el problema o enfermedad de si ser querido. De alguna manera, como él, también pasa por un período de depresión cuando ve que sus negociaciones, pactos, o promesas no tienen éxito.
El personal y los familiares tienen que ayudar al enfermo de forma que pase la depresión.

Resignación y aceptación:

La información complementaria una relación cálida por parte del personal sanitario, el paso del tiempo y el enfrentarse con la realidad de su situación ayudan a la mayoría de familias a aceptar la enfermedad de uno de sus miembros.

La aceptación no es un acontecimiento puntual. Si una familia se encuentra en crisis permanente, la carga extra que supone la enfermedad u hospitalización puede mermar la capacidad de los miembros para enfrentarse con la crisis, haciendo su aceptación mucho más difícil.

Es necesario valorar la forma en la que los miembros de la familia están respondiendo a la enfermedad. Para ello, debe prestar atención no solo a las palabras, sino también a los sentimientos que expresan y a las conductas que muestran.



Una vez efectuada la valoración, es necesario actuar en función de las necesidades de esta familia, por ejemplo:

- Proporcionar información sobre la vida hospitalaria
- Recomendar la utilización de recursos especiales, como puede ser: un psicólogo, asistente social, etc.

La familia es la principal fuente de apoyo para una persona a la que se le diagnostica una enfermedad crónica. En un estudio descriptivo relativo a las necesidades psicosociales de las personas con una enfermedad inflamatoria intestinal, el 60 % de los pacientes escogían a la familia como la fuente de apoyo más necesitada, era también la de más fácil disponibilidad y era, conservando el 60%, la más utilizada. Ante

el rol que le sobreviene a un familiar cuando a uno de los miembros de su familia se le diagnostica una enfermedad crónica como la enfermedad inflamatoria intestinal, presentamos las principales limitaciones en el ejercicio de su rol como cuidador. Por tanto el apoyo de la familia es esencial a la hora de abordar las diferentes etapas por las que pasará un paciente en el transcurso de la enfermedad pero también debemos de valorar que la situación de la familia a la hora de enfrentarse puede influir en el paciente como veremos.

Contacto:

Leire Varona Marcos.

C/Vía Vieja de Lezama nº2-2E Bilbao.

E-mail: leirev26@hotmail.com



BIBLIOGRAFÍA

1. Vallejo Pareja, M. *Manual de terapia de conducta*. Volumen I-II. Editorial Dykinson-Psicología, Madrid 1998.
2. Gomollón, F. Asociación Española de Gastroenterología. *Enfermedad de Crohn: información general para el paciente*. Ediciones Doyma, s.l. Barcelona.
3. Gracia Vega, E. y Fernández Rodríguez, C. Algunos factores predisponentes de la enfermedad de Chron. *Psicotema* 1998 vol 10 nº1.
4. Abren, L y Chantar C. *Enfermedad inflamatoria intestinal*. Editorial Prodesa. Barcelona, 1991.
5. Buceta, M.J, Bueno, A.M. *Tratamiento Psicológico de Hábitos y enfermedades*. Editorial Pirámide S.A. Madrid 1996.
6. Buceta, M.J. Bueno, A.M. *Modificación de la conducta y Salud*. Eudema Universidad, Manuales. Madrid 1990.



Reinstauración de tratamiento con clozapina tras leucopenia

Eskarne Zallo Antxutegi

Médico Interno Residente

Jose J Uriarte Uriarte

Jefe de Servicio

Hospital de Zamudio. Bizkaia. Osakidetza

Introducción

La esquizofrenia resistente o refractaria se define como la presencia continuada de síntomas positivos persistentes que interfieren con la autonomía personal y el funcionamiento social, así como trastornos asociados del comportamiento en pacientes correctamente diagnosticados de esquizofrenia, a pesar de haber recibido un tratamiento de demostrada eficacia a dosis y tiempo adecuados, durante al menos 2 años. Todos los elementos que comprende la esquizofrenia contribuyen a un mal funcionamiento social en la comunidad: persistencia de síntomas positivos y negativos y afectivos, efectos adversos de los fármacos, disfunción cognitiva y conducta desordenada¹.

La clozapina es el fármaco de elección en el caso de esquizofrenia resistente frente al resto de antipsicóticos tanto típicos como atípicos². Además de la mejoría de la clínica positiva y negativa, la clozapina parece mejorar la organización del pensamiento y ciertos aspectos de la función cognitiva y asociarse a una mejor funcionamiento social, así como a una mayor adherencia al tratamiento y a una reducción de las hospitalizaciones^{4,5,6}.

Alrededor del 17% de los pacientes tratados con este antipsicótico, abandonan el tratamiento por los efectos secundarios⁷. La agranulocitosis (<500 granulocitos/ mm^3) y la granulocitopenia (<1500 granulocitos/ mm^3) constituyen los efectos adversos más graves de la clozapina siendo responsable de las principales limitaciones en su uso clínico. El riesgo se aproxima al 1% y parece ser independiente de la dosis. El 95% de los casos ocurren en los primeros 6 meses de tratamiento y el 75% en las primeras 18 semanas.^{7,8} Por esta razón se exige la realización de controles hematológicos periódicos dentro del protocolo establecido para vigilar la aparición de discrasias sanguíneas.

Antes de iniciar el tratamiento deben realizarse recuento y fórmula hemáticos para asegurar recuento leucocitario ($\geq 3500/\text{mm}^3$) y recuento absoluto de neutrófilos ($\geq 2000/\text{mm}^3$) normales. Valores inferiores contraindican la instauración del tratamiento con clozapina. Posteriormente deben monitorizarse de forma semanal el recuento leucocitario y el recuento absoluto de neutrófilos durante las primeras 18 semanas. Posteriormente son obligatorios



controles mensuales mientras se mantenga la clozapina. Es obligada la interrupción inmediata del tratamiento si el recuento leucocitario es inferior a $3000/\text{mm}^3$ o el recuento absoluto de neutrófilos menor de $500/\text{mm}^3$ durante las 18 primeras semanas de tratamiento y si el recuento leucocitario es menor de $2500/\text{mm}^3$ o el recuento absoluto de neutrófilos es menor de $1000/\text{mm}^3$ después de las 18 primeras semanas. Los pacientes en los que se haya interrumpido el tratamiento por esta causa, no deberían ser tratados de nuevo con clozapina.⁸

Sin embargo, y a pesar de esta recomendación taxativa en su ficha técnica de no reintroducir el tratamiento bajo ningún concepto en caso de neutropenia o agranulocitosis, existen recientes evidencias y experiencias clínicas que permiten considerar esta opción en determinados casos. A continuación se expone un caso clínico a propósito de la reinstauración de clozapina tras retirada previa por un episodio de leucopenia.

Caso Clínico

EB tiene 29 años. Es una chica guapa, aunque quizás en exceso delgada y de facciones duras. En un primer contacto impresiona el aparatoso maquillaje que rodea sus ojos de una extensa y extraña sombra oscura, en un verdadero ejercicio de manierismo del arreglo personal. Es posible hablar con ella casi con normalidad durante un periodo recortado de tiempo, al menos de cosas concretas y que afectan a la vida cotidiana. Sin embargo en situaciones sociales más complejas, o cuando está sola, son evidentes las continuas musitaciones y soliloquios, que aunados a su peculiar atuendo y maquillaje facial la dan un aspecto bizarro.

EB no cuenta con antecedentes biográficos o patológicos personales o familiares relevantes. Nació tras un embarazo normal y a término, y su desarrollo psicomotor y adquisición del lenguaje fueron adecuados. Creció en una familia normal y su madre la describe como una

niña extrovertida y alegre. Interrumpió los estudios en educación secundaria, y ha tenido algunos trabajos sin cualificar, como camarera o dependienta. Vive con su madre y una hermana. Su padre, que padecía graves secuelas tras un ACV (hemiplejía y afasia), ha fallecido recientemente. Nunca ha consumido drogas de ningún tipo.

EB padece una esquizofrenia paranoide; la enfermedad mostró sus primeros síntomas en 2003; en enero de 2004 inicia tratamiento psiquiátrico, y desde entonces ha sufrido seis ingresos hospitalarios. En los últimos tres años el cuadro clínico está dominado por intensas y persistentes alucinaciones auditivas y cenestésicas, con una amplia repercusión en su conducta. La voz que escucha, atribuida a un empleado del Corte Inglés, la insta a arreglarse de ese modo, la halaga y ensalza su belleza y figura a la vez que la anima a realizarla adelgazando, vistiendo de manera "ligera" y usando su profuso maquillaje. Sus soliloquios a menudo contestan a la voz, aunque en ocasiones se dirigen a otras mujeres con las que se compara ventajosamente, y a las que insulta y afea su conducta e indumentaria. La actividad alucinatoria dificulta sobremanera su rendimiento cognitivo, limitando su capacidad de atención y concentración y la participación en actividades grupales de cierta exigencia. En las ocasiones en que ha salido de permiso se limita a pasear sola por su barrio, y a gastar dinero en compras de maquillaje y útiles de aseo mayormente innecesarios. Su enfermedad no se limita a la actividad alucinatoria y delirante; es evidente una importante afectación del juicio crítico y de su competencia social, más allá de la derivada de la influencia alucinatoria. De forma ocasional ha manifestado conductas sexuales promiscuas e inadecuadas en el contexto de la interacción social concreta. Su expresión afectiva es limitada y, a menudo, extraña e inapropiada.

A lo largo del tiempo de evolución de su enfermedad se han ensayado diversos trata-

mientos farmacológicos, con resultados limitados tanto por los efectos secundarios como por la escasa repercusión sobre la clínica productiva; nunca ha manifestado reticencias a la toma de la medicación y siempre ha mostrado un buen cumplimiento de las indicaciones, a pesar de su nula conciencia de enfermedad. Ha tomado diversos antipsicóticos típicos y atípicos, incluyendo Risperidona, Haloperidol, Perfenacina, Olanzapina, Amisulpride o Quetiapina a dosis elevadas (hasta 40 mgrs/día en el caso de la Olanzapina), y diversas combinaciones de los mismos. En algunos casos ha mostrado importante sintomatología extrapiramidal, con severa akatisia y parkinsonismo, en cuyo contexto realiza una tentativa de suicidio sin consecuencias. Ha mostrado también incrementos importantes de la prolactina y desarreglos menstruales derivados. En este contexto se realizó, en 2005, un ensayo con Clozapina con respuesta satisfactoria a una dosis moderada (400 mgrs/día), atenuación sintomática y mejoría conductual durante un periodo de unos 18 meses, en que permanece de alta y bajo control ambulatorio. Desafortunadamente el tratamiento debió ser interrumpido tras descubrirse en uno de los controles analíticos de rutina una leucopenia y granulocitopenia (2700 leucocitos/mm³, 1300 neutrófilos /mm³ y 850 granulocitos/mm³) que se asocia a síntomas gripales. Varios ensayos farmacológicos posteriores, incluyendo Ziprasidona, Aripiprazol, nuevamente Olanzapina y combinaciones de los mismos resultaron ineficaces, y el estado clínico de EB se deterioró de manera progresiva hasta su reingreso hospitalario en 2007. No fue posible obtener una remisión clínica razonable, a pesar de nuevos esfuerzos y combinaciones farmacológicas más o menos creativas. Otros abordajes terapéuticos propios de la unidad de rehabilitación en la que la paciente permanecía ingresada (manejo de síntomas, abordaje cognitivo de las alucinaciones) también fueron infructuosos.

En este contexto se decidió evaluar la viabilidad de reinstaurar tratamiento con Clozapina, teniendo en cuenta el gran impacto vital de

los síntomas, su refractariedad a otros tratamientos ensayados y el antecedente documentado y claro de buena respuesta previa. La falta de experiencia en casos similares, y la potencial gravedad de una nueva granulocitopenia obligaron a seguir una serie de pasos, que incluyeron:

- Se realizó una revisión bibliográfica, documentando la viabilidad clínica de la intervención en casos similares y las precauciones y consideraciones técnicas más relevantes⁸.
- Se solicitó y obtuvo información de la Agencia Española del Medicamento acerca de las directrices a seguir. Siguiendo sus indicaciones se realizó la pertinente *Solicitud de Uso Compasivo*, incluyendo un informe pormenorizado del caso, documentando el agotamiento de las alternativas terapéuticas y la relación riesgo–beneficio a la luz de las circunstancias clínicas de la paciente.
- Se obtuvo consentimiento informado tanto por parte de la paciente como de su familia, tras información pormenorizada verbal y por escrito de los posibles riesgos y beneficios del tratamiento, y de las medidas de seguridad implementadas.
- Se garantizó un control exhaustivo para la detección precoz de la posible reaparición de una granulocitopenia, incluyendo recuentos y fórmula leucocitaria dos veces por semana (obligado en estas circunstancias al menos durante las primeras 9 semanas), y monitorización diaria de temperatura y de cualquier signo de infección o clínica catarral. Adicionalmente se contactó con un hematólogo para anticipar intervención precoz en caso de reaparición de la afectación hematológica.

La reinstauración del tratamiento con Clozapina fue seguida de una mejoría progresiva y consistente, que permitió el alta hospitalaria en unas pocas semanas. Los síntomas alucinatorios se atenuaron de manera ostensible, y su con-



ducta se normalizó. En el momento actual, EB lleva 9 meses estabilizada, recibe tratamiento en régimen de hospital de día e incluso es capaz de cuidar a su madre con quien convive cuando ésta ha estado enferma. Las analíticas realizadas se han mantenido dentro de la normalidad, y la tolerancia al tratamiento puede considerarse excelente.

Conclusiones

La presencia de clínica positiva persistente a pesar del tratamiento es muy frecuente en la práctica clínica, aunque a menudo su repercusión sobre la conducta y funcionamiento social de los pacientes es moderada y permite considerar el resultado terapéutico como razonable. Sin embargo, en algunas ocasiones la afectación es de tal calibre, con persistencia e interferencia sobre la vida de la persona afectada, que obliga a considerar todas las alternativas terapéuticas. La granulocitopenia y agranulocitosis asociada al uso clínico de Clozapina ocurre con mayor frecuencia en los 18 primeros meses tras el inicio del tratamiento, puede aparecer inducida directamente por clozapina (lesión de los precursores celulares por toxicidad directa o reacción inmune) o por otros factores concurrentes como la neutropenia benigna étnica, patología médica concomitante (quimioterapia para tratamiento de cáncer, VIH...) e interacciones con otros fármacos (carbamazepina, valproato, risperidona, quetiapina, ranitidina...), que pueden favorecer la aparición de neutropenia cuando se está usando Clozapina.

A pesar de la recomendación taxativa en su ficha técnica de no reintroducir el tratamiento con clozapina bajo ningún concepto en pacientes que previamente han presentado neutropenia o agranulocitosis durante la exposición a dicho fármaco, existen crecientes evidencias y experiencias clínicas que permiten considerar esta opción en determinados casos. Cuando el tratamiento con clozapina se ha relacionado con agranulocitosis, el riesgo se considera muy

elevado, y la reexposición al fármaco solo debiera considerarse en casos excepcionales, posibilidad de monitorización casi continua, y colaboración estrecha con un equipo de hematología. Se ha descrito el uso de citoquinas (factor estimulante de colonias de granulocitos) como posible tratamiento preventivo.

Cuando el motivo de la retirada del fármaco es una neutropenia, es posible considerar, en determinadas situaciones clínicas, la reintroducción de la clozapina. Dichas condiciones clínicas implican la presencia de sintomatología persistente que interfiere de forma grave con el funcionamiento y calidad de vida del paciente, que no responde a otros tratamientos ensayados, y que tiene antecedentes de buena respuesta clínica previa a clozapina. En este caso es necesario considerar de forma detenida el riesgo-beneficio de la reintroducción del tratamiento, obtener consentimiento informado por parte del paciente y de sus familiares y/o representantes legales, y solicitar el permiso para su utilización como uso compasivo a las autoridades competentes (en este caso, al Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios). Puede ser necesario establecer una frecuencia de controles analíticos superior a la estándar durante periodos prolongados, y mantener una vigilancia muy especial ante cualquier signo de infección. Existen experiencias clínicas aisladas de buena respuesta y tolerancia a la reintroducción de clozapina en pacientes que han presentado previamente neutropenia, aunque el riesgo de reaparición de la misma no puede ser predecido. Se ha descrito también el uso de sales de litio como tratamiento preventivo de la neutropenia

En este caso se ha considerado que, a pesar de ser una contraindicación absoluta tras un episodio de granulocitopenia asociado a su uso previo, y con escasa experiencia acerca de su seguridad, la reintroducción del tratamiento con Clozapina estaba justificada tras un detenido análisis del riesgo-beneficio. La posibilidad



de garantizar una supervisión muy cercana y en régimen hospitalario es clave para la viabilidad de este ensayo terapéutico. Una dificultad añadida es el antecedente de la aparición de la granulocitopenia de forma tardía, tras 18 meses de tratamiento, lo que añade incertidumbre a la tolerancia a largo plazo, y obliga, aún más si cabe, a una supervisión prolongada y cercana.

Contacto

Jose J Uriarte Uriarte.
Hospital de Zamudio. Bizkaia. Osakidetza
josejuan.uriarteuriarte@osakidetza.net



BIBLIOGRAFÍA

1. Roca M, Baca E, Cervera S, Cuenca E, Giner J, Leal C, Vallejo J. *Trastornos psicóticos*. Ars Medica.
2. Jones P et al. "Randomized Controlled Trial of the effect on Quality of Life of Second-vs First-Generation Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS)". *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 1079-1087.
4. Kane J, Honigfield G, Singer J y cols "Clozapine for the treatment resistant schizophrenic; result of a US multicentre trial". *Psychopharmacological* 1989; 99: 560-563.
5. Lieberman J. "Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia". *N Engl J Med* 2005; 353:1209-23.
6. Llorca P, Lancon C, Disdier B, Fariße J, Sapin C, Auquier P. "Effectiveness of clozapine in neuroleptic-resistant schizophrenia: clinical response and plasma concentrations" *J Psychiatry Neurosc* 2002; 27:30-37.
7. Iqbal M, Rahman A, Husain Z, Mahmud S, Ryan W, Feldman J. "Clozapine a clinical review of adverse effects and management." *Ann Clin Psychiatry* 2003; 15:33-48.
9. Salazar M, Peralta C, Pastor J. *Manual de Psicofarmacología*. Masson Panamericana, 2006.
8. Whiskey E, Taylos D. Restarting clozapine after neutropenia. *CNS Drugs* 2007; 21 (1): 25-35.

Otohematoma o *Hematoma Auris*. Un espejismo diagnóstico que escondía una realidad bien diferente

Oscar Martínez Azumendi

Psiquiatra. Bilbao

El otohematoma o *Hematoma Auris* fue una alteración del pabellón auditivo históricamente asociada a supuestos estigmas degenerativos de la enfermedad mental y que rápidamente cayó en el olvido cuando no se pudo ocultar por más tiempo el origen real de la lesión. Actualmente se conoce la afección con un más prosaico nombre de “oreja de boxeador” u “oreja de coliflor”, incluso M95.1 para la ICD-10 que resuena de forma menos inquietante que la “oreja loca” de los clásicos.

Basándose en las teorías fisonómicas imperantes durante el S. XIX, el aspecto y configuración del pabellón auditivo, sin necesidad de ninguna otra patología asociada, podía ser reflejo de los estigmas degenerativos asociados a la locura y por ese motivo fue merecedor de atento escrutinio durante largo tiempo (1-2). La aparición de la técnica fotográfica hizo que esta rápidamente fuera utilizada con propósitos didácticos (3) al permitir la reproducción fidedigna de las morfologías o lesiones estudiadas (fig. 1 y 2). De igual forma, las diferencias observadas individualmente, que harían a cada oreja específica e irrepetible para cada individuo, hicieron que estas fueran incluidas por Bertillon dentro de los rasgos fijos de su “*portrait parlé*” dirigido a la catalogación y registro antropométrico de los criminales (fig. 3).



Figura 1. Fotografía post mortem de una enferma de un manicomio: “el lóbulo de la oreja es extremadamente deficiente, una circunstancia que se observa frecuentemente en aquellos casos, como este, que han estado locos permanentemente”.

Foto: Alexander Johnston Macfarlan, c. 1860 (3).

Hablando ya del otohematoma como lesión frecuentemente observada en los hospitales psiquiátricos de la época (fig. 4), es precisamente una fotografía de esta alteración la que ostenta el honor de ser la primera en ser publicada en 1870 en el *American Journal of Insanity*,



Figura 2. Pabellón auditivo de un enfermo mental del Hospital Murray en Perth. Foto: William Carmichael M'Intosh, c. 1861 (3).

precursor del actual *American Journal of Psychiatry* (fig. 5). El artículo, firmado por E. R. Hun (5), aclara que el “*Hæmatoma Auris, o tumor sanguíneo del oído externo, se ha observado desde hace tiempo frecuentemente asociado a la insania*”. Seguidamente, partiendo de la descripción hecha por Bird en 1833, hace referencia a diversos autores que lo habían estudiado con anterioridad, aunque la condición ya se conocía desde los tiempos clásicos (fig. 6). Hun, en base a la experiencia acumulada en el manicomio de Nueva York que avala con la presentación de 24 casos clínicos (de los que sólo uno correspondía a una mujer), describe que el curso evolutivo era de varios días, no observándose previa-

mente afectación sistémica general que pudiera anunciar la aparición del hematoma. A la tumorcación precedía cierto enrojecimiento e hinchazón del oído, a veces implicando igualmente a cara y ojos, aunque también podía aparecer sin ese rubor previo. A partir de ahí, en horas o días, el tumor adquiría su máximo desarrollo deformando la aurícula y pudiendo alcanzar un tamaño entre una alubia y un huevo de gallina, en este caso presentando una superficie suave y redondeada. Podía drenarse espontáneamente o reabsorberse gradualmente. Si se drenaba, espontánea o quirúrgicamente, se obtenía una importante cantidad de sangre coagulada y suero sanguinolento, observándose una fuerte tendencia a cerrarse de nuevo. La reabsorción progresiva dejaría una deformidad característica en la gran mayoría de casos.

Curiosamente, en una diatriba que sigue sin resolverse satisfactoriamente en nuestros días (6), para los primeros observadores el otohematoma era causado por la efusión de sangre en el tejido conectivo subcutáneo, mientras que para Hun la hemorragia se alojaría entre el pericondrio y el cartílago. Mayores divergencias existían en relación a la causa del fenómeno que relacionaba supuestas alteraciones en la circulación cerebral con la auricular, presuponiéndose la dilatación de los vasos del oído externo con la congestión cerebral. Todo ello mediatizado asimismo por la excitación del sistema simpático a causa de una emoción fuerte. Estas eran etiologías suficientes para explicar el fenómeno, sin necesidad de considerar que se



Figura 3. “La oreja es otro rasgo fijo que el criminal no puede alterar”. Bertillon describió unas veinte dimensiones diferenciadas en el oído externo, que arrojaban una centena de variaciones finales (4).



Figura 4. Charles Féré (del Hospital Bicêtre de París).
Les Épilepsies et le Épileptiques. 1890.

tratará simplemente del resultado de una lesión traumática (bien autoinfligida o producida por terceras personas), otra posibilidad que ya se venía apuntando en esas fechas.

Las causas de su aparición en los enfermos mentales, previas a la aceptación del factor mecánico como etiología principal, todavía en 1892 eran resumidas por Pieterse (7) como:

- Causas análogas a las que producen apoplejía.
- Mayor compactación de los huesos del cráneo obstaculizando la circulación sanguínea.
- Algún tipo de afección sanguínea.
- Causas relacionadas de alguna forma con la propia enfermedad mental.
- Reblandecimiento del cartílago.
- Trastorno del simpático cervical.
- Degeneración de ciertos nervios tróficos.
- Agentes tóxicos circulando en la sangre.
- Infecciones.

Como contrapunto al anterior abanico etiológico, merece la pena rescatar aquí la descripción realizada en 1896, no sin buenas dosis de humor de la época, por P. Borrás y Torres, jefe de la clínica de oto-rino-laringología del Hos-

pital de Niños de Barcelona en su artículo “Trastornos auriculares producidos por las bofetadas” (8): “Como afortunadamente, dado el gran número de bofetadas que se suelen expender a precio poco elevado, no todas tienen consecuencias desagradables para el que las adquiere en justa e injusta compensación a las rarezas de carácter o a la no siempre justificada cólera de algún viejo regañón, descontentadizo maestro, impetuoso militar, furibunda maritornes, etc., etc., de aquí que en Otología se vean relativamente pocos casos de trastornos auriculares debidos a este traumatismo manual. Sábese sin embargo, que consecutivos a

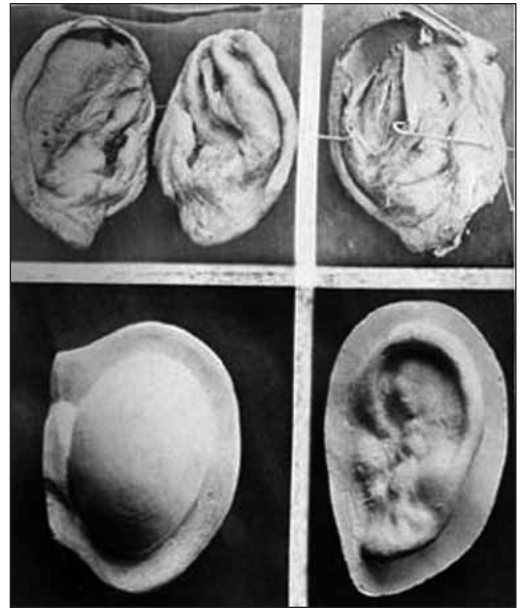


Figura 5. Primeras fotografías en el *American Journal of Insanity*. Las dos imágenes de abajo representan el oído externo de un paciente, la imagen de la izquierda es la fotografía de un molde de escayola realizado cuando la tumefacción era mayor. La imagen de la derecha representa el mismo oído una vez que la ruptura y contracción habían ocurrido. Las tres imágenes superiores fueron tomadas de los oídos de otro paciente. Las dos de la izquierda muestran la contractura que tuvo lugar tras la ruptura de los quistes; mientras que la figura de la derecha muestra una sección de uno de ellos y demuestra la separación del pericondrio del cartílago auricular.

Hun, 1870 (5).



Figura 6. Detalle de la oreja del boxeador del Quirinal. Bronce griego, S I a.C.

este modo de traumatizar tan singular, hanse presentado parálisis faciales periféricas, lesiones en los ojos, carrillos, labios, epistaxis, acompañadas o no de fracturas del tabique nasal, y como consecuencia, desviaciones permanentes de este mismo othematoma, pero admitiendo que la primera causa que obra, traumatismo, es la ocasional. Por esta razón es tan frecuente en los locos, cuyos guardianes o loqueros poco cariñosos, en general, suelen castigar con sendos tirones de orejas o con repetidos bofetones a los alienados, poco conocedores, desgraciadamente, del cumplimiento de sus obligaciones.

En general disminuye el número de lesiones en el pabellón desde que en los asilos de alienados se ejerce extraordinaria vigilancia con los loqueros. "Así en el Hospicio des Antiquailles, de Lyon, en 1859, los tumores sanguíneos se produjeron en diversos intervalos y cesaron bruscamente después de renovar ciertos enfermeros: lo que demuestra que los individuos afectados eran cogidos por las orejas para ser corregidos o trasladados a los sitios que les correspondía".

No cabe dudar de que los traumatismos del pabellón han sido conocidos y comentados en todas edades por las deformidades de mayor o menor cuantía que hayan podido imprimir a la sección externa del aparato de percepción de los sonidos. Por esto "los escultores griegos y romanos no han olvidado de dar como ornamento plástico a las orejas de sus semidioses o de sus atletas célebres, tales como Hércules, Héctor, Cástor y Pólux, la deformación consecutiva al hematoma. Gudden, Winkelmann, visitando la dactiloteca de Munich o las estatuas de la escultura antigua; Prat, examinando las medallas y estatuas que se remontan a la época romana, han visto parecidas deformaciones sobre los pabellones de las cabezas de atletas".

Generalmente afectan estas lesiones a la cara externa del pabellón en cualquiera de sus divisiones menos el hematoma, que jamás se sitúa en el pulpejo. Como en mis tres observaciones, el lado afectado suele ser siempre el izquierdo, pues generalmente el que hiere lo hace cara a cara y con su mano derecha, a menos de ser zurdo".

Para 1897 la frecuencia de aparición de esta condición iba progresivamente en descenso. Carter (9) lo atribuye a métodos más humanos de tratamiento y la menor incidencia de trau-

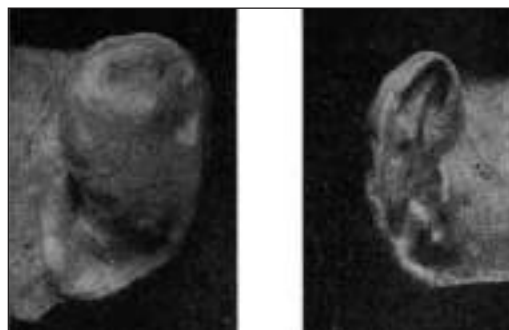


Figura 7. Fotografías de los moldes de escayola de un caso de hematoma auris, publicadas por Kraepelin en General Paresis (1913).

En la primera hay una enorme tumefacción globular debida a la extravasación de sangre. En la segunda, engrosamiento y desfiguración de los cartílagos tras la reabsorción sanguínea (10).



Figura 8. “En la imagen se ve muy claro el fuerte tumor ovalado. La fosa escafoidea ha desaparecido, el reborde auricular en su zona superior está desfigurado por completo. Destacan las arrugas horizontales y el párpado superior cerrado. Es por eso que su fisonomía parece muy dolorida. Informaciones técnicas: La toma de la imagen se realiza en una habitación individual donde la luz viene del lado observado. Debido a la inquietud del paciente, la fotografía sólo se pudo realizar sujetando la cabeza manualmente durante un instante”.

Alber, 1902 (11).

matismos en los enfermos asilados en instituciones bien reguladas. Los traumatismos serían entonces un factor etiológico, si bien la degeneración de alguna de las ramas de la arteria carotídea sería la causa que lo favorecía. Para el final de la Primera Guerra Mundial el tema desapareció de las revistas médicas y otras modas tomaron el relevo.

Kraepelin (10) hace referencia a esta condición en el apartado de la sintomatología de la parálisis general progresiva secundaria a la sífilis (fig. 7), una de las principales causas de ingreso psiquiátrico hasta no tan remotas fechas. Reconociendo que un trabajo de Von Gudden en 1860 había probado la causalidad externa de

la misma dice: “Fracturas costales y hematoma auris ocurren frecuentemente en la pasesia, a veces de forma alarmante, porque los pacientes son muy difíciles, a menudo inquietos, y especialmente porque no se defienden o se quejan por lo que sufren irremediamente los malos tratos de sus compañeros”. Termina recomendando una mejor organización y supervisión auxiliar para disminuir la frecuencia tanto de orejas tumefactas como de costillas fracturadas.

A continuación veamos un ejemplo de los que debieron ser frecuentes casos clínicos (PGP + otohematoma) durante la época, tomado del Atlas de enfermedades mentales de A. Alber (11), discípulo de Sommer en su sistema diagnóstico acompañado de imágenes (fig. 8).

“H.C. aus H., 42 años. Ingresó el 27 de diciembre 1898, falleciendo el 10 de mayo de 1899. Sin carga de herencia genética. Se casó con 29 años. Tuvo 4 hijos de los que uno murió de convulsiones y otro nació muerto. Su memoria empezó a empeorar medio año antes del ingreso, cansancio fácil, insomnio, excitabilidad, dolor de cabeza nervioso. Después afasia, intolerancia al alcohol, crisis convulsivas. Poco después de ingresar presentó espasmos de los músculos de la mímica y de las extremidades. Tocar su brazo derecho genera un espasmo clónico del mismo. Presenta un reflejo patelar derecho aumentado, siendo el izquierdo de intensidad normal. Obvio espasmo clónico en pie derecho. Las pupilas muy estrechas. No reaccionan a la incidencia de luz. Lenguaje escandido. En el ámbito psíquico: orientado, mala memoria, inteligencia defectuosa. A lo largo de las observaciones fueron particularmente llamativos los ataques de tipo epiléptico, tensión enorme, sobre todo en los aductores, intensas contracciones, lenta relajación de los espasmos, aguda excitación motora alcanzando la agitación frenética, megalomania simplona. Fallecimiento tras un de rápido desmoronamiento físico. El otohematoma surgió a mediados de marzo de 1899 por causas desconocidas, se supone que a consecuencia del auto-deterioro, teniendo en cuenta la enorme inquietud motora del paciente”.

Berrios, comentando uno de estos textos clásicos sobre el otomematoma (12), llama la atención frente al espejismo de nuestras verdades sobre el conocimiento presente y se pregunta por cuáles son las auténticas diferencias entre los diagnósticos vigentes actualmente y los que ya pasaron de moda. Dependiendo de nuestro punto de partida podríamos llegar a conclusiones diferentes, siendo aconsejable tener en cuenta a la hora de dar una respuesta no solo los avances tecnológicos disponibles para el diagnóstico (realismo), sino los conceptos derivados de los propios contextos históri-

cos (instrumentalismo). Con esta perspectiva más amplia, incluyendo los dos puntos de vista, estaremos mejor prevenidos ante el convencimiento ciego en futuros “*Hematoma Auris*” y el subsiguiente sonrojo al descubrir las verdaderas causas ocultas para su explicación.

Contacto

Oscar Martínez Azumendi
Sº Psiquiatría del Hospital de Basurto
Avda. Montevideo 18. • 48013-BILBAO
osarmar@wpanet.org
<http://psiquifotos.blogspot.com>



BIBLIOGRAFÍA

- 1) Mac-Auliffe, L. Marie, A. Observation et mensuration de 200 oreilles d'aliénés, épileptiques ou idiots. *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*. 1910. I (1) : 23-33.
- 2) Mac-Auliffe, Marie, A. Thooris. Résultats des mensurations comparées de 100 soldats et de 100 aliénés, épileptiques ou idiots. *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*. 1910. I (1) : 307-311.
- 3) Barfoot, M. Morrison-Low, A.D.V.V.C. M'Intosh and A.J. Macfarlan. Early Clinical Photography in Scotland. *History of Photography*. 1999; 23 (3): 199-210.
- 4) Douglas, W. The speaking portrait. *Pearson's magazine*. Marzo, 1901. XI (63): 288-292.
- 5) Hun, E.R. Hæmatoma auris. *American Journal of Insanity*. 1870; 27: 13-28.
- 6) Mudry, A. Pirsig, W. Auricular Hematoma and Cauliflower Deformation of the Ear: From Art to Medicine. *Otology & Neurology*. 2009, 30(1): 116-120.
- 7) Pieterston, J.F.G. Hæmatoma Auris. En Tuke, D.H. (Ed.) *Dictionary of Psychological Medicine*. Jhon Churchill. Londres, 1892: 557-62. Reimpreso en *History of Psychiatry*. 1999; 10: 376-383.
- 8) Borrás y Torres, P. Trastornos auriculares producidos por las bofetadas. *La Independencia Médica*. 26 noviembre 1896. 32 (9): 87-89.
- 9) Carter, F.P. A case of double Hæmatoma auris. *American Journal of Insanity*. 1897; 53: 560-561.
- 10) Kraepelin, E. General paresis. *Nervous and mental disease monograph series*, nº 14. New York, 1913.
- 11) Alber A. Atlas der geisteskrankheiten im Anschluss an Sommer's diagnostik der geisteskrankheiten. *Urban & Schwarzenberg*, 1902: 10-11.
- 12) Berrios, G. Pieterston's 'Hæmatoma auris'. *History of Psychiatry*. 1999; 10: 371-375.

CONCLUSIONES del XXVI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL

Celebrado en Valencia los días 1, 2, 3 de abril de 2009 el XXVI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, se reunieron más de 850 profesionales de enfermería de Salud Mental, convocados por la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM), bajo el lema “*Los espacios pedagógicos del cuidado*”, presentándose **314 comunicaciones poster** y **124 comunicaciones orales** y que concluyeron lo siguiente:

- El ser humano necesita varios años para alcanzar su autonomía, y toda una vida para aprender. La persona no sólo necesita proveerse de los recursos necesarios para su subsistencia sino que también necesita darse un significado, aprender a ser feliz y realizarse.
 - Disponemos, afortunadamente, de forma natural de mecanismos innatos que nos impulsan a la supervivencia y a la adaptación, véase la creatividad, la cortesía, la generosidad, la autenticidad, el autoconocimiento, la empatía, no obstante es imprescindible incorporar conocimientos, habilidades y destrezas que faciliten los autocuidados y potencien nuestras capacidades.
 - Como personas, disponemos de un considerable potencial fundamentado en nuestras capacidades y habilidades que generan una aportación incuestionable y enriquece a la sociedad en su conjunto. Cobra especial relevancia la necesidad de establecer redes sociales, de potenciar la sociabilización, compartir placeres y saberes para construir nuestra sociedad. Somos naturalmente empáticos. La empatía florece si el entorno no es estresante ni amenazante siendo necesario centrarse en las emociones del otro, para lo cual previamente es necesario el “estar bien” consigo mismo, es decir, el autocuidado.
- Las personas en sus autocuidados, han de aprender a reconocer sus propias señales de bienestar o malestar, comprenderlas y actuar en consecuencia sobre las mismas, atreverse a incorporar cambios saludables.
- No podemos olvidar la perspectiva de género en toda su amplitud, el concepto de masculinidad y feminidad, como construcciones sociales basadas en la asimetría discriminatoria de las mujeres respecto a los varones lo que ha supuesto su exclusión de la vida pública y un claro sesgo en la atención sanitaria que reciben, por ejemplo, sesgos en el esfuerzo diagnósticos y terapéuticos, patologización de su ciclo vital, psiquiatrización de su malestar, etc.
 - Nos encontramos en un proceso de cambio necesario para la evolución favorable de hombres y mujeres. La igualdad y la comprensión de los fenómenos implícitos a la perspectiva de género protege frente a relaciones asimétricas, vulnerabilidad, la subordinación, la sumisión, la dependencia emocional, la autoexigencia o la culpabilidad asociada a la educación milenaria de las mujeres definidas como seres humanos programados para la dedicación y entrega a los demás.

- Las profesiones sanitarias y del ámbito educativo ostentan un papel representativo en la educación en valores y hábitos saludables. Educación que ha de iniciarse en las edades más precoces, fortaleciendo a las personas desde la más tierna infancia y sostenerse a lo largo de toda la vida.
- Tenemos la responsabilidad social de ejercer el cuidado de otros, cuidar a los “Cuidados” siempre desde la interdependencia, no desde relaciones de poder, aunque éstas sean paternalistas, que ubican al paciente en un ámbito de subordinación y dependencia.
- Las personas que cuidan también tienen derecho a ser cuidadas. El valor de su entrega y su apoyo incondicional merecen un reconocimiento social que debe materializarse en forma de recursos y apoyos que promueva un desarrollo amplio y generoso de la ley de dependencia para garantizar tanto la calidad de la atención a las personas dependientes como el bienestar de los cuidadores, sean o no, profesionales.
- Los nuevos modelos en “*la pedagogía del cuidar*”, implica una forma distinta de entender los cuidados. Implica una subversión en la manera de entender la relación enfermo-profesional, pasando de un modelo jerarquizado en el que los profesionales detentaban el saber y los pacientes tenían un rol pasivo y por tanto los cuidados eran dados desde los expertos a personas que se les suponían ignorantes de sus necesidades, a una visión actual que considera que los cuidados se realizan conjuntamente con los pacientes y éstos son realmente los principales protagonistas de los mismos.
- Respecto a las teorías de enseñanza/aprendizaje, apostamos por las que parten de un paradigma constructivista. Desde este modelo el que aprende, el estudiante, o el paciente en la situación de cuidados es el centro del aprendizaje, que construye significados de forma contextualizada y en interacción. El docente pasa a ejercer una función de facilitador, guía del aprendizaje. Educar, significa por tanto, desarrollar la capacidad de aprender como sujeto crítico, epistemológicamente curioso, a través de la enseñanza de habilidades de desarrollo grupal, de trabajos en redes, de búsquedas de información y de conocimiento, tanto desde el entorno universitario, como desde la práctica laboral e investigadora.
- Supone que el profesor ya no es la única persona que educa, sino que en la medida que la enseñanza se produce a través del diálogo, el estudiante también educa, por lo que se le atribuye un papel activo en el proceso de adquirir conocimientos. Se trata de una educación basada en la creatividad, que ayude a la reflexión, a la acción crítica sobre la realidad y que a través del diálogo favorezca la capacidad de transformación social de los ámbitos estudiados.
- Se aprende, sobre todo a partir de la habilidad para resolver problemas, de la reflexión, pero no solo en el espacio docente, sino que la interacción de la enseñanza/aprendizaje se ejecuta en el espacio real e inmediato de la vida cotidiana; y es aquí donde la interacción entre las enfermeras que trabajan en el ámbito asistencial y las que trabajan en la docencia (dicotomía que esperamos que desaparezca), necesita de la reflexión, del análisis y del desarrollo de estrategias conjuntas que orienten que enseñar y como enseñar.
- Con el aumento de los problemas de salud mental en nuestra sociedad, se han abierto nuevos escenarios de actuación para las enfermeras de salud mental, lo que ha supuesto una ampliación del rol profesional y el desarrollo de nuevas prácticas de cui-



dados. Por lo tanto incorporar habilidades pedagógicas resulta imprescindible, en:

- los programas de apoyo en la comunidad a los enfermos mentales graves y a sus familias, para ayudarles a aprender o reaprender a vivir y autocuidarse de manera satisfactoria,
 - en los programas preventivos desarrollados en los centros educativos,
 - en la población inmigrante con una percepción cultural diferente respecto a la enfermedad y a los tratamientos,
 - en los pacientes mentales sin hogar, en el que el acercamiento para cuidar precisa también de habilidades y actitudes determinadas,
 - en la atención a las mujeres que sufren distintos tipos de violencia con importantes repercusiones para su salud mental y que requieren de una sensibilidad y habilidades específicas para su detección y asesoramiento.
- En nuestra tarea de los cuidados reivindicamos el valor del “síntoma” como algo más allá de un mero signo clínico ya que, comunica, expresa un sentido que podríamos definir como “simbólico”. El síntoma “reúne en sí”, recompone, sintetiza el sentido comunicativo en un contexto de comunicación y de relación en el que aparece. Por eso, ese sentido es descifrable solo dentro del contexto, que comienza por aquel en el que el paciente participa más directa e inmediatamente, es decir su familia.
- Cuando el síntoma se manifiesta en el cuerpo hablamos de expresión somática, cuando se manifiesta en el comportamiento hablamos de expresión conductual y cuando se manifiesta en el contexto hablamos de disfunción relacional.
 - Dar una respuesta a la demanda sintomática exige de los profesionales flexibilidad, considerando separadamente cada uno de estos síntomas, siendo conscientes de no

perder de vista la circularidad y las reciprocas conexiones intersistémicas de los mismos. Es decir, ver el modo en que esa familia, en ese momento de su historia y de su ciclo vital, interactúa con la aparición de los síntomas de uno de sus miembros.

- Sigue siendo una asignatura pendiente la necesidad de armonizar y homogenizar el derecho a la asistencia sanitaria en todo el territorio español, eliminando desigualdades y agravios comparativos a los ciudadanos, dependiendo de la autonomía en la que residan.
- No podemos olvidar la necesidad de reivindicar el papel de los profesionales de enfermería en todos los dispositivos de salud mental, no permitiendo la escisión en compartimentos estancos en la cobertura de diferentes de necesidades, ya que es intolerable que abran servicios en los que no se respeta la continuidad en los cuidados y no permite una atención integral, multi e interdisciplinar ignorando el valor que aportan los profesionales de enfermería siendo uno de los profesionales más cualificados y más accesibles de los servicios de salud.





Castilla del Pino In memoriam

El pasado 15 de mayo, a los ochenta y seis años de edad, falleció el Dr. Castilla del Pino. Socio de la AEN desde 1947 y miembro de honor de la asociación. Con él desaparece la última gran figura de la psiquiatría española del siglo XX. Fue un eslabón imprescindible —y probablemente único— para entender la evolución de la formación y la asistencia

psiquiátrica en España: Se inició en el Instituto Cajal en los estudios de neurología e histología del sistema nervioso, fue un estudioso riguroso del psicoanálisis y dio un impulso importantísimo al modelo de “psiquiatría comunitaria”.

Conocido por el franquismo como “el psiquiatra rojo”, fue el contrapunto a la psiquiatría oficial del régimen, motivo por el que se le denegó el acceso a la cátedra de psiquiatría hasta en cuatro ocasiones (entre 1952 y 1969) . No fue sino hasta 1983, ya instaurada la democracia cuando se le nombró catedrático.

Autor prolífico (“Psicoanálisis y Marxismo”, “Un Estudio sobre la Depresión”, “La incomunicación”, “Cuatro estudios sobre la mujer” —libro de cabecera del movimiento feminista de la época—, “Sexualidad y represión”, “El discurso de la mentira”, “De la identidad”, “Hermenéutica del lenguaje”, “Psicopatología”,...) publicó en sus últimos años dos volúmenes de memorias (“Pretérito Imperfecto” y la “Casa del Olivo”) con un excepcional éxito que le permitió ser elegido académico de la Real Academia de la Lengua.

De carácter a veces difícil, poseía un fino sentido del humor. Por ejemplo, cuando desde OME se le invitó a participar en el XXIII Congreso de la AEN (Bilbao, 2006) respondió “que acudiría encantado... si para entonces estaba vivo”. Afortunadamente lo estaba y pudimos disfrutar de su conferencia en la ceremonia de clausura “*Historia crítica de la psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica*”².

Al terminar la conferencia, todos los asistentes puestos en pie le tributaron un interminable y emocionado aplauso que D. Carlos agradeció sinceramente. Su afecto y su emoción fueron el mejor regalo que recibieron de él quienes se ocuparon de la organización del congreso... y ese es el recuerdo que conservaremos.

1 Ver artículo del Prof. Guimón en El Correo Digital:

<http://www.elcorreodigital.com/vizcaya/20090516/opinion/superar-olvido-20090516.html>

2 Una joya grabada en vídeo y accesible en: <http://video.google.es/videoplay?docid=7176623791039437455&hl=es>

Coger la Cita: Castilla del Pino y López Ibor

Guillermo Rendueles

Psiquiatra. Gijón

Resumen: El autor defiende en este artículo que la mayoría de los psiquiatras españoles mantiene una conducta de Disociación Cognitiva hacia Castilla del Pino. La disociación se construye por una visión hagiográfica de la biografía de Castilla del Pino que lleva a aclamarlo como maestro de vida frente a un desconocimiento y desuso de su teoría en una práctica clínica. Práctica más consonante con la obra de López Ibor que afirmó la base depresiva de las neurosis y la psicósomática. El autor trata de remediar esa disonancia mediante el resumen de la obra de Castilla del Pino y la recomendación de su práctica.

Palabras clave: Castilla del Pino, López Ibor, Psicosis, Connotación, Denotación Adiacrítica.

La percepción de lo Real Histórico en términos de Narración Familiar es una operación ideológica habitual y cotidiana sobre la que nos advierte Zizek¹. Mediante ella un conflicto que enfrenta grandes fuerzas históricas se reelabora desde las coordenadas de un drama familiar como rutina cotidiana. Con ello la Historia se transforma en la Memoria de una especie de carrera de relevos. Cada generación deja a la siguiente unas tareas que debe asumir o eludir con parsimonia o urgencia, al tiempo que elige categorías teóricas en que enmarcar esas prácticas sociales.

La generación psiquiátrica del 68 es un claro ejemplo: el problema central deja de ser la locura para centrarse en el escándalo del encierro de esa locura y “echar abajo los muros de los asilos” fue la tarea urgente que entusiasmó a esta generación.

Coger la cita que la historia nos deja exige también elegir maestros. De nuevo ese tiempo del 68 nos da buenos ejemplos: Franco Basaglia² a pesar de la pobreza de su obra teórica se constituye en el héroe cultural de la generación porque apenas con un par de conceptos —los constructos psicopatológicos como Dobles creado por el encierro, la autogestión como cura por recuperación de la identidad arrasada por la institución total—, recluta a los mejores de esa generación para la Reforma Psiquiátrica

Tras el éxito y la des-institucionalización de los pacientes la persistencia de la misma sintomatología defectual con exigencia de rehabilitación psicosocial, junto a la invasión de las consultas por objetos psiquiátricos mal identificados que abarrotan las consultas, plantea a las nuevas generaciones psiquiátricas el dilema tanto de coger o eludir la citas que le impone

1 Slavoj Zizek: Arte, Ideología y Capitalismo Madrid 2008 Circulo de Bellas Artes.

2 F.Basaglia ¿Que es Psiquiatria? Guadarrama Barcelona 1976.

la historia —ceder o rechazar la psiquiatrización y búsqueda de ventajas por la multitud— como de elegir teoría y con que enfrentarla.

Elección que desde luego puede estar ofuscada por la ideología y la falsa conciencia. Carlos Marx llamaba *Idiotismos Profesionales* a las falsas ideas de los profesionales llenos en infatuación que pretendían en el caso de los jueces esta aplicando el derecho natural justificado en latinazos cuando con sus practicas y sentencias defendían los intereses de la naciente burguesía.

Algo de esa falsa conciencia define a mi juicio las prácticas de la psiquiatría progresista española que tras su integración en la gestión política y la politiquería administrativa que intenté describir en *De Conspiradores a Burócratas* practica la razón gerencial y confunde las teorías que sustentan sus prácticas.

Del Congreso de la AEN en Bilbao

Trato de resolver en este escrito la curiosa paradoja que sentí durante un reciente Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría: en su sesión de clausura se nombraba socio de honor a Castilla del Pino y su emotivo elogium culminó con una interminable ovación y mi sincera impresión de que, para la mayoría de los presentes, Castilla del Pino era un héroe cultural. La segunda observación que construye la paradoja consistía en que preguntando a cualquiera de los presentes sobre si empleaba en su práctica clínica alguno de los conceptos psicopatológicos de Castilla del Pino, la respuesta negativa fue generalizada. La ignorancia de preconceptos impedía entender un chiste con la definición de Connotación que había hecho Bertrand Russel en unas emisiones radiofónicas sobre como *Yo soy un explorador sexual, Tú un promiscuo y Ella una puta*, denotaban el mismo hecho. Replicar la experiencia esta al alcance de cualquier lector: pregunte a cualquier psiquiatra que se confiese admirador de Castilla si le puede explicar en que

consiste el Análisis Judicativo de la Conducta o que significa Denotación Adiacritica. Presumo que la ignorancia de ambos términos que cualquier lector que termine estas líneas puede manejar es generalizada en la psiquiatría española

Esa paradoja que disocia la practica profesional de los valores y la ideología confesada, admite otra vuelta de tuerca. Cualquiera de los socios de la AEN que homenajearan a Castilla y creen ejercer su práctica con un modelo “Bio–Psico–Social”, denostaría la obra teórica del profesor López Ibor como anticuada y espiritualista, juzgándole además como el psiquiatra del franquismo. Sin embargo sí se le preguntase a los tales psiquiatras como tratan a los 15 pacientes que tienen que ver cada mañana en su Centro de Salud con quejas variadas y menores, contestarían si son veraces, que aunque los diagnostiquen de ansiosos, fóbicos, obsesivos, funcionales, todos ellos saldrán de su consulta con la prescripción de al menos un antidepresivo (no es raro salir con más de dos). Por ello en la práctica el paradigma, el supuesto implícito que guía esa prescripción universal de antidepresivos–ansiolíticos para cuadros que van desde el Ataque de Pánico al Dolor Fibromiálgico está en concordancia con la hipótesis central de López Ibor sobre las neurosis como enfermedades del ánimo, que afirma una depresión presente en todas las Reacciones Vivenciales Anormales o aún en los Trastornos Psicósomáticos como Equivalentes Depresivos.

Desde luego que el cumplimiento del viejo deseo del tirano de dejar las cosas atadas y bien atadas no es exclusivo del campo psiquiátrico y los huevos de la serpiente nacen por doquier, pero la falta de reflexibilidad y la falsa conciencia del gremio convencido de lo progresista de sus practicas “reformistas” si parece específico de una profesión tan necesitada de aclararse como la l psiquiátrica.

De ahí mi interés por tratar de recapitular la relación de la obra de Castilla del Pino con la



historia de las prácticas psiquiátricas españolas de su tiempo empleando el encuadre marxista que él propone durante su etapa centrada en lo social (antropológico–dialéctico), analizando esa relación de producción–recepción como un juego dialéctico entre la obra de Castilla, la situación de la psiquiatría española en dos etapas franquistas y una democrática contrastándola con los valores que determinarían la práctica de esas tres generaciones psiquiátricas.

Ordenar y resumir una obra tan basta como la de Carlos Castilla se benefició en mi caso de reconocer deuda de lector tanto con Castilla del Pino que ha epitomizado con carácter didáctico toda su obra, como con las ya abundantes trabajos que hacen excelentes paráfrasis de su obra. Especialmente endeudado se encuentran este artículo con la tesis doctoral³ de Díaz Patricio, cuyo texto admito haber saqueado sin piedad para escribir estas líneas.

La psiquiatría como práctica extemporánea: La psiquiatría es sin duda la práctica curativa y la actividad teórica postmoderna que más contradicen la hegemonía de los tópicos weberianos sobre la vocación científica. Para Weber la ciencia o el científico moderno debe renunciar tanto a cualquier deseo fáustico de saber general como a constituirse en maestro de vida o dador de sentido a la existencia. Debe conformarse, si tiene éxito, con descubrir de forma efímera un pequeño mecanismo de las leyes naturales o sociales que el propio progreso convertirá en anticuadas al poco tiempo de ser formuladas.

La psiquiatría y cada psiquiatra incumple con sus teorías y prácticas esos asertos acercándose peligrosamente la figura del demagogo o el profeta tan denostados por Weber. El psi-

quiatra promete descubrir las verdades ocultas en el interior del paciente con quien pretende descubrir un sentido vital trascendente al banal politeísmo que constituye la vida real: descubrir el daimon particular al que entregarse como vocación mundana y cumplir con el deber profesional, que la ascética capitalista exige.

Expresión de ese consentimiento con la demagogia que se visualiza en la profunda psiquiatrización que sufren las sociedades postmodernas. Ceder al papel asignado por el estado y a la demanda que repite cada paciente que acude a una consulta psi en búsqueda de soluciones médicas a su malestar cotidiano, supone que cada psiquiatra ejerce de maestro de valores, enseñando a vivir de acuerdo con los dudosos saberes ofrecidos por las psicoterapias que compiten en el mercado del consuelo

Práctica psiquiátrica que cuando cumple el mandato social de ser el coche escoba que recoge y da respuesta los malestares que no tienen respuesta en otras agencias sociales del bienestar practica el Papel del Místico que ofrece valores mezclados con ciencia. Práctica que Weber denuncia como deshonesto porque disfraya como ciencia en la cátedra, la consulta o la tribuna política lo que debía predicarse desde el púlpito o el confesionario.

El psiquiatra weberiano debe curar lo que sepa, pero no aconsejar caminos vitales que supongan privilegiar un valor sobre otro: esa tarea trágica de elegir uno de los muchos dioses resucitados por el capitalismo y seguirlo para cumplir el deber profesional o ciudadano. Frente a la religión esa es el dilema individual y la paradójica elección que el individualismo no social exige: el deber egoísta de elegir amo⁴.

3 Junto a la referida defendida en la U. de Córdoba, existe al menos otra tesis doctoral sobre la obra de Castilla del Pino de Echeburúa en la Facultad de Filosofía de la Universidad Complutense, y el trabajo de dos discípulos cercanos, Valls Blanco y Luque Luque, que ofrecen una visión general de su obra.

4 Sobre los dilemas morales de la racionalidad weberiana hay un texto imprescindible de Yolanda Ruano: Racionalidad y conciencia trágica. Madrid 1966.

El Diletante es la otra figura denostadas por Weber a la que se aproxima el psiquiatra contemporáneo. Weber ve en el diletante un anacronismo que sueña con resucitar a Goethe sin percibir que nadie puede aspira en modernidad a vivir como Noe y morir tranquilo “saciado de todo los saberes y los días”. El científico debe comenzar por purgar ese deseo y auto limitarse como especialista de un pequeño territorio del saber. La psiquiatría es de todas las prácticas médicas la que pretende ese saber total y en complicidad con una población servil⁵ a la búsqueda de maestro—amo ejerce en nuestros días el rol de metomentodo y sabelotodo. El psiquiatra aparte de tratar locos como médico, escucha como un cura, enseña como un pedagogo y aconseja a normales en asuntos tan dispares como en la mejor manera de superar la crisis económica, armonizar su familia o gozar de un sexo sano.

Castilla es plenamente consciente de ese deseo fáustico, comprobable leyendo lo polimorfo de los temas en el listado de sus publicaciones o confesado sin problemas en una entrevista “Me he pasado buena parte de mi vida en una actitud ambivalente respecto a lo que se denomina dedicación: por una parte comprendo la necesidad de monopolizarse y vivir exasperadamente inmerso en una sola. Por otra me ha sido totalmente dejar pasar una buena parte de la realidad y sus versiones —el libro, el cuadro, el paisaje, la gente sin tratar de saber de ella como espectador”.

Otro rasgo evidentemente antimoderno de la psiquiatría cuando en ella se inicia Castilla del Pino es su carácter de Ciencia nacional y su división en escuelas. Frente al universalismo clasificatorio de cualquier especialidad medica, la psiquiatría hasta la reciente hegemonía de las clasificaciones de genuino sabor americano tipo DSM, se articulaba en unas Escuelas Nacionales que permitían que en Francia exis-

tan unos trastornos delirantes llamados Bouffes no reconocidos en ningún otro lugar o en Inglaterra se trataban Depresiones Neuróticas no aceptadas por la el resto de la comunidad científica repitiéndose la historia en EEUU con las Esquizoneurosis.

En idéntico sentido la palabra psiquiatra necesita ser calificada, por ejemplo de psicodinamista—organicista—sistémico, en contraste con cualquier otra especialidad médica donde existen paradigmas normativos. Ejemplo de esa carácter premoderno de la practica viene expresado por la dificultad para saber quien puede ser titulado como psicoterapeuta o psicoanalista más parecida al sistema gremial que al sistema de titulación de un estado moderno.

Un Neuropsiquiatra en el Franquismo

Un joven científico que como Castilla del Pino que inicia su carrera y publicaciones en la España de 1946 está determinado tanto por esos condicionamientos generales de la psiquiatría con aspiraciones de ciencia natural y práctica socio disciplinaria, como por el estado de excepción permanente impuesto por el franquismo .

La primera identidad anacrónica que podemos rastrear en esta primera etapa del oficio en Castilla del Pino es la de Neuropsiquiatra: neurología—psiquiatría no son dos prácticas claramente diferenciadas en España y a pesar de la evidente contradicción entre la escucha del discurso y la tinción de estructuras cerebrales, ambas actividades se disputan el tiempo y la praxis de nuestro joven investigador. Por ello nos encontramos que Castilla del Pino publica en estos años desde artículos sobre histopatológica “Método del Cromato de Plata amoniacal para la impregnación de neuronas y axones de los centros nerviosos” (1953) hasta un arti-

5 Excelente el texto Tratado de la Servidumbre liberal de JL Beauvois para quien se crea libre incluido el prólogo de Slavoj Zizek Madrid 2008.



culo de tema tan existencialista como “El concepto de gravedad en Kierkegaard” (1950). Esta práctica lleva a Castilla por ejemplo a colaborar con el neurocirujano S. Obrador⁶ en la evaluación de las capacidades cognitivas de un joven de 29 años operado de un tumor cerebral, dotan a Castilla como veremos de una sólida capacidad de juicio para no dejarse deslumbrar en nuestros días por modelos neuropsicólogos con gran fama del estilo Damasio que creen descubrir mediterráneos al denunciar el Error de Descartes y promocionar un modelo virtual de la realidad.

La aparente contradicción entre los intereses anatomoclínicos y los existenciales hace referencia no solo a una doble admiración de Castilla por Cajal y Jaspers sino a una práctica médica típica de este primer franquismo, dividida entre una asistencia a los pobres en los hospitales clínicos o consultorios de caridad donde únicamente se atendían pacientes graves, con enfermedades somáticas aplicándoles métodos físicos y una consulta privada donde, excluido el psicoanálisis como práctica judía-cosmopolita, solo el diálogo existencial podía dotar de una cierta profundidad al diálogo terapéutico.

Junto a la mezcla de práctica neurológica y la psiquiátrica, Castilla tiene que enfrentar la elección personal entre los dos mandarines que se disputan la hegemonía y el poder para facilitar o impedir carreras universitarias en ese tiempo de franquismo duro y que no son otros que Vallejo Nájera y López Ibor.

López Ibor es por entonces el perdedor de esa pugna por el poder de influencia universitaria —tarda 20 años en obtener una cátedra de psiquiatría presentándose en cada convocatoria— tanto por su ideología monárquica como

por su modelo psicopatológico centrado en la fenomenológica: por él se decanta sin ninguna duda la alianza universitaria de Castilla del Pino. Lo mísero de aquellos tiempos queda reflejada en algunas anécdotas reflejadas en las biografías respectivas⁷ donde López Ibor le regala 500 pesetas a Castilla para que sobreviva unos días más en Madrid e ir a una reunión o le proporciona un trabajo de interno en la clínica privada del Dr. Esquerdo y que pueda salir de unas pensiones del Madrid de Baroja para comer o dormir con unas mínimas comodidades.

Pero junto a esa función de supervivencia, la alianza con López Ibor me parece que marca una primera etapa en Castilla de resistencia-oposición al franquismo entonces dominante representado por Vallejo Nájera⁸ que en su papel de jefe de la sanidad militar, católico ultramontano-tomista y admirador de Wagner, caricaturiza las virtudes del franquismo de posguerra que había desmantelado las diversas escuelas psiquiátricas de la república. Lafora y Mira López se exilaron. Sacristan fue marginado de sus puestos. Cuando López Ibor fue nombrado encargado de cátedra de la Facultad de Medicina de Madrid, algunos de esos personajes que representaban los restos del naufragio fueron recogidos allí y frecuentados cordialmente por Castilla del Pino que ya entonces se consideraba como alguien que recogía el testigo de aquella psiquiatría republicana (Llopis, Olivares, Manuel Peraita, Olivares considerado por Castilla su mentor de aquellos años) para continuar sus valores en un futuro cercano.

Por otra parte la fenomenología, el existencialismo o el Krepelianismo representaban entonces ideologías de progreso frente a una psiquiatría teorizada por Vallejo como las alteraciones de las funciones del alma propuestas

6 El artículo se llama *Un estudio clínico psicológico de un caso de hemisferectomía derecha por atrofia cortical* donde Castilla evalúa una mejor capacidad de pensamiento abstracto tras la operación.

7 Mariano López Santos: López Ibor. El hilo rojo de su pensamiento. Madrid 2007.

8 Marino Gómez Santos refiere en su biografía de López Ibor como Vallejo “dirigía” en público discos de las operas Wagnerianas.

por Sto. Tomás y unas prácticas disciplinarias ejercidas directamente por la psiquiatría al servicio del estado nacional-sindicalista Vallejo Najera aporta junto a sus disparates sobre el descubrimiento de diversas locuras en los prisioneros de guerra rojos o la herencia patológica de una vulnerabilidad al marxismo de los internacionalistas, manuales sobre la simulación de enfermedad mental que eran verdaderos instrumentos de descubrimiento-tortura policial.

Su peculiar concepto de la higiene mental que trataba de conciliar la eugenesia darwinista nazi con el nacional catolicismo le llevó a crear estructuras disciplinarias del estilo del Patronato de Protección a la Mujer donde se juntaban policías, beatas y psiquiatras, en un panoptico de vigilancia y control de la mujer que se iniciaba con la vigilancia moral de cines o bailes y podía terminar en correccionales tutelados por monjas con unidades manicomiales para las irreductibles⁹.

Jaspers señala al final de su *Sicopatología* —seguramente el libro de cabecera de Castilla en esta época— la diferencia entre *Psiquiatras de Cátedra* y *Psiquiatras de Manicomio*—vale también *psiquiatras-alienistas franceses* versus *alemanes*— argumentando a favor de la cientificidad y el rigor de lo universitario (el propio Jaspers renuncia por sorpresa a la dirección del *Psiquiátrico de Heidelberg*). Castilla tampoco duda en elegir, la vocación universitaria que le va a comprometer durante años en un sistema de alianzas perversas con López Ibor y le va apartar del análisis de la producción del saber manicomial sobre la locura. Como tratare de razonar mas adelante, esta opción universitaria va a separar a Castilla de los intereses centrales de la generación psiquiátrica de los 70 por la transformación de los manicomios, que genere un cierto desinterés por la sicopatología de Castilla valorada como académica y poco útil para esa lucha antiinstitucional.

De cualquier forma lo fructífero de las publicaciones de Castilla en esta primera época resulta sorprendente y explica su actual reserva de saber, acumulado desde este periodo Neuropsiquiátrico. A pesar de esa confusión de campo neurológico y psiquiátrico Castilla no se decanta por un modelo reduccionista de lo mental a lo cerebral. Ni siquiera es su tesis doctoral sobre *Fisiopatología de la Visión Óptica* que prolonga su deseo infantil de continuar a Cajal, la explicación etiológica totaliza ni anula la comprensión de la enfermedad mental. Sin duda la inteligencia de Castilla le libra en estas primeras publicaciones del reduccionismo generalizado de sus compañeros de generación y en un interesante trabajo sobre el *Delirium Tremens Alcohólico* resalta Castilla del Pino como el origen físico del trastorno no determina el contenido de las alucinaciones cuya genealogía hay que buscar en el mundo vivencial del sujeto.

A mi juicio el trabajo que mejor resiste el paso del tiempo de esa época y que todavía sirve actualmente para la formación de cualquier psiquiatra, es la evaluación que Castilla hace del gran adelanto científico de la época: la introducción de los neurolépticos en el tratamiento de las psicosis.

En ese escrito Castilla describe como contribuye la cura neuroléptica a desmontar la estructura profunda del delirio. En ese trabajo titulado “*Para la Psicopatología de la Remisión Esquizofrenica*” analiza Castilla con gran detalle como desaparecen los síntomas sicóticos según una pauta evolutiva que va desde la debilitación de la certidumbre en la idea delirante, hasta su degradación en un recuerdo delirante desvitalizado con más o menos conciencia de enfermedad.

Contemplados a posteriori otros tres trabajos psicopatológicos de la época anticipan las

9 En el *Psiquiátrico de Mujeres de Ciempozuelos* en los años 70 aún persistía una unidad de “*Patronatas*” contra el que tuve el gusto de trabajar y escribir.



posiciones del Castilla del Pino actual El primero es un comentario a un texto jasperiano sobre el Delirio Primario donde Castilla insiste en el carácter de alteración formal del pensamiento como clave del delirio, al enfatizar la atribución de una significación anormal a una percepción como base psicopatológica del delirar.

La “prolepsis”, la significación apriorística del sujeto sobre la realidad, es lo alterado en el delirio que pertenece por ello “a las alteraciones de la función de significación”.

En segundo lugar la integración de los Juicios de Valor en la evaluación psicopatológica y la importancia de lo ético para el análisis de la conducta se inicia ya en esta época con un texto sobre la Ética Equivoca (1960). En él Castilla afirma como las posiciones éticamente ambiguas posibilitan la inadaptación, anticipando así sus posteriores argumentos sobre la culpa depresiva como reflejo subjetivo del estar llevando una mala vida característico de la depresión.

El tercer trabajo reseñable como germinal de esta época es el titulado *Para una Socio-génesis del Resentimiento* (1961) donde oponiendo este sentimiento a la envidia lo evalúa como una afecto constructivo que permite perseverar en buscar salida a la impotencia. Si se recuerda que la ideología franquista de la época veía al proletariado o los derrotados de la guerra civil como el colectivo de los resentidos, en el elogio de Castilla hay una valiente postura de pertenencia a ese mundo de los vencidos.

La ruptura con López Ibor¹⁰ por su vergonzosa claudicación ante las influencias de López Rodó y Pérez Embil en la exclusión de Castilla como catedrático de la Universidad de Salamanca marca el final de las ilusiones de conse-

guir integrarse aunque fuese a contracorriente en la elite intelectual del franquismo.

Fundamentos de una Antropología Dialéctica

Es el subtítulo de un Estudio sobre la Depresión que marca un cambio profundo tanto en la obra de Castilla del Pino como en la proyección pública de su autor. La obra es recibida como un manifiesto de psiquiatría de izquierda por la inane oposición intelectual de la época. La tristeza vital como sentimiento corporal, como algo que nace del cuerpo y debe ser tratado con medicamentos para el cuerpo era la eterna cantinela de López Ibor. Romper con ello y de paso con todo el discurso de la Razón Vital Orteguiana llevó a Castilla al abandono del método fenomenológico existencial que complementaba el organicismo de su etapa neuropsiquiátrica. La crítica al análisis existencial se explicita en la crítica al libro de Luis Martín Santos sobre el tema donde Castilla lo califica como metodología agotada, que termina en un solipsismo que atribuye finas vivencias a un paciente que expresa con toscas frases sus sufrimientos o atribuye formas de ser en libertad a personas determinadas en su conducta por la miseria franquista.



¹⁰ López Ibor contextualiza el conflicto como uno más de los “penosos deberes” que la púrpura impone comparando su conflicto con el que tiene Negrín con Severo Ocho en la cátedra de Santiago de Compostela. Afirma también López Ibor su compromiso democrático con las visitas a la cárcel al otro opositor en dichos ejercicios el socialista Martín Santos.

La deriva hacia la izquierda de Castilla procede tanto de este despertar teórico con un interés por la sociología que incluye desde el joven Marx a Merton como de su nueva práctica en el Dispensario de Higiene Mental de Córdoba donde desde 1949 observa como la sociogenia, la clase social y la pobreza son las que generan sin excesivas mediaciones el sufrimiento de muchos de sus pacientes que no encajan por el contrario en las metáforas (“la angustia es la sutura entre alma y cuerpo” L.I.) que permitía la distancia de observarlos en un hospital universitario. Castilla junto a esa doble ruptura con la psiquiatría de cátedra y la fenomenología se acerca a posiciones políticas comunistas integrándose en los círculos intelectuales de la conspiración antifranquista y amistando con algunos de sus líderes como Pradera o Enjuto que lo definen ya como “EL” psiquiatra antifranquista.

La Nueva Psiquiatría¹¹ de Castilla del Pino se caracterizara por la integración de lo sociológico, lo psicodinámico y lo psicossomático en una explicación antropológica del objeto psiquiátrico que llamara del Sujeto en Situación. La antropología dialéctica es la versión española de una tendencia mundial hacia el freudo-marxismo como método que aporta una ampliación de la atención psiquiátrica hacia objetos científicos anteriormente desatendidos —la fenomenología pedía poner entre paréntesis la realidad para observar el flujo de conciencia— que permiten a Castilla formular una Teoría de la Motivación del Sujeto Enfermo que amplía radicalmente los aportes de la retórica elección vital de un sujeto flotante y libre de lo social como existente enfermo.

La dificultad de captar directamente al Sujeto tanto en sus determinaciones por la situación, como las actitudes con los otros, determina posteriormente el abandono por Castilla

del sujeto como objeto de la psiquiatría y su substitución por a conducta Conducta entendida como significativa y alejada del reduccionismo del mismo nombre, al introducir Castilla en su definición al componente ético como el determinante de las acciones humanas. La decisión ante un conflicto supone una valoración de las opciones que plantea la realidad subjetiva coloreada siempre de buena o mala. La situación pasa a ser por ello no lo objetivo sino lo valorado: una realidad evaluada desde la ética por el sujeto insertado en su grupo social.

De ahí la necesidad de elaborar una Teoría del Valor. El concepto de valor que asume Castilla esta tomado de Ayer y coloreado a posteriori por aportaciones del freudo marxismo que acentúa los aspectos sociales del juicio de valor que reafirma el subjetivismo—constructivismo del valor. Según ese modelo las oraciones estimativas, cuando afirmamos la bondad de una acción, no añaden ninguna información sobre el objeto sino que explicitamos el deseo de que otro haga lo que elogiamos. “Es bueno lavarse las manos” significa para Ayer que a mi me gusta lavarme las manos y que desearía que mis escuchantes también se las laven.

Castilla no percibe la catástrofe moral, la abolición de cualquier definición de virtudes y la licuación de todo vínculo social que inicia esa teórica imposibilidad para definir bueno en el hombre¹². Para el relativismo si bien puedo decir que este hombre es un buen relojero si arregla bien los relojes, resulta imposible decir que fulano es un buen hombre si ha pasado por su ciclos vitales cumpliendo bien con sus deberes de niño, trabajador, padre, ciudadano porque el concepto de Bueno para el Hombre es para este freudo—marxismo una proyección instintiva o un fetiche de los valores de intercambio social. Castilla llega afirmar que la consideración del valor como una propiedad del objeto es una

11 “Vieja y Nueva psiquiatría” es el título de un libro de Castilla de estos años que sirve de inicial programa a los núcleos universitarios ya claramente izquierdistas de la época.

12 Barman define como adiaforesis moral ese vivir después de la virtud que hace que cada acto no segregue una calificación de bueno—malo tras haberlo realizado y lo pone en el centro de la sociedad líquida.



ilusión que en ocasiones conduce a lo paranoico o en todo caso constituye un fetiche libertario producto de la ignorancia del sujeto sobre la genealogía de sus juicios de valor.

La noción de Culpa, central en su teoría sobre la Depresión, aparece definida por Castilla de este tiempo en relación este eje axiológico de los valores que comentamos. Culpa es “*pesar por un hacer indebido que provoca una lentificación de la vivencia temporal y una dificultad de actuación secundaria a un temor a reincidir en la falta*”.

La culpa supone una Desvalorización del Self por el juicio negativo de los otros, que al interiorizarse degrada la autoestima. Por ello la culpa tiene un papel moralizador: evita el egotismo, al hacernos dependiente del juicio de los otros para conservar nuestra identidad. Castilla en ese sentido aproxima las vivencias vergüenza—culpa que según Weber separaban las culturas de oriente—occidente al reafirmar su interrelación

Respecto a la Tristeza en la Depresión, según nuestro autor, estaría provocada por la pérdida de un objeto esencial para nuestro narcisismo: el duelo por la pérdida de algo valioso y el sentimiento de pobreza por la pérdida es el antecedente necesario de la tristeza—depresión.

Gracias al análisis de la culpa y el duelo, todo adquiere orden en puzzle del síndrome depresivo inexplicado hasta entonces como emergencia de lo absurdo o presentimiento de la nada¹³ en lo cotidiano. La angustia lejos de lo metafísico expresaría el miedo a ser efectivamente culpable de la pérdida de objeto y la inhibición psicomotriz estaría al servicio de la evitación de una actuación futura que repitiese la acción culposa. Incluso la Ideación Suicida adquiere sentido adaptativo, al represen-

tar la culminación del proceso depresivo cuando cristaliza la desesperanza y desaparece la posibilidad de dar un nuevo sentido a la vida: poner punto final parece menos terrorífico que una vida vaciada de proyecto existencial.

El yo alienado por la depresión es por tanto aquel que no logra conocer y actuar con unas actitudes adecuadas para lograr hacer lo que debe en la serie de situaciones que articulan su vida cotidiana. *Depresión es el nombre del fracaso en la lucha por una auto evaluación positiva del si mismo, de una perdida del proyecto vital que arroja al sujeto en la desesperanza y el tedio que cancela la esperanza de cambios futuros.*

Al tiempo el estudio de las fantasías depresivas, genera el interés intelectual de Castilla del Pino por el mundo onírico. Trabajo limitado en principio al imaginario que expresa las actitudes dominantes en los distintos periodos de la depresión, al análisis del contenido de los sueños como proyección, se amplía a posteriori y permite a Castilla del Pino desarrollar una original interpretación de las proyecciones provocada artificialmente con el Test de Apercepción Temática. Estudios que inauguran su evolución hacia el estudio de la hermenéutica del lenguaje.

También por esta época formula Castilla del Pino, en oposición a la falsa promesa de potencia terapéutica de la psiquiatría académica que promete curarlo todo, una modesta Teoría de la Cura. Una psicoterapia dialéctica proporciona al sujeto una nueva invisión sobre sus errores entre juicios de realidad — juicios de valor y trata de que reevalúe en su contexto lo que quiere hacer— ser (su proyecto) confrontándolo con lo que es y puede hacer realmente.

13 Ambas expresiones pertenece a López Ibor en su influyente artículo La Angustia Vital Madrid 1972.

Castilla del Pino afirma al tiempo el carácter de prótesis conductual de los psicofármacos que una vez indicados raramente se pueden abandonar: idea que de nuevo contrasta con la tesis de L. Ibor sobre el carácter curativo de los antidepresivos que normalizarían el flujo afectivo alterado de las neurosis. Castilla afirma también la modestia psicoterapéutica y la dependencia del éxito en la psicoterapia más de la potencia del objeto, de la capacidad de invisión y auto reparación del proyecto del paciente que del saber hacer o la potencia del terapeuta que debe tomar conciencia de sus límites y desechar todo sentimiento de omnipotencia curativa.

Un desencuentro Generacional: los azares de la historia.

Aparentemente todo el aparato teórico freudo-marxista desarrollado por Castilla del Pino coincidía con el espíritu y las necesidades de una generación que desde los Pronunciamientos estudiantiles de California en el 68 enfrentaba la lucha contra la alienación como misión histórica evidenciado por el eslogan: lo mental es político. Nada más ejemplar de esa adecuación de Castilla a la situación que sus Patografías donde unos síntomas con aparente causa íntima —ansiedad, impotencia sexual— eran detalladamente explicados como productos de enredos en la crianza familiar y conflictos con los valores dominante.

Pero por uno de esos azares de la temporización histórica ese encuentro de una generación con su maestro intelectual no se produce porque los problemas centrales que la psiquiatría crítica española elige enfrentar en los años 70 ya no son la Locura y sus mediaciones

sociopolíticos sino el Manicomio. Un texto fundacional de Franco Bassaglia —La Enfermedad y su Doble— patentiza ese giro en las tareas históricas de la psiquiatría crítica. Según Bassaglia¹⁴ las formas de locura que conocemos y describe la Sicopatología no son sino el Doble producido en el manicomio de una enfermedad que en estado puro desconocemos. De la misma forma que en los zoológicos se generan unas conductas animales fruto del encierro, distintas de las reales en su vida salvaje, las catatonias descritas en los textos psicopatológicos desaparecieron fuera de las unidades cerradas de los asilos. Cuando un pabellón de agresivos era cerrado, la conducta agresiva de los ahora internados en unidades normales decrecía drásticamente: la agresividad era una profecía autocumplida. Foucault historió la locura en idéntico sentido de forma tal que nunca más la reducción fenomenológica se recobró.

El viejo lema surrealista “familias os odio” reapareció en el análisis de la familia “normal”¹⁵ como fábrica de alienación que practicaba la antipsiquiatría inglesa en los 70. Su insistencia en los dobles vínculos y los nudos comunicativos generadores de una enajenación de la vida en familia explicaban la crisis de identidad del futuro psicótico. Eran esas situaciones de elección imposible las que la psiquiatría etiquetaba como enfermedades para preservar la vida familiar¹⁶. Descripción tan sesgada del horror familiar cotidiano que contribuía a cerrar el movimiento antiinstitucional a dilemas “reformistas” de análisis individuales o técnicas psicoterapéuticas para apuntalar unas relaciones de parentesco que es preciso destruir y sustituir por relaciones comunales no basadas en la autoridad o la tradición.

14 La calidez personal y su capacidad para acoger en su manicomio de extinción de Trieste de Franco Bassaglia a docenas de psiquiatras españoles no fue ajeno a su enorme influencia en nuestro país Especial importancia tuvo en la difusión Ramón García con su ejemplar práctica antiinstitucional y sus publicaciones de Anagrama.

15 El interés de Laing reside en que ya no habla de la madre esquizofrenógena o el padre frigorífico como patógenas sino de las relaciones habituales de la familia media como generadores de psicopatología.

16 Family Life, junto a Locos a Desatar fueron dos películas de culto que reflejaban la acción real de la antipsiquiatría contra las familias y los manicomios.



El análisis de Goffman¹⁷ sobre las Instituciones Totales (manicomios, cuarteles, conventos) como fábricas que destruyen la individualidad y producen—imponen una Seudoidentidad Institucional (el loco, el soldado) a la medida del dictado social apuntalan una teoría negativa sobre la locura que determinaba una consigna clara :hasta que no se derribasen los muros de los manicomios cualquier sicopatología era una ficción y su estudio una traición que robaba tiempo a las urgencias de la militancia.

Este desajuste entre los psiquiatras críticos (por primera vez mayoritarios en los centros desde la República) con el pensamiento de Castilla del Pino pudo ser visualizado en un Congreso de la AEN celebrado en Valladolid en la década de los 70. Allí nuestro autor encabezaba una candidatura que se propone comprometer ese movimiento en dirigir esta prestigiosa institución para convertirla en un foco de saber crítico y oposición a la dictadura. Parecía una postura evidente ya ensayada con éxito por todas las “fuerzas de la cultura” que se movían en la orbita del Partido Comunista Español.

Posición contestada por un aparentemente débil y desorganizado grupo antipsiquiátrico encabezado por Ramón García que afirmaba la necesidad de no “enfangarse” en políticas de participación en instituciones democráticas para concentrarse en las luchas reales contra los manicomios. Manicomio concebido como institución donde únicamente la autogestión y el alta masiva de los internados generara un nuevo concepto de enfermedad—tratamiento psiquiátrico, cuando ya liberado de ese doble que hoy malconocemos y maltratamos como enfermo, se liberasen del estigma.

Sorprendentemente esta posición fue mayoritaria en el Congreso y una reunión académica se transformó en una asamblea perma-

nente donde ni se permitió la lectura de las ponencias oficiales ni a nadie interesó la discusión de por ejemplo “Las actitudes de la población ante las enfermedades psiquiátricas” que figuraba en el programa. La formula de consenso con que concluyó aquel movimiento asambleario refleja nítidamente su voluntad ateórica: si la sicopatología o el psicoanálisis proponen poner entre paréntesis lo real para estudiar el mundo vivencial o la novela familiar del neurótico, el movimiento antiinstitucional pondrá entre paréntesis el problema de la locura para transformar—destruir las instituciones donde esta locura ha permanecido encerrada y transformada en su caricatura desde los últimos siglos.

Un hermeneuta en el mundo de la banalidad psiquiátrica

Tras el fracaso de las previsiones antipsiquiátricas que una vez logrado su objetivo de rescatar a los internados del encierro manicomial comprueban que el “doble de la enfermedad mental” —el autismo, el defecto, el delirio, no era tal pues continua produciéndose en pacientes que no han conocido el internamiento, la práctica psiquiátrica entra en una fase de confusión. El movimiento antipsiquiátrico había triunfado en cuanto razón negativa, despertando justas dudas sobre todo el armazón teórico del diagnóstico. Por ello la psiquiatría tenía dificultades en su aceptación por la comunidad científica como práctica medica normalizada. El experimento clave para el declive en esa confianza fue su probada incapacidad psiquiátrica para detectar simuladores y la calificación de psicóticas para conductas de exploración antropológica de los simuladores. La publicación incontestada en *Nature* del trabajo sobre Sanos en el Lugar de Insanos sigue siendo el reproche central que degrada lo psiquiátrico a una practica artesanal.

17 Internados traducido por Amorrortu, fue una Biblia generacional de la psiquiatría antimanicomial española.

Junto al desanimo por el desprestigio teórico de lo psiquiátrico, más pragmático fue el horror gremial de los psiquiatras norteamericanos al contemplar como sus consultas pueden no ser reconocida como necesidades medicas por los poderosas aseguradoras ante la poca fiabilidad de sus diagnósticos y la competencia terapéutica de múltiples ofertas psicológicas.

Contra esa catástrofe profesional (las vocaciones psiquiátricas descienden geométricamente en esos años) la APA organiza un movimiento importante de reagrupación de la psiquiatría tradicional—neokrepelinianos, jóvenes turcos—que logran imponer una clasificación la DSM III—autocalificada de ateorica y pragmática que impone un lenguaje fiable y logra quebrar las viejas clasificaciones nacionales. Eso sí a costa de hacer aún mas impreciso el lenguaje de la vieja sicopatología y eliminar toda reflexión crítica substituida por un sistema de votaciones que hace aparecer o desaparecer objetos psiquiátrico—neurosis, histeria o perversiones figuran entre las bajas; pánico o estrés postraumático entre las altas, sin otros argumentos que las opiniones dominantes en una votación de la APA. Un poco sicótico es el increíble criterio que se emplea para describir el Trastorno Límite por la DSM III con el mismo rigor que un ginecólogo puede definir a su paciente como un poco preñada.

De nuevo a contracorriente Castilla abandona la antropología dialéctica cuando juzga que constituye un modelo Impreciso para estudiar la conducta, buscando en la Hermenéutica del Lenguaje una metodología dura, capaz de purgar a la sicopatología de su carácter humanístico—difuso para formular un lenguaje bien hecho. Es desde lo Verificable —a partir del análisis del habla— desde donde podemos inferir el sentido de la conducta humana incluida en lo que desde ahora Castilla va a llamar Psico(pato)logía.

Según el nuevo modelo solo podemos captar el sentido de la acción humana, si logramos desentrañar las proyecciones del hablante analizando su actividad lingüística

Actividad lingüística que cuanto peor hecha, mas idiosincrásica y alejada de la objetividad científica mas información nos suministra sobre el sujeto. Si Freud descubre la emergencia del inconsciente en los lapsos lingüísticos, y su genio le permite descubrir el deseo de que la amante de un compañero de excursión tenga la regla tras la pequeña equivocación sobre los Frescos de Oviato, Castilla del Pino descubre esas proyecciones con el rigor del análisis lingüístico.

Hermenéutica del Lenguaje que a partir de una sencilla clasificación del habla en Oraciones Indicativas que funcionan como connotaciones y Oraciones Ostentativas que ejercen una función de marcadores de realidad, construye Castilla una impresionante arboleda de interpretación que le permite re ordenar las clasificaciones psiquiátricas

Idéntica opción contra la imprecisión le lleva al abandono de la noción de Situación en la que descubre una reedición del tópico ortegiano del hombre substituirlo por la noción de Contexto. Contexto es la situación creada tanto por las convenciones de los hablantes como por los rituales sociales que marcan la Conducta Adecuada—Apropiada y anticipan el fracaso de las mismas como patología mental. El Inadecuado en un duelo es quien no esté triste o lo esté demasiado o durante más tiempo de lo convenido. La conducta Inapropiada del que cuenta intimidades a un desconocido en el ascensor anticipa un diagnóstico de desinhibición maniforme o de psicosis al violar las normas residuales.

También la definición de sujeto es ahora reformulada por Castilla del Pino en términos empíricos, admitiendo al sujeto como una inferencia del observador ante las redundancias de conducta, en búsqueda de una exacti-



tud que le exigirá en próximos escritos de una Teoría de los Sentimientos. Al tiempo desglosa al sujeto del self definido ahora como autoconciencia surgida de las relaciones con los otros, mientras reserva para el yo la designación de la parte activa de la personalidad. Todavía subdivide al Self entre su faceta actitudinal y otro intelectual como subsistemas que crean “yoes de actuación” para cada acción concreta.

Si bien Castilla no formaliza una antropología que sustituya al marxismo, en su descripción de las relaciones humanas como procesos donde los hombres buscamos mantener la autoestima frente al otro, el eco de la metáfora hegeliana del Amo y el Esclavo parece emerger de su obra. Es Hegel y tras él Mead y Honneth¹⁸ quienes mejor han formulado como en la lucha por el reconocimiento y sus derrotas en las figuras del menosprecio, la desposesión y la deshonra se encuentra el motor último de los conflictos humanos en modernidad.

Las dos obras cumbre de esta etapa de Castilla del Pino son Criterios de Objetivación en Psicopatología e Introducción a la Psicopatología. En ellas afirma un modelo etiológico en el que las Neurosis nacen de luchas por combatir la inaceptación del self que causa la inseguridad y el miedo a perder una imagen autogratificante. Lucha que el neurótico emprende mediante los mecanismos defensivos de la Elusión Miedosa del Contexto frente al normal que Asume esa lucha por el reconocimiento. En proximidad psicopatológico de lo neurótico se sitúan los Trastornos de Carácter como intento de limitar y rigidificar las interacciones con los otros, a aquellas que devuelvan una buena imagen del sujeto, descalificando o excluyendo al resto de relaciones posibles.

Pero es en el análisis de los Actos Sicóticos donde Castilla hace funcionar con todo rigor su aparato lógico del análisis del lenguaje, para redefinir Delirio–Alucinaciones y Defecto Esquizofrénico con enorme originalidad. Frente al modelo fenomenológico que define la Alucinación como “percepción sin objeto” y al delirio como intuición patológica, propone Castilla un Modelo Judicativo afirmando que alucinaciones y delirios son productos de Denotaciones y Connotaciones adiacríticas.

El alucinado no percibe mal sino que denota una vivencia interna como externa al perder la Función Diacrítica que permite a los normales clasificar nuestras percepciones como externas o internas, como producidas por el sujeto o como impuestas por la realidad.

En el delirio estaríamos también ante una patología de la connotación que produciría un logema incorrecto al atribuirle una certeza que excluye los criterios de verosimilitud–probabilidad que tienen todas nuestras atribuciones de acertar el sentido de las conductas de los otros. El delirante salta de los Indicios a la Verdad sin percibir el carácter proyectivo y autogenerado de esa atribución de certeza. De ahí el blindarse frente a la crítica que caracteriza la evidencia delirante que excluye cualquier puesta en duda o cualquier abordaje psicoterapéutico como ya resaltaba Jaspers. Se aleja este modelo de atribuir “monstruosidad psicológica” a estas figuras acercándolas a la comprensión y permitiendo por ellas un acercamiento discursivo–terapéutico.

Finalmente la Esquizofrenia puede ser diagnosticada cuando esta estructura delirante–alucinatoria queda ya fijada en el Defecto Psicótico, cuando el delirante prescinde para siempre de los objetos y se encierra en un Autismo Adiafórico con el que en el aislamiento y la corporalidad gestual comunica que no quiere comunicar.

18 Axel Honneth en el texto La Lucha por el Reconocimiento describe con mucho acierto las derivaciones psicoanalítica del concepto amo esclavo con los conceptos en relación con el apego ansioso y los vínculos patológicos.

Las Locuras en el Quijote

La Hermenéutica del Lenguaje dota también a Castilla del Pino de un poderoso método para el análisis literario. Sus textos sobre el Quijote pueden dar un ejemplo de la capacidad de sugerir que el método proporciona en ese terreno fronterizo del análisis de los locos egregios de la literatura clásica.

Desde luego como Castilla nos advierte, no se trata de forzar un diagnóstico de Esquizofrenia o Locura Compartida para caballero o escudero en el Quijote, sino de descubrir los errores de construcción biográfica en sus actuaciones novelescas, de investigar su moralidad y los valores que guían esas vidas inventadas en su choque con los otros.

En su Teoría del Personaje nos muestra Castilla a Alonso Quijano como alguien al que sus lecturas han descubierto sus Potencialidades de Ser, dotándolo de una voluntad de ser un Alguien, de ser un Quien, de hacerse una biografía reconocible por el mundo más allá de su anonimato en un pueblo manchego y de su condición de hidalgo insignificante.

Deseo de potencia vital que aunque desbordada por banales lecturas, inicia tanto el descubrimiento de un deseo de querer ser más, como la posibilidad de actuar con grandeza ante los cercanos que incluye la capacidad de despertar a Sancho para la aventura, imponiéndole toda la retórica de la andante caballería como norma de actuación.

Alonso Quijano en lugar de adaptarse al pequeño mundo de la Mancha y ser un personaje adecuado de ese mundo, para ser otro necesita cambiar el mundo. Como desea ser grande y sabe “que para ser más que alguien, es necesario hacer más que alguien”, debe pasar de la imaginación de las novelas de caballería a la actuación transformándose en un caballero andante. Los objetos y las personas deben por tanto pegarse a las nuevas significaciones que

el sujeto les da y transformarse en yelmos o gigantes las vacías y molinos, y en bellas damas encantadas las palurdas manchegas. Por tanto Alonso decide No Ser lo que los otros dicen que es, sino Ser el personaje que él elige ser: Yo sé quien soy afirma. Para ser el caballero andante deseado, Alonso de Quijano debe Dislocarse de su personaje, saliéndose del contexto de hidalgo lector y rompiendo con ello la Barrera Diacrítica para dotar con juicio de realidad tanto a D. Quijote como a una Mancha Imaginaria construida con el modelo de la fantasía aportada por la lectura caballeresca.

Con ello el mundo interno substituye al externo y todo el contexto de realidad es transformada por los valores de la caballería, evadiendo la realidad empírica que cuando se impone y tira a tierra al caballero queda descalificada con el recurso al encantamiento del malvado mago. El invento de Otra Realidad y Otro Yo permite a Alonso la autosatisfacción en medio del mundo propio que se ha creado y a pesar sus desgracias reales es feliz al dar sentido a una biografía construida desde el deseo.

Alonso Quijano construye un self de grandeza, sobreconstruyendo el personaje de D. Quijote, y aunque D. Quijote sea un error de Alonso Quijano, es un error necesario para su supervivencia como muestra la muerte cuando se deconstruye el personaje al recuperar la razón.

El análisis de Sancho Panza permite a Castilla describir la diferencia entre Delirio e Idea Sobrevalorada. En el Juego de Fantasía se consiente la Desrealidad (Sancho sigue la corriente de su amo) o se cree la falsa realidad, según que el momento le favorece (como gobernador de la ínsula), o le perjudique. Sancho vuelve a lo real cuando la supervivencia le va en ello. Sancho no entra en la Locura a Dos precisamente porque juega a ser escudero sin dejar de ser Sancho Panza siempre atento a su provecho en el mundo real. A diferencia del Quijote que deja de ser Alonso y se olvida de ama y



sobrino cuando se lanza al camino, Sancho si acepta ser juez o gobernador lo hace sin dejar de ser criado, ni olvidar a su familia.

Castilla enfatiza al respecto, que quien se desliza en la vida cotidiana desde el hacer de medico o de juez para totalizar toda su vida con esos papeles y no quitarse la toga ni en la fiesta con su familia esta iniciando ese deslizamiento hacia la locura. El deseo de ser otro, de trepar socialmente en Sancho logra mantener la Función Diacrítica que le fija a lo real Bien es cierto que al final de la novela el deseo de ser otro y el juego caballeresco le resulta a Sancho tan placentero que cuando D. Quijote recupera la razón para morir, no duda en incitarle en volver a jugar el juego de inventar nuevos personajes pastoriles que le permitan escapar a la sórdida realidad manchega.

Si Alonso Quijano debe morir cuando pierde su deseo de ser Quijote no debemos dejar de percibir en Sancho la adquisición del carácter novelero que su amo le ha inducido y la persistencia del deseo pastoril o inventar lo que sea con tal de jugar en serio a ser otro. Si Alonso de Quijano queda inane cuando deja de ser El Quijote, algo de esa vivencia desgraciada en perder la capacidad de salirse de su contexto miserable para construirse una vida de escudero ha contagiado a Sancho.

Muy distinto es el nivel de juego que tienen los Duques que se divierten con los personajes a los que saben inferiores por no poder dejar de jugar. El noble matrimonio repite al abyecto juego cortesano de convertir a D. Quijote y Sancho en Criaturas de Placer¹⁹ como los enanos y locos pintados por Velásquez usados en la Corte como animales de compañía, reclutados o mejor raptados entre los anormales nacidos por toda la geografía imperial. Sus complicidades con el juego de identidades de D. Quijote y Sancho nacen simplemente del aburrimiento y

del deseo de diversión con la desgracia ajena, afirmando además en todo momento su superioridad para iniciar o cancelar el juego.

Finalmente la muerte de Alonso Quijano refuerza otro de los descubrimientos de Castilla que ve el sentido de muchos delirios como un Error necesario. Mas allá de lo patológico, cuando el delirante se cura y vuelve a la realidad sin esa identidad que permite salvaguardar el self, la cura le conduce a la muerte aceptada como no va mas ante la derrota en esa lucha por el reconocimiento. Alonso escoge la muerte ante la imposibilidad de vivir en el papel del esclavo de una identidad impuesta por el Amo Realidad del bachiller, el ama o la sobrina.

Las Paradojas del Celoso

Los juegos de Anselmo, Lotario y Camila, el trío protagonista del Curioso Impertinente permiten a Castilla analizar la genealogía de los Mecanismos Paranoicos que construyen el discurso y la actuación del celoso. El paranoico sufre una patología de las connotaciones por la que convierte las interpretaciones en certezas. Al haber perdido de vista que sus suposiciones son acercamientos verosímiles o probables a la verdad y no aprensiones ciertas de la misma se transforma en el incontestable poseedor de la verdad.

El saber del paranoico quiere trascender a la verosimilitud-probabilidad por escapar al tormentoso dudar de ser engañado. Saltar del indicio a la certeza es de hecho delirar cuando uno se convence de su capacidad para llegar a lo real sin mediaciones y percibe a la vez su centralidad e importancia en el mundo. Connotando a los otros como perseguidores o ladrones en potencia de sus posesiones y objetos amorosos, el paranoico se autoproclama árbitro de lo real.

¹⁹ La expresión procede de José Jiménez Lozano que en sus Cuentos de Ed Catedra ha novelado con insuperable maestría la crueldad cortesana y el destino de juguetes rotos de los anormales.

El suspicaz Anselmo que desea poseer la totalidad del objeto amado, al intentar evidenciar que Camila no desea al amigo crea una situación experimental para confiar con certeza, que conduce a su deshonor²⁰. Anselmo al no aceptar los límites de la relación amorosa, confiando en la fidelidad de Camila, obtura la única cura para sus celos: aceptar el carácter proyectivo de los juicios de valor, dando a los indicios el justiprecio de probabilidad y verosimilitud que poseen.

Al tratar de probar la fidelidad de su esposa Anselmo trata de ser Dios actuando en el papel del director de escena omnisciente del juego de tentaciones que inventa. Pone en marcha al hacerlo una suspicacia generalizada que causa la desgracia general. Se labra su ruina al atribuirse una inteligencia psicológica y una meta interpersonal sobrehumana: poseer el saber cierto sobre la intención y la conducta del otro.

De Nuevo a Contracorriente

La evolución hacia la precisión y la voluntad de convertir a la psiquiatría en una ciencia con un objeto claro y un lenguaje bien hecho de Castilla del Pino lo sitúa de nuevo a contracorriente de la evolución histórica de la psiquiatría. Tras la DSM IV la práctica psiquiátrica progresó en simpleza y banalidad convirtiéndose a la vez en una actividad pretenciosa. Las promesas de aquel diagnóstico empírico y ateorico basado en el consenso profesional prometido por la DSMIII produjo un listado de síntomas agrupados por trastornos a los que corresponde un psicofármaco accesible desde un breviarario adaptado al bolsillo de la bata que permite actuar en consenso (para el Trastorno Limite el consenso incluye practicar la filosofía dialéctica y el zen).

El desprestigio científico de la disciplina y el desprecio del pensamiento fuerte se compenso por un clamor popular por cuidados

psiquiátricos generalizados En un proceso de inflación sintomática —todo es un trastorno psíquico— toda la población se ha convertido en usuarios potenciales de las consultas psiquiátricas y ya empieza a ser una rareza no tomar algún ansiolítico Si antaño la resistencia al estigma de la psiquiatrización hacía iniciar la entrevista con un “yo en realidad no estoy de psiquiatra y vengo obligado por la familia o el medico general”, en postmodernidad la indefensión aprendida de la multitud y la licuación de cualquier red de apoyo, escucha o consuelo en los grupos naturales conduce a casi la mitad de la población hacia ese único lugar de consuelo llamado consulta psiquiatrita.

Ya la DSMIII había excluido el término neurosis de su glosario por no empírico y en reñida votación el término perversiones por políticamente incorrecto. Cada trastorno a incluir o excluir era decidido en el Congreso de la APA según un modelo de discusión que provocaba un nuevo motivo de escándalo. Millon protesta públicamente porque el Trastorno de Personalidad Explosivo es excluido a causa de que el lobby feminista de la APA piensa que dicha categoría puede ser usada como disculpa legal ante los tribunales. La psicosis cuya definición precisa venimos rastrando en Castilla se define en la DSM III como “alteración grave en el juicio de realidad y creación de una nueva realidad. Cuando una persona está psicótica, evalúa incorrectamente la exactitud de sus percepciones y pensamientos y hace inferencia erróneas acerca de la realidad externa incluso a pesar de evidencias contrarias. El termino psicosis no es aplicable a distorsiones menores de realidad sobre temas opinables o ambiguos”.

Es obvio, como observara mi improbable lector, el cúmulo de imprecisiones y juicios de valor que contiene la susodicha definición que llega al colmo de la ambigüedad cuando define

20 En realidad Lotario no ha deseado nunca a Camila hasta que es despertado su deseo mimético en un ejemplo paradigmático de las tesis de Rene Girard sobre la búsqueda del chivo expiatorio.



el Trastorno Límite como trastorno casi psicótico por “la existencia de trastornos sicóticos menores por su auto limitación o cura espontánea hacia patologías menores”.

Por volver al principio, de nuevo y contra toda razón, la historia de la práctica psiquiátrica postmoderna confirma el modelo de López Ibor con que iniciamos estas líneas. Los Objetos Psiquiátricos no Identificados creada por esa demanda de consuelo, acaba siempre por cumplir con algunos criterios que la DSM propone para el espectro depresivo o mejor con las condiciones de población susceptible de consumir con provecho fármacos antidepresivos (hay un largo listado de usos cosméticos del Prozac para normales) ya anticipada en un rupestre pero profético libro de López Ibor²¹. En él había planteado como las neurosis o los llamados trastornos psicósomáticos eran epifenómenos de una patología depresiva subyacente que el enfermo no detectaba como tristeza: son depresiones sin depresión. En el fondo, argumenta López Ibor²², todos los humanos seríamos neuróticos compensados en Eutimia, porque cuando la corriente afectiva esta en sus horas altas encubre con su flujo de conciencia fobias, obsesiones o alteraciones de carácter, como el río con buen caudal que oculta los despojos animales. Cuando el “endon depresivo” baja, esa corriente enlentecida y empobrecida de conciencia saca a flote esos síntomas de seudoneurosis que son en realidad equivalentes depresivos²³.

Desde luego que los modelos DSM no llegan a ese nivel de abstracción analítica (recuérdese su pretensión ateórica) pero sí han configurado una practica en la que todo paciente que llegue a una consulta psiquiátrica con cualquier queja —ansiosa, caracterial, dolorosa o

impulsiva— saldrá de la breve entrevista con una receta de al menos un antidepresivo a tomar por periodos que van del semestre al resto de su vida. En el mejor de los casos junto a este/os antidepresivos recibirá una instrucción cognitivo-conductual sobre como ser empírico y estoico para combatir sus pensamientos pesimistas, actuar contra sus fobias o dominar sus impulsos .

Esta practica psiquiátrica determinada por consultas masificadas y con tiempo limitado, impiden pensar y mucho menos emplear cualquier hermenéutica que interprete el síntoma. Para evaluar fracasos en la auto evaluación o pesares por el mal hacer que nos decía Castilla la agobiada pareja del psiquiatra usuario del centro de salud. De nuevo una historia que actualiza la sinrazón deja al pensamiento de Castilla del Pino al margen de las prácticas dominantes en la psiquiatría real. Reafirmo que ese éxito del pragmatismo APA-DSM no procede de ninguna victoria ideológica y ni siquiera solo de esa búsqueda de la servidumbre voluntaria de las poblaciones que buscan guía y consuelo en las consultas psiquiátricas, sino fundamentalmente de la imposición de los intereses de la industria farmacéutica que de tener unas ganancias marginales con los psicofármacos se han convertido en su negocio hegemónico. Junto a los altos niveles de población que los consume (un ansiolítico es el fármaco mas vendido por la farmacia española), el precio de los neurolépticos se ha multiplicado por mil en los últimos años sin clara justificación de la eficacia de los mismos. Por ello ningún congreso psiquiátrico es concebible hoy sin el patrocinio de esa industria que obviamente condiciona la agenda, el formato y horizonte teórico de las reuniones que impone los consensos psiquiátricos.

21 López Ibor Las neurosis como enfermedades del animo Madrid 1966 .También en el Cuerpo y la Corporalidad donde se recrea el tema de los equivalentes depresivos en las enfermedades funcionales.

22 López Ibor: El problema de las enfermedades mentales Madrid 1949 y también La Angustia virtual. Madrid 1950.

23 López Ibor tiene el valor intelectual de discutir algunos de los casos clínicos de Freud argumentando que padecían depresiones. En especial su artículo sobre el Análisis y comentario de la primera historia clínica de Freud presentado en el XV Congreso Internacional de Historia de la medicina marca un hito de atrevimiento continuado por a familia con la aplicación de la misma tesis al mejor caso de Freud sobre El Hombre de los Lobos.



Derrotas y Victorias

Walter Benjamín enseñó a los mejores de su generación a echar su suerte con la de los perdedores y a despreciar a quien valora el éxito como criterio de verdad. Disonancia cognitiva es hoy el nombre académico de quién guía su conducta adivinando y ejecutando el deseo del amo recitando ideologías progresistas. Su lema en la práctica siquiátrica contemporánea podría ser *Ganamos porque Mandamos*

aunque sea a costa de transformarnos en todo contra lo que habíamos luchado. Castilla del Pino no enseñó rigor psicopatológico, nos mostró una práctica incompatible con las falsas promesas del poder.

Contacto

Guillermo Rendueles Olmedo
Dirección, Aguado 42 – I I C. Gijón 33203
Mail: guillermo2@correo.cop.es
Tfno 985 335289



BIBLIOGRAFÍA

- Slavoj Žižek (2008) *Arte, Ideología y Capitalismo*. Círculo de Bellas Artes, Madrid.
- Bassaglia, F. (1996) *¿Qué es Psiquiatría?* Guadarrama, Barcelona.
- Ruano, Y. (1966) *Racionalidad y conciencia trágica*. Edit. Trotta, Madrid.
- Beauvois, J.L (2008) *Tratado de la Servidumbre liberal*. Edit. La oveja negra, Madrid.
- López Santos, Mariano (2007) *López Ibor. El hilo rojo de su pensamiento*. Edit. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Honneth, Axel (1984) *La Lucha por el Reconocimiento*. Edit. Península.
- López Ibor, J.J (1966) *Las neurosis como enfermedades del animo*. Gredos, Madrid.
- López Ibor, J.J (1949) *El problema de las enfermedades mentales*. Edit. Paz Montalvo, Madrid.
- López Ibor J.J (1950) *La Angustia virtual*. Edi Gredos, Madrid.



Agenda

- 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 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
- 24-26 de septiembre** **Toledo**
XXVIII Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública y XV Conference of Internacional Association of Health Policy. Info: fadspu@gmail.com; www.fadsp.org
- 25 y 26 de septiembre** **Gandía (Valencia)**
I Jornadas de la sección de DERECHOS HUMANOS de la AEN
Secretaría: 963 81 99 13 • e-mail: aen@oicecongresos.com
- 25 y 26 de septiembre** **Durango (Bizkaia)**
VII Reunión anual de la Sdad.Vasco Navarra de Psiquiatría: Estrés y cerebro.
- 15-16 de octubre** **Madrid**
XVII Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental: *Técnica, Ética y Cosmética en Salud Mental*
Secretaría: 91 682 39 51 • E-mail: xvijornadasamsm@yahoo.es
- 16 de octubre** **H. de Basurto, Bilbao**
Jornada sobre Psicoanálisis: *Narrativa del Síntoma, signo, imaginario social*
Organiza OME • www.ome-aen.org • norte@ome-aen.org
- 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
- 19-24 de octubre** **Madrid**
XIII Congreso Nacional de Psiquiatría.
Organizan SEP y SEPB. Lugar: Palacio de Congresos del Paseo de la Castellana.
www.psiquimadrid2009.org
- 6-7 de noviembre** **Ferrol (A Coruña)**
XIX Reunión Anual de la Asociación Gallega de Psiquiatría.
“El suicidio y psiquiatría: problemática actual y perspectiva”. • www.agp2009.org
- 26 a 28 de noviembre** **Madrid**
XIV Curso anual de Esquizofrenia “Psicosis: comunicación, motivación y cambio”
Secretaría: 91 196 76 54, ext 5571 • E-mail: sec.technica@cursoesquizofreniamadrid.com
- 27 de febrero al 2 de marzo de 2010** **Munich**
XVIII Congreso Europeo de Psiquiatría (18th European Congress of Psychiatry.
European Psychiatric Association) • www2.kenes.com/epa/pages/home.aspx

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