

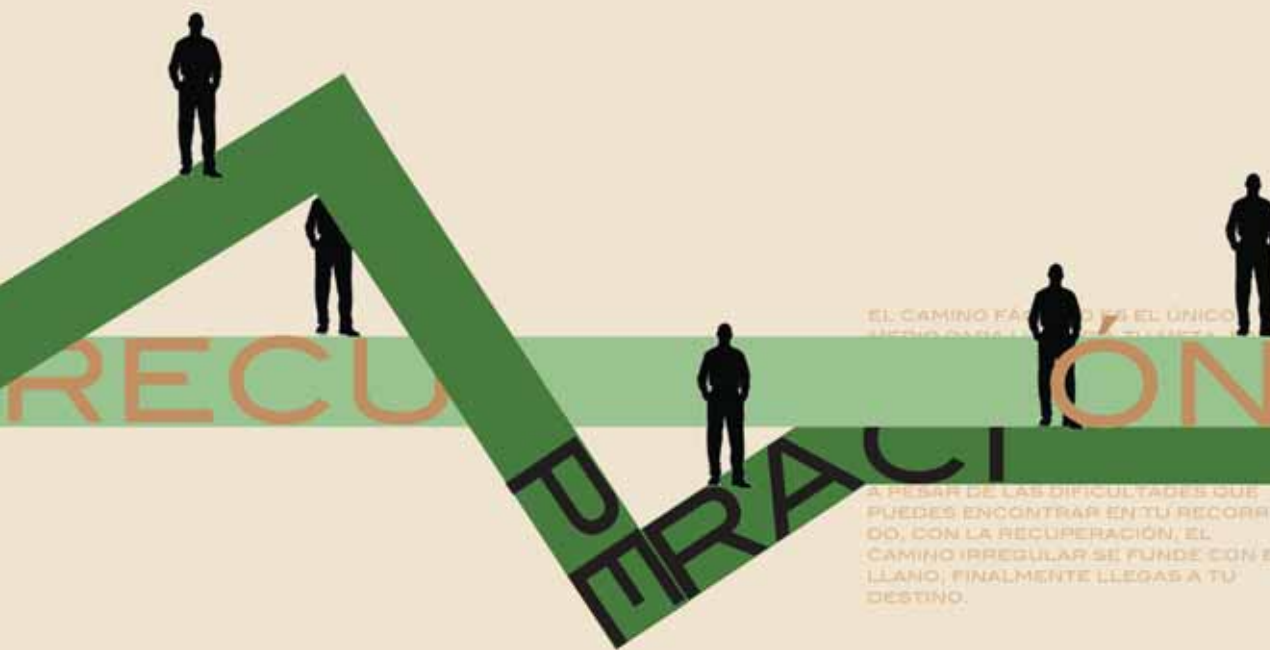
# NORTE

## DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen VIII nº 36 Febrero 2010



EL CAMINO MÁS IRREGULAR ES EL ÚNICO QUE LLEGA AL DESTINO.

A PESAR DE LAS DIFICULTADES QUE PUEDES ENCONTRAR EN TU RECORRIDO, CON LA RECUPERACIÓN, EL CAMINO IRREGULAR SE FUNDE CON EL LLANO, FINALMENTE LLEGAS A TU DESTINO.

## “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 más 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 de ideas para posibles portadas de Norte.

### Autor de portada: Mikel Serna Bermejo

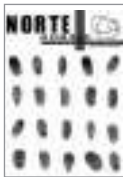
Dos caminos. Uno complicado, con desniveles, cuevas, altibajos, complicado que han de recorrer las personas con enfermedades mentales. El otro, recto, llano, más sencillo. Pero al final, ambos senderos se unen y llegan al mismo destino. Al igual que las personas en recuperación que de manera más difícil, pueden llegar al mismo objetivo que los demás.

### Volumen VIII

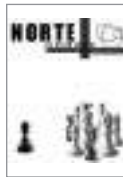
---



Nº 33



Nº 34



Nº 35



Nº 36

### Volumen VII

---



Nº 27



Nº 28



Nº 29



Nº 30



Nº 31



Nº 32

### Volumen VI

---



Nº 22



Nº 23



Nº 24



Nº 25



Nº 26

### Volumen V

---



Nº 16



Nº 17



Nº 18



Nº 19



Nº 20



Nº 21

### Volumen IV

---



Nº 11



Nº 12



Nº 13



Nº 14



Nº 15

## 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:

Chicharro, Francisco  
Colina, Fernando  
Martínez-Azumendi, Óscar  
Martínez de Benito, Roberto  
Medrano, Juan

Molina, Germán  
Retolaza, Ander  
Santander, Fernando  
Uriarte, José Javier

## Director Revista NORTE:

Markez, Iñaki

## Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba  
Álamo, Cecilio  
Álvarez, José M<sup>a</sup>  
Angosto, Tiburcio  
Aparicio, Víctor  
Arias, Paz  
Ayuso, José Luis  
Ballesteros, Javier  
Berrios, Germán E.  
Bravo, Mari Fe  
Collazos, Francisco  
Caldas d'Almeida, José  
De la Gandara, Jesus  
De la Rica, José Antonio  
De la Viña, Pilar  
Desviat, Manuel  
Elortegi, Izaskun  
Erkizia, Blas  
Escudero, Consuelo  
Esteban, M. Luz  
Esteban, Ramón  
Fernández Liria, Alberto

Filgueira, José  
Garnica, Eva  
Gay, Eudoxia  
Gil, Eugenia  
Gómez, Chus  
Gómez-Beneyto, Manuel  
González-Pinto, Rodrigo  
González Torres, Miguel Á.  
Guimón, José  
Gutiérrez Fraile, Miguel  
Hernández, Mariano  
Hernández Padilla, María  
Hernanz, Margarita A.  
Irurzun, Juan Carlos  
Jimenez Estevez, Juan Fco.  
Laespada, Teresa  
Lamas, Santiago  
Lasa, Alberto  
Levav, Isaac  
Marijuan, Mabel  
Marín, Mónica  
Marina, Pedro

Marquínez, Fernando  
Meana, Javier  
Mezzich, Juan  
Morchón, J.  
Moreno, Ana  
Olabarría, Begoña  
Palomo, Ch.  
Pérez, Fermín  
Pérez-S, Pau  
Redero, J. M<sup>a</sup>  
Rendueles, Guillermo  
Rodríguez, Beatriz  
Saraceno, Benedetto  
Sepúlveda, Rafael  
Susparregui, J. M<sup>a</sup>  
Thornicroft, Graham  
Tizón, Jorge Luis  
Vallina, Oscar  
Verdejo, María  
Ylla, Luis  
Zuazo, José Ignacio

**Sede Social: Apdo. Correos 12. 48950 Erandio. Bizkaia**

Acceso disponible en: [www.ome-aen.org/norte.htm](http://www.ome-aen.org/norte.htm) • Correo-e: [norte@ome-aen.org](mailto:norte@ome-aen.org)

Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de *NORTE de Salud Mental* salvo que esté así especificado.

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

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

- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco)
- DIALNET
- Dulcinea
- IME (Índice Médico Español)
- Psiquiatría Sur



**NORTE de salud mental**  
**Vol VII nº 36, Febrero 2010**  
**www.ome-aen.org/norte.htm**

Realización y administración:

**Ekimen-2000**

**Apdo. Correos nº 12, 48950 Erandio. Bizkaia.**

**E-mail: norte@ome-aen.org**

Autor de la portada: **Mikel Serna Bermejo**

Logo Norte de Salud Mental: **Eduardo Chillida**

Fotografías: **Archivo OM Editorial**

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 personas asociadas.

Ejemplar atrasado: 10 euros.

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



- Laboratorios farmacéuticos: **Angelini, Lilly, Novartis, Schering-Plough, Servier.**

*NORTE de salud mental* no tiene conflicto de intereses con las firmas de la industria farmacéutica colaboradoras.

© 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.

ISSN: 1578-4940

Depósito Legal: 1565/02

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L.

Imprime: Lankopi, S.A.



**Norte de salud mental** está bajo una licencia de Creative Commons.

Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que apoyan el uso que hace de su obra). No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original. Licencia completa: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/>



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental



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



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

# Sumario

## NORTE de salud mental nº 36. Febrero 2010

<b>Editorial</b>	5
• Planes de troncalidad obligatoria	7
<b>Originales y revisiones</b>	9
• El empleo y la recuperación de personas con trastornos mentales graves. La experiencia de Andalucía. <i>Marcelino López Álvarez</i>	11
• Uso de drogas: ¿acto responsable?, ¿voluntario?, ¿controlado? El discurso de los especialistas que trabajan en la atención a usuarios de drogas en Buenos Aires. <i>Araceli Galante, María Pía Pawlowicz, Daniel Moreno, Diana Rossi, Graciela Touzé</i>	24
• Memes y psiquiatría (1) Memes, enfermedades y psiquiatras. <i>Juan Medrano, Pablo Malo, José Juan Uriarte</i>	35
• Un programa de colaboración con la Atención Primaria y sus debilidades: la realidad y la modestia. <i>José Miguel Ribé, Josep Pares, Eduardo Fleitas</i>	45
• Derechos humanos y salud mental en Europa. <i>Luis Fernando Barrios Flores</i>	55
<b>Historia</b>	69
• Los vínculos psiquiátricos en la obra y vida de Cajal. <i>Francisco López-Muñoz, Juan D. Molina, Cecilio Álamo</i>	71
• Ricardo Bueno Ituarte (1904-1956), un desconocido neuropsiquiatra guipuzcoano. <i>Antonio Bueno Errandonea</i>	84
• Locura e Inquisición en la España del siglo XVII. <i>Hélène Tropé</i>	90
<b>Formación Continuada</b>	103
• Evaluación de resultados clínicos (yIII): Índices de Cambio Fiable (ICF) como estimadores del cambio clínicamente significativo. <i>Ioseba Iraurgi</i>	105
• El juego como evasión. <i>Jose Ignacio Ibáñez</i>	123
<b>Art &amp; Psi</b>	129
• Empatía, creatividad y psicopatología. <i>José Guimón</i>	131
• Suicidio, el último verso de un poeta. <i>Luis Mínguez, Isabel García Alonso, Jesús José de la Gándara</i>	143
<b>In memoriam</b>	153
• John Henderson. <i>Agustín Ozamiz</i>	155
<b>Actualizaciones</b>	157
<b>Agenda</b>	162

## Planes de troncalidad obligatoria

El 7,5 por ciento de los residentes que escogieron plaza en la pasada convocatoria han dejado su plaza para volver a presentarse al MIR. Desde la OMC, algunos decanos y responsables del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud creen que la recirculación es “un problema grave” del sistema que se frenará con el decreto de la troncalidad de las especialidades que pretenden imponer: “Una vez que se modifique la elección de la especialidad al final del segundo año de la residencia, después de haber cursado los dos años de tronco, es predecible que habrá menos recirculación, y si la hay, es más fácil defender que, de forma directa o indirecta, el residente sea penalizado”(...), “la máxima responsabilidad de los abandonos está relacionada con la falta de madurez de los propios MIR, independientemente de los pecados de la Universidad”(...) “La troncalidad ayudará a tener más información de la distintas especialidades, ya que la elección se hará al finalizar el periodo común y tras rotaciones por especialidades del tronco”. Casi nada lo que están diciendo<sup>1</sup>.

Representantes de nueve comisiones nacionales (Ginecología y Obstetricia, Anatomía Patológica, Pediatría, Oftamología, Otorrinolaringología, Neurología, Neurofisiología Clínica, Psiquiatría, Medicina Física y Rehabilitación) y sociedades científicas se han manifestado contra esa troncalidad obligatoria para todas las especialidades médicas.

El actual borrador de Real Decreto sobre el nuevo sistema de formación pretende incluir a la

especialidad de Psiquiatría en un Tronco Común por el que estos médicos van a dedicar dos años a una formación inespecífica, algo muy ineficiente que impediría adquirir el resto de competencias específicas definidas en el programa si no se aumenta significativamente todo el período formativo a 5 ó 6 años, tal y como ha sido denunciado por las Sociedades Científicas<sup>2</sup> contrarias a dicho Borrador. El desacuerdo con la inclusión de la Especialidad de Psiquiatría dentro del Tronco Médico, tal y como establece el Borrador ha sido manifestado e instan a Sanidad y al Grupo de Troncalidad de las CCAA a que se modifiquen las recomendaciones y creen un nuevo tronco con Psiquiatría y Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Ante unos planes que generan confusión con la troncalidad y desvirtúan la formación, en una carta dirigida al Ministerio de Sanidad, estas sociedades manifestaron que la creación de la futura Especialidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil abre la posibilidad lógica de crear un tronco común para ambas especialidades, ya que tienen competencias comunes que podrían ser objeto de enseñanza compartida. Ciertamente que la mayor parte de las bases biológicas, psicológicas y sociales en las que se fundamenta la psiquiatría de adultos, así como los principios y los aspectos formales del proceso diagnóstico y terapéutico, las habilidades de comunicación y de trabajo en equipo y los elementos básicos de la investigación son compartidos por la psiquiatría de la infancia y adolescencia. Es más, la psiquiatría del adolescente, que ocupa una parte

<sup>1</sup> La troncalidad frenará la “grave” recirculación de los residentes. 18 de Enero de 2010 - Diario Médico.

<sup>2</sup> Escrito enviado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA), y la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPPNA).

sustancial de la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil, prácticamente se diferencia de la psiquiatría de adultos en tan solo cuestiones de matiz y de énfasis.

Ambos especialistas formarán parte de una única red de salud mental y, por ello, no es de menor importancia que los residentes de ambas especialidades tengan conocimientos y habilidades comunes así como relaciones profesionales estrechas durante un periodo formativo común, relaciones que habrán de servirles en el futuro, entre otras cosas, para colaborar en la continuidad de cuidados de los niños y adolescentes cuyo trastorno persista en la edad adulta.

Se daría la paradoja de que los especialistas en Psiquiatría (y de Psiquiatría Infantil en un futuro cercano) tendrían únicamente dos años para su formación específica, lo que sería especialmente grave para el caso de la Psiquiatría Infantil, pues es imposible adquirir habilidades y competencias en campos como la Psiquiatría Comunitaria, la Rehabilitación Psiquiátrica, las Adicciones o las Psicoterapias.

La propuesta de implantar periodos comunes de formación para las especialidades que comparten competencias es razonable, pragmática y viable, pues casi todas las especialidades médicas (la Psiquiatría también), comparten competencias con alguna otra especialidad. Así dentro del programa nacional de formación psiquiátrica vigente se proponen rotatorios de cuatro meses por medicina general/ neurología, e incluso en alguna otra especialidad, lo que supone un período suficiente para cubrir las necesidades formativas en competencias relacionadas con otras especialidades, ampliables a lo sumo a seis meses. Pero lo que se plantea desde el borrador de Real Decreto es que “las especialidades del mismo tronco tengan un período de formación común de una duración mínima de dos años” lo cual para quienes conocemos los ámbitos forma-

tivos y asistenciales de la Psiquiatría resulta totalmente inaceptable. Dedicar dos años a una formación inespecífica sería muy ineficiente y contribuiría a desdibujar el perfil psicosocial característico de esta especialidad. Por esto, en el caso de la Psiquiatría, conocida la especificidad de sus competencias, no procede la troncación con otras especialidades médicas.

Hace nueve meses la propia Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría propuso la creación de un tronco común de dos años de psiquiatría general que precedería a la formación específica en psiquiatría de adultos y psiquiatría de niños y adolescentes. Es más, habría que plantearse como algo sensato y adecuado que la Psiquiatría podría ser ella misma tronco de subespecialidades tales como la Psiquiatría de Adultos, la Psiquiatría Infanto-juvenil, la Gerontopsiquiatría, la Psicoterapia, la Psiquiatría Forense o de las Adicciones, tal como ocurre en algunos países de nuestro entorno, aunque esto por el momento ni tan siquiera es motivo de reflexión ni de modelos organizativos y de formación<sup>3</sup>.

Por otra parte, la reciente creación de las Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental en la que se integra la formación de especialistas de Psiquiatría, de Psicología Clínica y de Enfermería en Salud Mental y que comparten campos asistenciales afines y competencias formativas comunes, quedarían claramente desvirtuadas. Estos nuevos cambios en la formación pueden suponer un retroceso considerable.

Las repercusiones que este nuevo sistema formativo tendrá en el perfil de los futuros profesionales serán enormes y dificultarán de manera significativa un desarrollo adecuado de las recomendaciones de la Estrategia en Salud Mental, y en definitiva una mejor atención, más integral y actualizada, de las personas con trastornos mentales.

Maria Fe Bravo, Iñaki Markez

<sup>3</sup> Ya en imprenta este número de *Norte de salud mental*, el 12 de febrero, la Secretaría General de la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección del Ministerio de Sanidad y Política Social hicieron público un nuevo Borrador sobre el próximo Decreto referido a la troncalidad en la formación de las especialidades médicas. En ese documento se reconoce explícitamente a la Psiquiatría como una de las especialidades al margen de los troncos previstos (Medicina, Cirugía, Laboratorio e Imagen) para los dos primeros años de formación, con lo que Psiquiatría y Psiquiatría Infanto-Juvenil pasarían a constituir un tronco específico.

# El empleo y la recuperación de personas con trastornos mentales graves. La experiencia de Andalucía

## *Employment and recovery of people with severe mental disorders. The Andalusian experience*

**Marcelino López Álvarez.**

Psiquiatra y sociólogo.

Director de programas, evaluación e investigación FAISEM.

**Resumen:** El texto pretende favorecer la reflexión teórica y el desarrollo de programas de empleo para personas con trastornos mentales graves, partiendo de la consideración del empleo a la vez como un indicador y un instrumento de recuperación de dichas personas.

Para ello se resumen en primer lugar las perspectivas actuales sobre este relativamente novedoso concepto (“recuperación”), ligado a los movimientos profesionales de rehabilitación psicosocial y atención comunitaria, pero también a la emergencia y consolidación de asociaciones de usuarios y usuarias de servicios de salud mental.

Perspectivas que se enlazan con los conocimientos sobre las dificultades, posibilidades y metodologías de empleo de este colectivo, resumiéndose por un lado información científica y tecnológica, pero también información más práctica derivada de la experiencia de desarrollo de este tipo de programas en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

**Palabras clave:** Recuperación, programas de empleo, rehabilitación psicosocial, personas con trastorno mental grave.

**Summary:** This text is an attempt to stimulate theoretical considerations and the development of employment programs for people with severe mental disorders starting on the base of considering employment both as an indicator and an instrument for recovery for these people.

We summarize in the first place current perspectives on this relatively new concept (“recovery”), linked to psychosocial rehabilitation and community mental health care professional movements, as well as the emergence and consolidation of associations from users of mental health services.

These perspectives are linked to the knowledge of the difficulties, possibilities and employment methodologies of this collective, and then we summarize some scientific and technological information and also more practical information derived from the experience in the development of this type of programs in the Autonomous Community of Andalusia.

**Key words:** Recovery, employment programs, psychosocial rehabilitation, people with severe mental disorders.



## Presentación

Hablar de empleo y de recuperación, en relación con personas afectadas por lo que denominamos trastornos mentales graves, es a la vez interesante y problemático. Interesante porque los dos primeros términos indican aspectos de especial relevancia en relación con las dificultades pero también con las posibilidades de inclusión social que tienen esas personas, en los entornos sociales en los que viven. Pero también problemático porque, a pesar del interés teórico intrínseco de cada uno de dichos términos y de su interrelación, ambos aspectos tienen hoy un desarrollo insuficiente en nuestras sociedades. Y ello incluso tras décadas de esfuerzos por parte de muchas y muchos profesionales y personas afectadas.

Con el fin de contribuir a que el interés teórico mejore sus repercusiones prácticas y afecte significativamente a un número creciente de personas con este tipo de problemas, el texto que sigue pretende simplemente exponer algunas consideraciones generales sobre el tema. Consideraciones que se basan tanto en el conocimiento teórico y técnico acumulado a escala internacional, como en nuestra mucho más limitada y concreta experiencia.

Así, se resumen en él algunos aspectos significativos referidos, por un lado, al término recuperación y, por otro, a lo que sabemos hoy sobre los mecanismos que permiten mejorar el acceso y mantenimiento en el empleo de este tipo de personas, considerando el empleo a la vez como un indicador y como un factor condicionante de la recuperación de las mismas. Resumen que parte de una revisión necesariamente breve de la abundante literatura profesional referida a ambos temas y que se completa (al final) con algunas de las referencias bibliográficas que nos parecen más útiles a este respecto, incluyendo algunas que se basan a su vez en revisiones mucho más exhaustivas.

Pero la reflexión teórica debe añadir referencias prácticas y por ello el texto presenta también las líneas generales de la experiencia que desde la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) venimos desarrollando en Andalucía.

Experiencia que pretende basarse en el conocimiento teórico y técnico que resumimos en la primera parte del texto.

Esperamos con todo ello facilitar elementos de reflexión que, sometidos a la crítica constructiva que un espacio como este permite, nos ayuden a todos y a todas a mejorar nuestros programas de empleo e inclusión social y con ellos la situación del mayor número posible de personas con las que trabajamos.

## La recuperación y empleo

Una primera referencia teórica aunque con implicaciones prácticas evidentes es la relativa al término “recuperación”, que tiene un uso creciente en el campo de la atención a personas con trastornos mentales graves, especialmente de aquellas diagnosticadas de esquizofrenia (1-4). Uso creciente que sigue sin embargo mostrando algunas imprecisiones, matices e incluso en ocasiones visiones contrapuestas (1, 3-9).

De hecho, en una primera aproximación, podemos encontrar al menos tres sentidos distintos en el uso del término *recuperación*, sentidos que se confunden a veces en la literatura relacionada con las personas con este tipo de problemas (1, 3-10):

- a. En primer lugar, en concordancia con su uso en el lenguaje ordinario y de manera similar a lo que sucede en el caso de otros problemas de salud, se puede entender el término, en sentido estricto, como la recuperación del nivel de funcionamiento previo al inicio de la enfermedad, equiparándose entonces al concepto de “curación” (2, 10).
- b. Es evidente que ese uso tiene dificultades en el caso de personas con trastornos mentales graves, en las que no es fácil hablar ni de niveles de funcionamiento previos a la aparición de la enfermedad ni de curación en sentido estricto (4, 10). Por ello podemos utilizar ese término, en un sentido menos estricto, para hablar de recuperación como remisión significativa si no total de los síntomas y, especialmente, de las alteraciones del funcionamiento personal y social que caracterizan habitualmente a este tipo de trastornos (4, 11, 12).

c. Pero también, y este es un sentido especialmente importante en este colectivo y en el de otros afectados por enfermedades crónicas, podemos utilizar la palabra “recuperación” para referirnos a la posibilidad de recuperar o alcanzar una vida satisfactoria y dotada de sentido, incluso aunque persista la enfermedad y con ella determinados niveles de sintomatología y discapacidad (1-9).

Esos distintos significados se mezclan y confunden a veces cuando hablamos de recuperación de personas con trastornos mentales graves. De manera más específica y siempre en relación con este colectivo, nos encontramos hoy en la literatura profesional relacionada con el tema, con dos “modelos” o visiones de la recuperación, que pueden considerarse como alternativos pero que nosotros preferimos ver como complementarios (3-8).

Por una parte, la que podríamos denominar *visión profesional*, que a veces se denomina “recuperación de la enfermedad” o “recuperación como resultado” (3, 8-12), basada en la evidencia clínica y especialmente epidemiológica (13, 14) y que tiende a relacionarse con el efecto de las intervenciones profesionales, tanto farmacológicas como de rehabilitación psicosocial (15).

Y por otra, la *visión de las personas directamente afectadas* por el problema (3-10, 16, 17), que se traduce por las expresiones de “recuperación en la enfermedad” o “recuperación como proceso”, se basa en relatos personales y análisis cualitativos de experiencias directas de recuperación y que enfatizan los aspectos subjetivos y el papel de la autoayuda, los cuidados informales y la iniciativa personal, así como de aspectos de “psicología positiva” (resiliencia, esperanza, autoconfianza, etc.) (1, 4, 9, 16-20).

En ambos sentidos o visiones de la recuperación el *empleo* aparece siempre como un elemento de particular relevancia (2, 4, 9, 15, 21-26). Por un lado, porque debemos considerarlo como un indicador o medida de resultado de la misma, ya que tener un empleo en nuestras sociedades es un claro criterio de ciudadanía e inclusión social, que exige a su vez unos niveles razonables de funcionamiento. Y, por otro, porque es a la vez un factor clave en el proceso de recuperación,

teniendo en cuenta lo que sabemos, desde la investigación empírica pero también desde los relatos personales de procesos o itinerarios de recuperación, sobre los efectos que la rehabilitación vocacional y el empleo tienen en distintos aspectos de la vida de las personas con este tipo de problemas (20-31).

### Las personas con trastornos mentales graves y el empleo

Hablamos de personas con *trastornos mentales graves* y aunque parece que nos entendemos, no siempre el concepto está claro para quienes lo oyen e incluso para quienes lo emplean. Para nosotros se trata de un grupo de personas no muy numeroso pero sí muy importante, por sus problemas y dificultades, pero también porque hay soluciones disponibles para muchas de ellas y, sin embargo, la brecha que separa estas posibilidades y su situación habitual sigue siendo enorme (2).

Según la definición clásica (2, 32) se trata de personas identificadas por tres factores: el diagnóstico (esquizofrenia, psicosis afectiva, trastornos graves de personalidad, etc.), la duración prolongada y la discapacidad. En nuestro caso (Servicios de Salud Mental de Andalucía) (33), como puede verse en el Cuadro 1, utilizamos una definición que incorpora criterios de necesidades de atención. Precisamente esos criterios tienen en cuenta que la atención a estas personas ha experimentado importantes cambios conceptuales y técnicos en las últimas décadas, cambios que se relacionan con lo que hemos denominado *paradigma tecnológico de la Atención Comunitaria en Salud Mental* (2), cuyas características generales, tal y como las entendemos nosotros, intenta resumir el Cuadro 2.

En el terreno de los conceptos o constructos sociales, porque pretendemos pasar de identificarlos como locas o locos peligrosos o personas definidas por su enfermedad, a considerar que lo que les define es su carácter de *ciudadanos y ciudadanas* con derechos y dificultades de ejercicio de los mismos. Dificultades que dependen de la enfermedad y la discapacidad consiguiente pero también, de manera muy significativa, de las barreras sociales ligadas al estigma y la discriminación (2, 34-36).



Y en el de las tecnologías organizativas y de intervención, porque también estamos pasando de las grandes instituciones asilares o una atención exclusivamente sanitaria y de finalidad paliativa a sistemas de atención comunitaria, que hacen énfasis en redes de servicios e intersectorialidad (Salud, Servicios Sociales, Empleo, Educación, Justicia, etc.), pretenden conseguir objetivos de recuperación y fomentan la participación individual y colectiva de las personas afectadas que, en este caso, incluyen dos grupos diferenciados: los propios usuarios y usuarias de los servicios y sus familiares (2).

En este marco los *programas de empleo* para personas con este tipo de problemas pueden verse también desde una doble perspectiva (31), ya que pueden considerarse, por un lado, como una prolongación de la atención sanitaria y en concreto de los programas de rehabilitación psicosocial. Pero también hay que verlos, en el contexto de sociedades basadas en modelos de Estado del Bienestar que buscan objetivos de pleno empleo, como la aplicación de políticas de empleo a un colectivo específico con grandes carencias y dificultades en este área. Aunque este último aspecto sufra en la actualidad las negativas repercusiones de la crisis económica que nos afecta en estos últimos años.

En ese marco, una estrategia razonable que pretenda promover el empleo de personas con este tipo de problemas debe tener en cuenta una serie de aspectos concretos que vamos a intentar resumir brevemente a continuación (2, 21, 31, 37-47).

El primero es el de las *funciones* que el empleo juega en la vida de todas las personas, pero especialmente de aquellas que se ven afectadas por este tipo de problemas. Por un lado, en tanto que actividad (estimulo cognitivo, organizador de la vida cotidiana y vehículo de relaciones sociales), pero también como fuente de ingresos económicos y especialmente como garantía de un papel social activo, con su correspondiente valoración social y mejora de la autoestima. Aspectos que parece lógico considerar importantes para favorecer la recuperación de dichas personas y que además van siendo progresivamente confirmados en distintos estudios experimentales (15, 22-31, 37-40).

El segundo es, por contraposición, el de las *dificultades* múltiples que estas personas presentan al respecto. Dificultades que derivan de los diversos aspectos de su funcionamiento que resultan afectados por la enfermedad y la discapacidad asociada (cognitivos, afectivos, sensitivos, relacionales) y de su extraordinaria variabilidad personal y evolutiva (2, 31, 36, 38-41), pero también de la afectación temprana de condiciones básicas para la actividad productiva como son la educación, las habilidades sociales y las actitudes hacia el empleo. Aspectos a los que hay que añadir las interferencias que puede producir el propio proceso de atención (medicación, tiempo de tratamiento...) y sin olvidar el efecto múltiple del estigma dentro y fuera del mercado laboral (35, 48). Dificultades que traducen suficientemente las cifras habituales de desempleo que afectan al colectivo en distintos países y que suelen superar ampliamente el 85% del mismo (4, 31, 41).

Pero también, para completar la visión de la utilidad y las dificultades, tenemos que tener en cuenta la *experiencia acumulada* sobre distintas estrategias y programas dirigidos a mejorar el empleo del colectivo, aspecto que intentamos resumir, con sus aspectos positivos y negativos en el Cuadro 3 (31, 42, 43). Intentando aprender tanto de sus éxitos como de sus fracasos, podemos valorar, en primer lugar, la escasa efectividad de aproximaciones tradicionales como las de las laborterapias institucionales o los empleos protegidos, "Terapia Industrial", o Talleres ocupacionales, a la hora de conseguir empleos estables para las personas con trastornos mentales graves (25, 26, 33). Pero también la existencia de tres tipos de estrategias o programas que tienen algún tipo de utilidad comprobada.

En primer lugar, los programas de *rehabilitación vocacional*, prolongación de los de rehabilitación psicosocial general mediante actividades de orientación, entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo, formación profesional, empleo de transición, etc. (41, 44) Actividades que parecen útiles para dar un empujón inicial hacia el empleo pero tienen dificultades para garantizar su mantenimiento por sí solas.

Como alternativa a estos, en los últimos 15 años se desarrollan experiencias de *empleo con*

*apoyo*, fundamentalmente en Estados Unidos, con estrategias de búsqueda rápida y apoyo flexible y de larga duración en el puesto de trabajo (29, 41, 45-47). Experiencias que intentan generalizar intervenciones probadas en otros colectivos con discapacidad y que cuentan con importante evidencia experimental, al menos en su contexto de origen, aunque pueden presentar algunas dificultades de adaptación a otros países. Este último aspecto, que fue siempre el foco principal de la crítica europea a este tipo de programas, empieza sin embargo a relativizarse con la publicación de resultados de estudios experimentales en Canadá (49) y Europa (50, 51), que muestran su buen funcionamiento también en estos contextos, al menos en lo que respecta al acceso al empleo y su mantenimiento en los primeros años.

Y, finalmente, en el contexto europeo, las experiencias de desarrollo de *empresas sociales* que tratan de encontrar una síntesis entre la especificidad del empleo protegido y las ventajas integradoras del empleo en empresas reales (51-57). Aunque no hay todavía estudios experimentales, al menos publicados, al respecto, sí hay un número importante de experiencias, muchas de ellas agrupadas en CEFEC<sup>a</sup>, que muestran su utilidad para facilitar empleo sostenido a personas con este y otros tipos de discapacidad.

### La experiencia de Andalucía

Después de esta somera revisión teórica, quiero presentar alguna información sobre nuestra limitada, pero creemos que interesante, experiencia de construir un sistema que apoye el empleo de personas con este tipo de problemas en un territorio cercano: la Comunidad Autónoma de Andalucía. Experiencia que no pretendemos ofrecer como un “modelo” a imitar, sino como una aproximación global y a la vez concreta para intentar mejorar una situación hasta ahora deficiente en el conjunto de territorios del Estado español y, en concreto, en Andalucía. Comunidad Autónoma que, como es sabido, tiene rasgos comunes pero también específicos en relación con las restantes Comunidades que componen el Estado.

Recordando algunas cosas ya conocidas, Andalucía, con ya algo más 8 millones de personas ha sido tradicionalmente una región atrasada, en términos económicos y sociales, con una tasa de desempleo general y unos ingresos per capita que se mantienen, respectivamente, la primera claramente por encima y los segundos por debajo de las correspondientes tasas medias del Estado. Pero también es una región que ha experimentado un desarrollo importante en las últimas décadas, asociado al proceso general de democratización, descentralización e integración en Europa posterior al final de la dictadura, pero también a un énfasis sostenido en políticas sociales y el desarrollo de servicios públicos.

Un aspecto parcial pero importante de ese desarrollo es el proceso de *Reforma Psiquiátrica* (58-60), puesto en marcha en 1984 y que ha permitido cerrar progresivamente los 8 Hospitales Psiquiátricos públicos y generar un nuevo sistema, basado en principios de Atención Comunitaria en Salud Mental, con una red de servicios sanitarios integrados en el Sistema sanitario general (*Servicio Andaluz de Salud*), que se coordina con una red de recursos de apoyo social, dependientes de la ya mencionada *Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)*.

La Fundación, que depende de los departamentos gubernamentales (Consejerías de la Junta de Andalucía) de Salud, Igualdad y Bienestar Social, Empleo y Economía y Hacienda, dispone de distintos programas para personas con trastornos mentales graves, en áreas como el alojamiento, la ocupación, las tutelas, el apoyo a los movimientos asociativos de familiares y usuarios y, aspecto sobre el que vamos a centrar nuestra intervención, el empleo (60, 61).

En ese contexto, nosotros entendemos que el empleo de personas con trastorno mental grave precisa de la articulación de distintas estructuras, con funciones específicas, que deben coordinarse para atender a personas concretas (Cuadro 4) (31, 42, 43, 62, 63), e integrarse en un abordaje global, sociosanitario de su atención, regida por

<sup>a</sup> Confederación Europea de Empresas Sociales, Iniciativas de Empleo y Cooperativas, organización no gubernamental que asocia organizaciones de 15 países europeos (56, 57).



un protocolo común de actuación, denominado en el caso de Andalucía “*Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave*” (33):

1. Los *servicios de salud mental del Sistema Sanitario Público*, especialmente los Equipos Comunitarios y las Unidades de Rehabilitación, que deben garantizar una atención sanitaria correcta, centrada en la recuperación y el desarrollo de habilidades necesarias para la vida social, así como dando un primer impulso y orientación sobre el empleo (2, 33).
2. Los *Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo* (SOAE) dependientes de FAISEM y coordinados con el Servicio Andaluz de Empleo y que facilitan orientación, rehabilitación vocacional, formación profesional y apoyo en la búsqueda y mantenimiento del empleo. Aseguran además la coordinación del conjunto de estructuras e intervenciones no sanitarias (2, 33).
3. Una red de *Talleres ocupacionales* que cumplen funciones diversas, entre ellas la de servir de espacio previo al del empleo. Pese al debate que rodea este tipo de instituciones y a sus riesgos de institucionalismo y bloqueo de alternativas estrictamente laborales, nosotros pensamos que sigue siendo útil como un elemento más de una red orientada a la recuperación (2, 31, 40, 42, 62).
4. Las *Empresas Sociales*, dirigidas desde una empresa instrumental (Iniciativas de Empleo Andaluzas Sociedad Anónima) y que facilitan empleo estable a un número todavía pequeño pero importante en nuestro contexto, a la vez que sirven de ejemplo práctico y especie de “escaparate” del conjunto del programa (31, 55, 62, 63).
5. Las *iniciativas de empleo en empresas generales*, apoyadas desde los SOAE que empezaron con una metodología inespecífica similar a la utilizada con otros colectivos, pero que ahora pretendemos orientar de acuerdo a los procedimientos estrictos del empleo con apoyo: mayor contacto con los servicios de salud mental, mayor atención a las preferencias de las personas y mayor intensidad y duración del apoyo personalizado (31, 42, 45, 47, 63, 64).

En referencia a finales del año 2008 (61), las cifras de personas atendidas en este programa son, tal y como recoge el Cuadro 5, las siguientes:

1. Los 8 Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo han atendido un total de 2.544 personas con trastornos mentales graves, derivadas desde los servicios de salud mental para las distintas prestaciones del programa, incluyendo también actividad ocupacional. En relación con las que se orientaron hacia el empleo, consiguieron 881 contratos en distintas empresas para 321 de dichas personas. La mayoría son contratos de corta duración, en el 60% de los casos inferiores a 3 meses, aunque puedan repetirse en una misma persona, y 40 de ellos son indefinidos.
2. Con las 2.589 plazas teóricas con que cuentan los 115 talleres ocupacionales se atiende, de manera regular, a 2.215 personas con trastornos mentales graves, si bien en la mayoría de los casos los objetivos a conseguir con ellas son más de rehabilitación en general que estrictamente de empleo.
3. Algo más de 200 de esas personas han seguido cursos específicos de Formación profesional, de los que el 30% han finalizado con algún tipo de contrato laboral (incluido en los contabilizados en el apartado primero).
4. Las 9 Empresas Sociales dan empleo estable a un total de 487 trabajadores de los que 250 tienen un trastorno mental grave y 135 algún otro tipo de discapacidad. Con respecto a las personas con trastorno mental grave, más de la mitad de las mismas llevan al menos 5 años seguidos trabajando en las empresas.

A finales de año se ha iniciado en 3 provincias un proyecto específico de empleo con apoyo, que busca comprobar la utilidad de esta metodología y, en su caso, extenderla luego al funcionamiento general de los Servicios de orientación. Si bien su desarrollo se ha visto afectado, como en general el conjunto del programa, por el desarrollo de la crisis económica que está reduciendo las contrataciones de este año alrededor de un 20% con relación a las reflejadas en el cuadro.

Sistema que pretende funcionar de manera dinámica e individualizada mediante lo que denominamos “*itinerarios personales hacia el empleo*” como intenta mostrar el Cuadro 5.

### Algunas conclusiones y perspectivas de futuro

Para finalizar la exposición y a modo de conclusión hay dos aspectos a los que quiero hacer referencia, en la medida en que implican posiciones de cara al futuro.

El primero es el de la valoración general que podemos hacer de nuestra experiencia y las líneas de trabajo previstas para el futuro inmediato. En general creemos que el programa en su conjunto ha permitido dos cosas importantes: demostrar que el empleo de un número significativo de personas con trastorno mental grave es posible en nuestro contexto y, a la vez, mejorar la situación de un número pequeño pero importante de personas concretas, que han visto significativamente aumentadas sus perspectivas de ciudadanía y recuperación personal.

Pero también la experiencia de estos años permite ver que todavía queda mucho por hacer para llegar a un porcentaje creciente del colectivo. Para ello intentamos trabajar especialmente en varias líneas:

1. La de mejorar la coordinación con los servicios de salud mental, para que sus profesionales incorporen a la rutina asistencial la necesidad de evaluar, estimular y apoyar a sus pacientes en el área del empleo, incluyendo la conservación del puesto de trabajo de aquellos que lo tienen.
2. La de impulsar a su vez la coordinación con las políticas y servicios generales de empleo, para que den cabida a personas con este tipo de problemas, reservando las intervenciones y servicios especializados para aquellos casos de mayor complejidad.
3. La de mejorar también la actuación de nuestros SOAE, para aumentar la calidad de su atención, con énfasis en la corrección de dos problemas no resueltos: el de las mujeres y el de la población de ciudades pequeñas y zonas rurales. En esta dirección acaba

de terminar un proyecto dentro de la iniciativa EQUAL, orientado de manera prioritaria a ambas poblaciones y cuyos primeros resultados parecen indicar que esta es una tarea posible (61).

4. Seguir desarrollando empresas sociales, diversificando actividades y creciendo en capacidad de empleo.
5. Y terminar el proyecto experimental de empleo con apoyo, en empresas generales, replicando programas con evidencia empírica, lo que esperamos nos ayude a mejorar el funcionamiento general de los SOAE.

Y finalmente, quiero terminar con algunas reflexiones más generales sobre la necesidad de impulsar políticas globales en este área, tanto a nivel del conjunto del Estado como de la Unión Europea, especialmente en relación con los países con menos desarrollo de las mismas, tanto de antigua como de nueva incorporación. Reflexiones que retoman una reciente publicación de CEFEC (“*The Linz Appeal*”) (57), en la medida en que sus recomendaciones coinciden básicamente con las nuestras (31).

En ese sentido, los programas de apoyo al empleo de este colectivo, si quieren ser efectivos para un número significativo de personas, deben tener en cuenta:

1. La necesidad de articularse con el conjunto de la atención sanitaria y social, que debe a su vez centrarse en la recuperación y búsqueda de la inclusión social y la plena ciudadanía de dichas personas y no en su cuidado meramente paliativo.
2. La necesidad de articular políticas y programas generales con otros específicamente adaptados a las especificidades del colectivo.
3. La necesidad de contar con equipos profesionales especializados en la orientación, la rehabilitación vocacional y el apoyo al empleo.
4. La utilidad de las empresas sociales como una vía importante de acceso al empleo, siempre que se apoye su desarrollo mediante medidas legislativas, financieras y de apoyo técnico especialmente en sus fases iniciales.



5. Pero también la necesidad de coordinar esa vía con la del empleo en empresas generales, siempre que se cuente con equipos específicos para el seguimiento y el apoyo de larga duración.

Y por último, la necesidad de seguir incidiendo, utilizando los resultados de empresas y programas exitosos, en la modificación de actitudes sociales, para lo que es esencial una buena política de comunicación e interacción social, así como de evaluación sistemática e investigación sobre la efectividad de los distintos programas.

La tarea no es fácil y la prueba es la insuficiencia de estos programas y de sus resultados reales, en términos de tasas de empleo de este colectivo, incluso en países con mayores niveles de desarrollo general y de políticas de salud mental. Pero pensamos que es necesaria y posible, a la luz de los conocimientos teóricos y técnicos acumulados así como de pequeñas y no tan pequeñas experiencias desarrolladas en estos años. Tarea, en todo caso, ilusionante y en la que esperamos seguir encontrándonos con distintos profesionales, grupos e instituciones interesados en el tema, intercambiando información y sumando experiencia y apoyo recíproco.

#### Correspondencia:

Marcelino López

Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)

Avenida de las Ciencias, 27. Acc. A • 41020 Sevilla. España

Tfno.: 0034 955 007 500 • Fax: 0034 955 007 525

correo electrónico: marcelino.lopez@juntadeandalucia.es

#### Referencias bibliográficas

1. Anthony W. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosoc Rehabil J*, 1993, 16:11-23.
2. López M, Laviana M. Rehabilitación, Apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas desde Andalucía. *Revista AEN*, 2007, 27, 99:187-223.
3. Schrank B, Slade M. Recovery in Psychiatry. *Psychiatr Bull*, 2007, 31:321-325
4. Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Curr Opin Psychiatr*, 2009, 22:374-380.
5. Silverstein SM, Bellack AS. A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clin Psychol Rev*, 2008, 28, 7:1108-1124.
6. Davidson L, Roe D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: one strategy for lessening confusion plaguing recovery. *J Ment Health*, 2007, 16:1-12.
7. Davidson L, Lawless MS, Leary F. Concepts of recovery: competing or complementary? *Curr Opin Psychiatr*, 2005, 18, 6:664-667.
8. Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull*, 2006, 32:432-442.
9. Onken SJ, Craig CM, Ridgway P, Ralph RO, Cook JA. An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatr Rehabil J*, 2007, 31, 1:9-22.
10. Roberts G, Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all. *Adv Psychiatr Treat*, 2004, 10:37-49.
11. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder Sr, Weimberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatr*, 2005, 162:441-449.
12. Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatr*, 2002, 14:256-272.
13. Calabrese J, Corrigan PW. Beyond dementia praecox: findings from long-term follow-up studies of schizophrenia. En Ralph RO, Corrigan PW. *Recovery in mental illness: broadening our understanding of wellness*. American Psychological Association, 2005.

14. Harding CM. Changes in schizophrenia across time: paradoxes, patterns and predictors. En Cohen CI (Ed.). *Schizophrenia into later life*. Arlington, American Psychiatric Publishing, 2003:19-41.
15. Velligan DI, Gonzalez JM. Rehabilitation and recovery in schizophrenia. *Psychiatr Clin North America*, 2007, 30:535-518.
16. Davidson L, Borg M, Marin I, Topor A, Mezzina R, sells D. Processes of recovery in serious mental illness: findings from a multinational study. *Am J Psychiatr Rehabil*, 2005, 8:177-201.
17. Deegan P E. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J*, 1988, 11, 4:11-19.
18. Harrow M, Jobe TH. Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study. *J Nerv Ment Dis*, 2007, 195, 5:406-414.
19. Roe D. Progressing from patienthood to personhood across the multidimensional outcomes in schizophrenia and related disorders. *J Nerv Ment Dis*, 2001, 189, 10:691-699.
20. Topor A, Borg M, Mezzina R, Sells D, Marin I, Davidson L. Others: the role of family, friends, and professionals in the recovery process. *Am J Psychiatr Rehabil*, 2006, 9:17-37.
21. Roe D, Yanos PT, Lysaker PH. Coping with psychosis: an integrative developmental framework. *J Nerv Ment Dis*, 2006, 194, 12:917-924.
22. Dunn EC, Wewiorski NJ, Rogers ES. The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatr Rehabil J*, 2008, 32, 1:59-62.
23. Krupa T. Employment, recovery and schizophrenia: integrating health and disorder at work. *Psychiatr Rehabil J*, 2004, 28, 1:8-14.
24. McGurk SR, Mueser KT, DeRosa J, Wolfe R. Work, recovery and Comorbidity in schizophrenia: a randomized controlled trial of cognitive remediation. *Schizophr Bull*, 2009, 35, 2:319-335.
25. Mueser KT, Becker DR, Torrey WC, Xie H, Bond GR, Drake RE et al. Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis*, 1997, 185, 7:419-426.
26. Provencher HL, Gregg R, Mead S, Mueser KT. The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J*, 2002, 26, 2:132-144.
27. Van Dongen CJ. Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community Ment Health J*, 1996, 32, 6:535-547.
28. Torrey WC, Mueser KT, McHugo GH, Drake RE. Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatr Serv*, 2000, 51, 2:229-233.
29. Bond GR, Resnick SR, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Bebout RR. Does competitive employment improve non vocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol*, 2001, 69:489-501.
30. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. A review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004, 39:337-349.
31. López M, Laviana M, Alvarez F, González S, Fernández M, Vera MP. Actividad productiva y empleo de personas con Trastorno Mental Severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. *Revista AEN*, 2004, 89:31-65.
32. Ruggeri, M, Leese, M, Thornicroft G, Bisoffi K, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry*, 2000, 177: 149-155.
33. Consejería de Salud. *Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave*. Sevilla, Consejería de Salud, 2006.
34. Corrigan PW, Penn D. Disease and Discrimination: two Paradigms that describe severe mental illness. *J Ment Health*, 1997, 6, 4:355- 366.
35. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista AEN*, 28, 101:43-83.
36. López M, Laviana M, López A, Tirado C (2007). El Sistema para la Autonomía y la Atención a la dependencia y las personas con trastorno mental grave. *Rehabilitación Psicosocial*, 4, 1-2:11-27.
37. Lehman AF, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R, Green-Paden L, Kreyenbuhl J. Evidence-based treatment for schizophrenia. *Psychiatr Clin North America*, 2003, 26:939-954.
38. Cook J, Razzano L. Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophr Bull*, 2000, 26, 1:87-103.
39. Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR. A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 2001, 27: 281-296.



40. Rosen A, Barfoot K. Day care and occupation: structured rehabilitation and recovery programmes and work. En Thornicroft G, Szmulker G. *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2001:295-308.
41. Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: a systematic review. *Br Med J*, 2001, 322: 204-208.
42. López M, Lara L. Guía operativa 9: Programa ocupacional y laboral. En Caldas de Almeida JM, Torres F. *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2005:93-99.
43. López M, Laviana M. Programas intersectoriales de apoyo social. En Cangas A, Gil J, Peralta V. *Esquizofrenia. Nuevas perspectivas en la investigación*. PSICOM Editores, 2006, Capítulo 16.
44. Comunidad de Madrid. *Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención*. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales, nº 14, 2001.
45. Bond GR, Drake RE, Becker DR. Applying Psychiatric rehabilitation principles to employment: recent findings. En Ancil RJ, Holliday S, Higgenbttam J (Ed.). *Schizophrenia. Exploring the spectrum of Psychosis*. Chichester, Wiley and Sons, 1994: 49-65.
46. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J*, 2008, 31, 4:280-290.
47. Bond GR, Becker DR, Drake R, Rapp Ch, Meisler N, Lehman A et al. Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice. *Psychiatr Serv*, 2001, 52 (3): 313-322.
48. Seeman MV. Employment discrimination against schizophrenia. *Psychiatr Q*, 2009, 80:9-16.
49. Latimer EA, Lecomte, Becker DR, Drake RE, Duclos I, Piat M et al. Generalisability of the individual and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 2006, 189:65-73.
50. Burns T, Catty J, Becker Th, Drake RE, Fioritti A, Knapp M et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2007, 370:1146-1152.
51. Burns T, Catty J, White S, Becker T, Koletsis M, Fioritti A et al. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of Individual Placement and Support. *Schizophr Bull*, 2009, 35, 5:949-958.
52. Gallio G. *Nell'Impresa Sociale*. Trieste, Per la salute mentale, 1987.
53. Grove B, Freudenberg M, Harding A, O'Flynn D. *The Social Firm Handbook*. Brighton, Pavilion, 1997.
54. Warner R, Mandiberg J. An update on affirmative businesses or Social Firms for people with mental illness. *Psychiatr Serv*, 2006, 57, 10: 1488-1492.
55. López, M, Álvarez, F y Laviana, M. Empresas Sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía. *Revista AEN* 1998, 18, 68:735-747.
56. López M. Economía social y empleo de personas con problemas de salud mental. Informe sobre la XIX conferencia de CEFEC. *Rehabilitación Psicosocial*, 2006, 4, 2: 1-5.
57. Confederation of European Social Firms and Social Cooperatives (CEFEC). *The Linz appeal. Why there should be more social firms for disabled and disadvantaged people in Europe*. CEFEC, 2007. ([www.cefec.com](http://www.cefec.com)). Versión en castellano en [www.faisem.es](http://www.faisem.es).
58. Instituto Andaluz de Salud Mental. *La Reforma Psiquiátrica en Andalucía. 1984-1990*. Sevilla, IASAM, 1988.
59. Carmona J, Gay E, Del Río F, Tesoro A (2006). Análisis histórico crítico de la Reforma Psiquiátrica andaluza. En: Pérez F (Coord.). *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. Madrid, AEN: 145-198.
60. López M. Alternativas comunitarias ante el estigma y la discriminación. La experiencia de Andalucía (España). *Act Psiquiat Psicol Am Lat*, 2004, 50, 2: 99-109.
61. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. *Memoria de actividades 2008*. ([www.faisem.es](http://www.faisem.es)).
62. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. *Criterios para el desarrollo del programa ocupacional-laboral*. Documentos de Trabajo, nº 2 (2ª Edición). Sevilla, FAISEM, 2005. ([www.faisem.es](http://www.faisem.es)).
63. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. *Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo*. Documentos de Trabajo, nº 3. Sevilla, FAISEM, 2006. ([www.faisem.es](http://www.faisem.es)).
64. Bond GR, Becker DR, Drake RE, Vogler KM. A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabil Couns Bull*, 1997, 40:265-284.

• Recibido: 28-11-2009.

**Cuadro 1. Definición de trastorno mental grave en el Proceso Asistencial Integrado TMG (Servicios de Salud Mental de Andalucía) (33)**

Persona que:

- Presenta sintomatología psicótica o prepsicótica, lo que:
  - Genera problemas de captación y comprensión de la realidad.
  - Distorsiona la relación con los otros.
  - Supone o puede suponer riesgo para su vida.
  - Tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (discapacidad).
- Necesita abordaje complejo, incluyendo:
  - Atención sanitaria con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación.
  - Atención intersectorial (social, laboral, educativa, judicial).
  - Intervenciones sobre el medio social y familiar.
- Presenta una evolución prolongada con necesidades de continuidad y coordinación, interna y externa, de la atención.

Incluye diagnósticos de Esquizofrenia y otras Psicosis Delirantes, Psicosis Afectiva y Trastorno Límite de Personalidad.

**Cuadro 2. Características básicas de la atención comunitaria en salud mental (2)**

**Planteamientos de Salud Pública:**

- Compromiso de atención a territorios y poblaciones concretas.
- Criterios epidemiológicos:
  - Enfoque poblacional.
  - Prioridades de atención.

**Filosofía de la rehabilitación:**

- Interés centrado en la autonomía y la funcionalidad social de las personas:
  - Énfasis en sus capacidades.
  - Respeto a sus intereses y expectativas.
- Mediante una atención integral:
  - Prevención, tratamiento, rehabilitación (en sentido estricto) e inclusión social.

**Red de dispositivos (sanitarios y no sanitarios):**

- Substituye y no solo complementa los Hospitales Psiquiátricos.
- Sitúa la mayoría de sus componentes en los “contextos de vida” de las personas.
- Facilita un conjunto de prestaciones, accesibles y adaptables a las necesidades individuales.

**Funcionamiento basado tanto en el trabajo en equipo, y la participación:**

- Coordinación y continuidad de cuidados:
  - Profesionales.
  - Usuarios y usuarias.
  - Familiares.
  - Otros grupos sociales.

**Cuadro 3. Evolución de los programas de empleo para personas con trastornos mentales graves (31, 42, 43)**

Niveles	Dispositivos	Funciones
<b>Laborterapia institucional</b>	Actividad laboral y pseudolaboral en instituciones psiquiátricas.	Organización específica. Desvalorizada e institucionalizadora.
<b>Empleo protegido</b>	Actividad laboral y pseudolaboral en entornos específicos.	Organización específica en entornos protectores. Habitualmente no laboral y con escasos resultados.
<b>Rehabilitación vocacional</b>	Programas específicos para acceder a un empleo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación.</li> <li>• Entrenamiento en búsqueda.</li> <li>• Formación profesional.</li> <li>• Empleos de transición.</li> </ul>	Buen resultado como entrenamiento para el acceso al empleo. Escasos resultados para mantenerlo sin apoyo prolongado.
<b>Empleo con apoyo</b>	Empleo inmediato en “empresas normales”, con formación posterior y apoyo externo continuado.	Resultados positivos (40-60%) en experiencias en Estados Unidos. Dificultades en países con alto desempleo y políticas sociales.
<b>Empresas sociales</b>	Empleo en empresas específicas, pero que compiten en el mercado.	Ventajas del empleo protegido y del empleo con apoyo. Buenos resultados en Europa sin comprobación experimental.

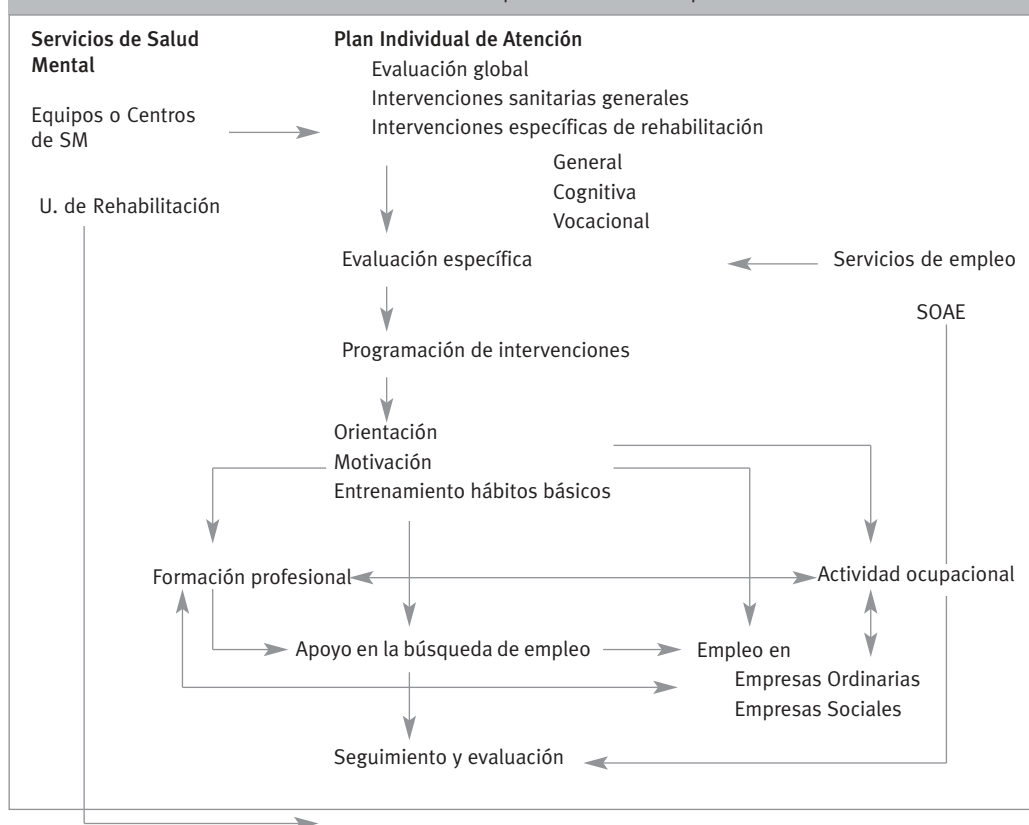
**Cuadro 4. Niveles y dispositivos para favorecer el empleo en Andalucía (62, 63)**

Niveles	Dispositivos	Funciones
<b>Sanitario</b>	Equipos / Centros de Salud Mental. Unidades de Rehabilitación.	Tratamiento. Rehabilitación. Orientación general.
<b>Ocupación Prelaboral</b>	Talleres / Centros ocupacionales.	Hábitos básicos. Actividad no laboral.
<b>Formativo</b>	Proyectos / Cursos de formación.	Formación básica. Formación profesional.
<b>Laboral</b>	Empresas Sociales. Equipos de Apoyo al empleo.	Empleo de transición. Empleo.
<b>Coordinación general</b>	Servicios de Orientación y Apoyo.	Evaluación. Orientación. Apoyo. Coordinación del programa.

**Cuadro 5.** La situación de los programas de empleo en Andalucía. 2007 (61)

Programas	Dispositivos		Plazas o personas atendidas	
	Nº	Tipo		
Ocupacional	115	Talleres Ocupacionales.	2.589	Plazas (31,9 / 100.000) Personas adscritas.
			2.215	
Laboral	8	Servicios Provinciales de Orientación y Apoyo al Empleo.	2.544	Personas atendidas.
			881	Contratos en empresas.
	49	Cursos Formación Empleo.	207	Alumnos y alumnas.
	9	Empresas Sociales.	250	Trabajadores/as con enfermedad mental.
			135	Trabajadores/as con discapacidad.
			102	Trabajadores/as sin discapacidad.
			487	<b>Total trabajadores.</b>

**Cuadro 6.** Características básicas de un itinerario personal hacia el empleo



# Uso de drogas: ¿acto responsable?, ¿voluntario?, ¿controlado? El discurso de los especialistas que trabajan en la atención a usuarios de drogas en Buenos Aires\*

Araceli Galante, María Pía Pawlowicz, Daniel Moreno, Diana Rossi, Graciela Touzé  
Universidad de Buenos Aires.  
Equipo de investigación de Intercambios Asociación Civil.

**Resumen:** En el marco de investigaciones en curso se analizaron los dispositivos de intervención implementados en procesos de atención y prevención de la salud/enfermedad dirigidos a usuarios de drogas de Buenos Aires, Argentina. El material se recolectó a través de entrevistas semi-dirigidas, entrevistas a informantes clave, y grupos de discusión. La muestra no probabilística e intencional estuvo conformada por 49 “especialistas” con y sin formación académica que se desempeñaban en organizaciones de atención a usuarios de drogas. Se aplicó un consentimiento informado, asegurando el anonimato y la confidencialidad.

Este trabajo se centra en el análisis del discurso en torno al concepto de responsabilidad entre los “especialistas” y su relación con distintos tipos de dispositivos de atención.

**Palabras claves:** responsabilidad, uso de drogas, dispositivos de atención.

**Summary:** Different intervention models of assistance and prevention of health/illness processes with drug users from Buenos Aires, Argentina have been analyzed in current investigations. The material was collected through semi-directed interviews, interviews to key informants, and focus groups. The sample was non probabilistic and intentional, it was conformed by 49 “specialists” with and without academic training, who worked in organizations that assist drug users. Informed consent was used and anonymity and confidentiality were preserved.

This article centers in the discourse analysis of the concept of responsibility among “specialists” and their relation with different intervention models to assist drug users.

**Key words:** responsibility, drug use, drug assistance and prevention models.

---

\* Investigación realizada en el marco del Proyecto de cooperación universitario internacional. Universidad y uso/abuso de drogas. Estudios locales. “Uso de drogas en Argentina: políticas, servicios y prácticas”. Federación Internacional de Universidades Católicas y del Proyecto UBACyT SO44: “Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas” Programación 2008-2010. Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

## Introducción

Con frecuencia se puede observar en los discursos sobre el uso de drogas construidos socialmente, ciertas referencias a la noción de responsabilidad asociada a la intervención de la voluntad del usuario en el acto de consumir drogas. Al respecto, en este artículo nos preguntamos: ¿en qué medida y de qué modo se piensa al consumidor de drogas como *responsable* de su consumo?

La discusión en torno a la responsabilidad de los usuarios de drogas cobra relevancia en tanto el consumo de ciertas sustancias es considerado una transgresión. Sin embargo, no siempre se pensó al uso de drogas de esta forma. Hasta la Modernidad, las drogas eran utilizadas en forma ritual, como vehículo hacia lo sagrado y como facilitadores del vínculo social. A mediados del siglo XIX, ciertas drogas comenzaron a ser percibidas como tóxicos y se utilizó el término toxicomanía para describir situaciones problemáticas asociadas a su uso. Al ser considerada una enfermedad, la toxicomanía se constituyó en objeto de la medicina y de sus tratamientos. En el siglo XX, mediante los convenios de Ginebra se prohibió la comercialización, el tráfico y la producción de estupefacientes y el consumo de ciertas drogas fue considerado un delito (1).

Concomitantemente, en la segunda mitad del siglo XVIII, la Medicina se fue instalando como la institución legitimada socialmente para dar respuesta a los problemas de salud. Foucault (2) describe cómo a partir del surgimiento del mercantilismo aparecieron estrictas reglamentaciones económicas y aumentó *el precio del hombre* para maximizar sus posibilidades de trabajo. Se necesitaban sujetos sanos para que pudieran producir. Los hospitales transformaron su función, pasaron de tener como fin la asistencia a los pobres y desahuciados a centrarse en un

objetivo: la cura de enfermedades. Ante esta nueva *demand social* (3) se produjo un proceso en el que el modelo biomédico (4) se expandió a partir del crecimiento de sectores urbanos y de la ruptura de los mecanismos de atención comunal basados en la eficacia simbólica, al mismo tiempo que aumentó la tendencia a las prácticas curativas, los procesos de profesionalización y la organización industrial de la atención médica.

Actualmente, el uso de algunas drogas es considerado socialmente un delito y una enfermedad, y las respuestas hacia el problema se enmarcan en el ámbito de lo sanitario y de lo punitivo<sup>a</sup>, produciéndose un entrecruzamiento de lógicas diferentes que tensionan las situaciones particulares de distintos modos (1).

*Desde el punto de vista jurídico se establecen penas para los sujetos responsables de la comisión de un delito. En cambio, en los procesos de salud/enfermedad/atención la responsabilidad tiene otro estatuto. En la década del 50<sup>o</sup> Parsons postulaba que en su rol social de enfermo la persona no es considerada responsable de la situación que vive y se la exige de cumplir con sus obligaciones habituales en tanto busque ayuda técnica y coopere en la recuperación (5). Esta conceptualización se complejiza (y esto forma parte de las críticas que se le han hecho a este autor), cuando se piensa en la multiplicidad de enfermedades, como por ej. las infecciosas, las incurables y/o las de transmisión sexual, donde la carga moral y los procesos de estigmatización se entrecruzan en las concepciones y las prácticas respecto de la enfermedad.*

Si el uso problemático de drogas es considerado socialmente una enfermedad ¿se puede considerar a los usuarios de drogas responsables por su consumo, independientemente de la situación en la que éste se produce? Pero por otro lado, si

<sup>a</sup> En Argentina, el tratamiento legal del problema parece reflejar el debate sobre si el uso de drogas es un delito o una enfermedad: la ley 23.737 (6) sanciona penalmente la tenencia de drogas, independientemente del propósito del tenedor y por lo tanto, lo considera responsable por la tenencia. Pero si se establece que la droga es para consumo personal, el consumidor puede evitar las sanciones penales si efectúa un tratamiento. Sin embargo, un reciente fallo de la Corte Suprema de Justicia ha declarado la inconstitucionalidad de esa disposición legal "en cuanto incrimina la tenencia de estupefacientes que se realice en condiciones tales que no traigan aparejado un peligro concreto o un daño a derechos o bienes de terceros", considerando que esta medida invade la esfera de la libertad personal (7). En este contexto, el tema ha sido tema de agenda política durante todo el 2009 poniendo en discusión el modo en que se imbrican procesos jurídicos y de salud/enfermedad en los que los servicios de salud ejecutan las medidas que establecen las instituciones judiciales.



tenemos en cuenta que el consumo de drogas implica algún nivel de compromiso subjetivo, ¿cómo pensar la responsabilidad?

Pareciera un concepto clave para pensar las representaciones y los dispositivos a partir de los cuales se interviene dando respuestas a los problemas asociados al consumo de drogas.

Trabajaremos distinguiendo algunos de los modos en que aparece este concepto en el discurso de especialistas con y sin formación académica y algunas hipótesis tentativas acerca de cómo varían según los distintos dispositivos<sup>b</sup> que dan respuestas a los problemas de salud relacionados al uso de drogas.

## Materiales y métodos

El estudio fue de tipo descriptivo y cualitativo. Se involucró a 49 *especialistas* (4) con y sin formación académica que se desempeñaban en distintas instituciones del Gran Buenos Aires<sup>c</sup>. Se administraron entrevistas semi-dirigidas con guías de pautas, entrevistas a informantes clave y grupos de discusión. Las muestras fueron no probabilísticas e intencionales.

Las características generales de la muestra fueron las siguientes: 18 mujeres y 31 varones, edad promedio de 44 años. La antigüedad en el cargo varió entre 5 y 20 años, y más de la mitad tenía experiencia laboral previa en instituciones similares. En 34 casos ejercían cargos directivos y aproximadamente la mitad tenía formación académica específica vinculada al campo de la salud (14 psicólogos, 6 psiquiatras, 5 trabajadores sociales y sociólogos y 1 enfermero). De la otra mitad de la muestra, 14 especialistas se definieron como operadores socioterapéuticos y 9 como servidores.

Las instituciones a las que pertenecían fueron muy heterogéneas: 7 centros de atención espe-

cializados en la atención por uso de drogas de tipo ambulatorio, 2 instituciones psiquiátricas, 5 servicios de atención de salud/salud mental no especializados, 14 comunidades terapéuticas de diverso tipo, 4 programas de Doce Pasos, 3 grupos de orientación religiosa, 2 programas de reducción de daños, 1 programa de formación para la prevención, 1 programa universitario de formación de operadores socioterapéuticos, 2 áreas de admisión, 2 áreas de auditoría de organismos oficiales nacionales y 1 de obras sociales.

El trabajo de campo se realizó a partir de contactos institucionales y personales de los investigadores del equipo, entre los meses de septiembre de 2006 y enero de 2007.

Se trianguló la información proporcionada en base a esta muestra con datos secundarios producidos por las instituciones acerca de las funciones de los operadores socioterapéuticos y de las características de los dispositivos de intervención.

En todos los casos se aplicó un consentimiento informado, asegurando el anonimato y la confidencialidad. A partir de la identificación de códigos se diferenciaron ejes de análisis y se trabajó con la modalidad de análisis del discurso distinguiendo regularidades y clasificaciones en los materiales empíricos.

## Resultados

### 1. Algunas consideraciones en torno al concepto de responsabilidad

Como marco para el análisis, recorreremos algunas conceptualizaciones acerca del concepto de responsabilidad. En principio, la responsabilidad podría definirse como “un esquema regulador de interacciones de respuestas tendientes a desarrollar sentimientos de propiedad sobre los propios actos y de autoridad sobre los mismos”. Esta noción de responsabilidad, aun-

<sup>b</sup> Cabe aclarar que efectuamos una distinción entre “instituciones” y “dispositivos” ya que en una misma institución (por ejemplo, un centro regional especializado en el uso de drogas) se pueden utilizar diferentes dispositivos de intervención (siguiendo con el ejemplo, el centro puede contar con servicios de atención psiquiátrica y psicológica ambulatoria, un área de comunidad terapéutica, un grupo basado en Doce Pasos, etc.).

<sup>c</sup> Actualmente, se utiliza el término “Gran Buenos Aires”, para hacer referencia a la unidad cultural e histórica del territorio comprendido por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (que es la sede del gobierno nacional) y 24 municipios de la Provincia de Buenos Aires, que la circundan.

que proviene del campo jurídico, ubica el concepto en el *campo de lo psí*, en tanto se refiere a un proceso vincular (8).

La etimología latina de la palabra responsabilidad alude a la relación entre dos o más personas: la fórmula *espondeo* significa ser garante de sí mismo o de otro ante un tercero y parece entrañar una relación con la obligación y el cumplimiento de un compromiso, un deber o una deuda (9). Entonces, una persona sería responsable en la medida en que fuese capaz de responder por algo/alguien ante un otro (ya sea que se trate de un otro sujeto, de la comunidad o del Estado) que establezca su cumplimiento o su ausencia.

Desde el discurso moral-jurídico la responsabilidad se asocia a la noción de voluntad, ya que para que un acto genere derechos y obligaciones, es necesario que haya sido efectuado voluntariamente. De manera tal que si una persona realiza un acto formal sin discernimiento o sin intención, o sin libertad, puede impugnarlo, y desentenderse por la responsabilidad sobre sus consecuencias (10).

Es de resaltar aquí la vigencia que se observa en este discurso de las concepciones modernas en torno al sujeto como un individuo consciente y libre, concepciones que por contraste, definen a quienes no pueden ser considerados como sujetos contractuales<sup>d</sup>. Advertimos la vigencia de estas concepciones en el discurso de los entrevistados que se imbrican con los modos de conceptualizar y abordar el “problema de las drogas”.

Nos preguntamos ¿qué características particulares adquieren los modos en que los especialistas piensan el uso de drogas como problema según el dispositivo de intervención en el que trabajen? ¿Cómo se imbrican los modelos de atención con las formas en que se conceptualiza e interviene en relación con la responsabilidad del sujeto frente al uso de drogas?

Presentamos algunas reflexiones fundadas en el análisis del material empírico, para pensar las formas de conceptualizar la responsabilidad de los sujetos respecto al uso de drogas en los diferentes dispositivos de intervención.

### **Concepciones sobre la responsabilidad**

Los entrevistados señalan que los usuarios de drogas pueden tomar la decisión de consumir drogas ocasionalmente, como una elección personal, aunque puede estar influida por las redes de pertenencia. En sus discursos, se distingue un primer momento en que el uso sería voluntario, luego, en algún momento subsiguiente, tal voluntariedad desaparecería, en la medida en que el consumo consuetudinario sea considerado una “adicción”. Varía diacrónicamente, en la medida en que se hable del inicio del consumo, del mero uso, o del uso llamado “adictivo”.

- *(E - “Caer o no caer en las drogas es una cuestión de voluntad”) Se dice muchísimo eso... Te diría que sí. Porque en realidad tenés que tener mucha voluntad para no usar drogas hoy. Entonces si no tenés mucha voluntad, lo lógico es que consumas (socióloga, centro ambulatorio, 39 años).*
- *Sí, hay mucho de esto también, de las malas compañías. Sí es cierto, las malas compañías son la puerta de entrada, obviamente, pero siempre es uno el que elige drogarse (especialista sin formación académica, programa Doce Pasos, 36 años).*

Esta clasificación es afín con la taxonomía hegemónica en el campo de la Salud Mental de “uso, abuso y dependencia de drogas” (DSM IV y C.I.E.10). Esta clasificación se basa en la descripción de los efectos negativos de las sustancias, enfocando la atención en el control de los síntomas, lo que puede conducir a que en la atención se soslaye la problematización de la situación vital y social, por lo general compleja, del usuario

<sup>d</sup> A estos individuos (a-contractuales) se les otorgó una condición diferenciada de ciudadanía, lo que significaba que debían ser tutelados en el ejercicio de sus derechos. En general esta clasificación se efectuó en base a datos objetivos (como la edad, el sexo o la clase social). Pero también incluyó a los dementes, lo que requirió de un saber especializado sobre la locura, que permitiera distinguir entre los individuos racionales (capaces de responder por sus actos) y los irracionales (considerados incapaces, irresponsables, enfermos). La Psiquiatría, como Medicina de lo mental, adquirió la competencia para efectuar esta distinción de los sujetos y determinar el tratamiento a seguir con los individuos que habían transgredido las normas sociales (11), (12), (13).



de drogas. Aunque es innegable la importancia que tiene la atención de los aspectos biomédicos de los problemas relacionados con el uso de drogas, este enfoque puede en ocasiones conducir a un reduccionismo en los tratamientos y centrar las intervenciones en el control farmacológico.

Por otra parte, persiste en el discurso de los entrevistados la concepción moral-jurídica del uso de drogas como *desviación* y del usuario como *desviado*, especialmente si el consumo de drogas aparece asociado a algún tipo de conducta delictiva, o es considerado como un delito en sí mismo.

Muchos entrevistados expresan que el carácter voluntario del consumo se va perdiendo “*a medida que éste se vuelve frecuente*”. Algunos entrevistados sostienen que para ciertas personas es muy difícil sustraerse a este proceso, que parece incontrolable. Para ellos, la voluntad del usuario queda subsumida en el consumo problemático de drogas, lo que los vuelve irracionales, y por ende, irresponsables.

La idea de la irracionalidad de los consumidores de drogas resulta, desde este enfoque, una explicación sobre las razones de los usuarios de drogas para continuar sosteniendo una práctica que conlleva sanciones penales y sociales, y que puede exponerlos a distintas situaciones problemáticas en relación a su salud.

## 2. Intervenciones, concepciones y estatuto de la responsabilidad de los usuarios de drogas en los dispositivos de atención

Las diversas concepciones sobre la responsabilidad y el uso de drogas tienen como marco de referencia los modos sociales en que según la época se conciben la salud, la enfermedad y la atención. A su vez se corresponden con los tipos de respuesta que se plasman en dispositivos de intervención<sup>6</sup> específicos (3).

Vale aclarar que en Buenos Aires<sup>7</sup> las instituciones de salud brindan respuestas muy variadas que entrecruzan lógicas institucionales que provienen del campo jurídico, sanitario y/o religioso, así como de los ámbitos público y privado.

Se pueden distinguir dispositivos de internación o ambulatorios y modalidades mixtas. Podemos mencionar a los centros asistenciales destinados a la atención de la salud en general (hospitales, clínicas, centros de atención primaria) o a la atención de la salud mental. Pero también hay todo un abanico de propuestas especializadas en el tratamiento por uso de drogas, que tienen distintos grado de inserción en el sistema de salud, que van desde centros estatales especializados en el tema, comunidades terapéuticas (muchas de ellas incluidas en el sector privado sin fines de lucro) hasta los programas de Doce Pasos, como Narcóticos Anónimos y otros similares, que están gestionadas por los propios usuarios. También hay diferentes dispositivos ofrecidos por instituciones de distintas religiones. En menor medida, hay una serie de programas preventivos, comunitarios y de reducción de daños.

En este trabajo, focalizaremos la atención en tres de los dispositivos de intervención más extendidos en Buenos Aires: los tratamientos de internación psiquiátrica, los programas de Doce Pasos y las comunidades terapéuticas.

### 2.1 Los dispositivos de encierro: la internación y las respuestas farmacológicas

Los tratamientos de internación psiquiátrica tienen su origen en la Modernidad. Entonces se consideraba que la locura era incurable, peligrosa y depravada, lo que reforzaba la necesidad de la internación y del poder médico sobre los alienados. El modelo asilar se basaba en la lógica del encierro y la exclusión y por ende, en la invisibilización de las personas allí internadas, que continuaron siendo consideradas *peligrosas*.

<sup>6</sup> Desde una perspectiva foucaultiana, los **dispositivos** están constituidos por una pluralidad de individuos, objetivo u objetivos comunes, un tiempo determinado, un espacio dado, y una inscripción institucional. Los dispositivos son formaciones que en cierto momento histórico responden a una urgencia, ya que su función suele ser “estratégica dominante”. Los dispositivos se implementan para una cierta población e implican la utilización de diferentes formas de encuadre de trabajo, requisitos y normas de funcionamiento, horarios, formas de contener, de escuchar y de orientar.

<sup>7</sup> En el contexto particular del sistema de salud argentino, esto se produce en un marco de alto grado de fragmentación y un proceso de reforma que tiende a someterlo a la lógica del mercado.

Luego de la Segunda Guerra Mundial, el modelo asilar fue fuertemente criticado, ya que se observó que el encierro prolongado producía la *desobjetivación* de las personas internadas, ya que al homogeneizarse todos los aspectos de su vida (trabajo, esparcimiento, alimentación, aseo, descanso, etc.) bajo una única autoridad (el personal de la institución) van perdiendo su identidad, constituyéndose en *enfermos mentales* (14). Por esta razón, se fueron creando distintos dispositivos que transformaron la atención de la salud mental como los servicios ambulatorios, hospitales de día y de noche, las comunidades terapéuticas, las casas de medio camino, los abordajes grupales y comunitarios, entre otros<sup>9</sup>.

La mayor parte de los entrevistados consideró que los hospitales psiquiátricos no son adecuados para el tratamiento de los usuarios de drogas (15). Sin embargo, en su discurso adquirió plausibilidad el intento de aislar a los usuarios, aún en contra de su voluntad, en base a la suposición de que no tendrían la capacidad para controlar su consumo. En consecuencia, para ellos, el usuario es objeto de la droga. De este modo, se refuerza la imagen de droga como agente patógeno, y del contexto como ambiente que facilita, o no, un posible contagio (1).

- *Hay muchos adictos que no quisieron dejar, que tocaron un fondo, por ejemplo, familiar o judicial. Que fueron, de alguna manera o invitados u obligados o presionados a estar en algún tratamiento, y la cabeza les hizo un clic y entraron en recuperación. Como hay muchos otros que se terminan muriendo. Porque... no importó que caigan presos, que tengan HIV o que... Te dicen: "yo me quiero recuperar, quiero hacer algo y son los primeros que se van, y los que vinieron obligados son los que se quedan, se mantienen limpios con el tiempo (especialista sin formación académica, programa Doce Pasos, 34 años).*

La concepción de los usuarios de drogas como incapaces de cuidar de sí y de otros, sostiene la necesidad de contar con distintos tipos de dispositivos para atender el problema basados en el encierro y que tienen por objetivo el logro de la abstinencia.

## 2.2. Los programas de Doce Pasos

A diferencia del tratamiento en los hospitales psiquiátricos, los programas de Doce Pasos están basados en una confraternidad de referencia con amplia accesibilidad espacial y temporal<sup>h</sup>, donde se siguen una serie de pasos y normativas que son condición para mantener la pertenencia al grupo.

Estos grupos tienen su origen en Alcohólicos Anónimos (A.A.) y son considerados el origen de la autoayuda como modelo terapéutico. La abstinencia es el punto de partida de un proceso definido en la literatura oficial como una experiencia espiritual, en el que se invoca la ayuda divina y tienen un lugar importante el testimonio y el arrepentimiento.

En los programas de Doce Pasos se entiende que el "adicto" es un "enfermo" de manera que no se lo considera responsable. Se concibe al consumo problemático de sustancias como una enfermedad crónica, comparable con la diabetes o las alergias, que se puede "controlar" pero no curar. Se ontologiza así el "ser adicto".

- *Para nosotros la enfermedad, la adicción es una enfermedad sin cura conocida (especialista sin formación académica, programa Doce Pasos, 34 años).*
- *Un adicto es simplemente una persona cuya vida está controlada por las drogas (Guía de introducción a Narcóticos Anónimos, Revisado, 1995).*

Este reconocimiento es el primer paso del programa de tratamiento que enuncia que se debe

<sup>9</sup> Según datos relevados por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), en Argentina, 25.000 personas están internadas en instituciones psiquiátricas. El 80 % de ellas permanecen internadas más de un año, y muchas lo están de por vida. El 75% de las personas internadas en el sistema público de salud se encuentran en instalaciones de 1000 camas o más (16).

<sup>h</sup> Aunque los programas de Doce Pasos, exceden a los de Narcóticos Anónimos ya que otros grupos también incluyen este dispositivo, el crecimiento de NA nos muestra su expansión: "desde el primer grupo de N.A., los miembros en USA aumentaron desde 1.600 grupos en 1982, hasta más de 20.000 en 1992" (17). En Argentina comenzó a funcionar en 1986, y actualmente se extiende por varias ciudades y pueblos de las 24 provincias.



*“admitir que somos impotentes ante nuestra adicción. Que nuestra vida se había vuelto ingobernable”.*

- *Yo soy adicta, no tengo la posibilidad de elegir. (...) Es más, yo consumí porque yo quise. Después no pude elegir. No pude controlarme, ¿no? (especialista sin formación académica, programa Doce Pasos, 34 años).*
- *Yo soy impotente y ahí vuelvo a mi primer paso. Soy impotente frente a las sustancias, tengo una enfermedad que es mi adicción, que se manifiesta a través del consumo de drogas, y lo más seguro es si yo veo la sustancia ahí, se me desata mi compulsión y voy a terminar consumiendo (especialista sin formación académica, programa Doce Pasos, 36 años).*

La primera fase es entonces aceptar la impotencia ante el alcohol y las drogas. “La primera meta del tratamiento, una vez pasada la desintoxicación y el proceso de evaluación diagnóstica, es ayudar al paciente a admitir y aceptar que es impotente ante el alcohol y/o otras sustancias que alteran el estado de ánimo. (...) Es un intento directivo para tratar de romper con la negación” (18). Se apela a la imagen de “*tocar fondo*”<sup>1</sup>, y desde ahí hacer algo para solucionar el problema.

En los programas de Doce Pasos se considera que una primer tarea para los nuevos integrantes es pasar de ser “*controlados por la droga*” a controlarla ellos mismos. Pero se sostiene que este control es imposible para el individuo aislado y que el solo contacto con la sustancia tiene consecuencias incontrolables. De modo tal que la sobriedad se constituye en el objetivo central del tratamiento.

Las características y la responsabilidad del usuario aparecen ligadas al pedido de ayuda a un Ser Superior, al reconocimiento de sus errores en un inventario y a la aceptación del acompañamiento del grupo en el cumplimiento estricto de cada uno de los Doce Pasos.

### 2.3. Las comunidades terapéuticas

Como ya se mencionó, en el período posterior a la Segunda Guerra Mundial, surgieron las comunidades terapéuticas como alternativa a la atención de los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos.

Las primeras experiencias -especialmente la de Maxwell Jones, en Inglaterra- proponían la construcción de una comunidad democrática que significaba que pacientes, médicos y el personal auxiliar participaban en pie de igualdad en la toma de decisiones. De esta manera se ofrecía una nueva forma de subjetivar a las personas con padecimiento mental.

Más tarde, el dispositivo se utilizó específicamente para el tratamiento de los usuarios de drogas. Aunque no existe un único modelo entre las comunidades terapéuticas<sup>2</sup>, puede decirse que en general intentan modificar la “personalidad adictiva”, que caracterizaría a los usuarios de drogas, a través una nueva socialización<sup>3</sup>. La resocialización se logra cuando el usuario transita una fuerte experiencia afectiva en la comunidad y respeta el rígido sistema de reglas que la organiza. La importancia de la internalización de normas, en este dispositivo, radica en que el usuario modifique sus hábitos y comportamientos, lo que le permitiría vincularse de un modo más saludable con su entorno, y por ende, sostener la abstinencia.

En el discurso de la mayor parte de los entrevistados que trabajaban en comunidades terapéuticas, se reiteró que uno de los aspectos más importantes que debía modificarse en los usuarios de drogas era su falta de responsabilidad.

- *(E: ¿Pensás que las personas que usan drogas tienen características particulares?) Sí, hay... son estructuras de personalidad... particulares. (...) Y sobre todo desde la adolescencia. Desde la niñez yo creo que el problema es falta de límites y falta de responsabilidad*

<sup>1</sup> Página oficial de A.A. Accesible en: [www.alcoholics-anonymous.org/sp\\_gso\\_archives.cfm](http://www.alcoholics-anonymous.org/sp_gso_archives.cfm)

<sup>2</sup> Los entrevistados hicieron referencia especialmente a dos modelos de comunidad terapéutica: DAYTOP, desarrollado en Estados Unidos y el Proyecto Hombre, que se desarrolló en Italia.

<sup>3</sup> En este aspecto, las comunidades terapéuticas retoman la idea que la subjetividad se establece a partir de los vínculos con personas significativas, especialmente durante la primera infancia, en un proceso conocido como socialización primaria. Siguiendo esta línea de pensamiento, se puede advertir que las experiencias de re-conversión se reproducen una situación análoga a la de la niñez, en la medida en que la subjetividad entra en crisis y se vive una situación de fuerte dependencia emocional (19).

*para salir de problemas, los padres que los hacen zafar de pequeñas cosas que bueno, que eso en vez de haberlos ayudado que se vayan responsabilizándose de sus vidas, y bueno 'porque es chiquito, por eso, por lo otro', y llegan a la adolescencia y quieren que les hagan todo y esto ya está. (...) Se juntan con quien se identifican, se identifican en un consumo o en (algo) delictivo. Ya está (operadora terapéutica, CT, 42 años).*

Como se puede observar en el párrafo anterior, se entiende desde algunas perspectivas que la personalidad adictiva sería el emergente de una familia disfuncional, con dificultades para poner límites. La "adicción" habría comenzado antes del contacto con las drogas y podría extenderse más allá de haber logrado la abstinencia.

La explicación sobre la adicción como el resultado de fallas en la estructuración de la personalidad, contribuye a mantener la representación social sobre los usuarios de drogas como personas irresponsables.

Pero, a diferencia del discurso psiquiátrico tradicional, la "peligrosidad" no se sitúa en la sustancia sino en el usuario, que podría comportarse inadecuadamente aunque no se encuentre bajo los efectos de las drogas.

Al no comportarse como una persona responsable, se considera que el adicto es "como si fuera un niño" al que es necesario poner límites, reeducar. Por esta vía, se justifica la obligatoriedad del tratamiento, ya que un niño no puede "elegir" cuidar o no de su salud.

- *Empiezan a agregar a su vocabulario la palabra NO, el NO es una de las cosas que el adicto no tiene. Es como que de alguna manera todos los grupos de adictos se han quedado en la parte adolescente, y esa parte adolescente no les permite crecer. Y acá tienen que empezar a crecer, tengan la edad que tengan (operador terapéutico, CT, 49 años).*

Las comunidades terapéuticas, en general, intentan *resocializar* a los sujetos, brindando un nuevo grupo de pertenencia donde aprender a vivir "libre de drogas", pudiendo incorporar a las familias en el proceso de atención. Diferentes entrevistados, mencionan que los

tratamientos se dirigen a que los sujetos puedan modificar "sus mecanismos defensivos", desarrollando otros modos de relacionarse con el mundo.

- *El slogan es, "entrás...", igual que los varones pero en las mujeres es, "entrás como un cachivache y tenés que salir como una señorita, de acá." Con valores, con esto, con lo otro. Bueno. Al venir las chicas [los chicos también] vienen con... bueno, muchas de estar en situación de calle, de prostitución este... están a veces bajo un proxeneta y... son chicas de 15, 16, 17 años ¡eh!, que después hay que reconstruir un montón de cosas (psicólogo, comunidad terapéutica, 50 años, grupo de discusión).*

Esa "reconstrucción" operaría a través de la provisión de un ambiente "saludable" y de alguna forma "controlado" o "estructurado". No es la única mediación para lograr la re-construcción subjetiva, pero sí es recurrente en las entrevistas el énfasis en la construcción y/u ofrecimiento de un ambiente externo propicio -como tal, diferente al cotidiano- que facilite la cura.

- *Porque la comunidad terapéutica tiene esa cosa de la burbuja. Por ejemplo: dicen de esta persona "vive en la villa de emergencia". "No, ¿cómo va a vivir ahí si se quiere rehabilitar?". Entonces: un año, dos años lo que sea de internación en comunidad terapéutica ¿después que hacemos? (psicólogo, admisión y clínica individual en obra social, 41 años).*
- *Porque el pibe sale de acá con todo un concepto de enfermedad, ponele que sea el tipo más obediente del mundo, sale a la calle, se deja de encontrar con los amigos que se drogan, deja de encontrarse con los compañeros de consumo, encuentra nuevas amistades, se pone a estudiar, sale una noche a bailar y lo primero que va a encontrar en una noche de baile o de joda, va a ser whisky, va a ser alcohol, va a ser gente que se droga en los baños... ¿Cómo lo sacás a un pibe de ese contexto si en este momento todo ese contexto está enfermo? (especialista sin formación académica, programa Doce Pasos, 36 años).*



Como contrapartida a este “contexto enfermo” observamos que se reitera en las entrevistas la analogía de la organización de las comunidades terapéuticas con las de una “familia”. Los siguientes fragmentos de entrevistas expresan la necesidad de sustitución-corrección de algunas figuras institucionales como podrían ser las figuras parentales o las amistades, diferenciando el contexto institucional de esos otros del “afuera”. En algunas ocasiones las medidas implementadas recuerdan a la idea decimonónica del tratamiento moral para los llamados “alienados mentales”, mediante el cual se pretendía modificar un modo de vida controlando su ambiente en una institución especial donde el “alienado” era sometido a una disciplina severa y paternal<sup>1</sup>.

- *Y la idea es que sea como una especie de convivencia, lo más parecido a un ámbito familiar y que todas las actividades estén puestas fuera, van a la escuela afuera, el tema de la salud se atiende afuera. No es un internado digamos (trabajador social, hospital general, 42 años).*
- *(E: ¿Y por qué decís que es valorado para el que está consumiendo esto de que los operadores terapéuticos se presenten como “ex...” [adicto]?) Es un modelo identificatorio. Que, tal vez, no lo han podido conseguir con la familia. (...) Toda persona necesita un modelo identificatorio. Siendo adicto o no siendo adicto (operador terapéutico, comunidad terapéutica, 32 años).*

El objetivo de esta “reestructuración externa” sería generar la posibilidad de que el sujeto tome responsabilidades.

- *Si salís a la calle y tenías que volver a las 9 pero volviste 9.30, alguien te va a confrontar porque no fuiste responsable ni cumplís con tus objetivos. Si haces algo que dañe a otro en algún lado te tenés que hacer cargo. No pasa por castigar sino para responsabilizarlo y hacer algo con eso. Es todo una estructura la que tratamos de instalar en los*

*chicos... y en el equipo también (risas) (operador socioterapéutico, comunidad terapéutica, 40 años).*

En los fragmentos citados de entrevistas y/o grupos de discusión se puede observar el cariz de tutelaje y de reeducación que revisten las diversas tentativas de tratamiento. Cabe aclarar que en general éstas persiguen el objetivo de lograr la abstinencia de todo consumo, para lo cual se ven llevadas a “instalar estructuras”, rectificar o proveer “modelos identificatorios” que se presumen más adecuados que aquellos que puedan poseer los usuarios de drogas. Por la misma razón, se actúa sobre el entorno familiar proveyendo contextos que faciliten tales procesos de re-estructuración.

Para los entrevistados que trabajaban en la comunidad terapéutica, la irresponsabilidad es una de las características de la personalidad de los usuarios. Pero en este modelo, la personalidad no es inmodificable, de modo tal que adquirir la capacidad de responder por los propios actos (“hacerse cargo”) constituye uno de los ejes del tratamiento.

## Reflexiones finales

Las posiciones sobre la responsabilidad de los usuarios de drogas oscilan entre la culpabilización y la des-responsabilización. Tanto el inicio como el uso ocasional de drogas se asocia más frecuentemente con la posibilidad de un control responsable de la propia práctica. Pero el consumo frecuente y en altas dosis (clasificado como abuso o como adicción) se asocia a una pérdida de responsabilidad.

Sin embargo, existen distintas maneras de concebir el pasaje del uso ocasional al problemático, lo que constituye una fuente de diferenciación discursiva entre los entrevistados. Muy esquemáticamente, podemos distinguir enfoques que se centran en la “peligrosidad de la sustancia”, otros que enfatizan las “fallas de la personalidad” y otros “el ambiente enfermo”.

<sup>1</sup> Paul Bercherie (20) Cf. Cap I sobre Pinel: «Aún una vez más la ideología funda la teoría, en particular el sensualismo por el cual (...) explica el origen de las ideas y en el que funda su confianza en la maleabilidad y, por ende, en la perfectibilidad de la mente humana. Los contenidos de la mente dependen de las percepciones y de las sensaciones y mo.

Estas diferencias -no excluyentes- operan en la construcción de los dispositivos de atención: la importancia dada a la sustancia y al contexto enfermo, vuelve plausible el aislamiento del usuario en dispositivos de encierro y los tratamientos basados en la medicación mientras que si el acento está colocado en la estructura de la personalidad, es posible que el objetivo sea re-socializar a los sujetos.

Otra fuente de diferenciación es la consideración del carácter del uso de drogas: si éste se considera incurable, se ontologiza el “ser adicto” y se espera que éste acepte su *rol de enfermo*. En cambio, si se piensa que es posible lograr la cura, se considera viable direccionar el proceso de cambio. Cabe aclarar que estas diferencias se combinan tanto en la concepción de la problemática como en el diseño de los dispositivos de atención.

Finalmente, podemos señalar que algunos entrevistados cuestionaron la concepción de los

usuarios de drogas como sujetos irresponsables, aunque su consumo pudiera ser clasificado como “adictivo”. Al respecto, resulta importante tener en cuenta que la capacidad de apropiarse de los propios actos forma parte de la sociabilidad de los sujetos. Como dice Mendel (21), existe una “fuerza de carácter antropológico que se expresa de manera no consciente dentro de la dimensión psíquica y que incita al sujeto a apropiarse del acto voluntario y consciente que realiza, de la actividad, de la acción que desarrolla. Ese movimiento apunta a dos objetivos: la apropiación del control del proceso del acto y apropiación de los efectos del acto”. Para el autor, el movimiento de apropiación del acto es una búsqueda de poder por parte de los sujetos sobre el proceso y los efectos de sus actos. Siguiendo esta idea, es posible decir que negar la capacidad de apropiarse de los actos a una cierta categoría de sujetos (como los usuarios de drogas) podría ser altamente desobjetivante.

#### **Correspondencia:**

##### **Araceli Galante**

Lic. en Trabajo Social. Integrante del equipo de investigación de Intercambios Asociación Civil. Doctoranda de la Facultad de Ciencias Sociales UBA.  
Corrientes 2548, 2ºD- (1046) Buenos Aires, Argentina • correo electrónico: araceligalante@gmail.com.  
Teléfono: (54 11) 4954 - 7272 • Fax: (54 11) 4954 - 1333 • www.intercambios.org.ar

#### **Resto de autoras:**

##### **María Pía Pawlowicz**

Lic. en Psicología - UBA. Mgter. Salud y Cs. Sociales CEDES-FLACSO. Integrante del equipo de investigación de Intercambios Asociación Civil. Docente e investigadora de la Facultad de Psicología UBA. Fogarty International Training and Research project D43 TW001037-06 (Mount Sinai/New York State/Argentina HIV Prevention) • correo electrónico: mariapiapawlowicz@hotmail.com

##### **Daniel Moreno**

Lic. en Psicología - UBA. Integrante del equipo de investigación de Intercambios Asociación Civil. Docente de la Facultad de Psicología UBA • correo electrónico: danielmoreno.gm@gmail.com

##### **Diana Rossi**

Lic. en Trabajo Social. Especialista en problemáticas Sociales Infanto Juveniles. Coordinadora del equipo de investigación de Intercambios Asociación Civil. Docente e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales UBA • correo electrónico: drossi@intercambios.org.ar

##### **Graciela Touzé**

Lic. en Trabajo Social. Especialista en Ciencias Sociales y Salud. Presidenta de Intercambios Asociación Civil. Docente e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales UBA • correo electrónico: gratouze@intercambios.org.ar



## Referencias bibliográficas

1. Touzé, G. (org.) *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil -Federación Internacional de Universidades Católicas; 2006.
2. Foucault, M. "Incorporación del hospital en la tecnología moderna". En: *Medicina e Historia. El pensamiento de Michel Foucault*. Washington: OPS; 1978.
3. Galende, E. *Psicoanálisis y salud mental*, Buenos Aires: Paidós; 1990.
4. Nédez, E.: *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana; 1990.
5. Parsons, T. *El sistema social*. Madrid: Alianza (Traducción del original en inglés The social system. New York: Free Press, 1951); 1982.
6. Ley 23. 737. Régimen Penal de Estupefacientes; 1989. Argentina.
7. Corte Suprema de Justicia. Fallo "Arriola"; 2009. Argentina.
8. Efrón, R. "Consideraciones sobre los adolescentes y la responsabilidad", Mimeo, Buenos Aires; 2005.
9. Agamben, G. *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo*. Homo Sacer III. Valencia, España: Pre-textos; 2000.
10. Llambías, J.J. *Tratado de Derecho Civil. Parte General. Tomo II, Personas Jurídicas, Bienes, Hechos y actos jurídicos*. Buenos Aires: Editorial Perrot; 2007.
11. Foucault, M. *Historia de la locura en la época clásica*". México: Fondo de Cultura Económica; 1967.
12. Castel, R. *Las metamorfosis de la cuestión social- Una crónica del salariado*, Buenos Aires: Editorial Paidós; 1997.
13. Alberdi, J. M. *Reformas y contrarreformas, políticas de salud mental en la Argentina*". Rosario: UNR Editora; 2003.
14. Gorman, E. *Internados: Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Ed. Amorrortu: Buenos Aires; 1985.
15. Galante, A.; Pawlowicz, M. P.; Touzé, G.; Rossi, D.; Recchi, J. et al. "Representaciones sociales, sobre el uso y los usuarios de drogas de los especialistas que trabajan en instituciones asistenciales dedicadas al problema drogas". En: CD ROM de las II Jornadas Nacionales de Representaciones Sociales "Representaciones sociales, minorías activas y memoria social", Secretaría de Extensión, Cultura y Bienestar Universitario, UNQUI, Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires; 2007.
16. Centro de Estudios Legales y Sociales/Mental Disability Rights International: *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina*. Siglo XXI Editores, Buenos Aires; 2009.
17. Fiorentine, R. y Hillhouse, M. "Tratamiento por drogas y participación en un programa de Docepasos: los efectos aditivos de la integración de actividades en la recuperación". RET, *Revista de Toxicomanías*. N<sup>o</sup>. 30; 2002.
18. Kort, E. "Un modelo de tratamiento para la dependencia de alcohol y drogas". Accesible en: [www.adicciones.org.mx/un\\_modelo\\_de\\_tratamiento\\_para\\_la\\_dependencia\\_de\\_alcohol\\_y\\_drogas.php](http://www.adicciones.org.mx/un_modelo_de_tratamiento_para_la_dependencia_de_alcohol_y_drogas.php)
19. Berger, P. y Luckman, T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu; 1968.
20. Bercherie, P. *Los Fundamentos de la Clínica, Historia y Estructura del Saber Psiquiátrico*. Buenos Aires: Ed. Manantial; 1986.
21. Mendel, G. *La sociedad no es una familia*. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1993.

• Recibido: 2-12-2009.

# Memos y Psiquiatría (1)\*

## Memos, Enfermedades y Psiquiatras

### *Memetics and Psychiatry. Memes, Diseases and Psychiatrists*

Pablo Malo Ocejo, Juan Medrano Albéniz, José Juan Uriarte Uriarte.  
Psiquiatras, Txori Herri Medical Association, Bilbao.

**Resumen:** Los autores revisan el concepto de meme y su relación con la Psiquiatría, por la dimensión memética de ciertos trastornos mentales, especialmente cuando existe una posibilidad de contagio.

**Palabras clave:** Meme, Memética, Psiquiatría, psiquiatras, Trastornos Mentales, Psicoanálisis, Industria farmacéutica.

**Abstract:** The authors review the concept of meme and how it is related to Psychiatry, describing a memetic component in some mental disorders, especially when there is risk of behavioral contagion, and the way psychiatric hypotheses and bibliography can be regarded as memes.

**Key Words:** Meme, Memetics, Psychiatry, psychiatrists, mental disorders, Psychoanalysis, Drug Industry.

### Memos y Psiquiatría

El concepto de meme fue puesto en circulación por Richard Dawkins en su libro *“El Gen Egoísta”* (1) para referirse a los elementos culturales que se transmiten por medios no genéticos, fundamentalmente por imitación. Lumsden y Wilson (2) propusieron el término **culturgén** para referirse aproximadamente a lo mismo, pero el término que ha triunfado y se ha extendido es el de meme. Los memos son, por tanto, instrucciones para llevar a cabo una determinada conducta que se almacenan en nuestros cerebros y otros lugares (libros, discos duros, etc.) y que se

transmiten por imitación. Sería un replicador equivalente al gen pero en el plano cultural, no en el biológico. Un meme puede ser una melodía pegadiza, una coletilla del lenguaje (*“pues va a ser que no”*, por ejemplo), un giro de la moda (enseñar los calzoncillos) o en general cualquier idea que aparece y se extiende como si fuera una auténtica epidemia. Los memos se agrupan formando **macromemos** o **memplexes** que constituyen un sistema de muchos memos estructurados e interrelacionados formando un objeto cultural complejo como una teoría, una mitología o una lengua.

\* N.R.: Este artículo tiene una segunda parte que será publicado en el próximo ejemplar de *Norte de salud mental* con el título: *Memos y psiquiatría (2). Los memos y la Industria y la Literatura científicas. Biología de los memos y Defensas frente a su actuación.*



Según Dawkins, los memes compiten entre sí por extenderse por nuestros cerebros, a los que utilizan para replicarse a sí mismos. Advertimos al lector de que las frases que sugieren una intencionalidad en los memes son sólo una manera de hablar, un atajo, para sugerir algo que aumentará las probabilidades de que el meme sean copiado. Los memes, por supuesto, no tienen intenciones conscientes ni nada similar. Son unidades de información que hacen copias de sí mismos siempre que pueden.

Tras los genes, los memes son los segundos replicadores conocidos en nuestro mundo, y muchos autores han señalado las similitudes entre la evolución cultural y la biológica. Popper, por ejemplo, señalaba las semejanzas entre el progreso científico y la selección natural<sup>a</sup>. En la ciencia determinadas ideas triunfan sobre otras y se van acumulando y formando organismos más complejos como teorías, lo que tiene un gran parecido con la evolución biológica. La evolución de las lenguas también refleja mutaciones y variaciones en un idioma hasta el punto de transformarse con el tiempo en otro diferente, en un proceso que recuerda sobremedida a la formación de nuevas especies animales. El árbol genealógico de las lenguas y el de las especies animales son muy similares. Parodiando la visión centrada en el gen, que sostiene que una gallina es el medio que utiliza un huevo para hacer más huevos, se dice que un erudito es una herramienta que usan las bibliotecas para crear más bibliotecas.

Dawkins propone un *Darwinismo Universal* según el cual la selección natural no se aplica exclusivamente a la Biología, sino a cualquier ente replicante que compite con otros por su supervivencia en un ambiente donde los recursos son limitados. Las tres condiciones necesarias son que exista herencia, variación y selección. Aplicándolo a los existentes miles de ellos (ideas, frases, conductas, canciones, etc.) que compiten por utilizar nuestros cerebros para extenderse, los que tienen más éxito son seleccionados.

La Memética (*Memetics*), disciplina que se ocupa de los memes, no ha despegado pese al interés y esfuerzo de entusiastas como Daniel Dennett, que la utiliza para explicar la conciencia humana (3), o Susan Blackmore. Los defensores de esta teoría no aclaran cuestiones como la base biológica de los memes. Los genes tienen una estructura de DNA, pero los memes no están compuestos de nada objetivable. Sin embargo, el inconveniente principal es la actual imposibilidad de testar las predicciones que realiza la teoría. Por otro lado, sus hallazgos pueden explicarse de otras maneras, principalmente por la visión centrada en el gen de la Psicología Evolucionista, por lo que en estos momentos la Memética se encuentra aparentemente en un callejón sin salida.

Nosotros daremos por buena la teoría y trataremos de aplicarla a los trastornos mentales. Creemos que esta decisión tiene sentido y la apoyaremos con un ejemplo de Blackmore en su libro *"The Meme Machine"* (4), tomado a su vez de los estudios de Cavalli-Sforza y Feldman (5). En los complejos ritos funerarios de los Foré de Nueva Guinea los deudos comen partes del cuerpo de los difuntos. Debido a ello en una ocasión sufrieron una epidemia de kuru que mató a 2500 personas, mayormente mujeres y niños, ya que los hombres prefieren comer cerdo. Mediante modelos matemáticos Cavalli-Sforza y Feldman calcularon que un meme maladaptativo como éste podría eliminar al 50% de la población y, aun así, seguir extendiéndose. Esta línea de pensamiento corrige a la Psicología Evolucionista que explica la transmisión generacional de las enfermedades mentales como adaptativa en cuanto a que de una u otra manera representa un beneficio para los genes. Pero como muestra el caso de los Foré, puede haber memes perjudiciales que se repliquen y extiendan. Por lo tanto, para entender la conducta humana, además de la selección genética debemos considerar la Memética.

<sup>a</sup> La selección natural, ciega y aleatoria, puede apreciarse en fenómenos sociales, como se defenderá en este artículo. Gould explica que la adopción de la actual disposición del teclado (conocida como QWERT) se debe a que la conjunción de una serie de circunstancias en un concurso mecanográfico hizo que se impusiera la persona que usaba QWERT, superando a otro teclado de disposición más lógica que permitiría un mecanografiado más rápido y eficiente. Las circunstancias especiales que rodearon al concurso "seleccionaron", pues, el teclado menos oportuno, que después se ha generalizado (salvo en países como Francia) (Gould SJ: "Brontosaurus" y la nalga del ministro. Reflexiones sobre historia natural. Barcelona: Crítica, 2005).

## Memes y Enfermedades Psiquiátricas

Los memes se transmiten por imitación, ¿y existen enfermedades mentales que se transmitan? ¿Juega un papel la imitación o el contagio en los trastornos mentales? La primera enfermedad que cumpliendo este criterio acude a nuestra mente es la **Paranoia**. La Psicopatología clásica describe trastornos en los que varios sujetos comparten una idea delirante, como sucede en la *folie à deux* y sus derivados (*folie à trois*, *folie à quatre*, *folie à famille* o incluso *folie à plusieurs*) o en el muy llamativo fenómeno de la paranoia de grupo, estudiado por Cubero (6). Son cuadros raros que plantean el problema de que cuando la idea delirante es compartida por muchas personas no se considera ya delirante, sino un fenómeno cultural (religioso o político habitualmente). En otras palabras, una idea, por rara que sea, que consigue apoyo social deja de ser patológica. El fenómeno de las sectas y similares nos indica que la paranoia de grupo- la imitación o contagio de ideas que la Psiquiatría consideraría patológicas si se presentaran en un sólo sujeto- es más común de lo que pensamos. Cuando un meme de este tipo infecta a una persona, toma el control de su mente hasta el punto de que la vida del sujeto o su supervivencia pueden llegar a ser irrelevantes. Como ejemplo de este tipo de infecciones por memes destructivos podemos citar el suicidio colectivo de la Iglesia del Pueblo del reverendo Jim Jones, en Guyana en 1978, entre otros casos de suicidios masivos (David Koresh y la secta de los davidianos, la Orden del Templo Solar, la secta Puerta del Cielo, etc.) o de asesinatos masivos (Charles Manson, el atentado en el metro de Tokio de la secta La Verdad Suprema con gas sarín, etc.). En la mayoría de estos casos suele haber un líder paranoico con ideas variadas (milenaristas, de contacto con extraterrestres, etc.) que casi siempre desembocan en que el grupo de creyentes se siente perseguido y acosado por el mundo exterior. El líder o gurú utiliza medios de todo tipo para convencer a los fieles, más allá de la imitación o la persuasión, llegando a utilizar la fuerza o de diferentes tipos de violencia, por lo que podríamos dudar de la importancia real de los memes y atribuir la causa de estas infecciones a otras razones. Sin

embargo, el caso de la Orden del Templo Solar refuerza claramente la teoría memética. Su líder, Luc Jouret, falleció en un suicidio colectivo, pero su ideología le sobrevivió y algunos seguidores se suicidaron meses o incluso años después de su muerte. Este dato nos indica la gran capacidad infecciosa de los memes y su independencia y autonomía, ya que persisten tras la desaparición física del líder patógeno. Al igual que esas bacterias de las que se dice que mantienen su capacidad patógena después de miles de años en estado de hibernación, un meme podría quedar agazapado en un libro, en un disquete de ordenador o en cualquier otro soporte y conseguir infectar a la gente que lo leyera miles de años después si se dieran las condiciones adecuadas. Esto es lo que pasa con las enseñanzas de profetas y líderes religiosos (de Moisés a Mahoma), políticos (Marx) o incluso psicológicos (Freud), que siguen infectando a la gente en la actualidad, o lo que ocurrió con la recuperación de los clásicos griegos y romanos después de la Edad Media, gracias a las copias de sus obras realizadas en los monasterios irlandeses. Los memes son virtualmente inmortales.

En culturas en vías de extinción o gravemente amenazadas aparecen fenómenos paranoides colectivos como los llamados “*cultos de crisis*”, como la “*Matanza del Ganado*” en Sudáfrica en los años 1850. En 1856 la adolescente xhosa Nongqawuase empezó a oír unas voces que le decían que su pueblo debía matar a su ganado y dejar de cultivar los campos, así como destruir sus arados, ollas de cocina, los almacenes y granos de alimento y todas las herramientas necesarias para el mantenimiento de la vida. Si el pueblo realizaba estas acciones amanecería un nuevo día, resurgiría mágicamente de la tierra todo lo necesario para la vida, resucitarían los antepasados, y los británicos, que les habían colonizado -violentamente todo hay que decirlo, serían expulsados de su tierra. La joven convenció a los notables de la tribu, rey incluido, de la realidad de las voces y luego al resto de la población, donde otras personas comenzaron también a tener visiones que confirmaban las ideas de Nongqawuase. Se mató así a más de 400.000 cabezas de ganado y se fue anunciando la resurrección de los muertos para diferentes fechas



del año 1856 y 1857, acontecimiento que nunca se produjo, claro. El resultado de esta locura fue que a finales de 1858 habían fallecido por hambruna entre 40.000 y 50.000 personas.

A menor escala ha habido fenómenos parecidos en la región andina, con sucesivos mesías desde la conquista española, o en nativos norteamericanos a finales del siglo XIX, con el culto de la danza fantasma (*Ghost Dance cult*). Los creyentes de este movimiento religioso pensaban que bailando determinadas danzas, cantando ciertas canciones y vistiendo ropas decoradas con determinados símbolos no caerían enfermos ni se verían afectados por las balas de los soldados blancos. La tierra se abriría para tragar a todos los blancos y el búfalo y los seres queridos resucitarían. Jack Wilson (llamado en realidad Wovoka), líder de este movimiento religioso, dijo que había tenido una visión durante el eclipse solar del 1 de Enero de 1889. Los sioux lakotas hicieron una interpretación más agresiva de las ideas de Wovoka, quien abogaba por una convivencia con los blancos, y la extensión de las danzas por el territorio atemorizó a los blancos, quienes pidieron más tropas. Esa situación de escalada, unida a los intereses económicos y repetidas violaciones de los tratados por parte de los norteamericanos, acabó en aquella tristemente famosa matanza de Wounded Knee, en la que fallecieron unos 200 sioux lakota.

El elemento común en estos cultos de crisis es la invasión de una cultura por otra superior en términos militares, con riesgo de desaparición para la primera. Como parte del fenómeno de resistencia cultural aparecen en sujetos individuales ideas milenaristas que luego se extienden. El milenarismo es la creencia de que el mundo puede acabar un día para surgir profundamente cambiado o renovado. Los invasores habrán desaparecido y la situación retornará a la de un tiempo pasado paradisíaco e idealizado. Desgraciadamente estas ideas suelen provocar muchas veces el efecto contrario de acercar al pueblo en cuestión a su propia destrucción.

El **Suicidio** ritual o colectivo ha existido siempre, con casos como el de Numancia o el suicidio de los 900 judíos que defendían la fortaleza de Massada del ataque de Roma en el año 73 d.C. También ha habido suicidios por honor, por

amor, para evitar males mayores (torturas, sumisión) o como forma de protesta política. Y es un hecho conocido por la Psiquiatría tradicional que los suicidios se contagian, según el fenómeno que Phillips denominó "*Efecto Werther*" (7), un término que alude a la obra de Goethe "*Los sufrimientos del joven Werther*" (8), cuyo protagonista se suicida por su imposible amor con Carlota, una mujer casada. El impacto de la obra fue enorme para las condiciones de difusión cultural de la época (último tercio del siglo XVIII), y hubo muchos suicidios por fracasos amorosos, con la peculiaridad de que los adolescentes que imitaban a Werther se quitaban la vida reproduciendo las circunstancias y la indumentaria usada por el protagonista de la novela. Parece que hubo epidemias previas de suicidio "inspirado", por ejemplo, por la shakesperiana "*Romeo y Julieta*". De hecho, como apuntaba Durkheim en su monografía sobre el suicidio (9), fundadora de la Sociología, no hay otro comportamiento humano que se transmita tan rápidamente por contagio como el suicidio.

Es relativamente frecuente que la muerte por autolisis de algún personaje famoso se siga de un racimo de suicidios similares. Incluso el fallecimiento no suicidario de una persona notable parece favorecer un pesimismo social que actúa como detonante de una epidemia de suicidio, como demostró el incremento de muertes por este motivo en el Reino Unido en las semanas posteriores a la traumática desaparición de la ex-princesa de Gales, Lady Diana Spencer (10).

La importancia del contexto socioeconómico queda en evidencia por la epidemia de suicidios (en el momento de escribir estas líneas son ya 23) en *France Telecom*, que ha obligado a intervenir al presidente Sarkozy, y que parece relacionarse con una situación de presión sobre los trabajadores. Pero la imitación del mecanismo de muerte, de sus detonantes o incluso, como sucedía con Werther, de su escenografía, revela la participación de la imitación y el contagio. En ocasiones no es necesario que el iniciador de la epidemia sea una persona famosa. En Japón actualmente se dan muchos casos en los que los sujetos se citan para morir en grupo (muchas veces intoxicándose con monóxido de carbono) y utilizan para ello foros y otros recursos disponi-

bles en Internet. Igualmente se ha acusado y juzgado a músicos y escritores por una presunta incitación al suicidio mediante sus obras. Todos estos ejemplos son compatibles con la intervención de algún tipo de memes en su gestación.

Lo novedoso de la aportación de Phillips fue que relacionó las epidemias con los medios de comunicación, y en particular con el grado y extensión con que habían informado sobre el suicidio inicial. Ulteriores trabajos del mismo autor (11) o de otros investigadores (12) han refinado el fenómeno, insistiendo siempre en la importancia de los medios de comunicación como vectores y de la forma en que presentan los suicidios en las noticias o en las series de televisión. Siendo un hecho comprobado y suficientemente relevante, se han publicado diversas guías destinadas a los medios de comunicación con recomendaciones acerca del tratamiento de los suicidios (13-15). En todas ellas se hace referencia al riesgo de contagio y a la importancia del papel de los medios.

En la **Anorexia Nerviosa**, por encima de otros trastornos de la conducta alimentaria, la Psiquiatría sugiere tradicionalmente la participación de factores culturales y de los medios de comunicación, a los que se acusa de transmitir la idea de que de la delgadez excesiva es algo deseable. Mientras que en países pobres la delgadez sería un signo de enfermedad o de falta de recursos, en los desarrollados es signo de control y eficacia que otorga a su poseedora prestigio, un valor extra o un toque de superioridad. Son incontables los ejemplos de mujeres famosas (actrices, cantantes, etc.) que han tenido problemas de peso o alimentarios y es evidente su posible influencia en sus admiradoras o seguidoras. Se demuestra aquí también la importancia del papel de la imitación o el contagio. Lo que se transmite es un guión construido socialmente, una serie de instrucciones para desarrollar determinadas conductas (restricción de alimentos, ejercicio, vómitos, etc.) y la idea de que estar delgada es un signo de distinción. El

guión se extiende paradójicamente a pesar de sus consecuencias (amenorrea, enfermedad, desventaja reproductiva), y al igual que el ritual canibalístico persistía entre los Foré, el meme de la delgadez entraría en conflicto con los genes llegando a imponerse a ellos.

Otro fenómeno alimentario memético es la **Ortorexia**, término acuñado por Bratman para designar la obsesión por la alimentación saludable (16). El sujeto afectado evita alimentos considerados “malos” o perjudiciales (colorantes, conservantes, productos industriales, grasas, etc.) y consume de forma adictiva los considerados “buenos” o saludables (alimentos biológicos o ecológicos producidos sin emplear fertilizantes ni insecticidas, etc.). El meme de la alimentación sana se ha extendido ampliamente en la población general, sobre todo en EEUU, aunque todavía son raros los casos clínicos graves con riesgo para la vida del sujeto. Es continuo el bombardeo en los medios sobre lo que es saludable comer, y la profesión médica colabora con entusiasmo en la difusión del meme. La prensa general publica con frecuencia artículos que para prevenir las dolencias cardiovasculares o el cáncer recomiendan tal o cual alimento (un día los frutos secos, otro las espinacas<sup>b</sup> o cualquier otra cosa). Muchas personas los siguen con devoción religiosa e incluyen o quitan de su dieta el alimento de turno. Pero aunque esas recomendaciones tengan base (y es habitual que unos años después se rechace como perjudicial lo que antes se promocionaba vehementemente) muchas veces generan más angustia que beneficios reales. Así pues, los profesionales deberían ser más cautos y no dejarse utilizar tan fácilmente por el meme de la vida sana y el ejercicio (no abordaremos aquí la utilización del deporte por los memes, que daría para escribir un libro).

Las **Adicciones** también parecen transmitirse en parte por imitación. Tradicionalmente los jóvenes se iniciaban en el consumo copiando a los mayores el uso del alcohol en nuestra sociedad o de otras drogas en otras culturas. Pero esta

<sup>b</sup> La atribución de propiedades especiales a las espinacas (y la fuerza que le confieren al personaje de Popeye) nace del mito de que estas verduras son el producto alimentario con mayor contenido en hierro, lo que a su vez tuvo su origen en un error aritmético: quien hizo el cálculo se equivocó al colocar la coma en un cociente, de modo que “encontró” que las espinacas contenían diez veces más hierro que el que en realidad poseen (Skrabanek P, McCormick J. Sofismas y desatinos en medicina. Barcelona: Doyma, 1992).



clásica transmisión vertical, es horizontal en las sociedades modernas o post-industriales. En el uso de drogas existen también modas. Ciertas sustancias se ponen de moda o se extienden epidémicamente para desaparecer a veces al de un tiempo, o persistir después de forma endémica. El meme de la cerveza ha desplazado al del vino entre los jóvenes, pero en adultos maduros y con cierto nivel adquisitivo ha ocurrido lo contrario. Los factores biológicos (efecto directo de la droga sobre circuitos y receptores cerebrales) explican cómo toma la sustancia el control del cerebro, pero el inicio del consumo viene mediado en muchas ocasiones por un efecto de imitación o contagio de los compañeros del grupo al que pertenece el sujeto. La identidad de estos grupos determina también el tipo de droga que consumirá el sujeto de manera que cada grupo tiene las suyas. En ciertos ambientes es obligatorio consumir tal o cual droga para no quedarse “out”.

Existen también memes antidroga que intentan combatir los efectos nocivos de las drogas. El paradigmático puede ser el meme antitabaco, puesto en circulación ya hace unos años y que, tras colonizar la legislación de los países occidentales, ha conseguido hacer desaparecer el tabaco de los lugares públicos, avanzando imparable hacia la erradicación total de su consumo. No exageramos si decimos que el movimiento antitabaco con todos sus memes asociados muestra casi las características de una religión o de una cruzada, ejemplos clásicos de memeplexes. Lo mismo sucede con los antes mencionados memes de la ortorexia y la vida sana.

También cumpliría criterios de enfermedad memética la **Histeria Colectiva (Trastorno Conversivo Epidémico)**, en terminología moderna). Este fenómeno, que asociamos con las brujas de Salem e historias de otras épocas, se presenta aún en la actualidad. Los síntomas físicos son un lenguaje universal para expresar el estrés o el malestar y existen de enfermedades psicógenas en masa en todo el mundo, aunque los síntomas puedan variar de un sitio a otro. El tratamiento lógicamente irá dirigido a la detección y supresión de los factores causantes de estrés. Aún en nuestros días asistimos a epidemias conversivas con este patrón. En 2006, en el internado “Villa de las Niñas” de México, que alojaba a unas 3600 adolescentes entre los 12 y los 17 años,

600 de ellas presentaron una serie de síntomas que con ligeras variaciones incluían dificultades en la marcha, fiebre, náuseas, vómitos, cefaleas y mialgias en las piernas. En las 15 niñas que fueron hospitalizadas (conducidas por sus familiares, porque no podían caminar) se pudo descartar enfermedades orgánicas como brucelosis, leptospirosis o fiebre reumática y se observó que los síntomas desaparecían sin tratamiento. Se interpretaron como factor desencadenante de la epidemia las duras condiciones de vida del internado, de orientación religiosa y con una disciplina que incluía duros castigos como correr descalzas, limpiar el estiércol, etc. Como en este caso, por lo general el trastorno conversivo epidémico se da en muchachas de 11 a 15 años, de nivel educativo medio, sometidas a una fuerte situación de estrés. El proceso de somatización permite a las pacientes expresar su malestar de forma pasiva, ya que expresarlo activamente en ese contexto tan opresivo podría acarrearles graves consecuencias. Una vez manifestados los síntomas y medicalizado el problema la persona consigue atención, elude ciertas tareas, u obtiene un determinado beneficio secundario, por lo que las demás la imitan. También en 2006, en otro colegio de México 56 alumnas sufrieron desvanecimientos atribuidos en un principio a una intoxicación o envenenamiento (17). La primera afectada, que tenía antecedentes de desmayos previos, se desvaneció tras ingerir cierta bebida comercial de frutas sin cafeína. Posteriormente comenzaron a desmayarse cinco alumnas del mismo grupo que estaban presentes cuando se desvaneció la primera alumna. El brote se propagó rápidamente desde la planta baja hacia el resto de los pisos; la tasa de ataque por ubicación de los alumnos dentro del plantel fue: planta baja 22,4%, primer piso 13,2%, segundo piso 7,7% y tercer piso 2,1%. En este caso, por lo tanto, la propagación tuvo lugar a través de la vía visual y auditiva.

Trastornos psicósomáticos como el **Síndrome de Fatiga crónica** o la **Fibromialgia** podrían tener igualmente un componente etiología memético (18). El estrés, junto con la gran capacidad humana para imitar, puede favorecer la copia o imitación de enfermedades, sobre todo si reportan algún beneficio o ayudan al paciente a librarse de una situación difícil. Esto no descarta que el

malestar sea real o que el paciente tenga miedo a lo que le está ocurriendo porque no sabe encontrar una explicación a sus síntomas. El sufrimiento es una cerradura que pide a gritos una llave y la llave puede ser el diagnóstico o el concepto de enfermedad, es decir, un meme. Dar al malestar un nombre que implica una etiología orgánica hace que la enfermedad tenga sentido y da seguridad y tranquilidad a todos los implicados tranquilos. Estas enfermedades suelen ser más frecuentes en mujeres, ya sea por mayor disposición a la somatización o porque el diferente entorno social impide a las mujeres dar salida a su malestar más activamente. Posteriormente factores sociales, legales y económicos, como acceso a incapacidades, indemnizaciones, programas de rehabilitación o ayudas de todo tipo, ayudarían a consolidar la patología. Los medios de comunicación y los grupos de autoayuda diseminarían el trastorno, y los médicos también tendrían una parte de responsabilidad en su extensión, por su papel en la construcción del diagnóstico y también, con menos frecuencia, porque el entusiasmo de algunos médicos por ciertos diagnósticos y su tendencia a verlos por todas partes les lleva a inocularlo a sus pacientes. Así sucedió con la personalidad múltiple o con la inducción de falsos recuerdos mediante hipnosis por parte de defensores a ultranza de la idea de que los abusos en la infancia originan patología psiquiátrica. Pero no son menos elocuentes los explosivos incrementos en los casos de trastorno bipolar o trastorno por déficit de atención en niños (o tal vez más significativamente, en adultos), ante los que cabe preguntarse si se deben a una mayor capacidad de detección de estos cuadros o más bien a una epidemia no psicopatológica, sino diagnóstica, que afectaría más a los psiquiatras que a los enfermos.

Otra patología memética es el **koro**, un fenómeno claramente emparentado con los trastornos psicossomáticos e histéricos tratados más arriba, y que se presenta epidémicamente en Extremo Oriente como un pánico cerval a que el pene se retraiga dentro del abdomen acarreado la muerte del sujeto. El meme del koro es muy antiguo, y ya el tratado de medicina china más antigua que se conoce, el *Huangdi Neiching* -que se cree escrito entre los años 200 y 300 A.C.-, afir-

ma que si los genitales masculinos se retraen dentro del abdomen, la muerte es inevitable. Dos mil años después sigue habiendo epidemias de koro como las de los años 1984-1987 en Guandong, China (19).

Para finalizar, abordaremos otro cuadro cultural: las muertes por vudú y las muertes por maleficio (*hex death*), fenómeno tan netamente psicossomático que puede decirse que provocan muertes psicossomáticas. En la muerte por vudú la persona viola un tabú (comer algún alimento prohibido, hacer algo indebido en terreno sagrado, etc.) y muere al poco tiempo de darse cuenta del pecado que ha cometido. En la muerte por maleficio, muy parecida, la persona muere cuando conoce que ha sido maldecida por alguien con el conocimiento técnico apropiado y una autoridad sobrenatural, normalmente un chamán o similar. Estas muertes suelen producirse en horas o días. Tras el miedo inicial, la persona se retira, se niega a comer y acaba muriendo. Es curiosa la reacción de los amigos y familiares, que a veces intentan ayudar sin éxito y otras corroboran las ideas del afectado e incluso empiezan a tratarle como a un muerto realizando ritos funerarios sobre su cuerpo cuando todavía está vivo. Los aborígenes australianos llegan a dejar de darle de comer y beber porque una persona muerta no necesita sustento.

## Memes y Psiquiatras

Ante el enigma de la enfermedad mental no sólo los pacientes sino también los psiquiatras experimentan el miedo a lo desconocido y la necesidad de seguridad y confort. Los cerebros de los psiquiatras son un terreno arado y preparado para que prenda la simiente de los diferentes memes teóricos o terapéuticos de las enfermedades mentales. En la Psiquiatría también hay modas: hoy triunfa el meme de la Terapia de la Familia, mañana el del conductismo, pasado el del Psicoanálisis, más tarde el de la "Psiquiatría Biológica", y así sucesivamente.

La prevalencia de muchas enfermedades aumenta o disminuye según la sensibilidad de los médicos a su meme diagnóstico y la historia de la Psiquiatría se podría contar sin mucha dificultad como la historia de la lucha de todos esos memes por su supervivencia. Un macromeme



con una gran influencia en las últimas décadas ha sido el meme DSM, cuyas cepas, desde la DSM-III de 1980 (DSM-III-R, DSM-IV y DSM IV-TR hasta la fecha), han rebasado los EEUU, donde inicialmente estaba acantonado, para provocar un auténtica pandemia, generando una cantidad ingente de literatura, artículos y libros. Probablemente sea el más infeccioso de los últimos años ya que ha arrinconado al meme psiquiátrico triunfador hasta entonces: el Psicoanálisis.

El Psicoanálisis, de hecho, es uno de los memes más exitosos de la Historia en general y de la cultura del siglo XX en particular. Impregnó todas las esferas de la vida desde el arte y la literatura hasta la cultura popular de masas, pasando por la vida científica y universitaria. Su éxito posiblemente se debe a su funcionamiento, muy parecido al del memplex de la religión. Para exponer las similitudes entre ambos, apuntadas por muchos autores casi desde el inicio del Psicoanálisis (20), seguiremos a Egon Friedell (1878-1938), un vienés de origen judío que entre otras cosas fue filósofo, historiador, actor y periodista, y que acabó suicidándose para huir de los nazis. Autor de la monumental *“Kulturgeschichte der Neuzeit”* (1927-31), afirmó clarívidentemente que “como la ballena, que es un mamífero, se hace pasar por pez, el Psicoanálisis es una religión que se hace pasar por ciencia”. Lo compara con religiones paganas que ya establecían una relación entre salud, enfermedad y sueños. En Grecia, en el templo principal dedicado a Esculapio en Epidauró, y en otros templos menores, se llevaba a cabo la práctica de incubar sueños. La persona debía dormir en el templo en espera de que Esculapio le sanara durante el sueño o le revelara el tratamiento a seguir.

Adelantándose a Popper, Friedell sostiene que el Psicoanálisis no es científico porque no puede ser refutado: “es completamente imposible convencer a los psicoanalistas de la falsedad de un diagnóstico ya que creen que pueden evitar todas las críticas realizando inteligentes trucos a modo de conjuro y utilizando conceptos como ambivalencia, homosexual, reprimido o sublimado”.

Freud es un metafísico pero no lo sabe y el “Psicoanálisis es un sistema irracional construido con métodos racionales, un trascendentalismo establecido por el positivismo más determi-

nista”. Friedell muestra aquí un aspecto muy interesante de los macromemes, como la religión o el Psicoanálisis, y es que están compuestos por muchos memes que se han asociado -como los genes para formar organismos- porque de esa manera aumentan las posibilidades de transmisión de cada uno de ellos. En las religiones los memes que transmiten la doctrina suelen ir acompañados de otros que dicen por ejemplo que el que no crea en esa doctrina va a ir al infierno o que el que la abandone merece morir (como ocurre con el Islam). Es evidente que estos memes blindan perfectamente a los doctrinarios y todos ellos aumentan su transmisión. El Psicoanálisis, como bien dice Friedell, incorpora el mismo truco: cuando alguien rebate sus presupuestos se trata de resistencias de manera que por el mismo hecho de no aceptarlo se está confirmando la inamovible verdad del Psicoanálisis.

Siguiendo a Nietzsche, que en “El Anticristo” había dicho que el cristianismo era “un ataque de los sacerdotes, un ataque de parásitos, el vampirismo de pálidas sanguijuelas subterráneas”, Friedell ve al Psicoanálisis “como un grandioso intento de infectar a la humanidad, la vendetta de los fracasados: el mundo entero debe ser convertido en neurótico, sexual y feroz”. La referencia a infecciones es muy interesante cuando tratamos de memes.

Friedell describe perfectamente una técnica que usan los memes psicoanalíticos para aumentar su implantación, escasa si el Psicoanálisis se limitase a la histeria, pero enorme si hacemos neurótico a todo el mundo, si abarcamos todos los fenómenos de la vida cotidiana, lo que introduce posibilidades de multiplicación casi infinitas. La religión también hace a todo el mundo pecador, potencia los miedos colectivos al infierno y a la muerte para luego ofrecerse como solución, respuesta y salvación. Este truco memético no es exclusivo del Psicoanálisis o de la religión. También lo usa la Medicina al medicalizar la vida cotidiana convirtiendo en enfermedad lo que no lo es. Detrás de ello no sólo está el obvio intento de la Industria Farmacéutica por abrir nuevos mercados (ver más adelante), sino la supervivencia de los memes implicados.

Nada mejor que una frase de Friedell para cerrar la reflexión sobre el Psicoanálisis y la religión,:

“El Psicoanálisis es una secta con todas las características de una secta: con ritos y ceremonias, exorcismo y alocuciones catárticas, oráculos y el arte de la adivinación, un simbolismo y un dogmatismo preciso, doctrina secreta y vulgar, prosélitos y apóstatas, sacerdotes que siguen un proceso de prueba y sectas hermanas que se excomulgan entre sí.”

No pretendemos analizar en profundidad todos los memes que infectan a los psiquiatras ni repasar su influencia en la historia de la Psiquiatría, sino fundamentalmente llamar la atención de los estos profesionales para que sean conscientes de que hay todo tipo de memes que intentan utilizar sus cerebros en su propio beneficio. Y también querríamos sensibilizarles para que descubran que ellos mismos utilizan memes sin saberlo como parte de su práctica. El efecto Placebo (y el efecto Nocebo) es la prueba más evidente de que las ideas (los memes) pueden producir patología médica y también de que las ideas pueden tener un efecto terapéutico o curativo. Un placebo es una sustancia inactiva, pero su administración mejora a muchos pacientes. Bien es verdad que el placebo puede producir una serie de efectos biológicos (producción de endorfinas, etc.) pero estos fenómenos no son más que la expresión neuroquímica de la creencia, el esquema, la esperanza, la ilusión, la seguridad, que hemos traspasado al paciente.

Este mismo efecto es el ingrediente principal de todo tipo de terapias, ya sean medicamentos o psicológicas. Lo que hacemos los médicos es ofrecer un esquema de referencia, un nombre, una voz, un significado para el sufrimiento del paciente. Los memes actúan sobre esa necesidad innata del ser humano de encontrar un porqué, un sentido o una narrativa. Da lo mismo que esa narrativa sea un sistema biológico complejo con los neurotransmisores y la amígdala o un esquema psicológico donde interviene la represión de impulsos sexuales infantiles. No nos interesa criticar aquí terapias de uno u otro signo sino resaltar precisamente el valor de los memes y el lugar que ocupan en nuestro quehacer diario aunque la mayoría no seamos conscientes de ello.

Los médicos estamos expuestos a otros memes perjudiciales: los catastrofistas o apocalípticos, entre los que podemos citar la enfermedad de las vacas locas, la gripe aviar o la gripe A (H1N1). Aquí suelen ser las instituciones sanitarias y la prensa los generadores de alarma y los médicos y población general las víctimas. Con preocupante periodicidad una plaga tras otra nos anuncia el fin del mundo. Los memes milenaristas han gozado históricamente de gran éxito, porque tocan uno de los botones más efectivos que tiene, el ser humano como es el miedo a la muerte y a la enfermedad. De nuevo es esencial percatarse de su existencia e intentar poner barreras a su diseminación.

#### Correspondencia:

Pablo Malo Ocejo  
correo electrónico: pindal@terra.es

## Referencias bibliográficas

1. Dawkins R. Memes: los nuevos replicadores, en Dawkins R: *El gen egoísta*. Barcelona: Salvat editores, 2002.
2. Lumsden CJ, Wilson EO. *Genes, mind and culture*. Harvard: Harvard University Press, 1981.
3. Dennett DC. *Consciousness explained*. Penguin Books 1993.
4. Blackmore S. *The Meme Machine*. New York: Oxford University Press. 1999.
5. Cavalli-Sforza, LL, Feldman MW. *Cultural Transmission and Evolution: A Quantitative Approach*. Princeton: Princeton University Press, 1981.
6. Cubero Bros, Pedro. *El Grupo paranoide*. Barcelona: Ediciones Experiencia, 2005.



7. Phillips DP. The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect. *Am Sociol Rev* 1974; 39: 340-54.
8. Goethe JW. *Los sufrimientos del joven Werther*. Barcelona: Planeta, 1981.
9. Durkheim, Émile. *El suicidio*. Madrid: Akal, 1985.
10. Hawton K, Harriss L, Simkin S, Juszcak E, Appleby L, McDonnell R, et al. Effect of death of Diana, Princess of Wales on suicide and deliberate self-harm. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 463-466.
11. Phillips DP, Carstensen LL. Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *N Engl J Med* 1986; 315: 685-694.
12. Schmidtke A, Häfner H. The Werther effect after television films: New evidence for an old hypothesis. *Psychol Med* 1988; 18: 665-676.
13. CDC, MMWR, Suicide Contagion and the Reporting of Suicide: Recommendations from a National Workshop. April 22, 1994. Accesible en: [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00031539.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00031539.htm)
14. American Foundation for Suicide Prevention. Reporting on Suicide: Recommendations for the Media. Accesible en: [www.afsp.org/index.cfm?fuseaction=home.viewpage&page\\_id=7852EBBC-9FB2-6691-54125A1AD4221E49](http://www.afsp.org/index.cfm?fuseaction=home.viewpage&page_id=7852EBBC-9FB2-6691-54125A1AD4221E49)
15. Nepon J, Fotti S, Katz LY, Sareen J, and The Swampy Cree Suicide Prevention Team. Media Guidelines for Reporting Suicide. CPA Policy Paper. Canadian Psychiatric Association 2009. Accesible en: [www.publications.cpa-apc.org/media.php?mid=733&xwm=true](http://www.publications.cpa-apc.org/media.php?mid=733&xwm=true)
16. Bratman S, Knight D. *Health food junkies*. New York: Broadway Books, 2000.
17. Navarrete Navarro S, Riebeling Navarro C, Mejía Aranguré C, Nava Zavala A. Abordaje epidemiológico de un brote de trastorno conversivo epidémico en adolescentes. *Salud Mental* septiembre-octubre, año/ vol. 29, número 005.2006. Accesible en: [www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58229502.pdf](http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58229502.pdf)
18. Stephen E Ross. "Memes" as infectious agents in psychosomatic illness. *Ann Intern Med*. 1999;131: 867-871.
19. Tseng WS, Mo KM, Hsu J, Li LS, Li-Wah Ou, Chen GQ, et al. A sociocultural study of Koro epidemics in Guangdong, China. *Am J Psychiatry* 1988; 145:1538-1543.
20. Antiseri D. *Popper's Vienna*. Aurora: The Davies Group Publishers, 2007. Accesible en Google Books.

• Recibido: 1-12-2009.

# Un programa de colaboración con la Atención Primaria y sus debilidades: la realidad y la modestia

## *A program of collaboration with the Primary Care and its weaknesses: the reality and the modesty*

**José Miguel Ribé Buitrón.**

Psiquiatra psicoterapeuta. Centro de Salud Mental de Adultos de Sant Andreu. Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona.

**Josep Pares Miquel.**

Psiquiatra psicoterapeuta. Director de Servicios de Salud Mental de Adultos de Sant Andreu. Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona.

**Eduardo Fleitas Asencio.**

Psiquiatra psicoterapeuta. Coordinador del Programa de Apoyo a la Primaria del Centro de Salud Mental de Adultos de Sant Andreu. Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona.

**Resumen:** en el presente trabajo se expone un programa de colaboración con la Atención Primaria que se realiza en un Centro de Salud Mental de Barcelona analizando la realidad del mismo y la necesidad de acercamiento de los servicios de especialización en salud mental a los Equipos de Atención Primaria.

**Palabras clave:** atención primaria, psiquiatría, interdisciplinariedad, consultoría, apoyo.

**Summary:** In the present work there is exposed a program of collaboration with the Primary Care that is realized in a Centre of Mental Health of Barcelona analyzing the reality of the same one and the need of approximation of the services of specialization in mental health to the Primary Care Team.

**Key words:** primary care, psychiatry, interdisciplinarity, consultancy, support.

### 1. Breve contextualización histórica en Cataluña

Desde hace ya muchos años, las demandas desde los Centros de Atención Primaria (CAP) han ido aumentando tanto, que a veces sentimos como imposible hacerles frente, afrontarlas. Creemos que la mejor opción es hacerlo con la máxima calidad posible y con soluciones que pensamos tienen que ser estructurales, evitando la coyunturalidad.

Nos referimos a las demandas porque no es una sola. Más allá de la propia asistencial directa hay otras. A saber, información, formación, contención, asesoramiento técnico, supervisión e incluso acompañamiento emocional.

En Barcelona en el año 1998 y desde el entusiasmo y voluntad asistencial comunitaria el Dr. García Tarafa traslada sus ideas a la realidad. La idea sencilla pero de gran repercusión era, y es, acercar los Centros de salud Mental de Adultos



(CSMA) a las áreas de asistencia primaria. Dicho de otra manera, intentar acercar la salud mental a la salud general. No sin recelos, y con más tolerancia que apoyo por parte de la Administración y colegas, pero sí con el respaldo de la Fundación Vidal i Barraquer, inicié esta aventura.

Posteriormente, y nos alegramos, algo muy parecido a lo que se había iniciado en nuestro centro de Sant Andreu apareció como programa, en el *Pla Director de Salut mental i Adiccions* (1) del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, donde el gobierno de la Generalitat trató de hacer operativas las políticas marcadas por el Pla de Salut cuál incluía la puesta en marcha de estos programas que en la actualidad en algunos centros de salud mental tratan de salir adelante con grandes dificultades.

A pesar de ello García sembró proyectos que hoy se intentan aplicar a pesar de la masificación de demandas a las que se ven sometidos nuestros servicios sanitarios y la escasa ayuda del Sistema Sanitario Catalán. A continuación presentamos nuestro modesto programa con sus intenciones, realidad y debilidades.

## 2. El argumento

Es algo patente que los servicios de atención primaria se han convertido no sólo en el punto de entrada al sistema sanitario, sino también en el principal medio desde donde las necesidades y demandas en salud mental son recibidas y en muchas ocasiones atendidas. Esta transformación exige de los profesionales mayores niveles de capacitación en el manejo de las conflictivas que se les presentan en la salud mental para las que todavía creemos no están o no estamos suficientemente preparados.

Ha habido a la vez un aumento de la necesidad de relación de la atención primaria no especializada con la especializada. Esta potenciación requiere a su vez formación en atención en salud mental. Desafortunadamente esta potenciación de la atención primaria no especializada frente a la primaria especializada, no se ha acompañado de la formación necesaria. Nos referimos a la formación suficiente de los profesionales de la salud mental para transmitir de una forma eficaz los conocimientos que tenemos y de los profesiona-

les de los Equipos de Atención Primaria (EAP) para diagnosticar y manejar de una forma adecuada y eficaz los conflictos emocionales que les plantea la población. Por otra parte resulta importante también el esfuerzo por mejorar o desarrollar cauces de comunicación adecuados entre el médico general y los profesionales de la salud mental.

Es por ello que se entiende relevante la necesidad de capacitar y apoyar a los profesionales de atención primaria para que puedan atender de la forma más adecuada los requerimientos sanitarios que la población con demandas en salud mental plantea.

## 3. Nuestro programa como posible ejemplo del modelo de “consulta y enlace” (2)

Nuestro Centro de Salud Mental para Adultos Sant Andreu colabora desde 1998 en la atención primaria de salud (APS) mediante un programa de apoyo a la primaria que se desarrolla en el propio espacio físico de los CAP y que hemos denominado Unidad de Soporte a la Primaria o Nivel I del CSMA. Este programa incidiría o podría ubicarse entre el *tercer* y *cuarto* nivel según la clasificación de distribución de morbilidad psiquiátrica descrita por Goldberg y Huxley (3), en la que se establecen cinco niveles que van de menor a mayor especialización en la atención psiquiátrica, de tal forma que representaría un puente interdisciplinar y compartido entre la atención primaria y los equipos de salud mental.

### 3.1. El equipo

El *equipo de apoyo*, que ha ido aumentando su número está actualmente constituido (habitualmente) por tres psiquiatras psicoterapeutas, tres psicólogas psicoterapeutas y dos administrativos que trabajan también en el CSMA de referencia. Las horas de actividad asistencial semanal son de aproximadamente 70h por parte de psiquiatría, 15h por psicología y 40 h de administrativos. El equipo dedica parte de su horario en reunirse quincenalmente con el coordinador del Nivel I -miembro también del equipo- con la finalidad de reevaluar el programa (posibles mejoras y dificultades existentes), comentar interconsultas entre psicólogos y psiquiatras, transmitir la

situación actual de cada CAP -sus necesidades y demandas-, y sobretodo favorecer la cohesión entre los miembros del equipo.

### 3.2. Área de asistencia

Asistimos a las Áreas Básicas de Salud (ABS) del barrio de la Sagrera que está integrado administrativamente al Distrito IX de la ciudad de Barcelona, denominado oficialmente Sant Andreu, y que abarca 6 áreas básicas de atención primaria. Cada área, como cada paciente requiere de unas necesidades según la “cultura” del ABS como del barrio que abarca. El distrito alberga una población adulta de 135.000 *sagregens* y constituye la puerta norte de la ciudad condal marcada por tres elementos: la industria, el movimiento vecinal y el recientemente aspecto tan polémico como es el del ferrocarril con la llegada del AVE por esta zona. Esta es una de las pocas zonas de Barcelona que prevé un aumento poblacional importante, estimado en 25.000 habitantes en 5 años.

Habitualmente utilizamos los despachos libres que nos ceden los propios médicos de cabecera. Con su camilla, su negatoscopio y sus paneles del cuerpo humano como elementos decorativos de la consulta. Tal espacio, propio de un centro de atención primaria favorece la no estigmatización para los propios pacientes quien no albergan la sensación de malestar que muchos comentan cuando se encuentran en las salas de espera de los CSMA. Desafortunadamente, muy a pesar para el paciente y para el terapeuta, a menudo no hay mas remedio que pasar visita conjunta con el administrativo, a veces haciendo uso de la camilla como propio escritorio, generando un ambiente poco íntimo y de aprieto que creemos puede impedir un *atmósfera suficientemente buena* y recomendable para una consulta.

### 3.3. Beneficiarios

Toda persona mayor de 18 años, del Distrito IX que por primera vez solicite el servicio del CSMA Sant Andreu. Los menores de 18 son directamente derivados por el Médico de Atención Primaria (MAP) al Centro de Salud Mental Infanto Juvenil (CSMIJ). Esta demanda puede realizarse a iniciativa propia o a través de un servicio sanitario o social, pero siempre intentamos sea vehiculiza-

da a través del médico de familia correspondiente que, a su criterio, puede programar la consulta de manera ordinaria o preferente, según criterios acordados en el espacio de interconsulta.

### 3.4. El proceso asistencial

El proceso asistencial se divide en **directo** e **indirecto**.

El **directo** correspondería a la asistencia en consulta, que trata de ser breve y limitada. Como objetivos tiene: hacer la valoración, proceder a la indicación terapéutica y contener la patología de crisis o conflicto mediante un número limitado de entrevistas, habitualmente de 3 a 6 entrevistas diagnóstico/terapéuticas con una duración aproximada y flexible de 3 a 5 meses.

Detectamos preocupados en las demandas la necesidad imperiosa de contención inmediata, que creemos podría ser digna de estudio. Esta presión “cultural” y la masificación de las consultas nos aboca con facilidad a la medicación, que como hemos intentado explicar no es algo “innato” en nuestro equipo, si no necesario inicialmente.

A nivel psicológico nos esforzamos en que se apliquen técnicas psicoterapéuticas de duración breve con metas limitadas de tratamiento, cómo técnicas en resolución de problemas, psicoterapia de apoyo (4) y sobretodo consejo o *counseling* terapéutico (5).

Aunque nuestro CSMA es de orientación predominantemente dinámica creemos que la psicoterapia de enfoque cognitivo-conductual tiene una cierta ventaja (6 y 7), la limitaciones de tiempo y sesiones, al ser más expeditiva que la dinámica y poseer mayor efectividad que otras.

Este tipo de psicoterapias tratan de adaptarse a un encuadre que no es el más idóneo -en especial por las continuas interrupciones telefónicas, la presencia en la consulta del administrativo y la “trashumancia” de personal sanitario que utilizan la consulta como un pasillo para trasladarse de unas a otras-, pero que sin embargo resultan útiles en el contexto y circunstancias en las que se utilizan, en especial periodos de crisis o confusión en los que por el mero hecho de ser escuchados empáticamente y compartir sus difi-



cultades puede aligerar de forma ostensible síntomas y predisponer, en la propia escucha del paciente de su narrativa problemática, el ver las cosas desde un punto de vista más optimista. Obviamente y en caso de necesidad de psicoterapia que requiera mas continuidad se deriva al CSMA para poder establecer un *setting* más acorde a las necesidades de cada paciente.

El **indirecto** o no asistencial, hace referencia al espacio de coordinación con el EAP de forma presencial, vía telefónica, por correo electrónico y en el futuro mediante el uso compartido de la propia historia electrónica del paciente -en Cataluña es el *e-CAP*, nombre con el que se conoce el programa informático utilizado por el Institut Català de la Salut- que utiliza desde hace años el médico de cabecera. Acostumbra a ser quincenal, aunque en algunos centros es semanal, y de una hora de duración. En él, habitualmente algunos psiquiatras, nos reunimos con los médicos de cabecera, enfermería y trabajadores sociales en un ambiente grupal para los siguientes fines:

- **Docencia.** Que tratamos sea lo más interactiva posible, con un breve guión totalmente flexible, en donde la enseñanza teórica y práctica trate de ser conducida desde las inquietudes y necesidades reales del EAP y no desde lo que el psiquiatra cree que debe explicar. Eso implica realizar programas docentes que satisfagan las necesidades concretas de los profesionales de los EAP, ajustándose por tanto a ellas en sus contenidos y técnicas docentes. Dado el peso de los psicofármacos, como elemento más contenedor y prioritario en numerosos casos en la realidad de nuestro sistema sanitario, se realizan conferencias en formación y orientación psicofarmacología lo más adaptadas y prácticas posibles a la realidad de los médico de cabecera. Se “enseña” si se me permite decir, psicoterapia que nos hemos permitido acuñar “tipo teletienda” para 7-15 minutos de tinte cognitivista, psicoterapia de apoyo y rudimentos básicos del *conseulling*. En otras sesiones se explica estilos relacionales de cara a “conocer” al paciente que se atiende y psicopatología, en especial en torno a los trastornos afectivos y de personalidad más que los psicóticos.

- **Supervisión de Casos.** Tanto el EAP y como el equipo del Nivel 1 comparten experiencias de casos que pueden resultar interesantes para todo el equipo. Se trata de pensar juntos e intercalar elementos teóricos-prácticos con el fin de entender el caso y encontrar la terapéutica más resolutive para el paciente, así como para la necesidades y capacidades del médico y/o enfermero.

- **Interconsulta y posibles derivaciones.** Se proceden a tratar de resolver dudas de rápida contestación o aclaraciones en la praxis habitual. Se valoran y evalúan posibles derivaciones directas al CSMA, al psiquiatra del EAP o a otros dispositivos vinculados a la red asistencial de salud mental del CSMA.

- **Debate, reflexión y comentarios varios.** Se reflexiona acerca de la práctica (médica y psiquiátrica) asistencial (actual y del centro). Son sesiones de alta tensión en las que todos intentamos sacar provecho. En especial el debate, que es vertido por el psiquiatra como estímulo inicial, suele ser sobre la medicalización de la sociedad -malestares sociales, laborables o de la vida cotidiana-, la cultura psiquiátrica de la sociedad, la desmitificación de la psicoterapia como una panacea, los criterios de derivación adecuados... Acostumbra a haber muchas discrepancias entre ellos y nosotros pero al menos mantenemos un espacio para pensar y repensar en la práctica habitual.

- **Grupo Balint (8).** En la actualidad no se realizan dada la necesidad de cubrir otras prioridades asistenciales, las limitaciones del tiempo, la dificultad del establecimiento de un *setting* aceptable -el número de asistentes es variable en el grupo dada la prioridad asistencial que obliga al personal a abandonar momentáneamente el espacio o no poder acudir, como por ejemplo- y la no disponibilidad voluntaria del personal de los equipos que puedan vivir el grupo como amenazador y desbordante. A pesar de ello creemos en los grupos Balint como posibles generadores de emergentes que sentimos como universales, que bien pudieran traerse a colación de forma racional para pensar sin necesidad de la exposición de un caso ni dis-

cusión grupal. Sabemos que es una deformidad de lo que representan en esencia los grupos Balint, sin embargo el contexto y las posibilidades existentes dificultan la tarea grupal. Así pues podríamos reflexionar grupalmente con elementos emergentes como la empatía como medio de conexión emocional con elementos personales que pueden distorsionar nuestra relación con el paciente, la pérdida de los ideales de omnipotencia propios de la medicina, el sentimiento de despersonalización y soledad en los equipos de trabajo, la colusión entre la pasión vocacional y la realidad de la (I)institución, los escasos siete minutos de que se dispone para atender a los enfermos, las presiones institucionales como de gestión, la nula o mala relación a nivel de coordinación con otros equipos así como la interpersonal con compañeros del propio centro en donde se trabaja. Se piensa también en la posibilidad, remota por el momento, de realizar Grupo Balint por profesionales del CSMA cuya exclusiva dedicación recaiga en llevar el grupo, sin mantener relación alguna que no tenga que ver con la de conductor grupal. (De esta forma los elementos transreferenciales como contratransferenciales no se verían tan interferidos.)

La psiquiatría y la salud mental suele ser una de las materias en las que no se suele invertir un gran esfuerzo docente y formativo durante el período que dura la Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria. Por lo general en los cuatro años formativos que dura -desde el 2005- la residencia de medicina de familia los residentes rotan dos meses como media por los servicios de salud mental sin llegar a alcanzar nociones sólidas de la praxis en salud mental.

A menudo muchos acuden a unidades de hospitalización en vez que los propios ambulatorios. Desde la propia formación en la facultad de medicina algunos estudiantes contactan inclusive con la salud mental a través de videos o grabaciones sin llegar a ver en toda su carrera ningún paciente. Por todo ello no es de extrañar la falta de suficientes conocimientos y experiencia que tienen los médicos de primaria. Resulta también curioso que, teniendo en cuenta que Atención Primaria asiste hasta el 25-30% de las demandas en salud

mental, no exista una clara proporcionalidad en los cuatro años de formación en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria para la adquisición de nociones básicas en salud mental. Esperamos que la dedicación temporal de la residencia no sea proporcional al interés que se da a la salud mental, sin embargo nos faltan evidencias claras para poder demostrar esta afirmación.

El estar presencialmente en los ABS nos permite comprender y sentir las necesidades lectivas que solicitan los EAP. Creemos necesario adaptar la docencia y ajustarla a la realidad de cada EAP. No basta con publicaciones, libros o guías academicistas, en donde predominan más autores psiquiatras que médicos de familia, a veces con excesos teóricos que podrían ensombrecer el conocimiento a los no especialistas y favorecer el abandono de toda búsqueda de aprendizaje.

### 3.5. Objetivo

Tender a la resolución del cuadro psicopatológico que ha motivado la consulta, así como conseguir la mejoría de un conflicto o crisis en los propios CAP evitando una innecesaria “psiquiatrización” de los pacientes y minimizando el estigma que suele acompañar a las alteraciones psiquiátricas.

Finalizado el proceso asistencial se concluye alta médica del Nivel 1 y el usuario es derivado a su Médico de Atención Primaria (MAP) referente con el informe de asistencia donde se especifica principalmente cuales son las recomendaciones a seguir a nivel psicofarmacológico, tratando de dar alternativas en caso de empeoramiento o agravamiento del cuadro a nivel psicopatológico y social si fuese necesario.

Si el proceso tiende a la recidiva, o por criterios diagnósticos, de pronóstico o terapéuticos (por ejemplo la necesidad de psicoterapia, un ingreso programado...) el profesional puede realizar una indicación de tratamiento por otros equipos del CSMA más adecuados. En ese caso, tras informar al paciente de la derivación, el paciente pasará a ser atendido por otros profesionales o inclusive el mismo en el CSMA para dar continuidad a las necesidades asistenciales correspondientes.



### 3.6. Criterios de derivación consensuados con los Equipos de Atención Primaria

Las derivaciones pueden ser **ordinarias** o **preferentes**. Estas se programan y planifican en el espacio de interconsulta semanal y la previsión es de una semana para su programación. A pesar de ello nos encontramos que, dada la gran latencia con la que se atienden a los pacientes en el sistema público se realizan más derivaciones preferentes que ordinarias, por lo cuál llegan antes a la consulta del CSMA pacientes con criterios de derivación ordinaria que preferente.

En principio los CAP atenderían lo que Golberg y Huxley denominaron trastornos mentales *comunes* o menores y el resto, los “verdaderos” pacientes o la psiquiatría “pesada” (trastornos afectivos graves, trastornos esquizofrénicos, trastornos severos de personalidad, “psicosis en general” y dependencia de drogas inclusive alcohol) serían derivados via la Unidad I o de Apoyo a la Primaria a los CSMA. En estos últimos casos intentamos que el paciente no espere visita en Nivel 1, que se puede demorar a veces demasiado tiempo, y que pueda ser atendido directamente en otros niveles asistenciales del CSMA.

#### 3.6.1. Criterios de derivación psiquiátrica ordinaria

- Trastorno depresivo que no tenga mejoría tras 4-6 semanas de tratamiento antidepressivo.
- Paciente en situación de “crisis”, a causa de un acontecimiento vital o no, pero que implique: sufrimiento o riesgo vital para el paciente u inadaptación (como puede darse por una incapacidad laboral transitoria).
- Trastorno depresivo mayor, que anteriormente ha presentado síntomas maníacos, es decir, que el diagnóstico se aproxime al trastorno bipolar.
- Trastorno alimentario (anorexia, bulimia).
- Cualquier trastorno psiquiátrico en que el paciente tenga un riesgo de autolisis, o bien, en el que el paciente haya realizado una tentativa.
- Trastornos psicóticos y pacientes con sintomatología delirante.

- Pacientes que no mejoran porque presentan un trastorno de personalidad de base que sea necesario atención psicoterapéutica especializada.
- Pacientes en los que se pueda intuir patología psiquiátrica mediante trastornos de la conducta, cambios de actitud, deterioro del funcionamiento relacional, social o laboral y/o que comporten un difícil diagnóstico.
- Confirmación diagnóstica y tratamiento.
- Informes varios de índole burocrática administrativa.
- Los problemas de abuso de sustancias y toxicomanías se derivan directamente a Centros Especializados de Atención y Seguimiento de toxicomanías y adicciones (CAS).

#### 3.6.2. Criterios de derivación psiquiátrica preferente

Desde la perspectiva del servicio público, la priorización contempla sobretudo los trastornos mentales más graves y/o con mayor repercusión psicosocial. En la priorización debe contemplarse:

- Grado de severidad clínica.
- Riesgo vital.
- Riesgo psicosocial.
- Considerar grupos de edad, por ejemplo, las personas de edad avanzada que, por su situación social, comorbilidad y psico-organicidad, podrían ser ocasionalmente más prioritarios independientemente de su entorno basal.
- Comorbilidad con enfermedad médica crónica.
- Considerar la necesidad y posible angustia del médico derivante.

### 4. La realidad actual en Nuestro Programa

Sin embargo y pese las soñadas previsiones de éxito iniciales no todo son loes. Uno de ellos es la incompletud de la Reforma Psiquiátrica que se refleja en las marcadas desigualdades inter-territoriales así como un insuficiente desarrollo de los servicios comunitarios que corren el riesgo de ser poco realistas en el contexto social y económico donde nos movemos. Peor aún, se man-

tienen sin modificaciones, funcionando en una forma *cómo si* que resulta muy agradable a la vista de las memorias administrativas de los centros hospitalarios pero insulsas en la realidad.

Lo cierto es que la aplicación de los planes directores trazados por el gobierno de la Generalitat distan mucho de las necesidades en la realidad con la que lo que nos encontramos aquellos que atendemos al otro lado de una mesa a los pacientes. Esta situación genera una importante tensión que podría hacer pensar que aquellos que trabajan desde ámbitos no asistenciales directos tienen el peligroso riesgo de no tener constantemente presente una realidad difícil y puede haber graves desconexiones de la realidad. Transmitir que no hay más recursos desde un despacho a un directivo acostumbra a ser menos complicado, así lo sentimos, que en una mesa de consulta cuando no podemos dar respuesta a una necesidad grave de un paciente o familia.

Lo que nos estamos encontrando de forma global es que la capacitación y entrenamientos de los profesionales que constituyen los EAP que se planteo como una forma de dar apoyo, enlace y docencia está siendo relegada a una manera de trabajar similar a los servicios psiquiátricos especializados con la única diferencia que la ubicación de los CSMA se hayan en el propio CAP. De tal forma que funcionamos desde un “Modelo de Reemplazo” (7). Sin embargo y siguiendo a Chicharro, a pesar de “la creciente complejidad de las intervenciones sanitarias, el mayor nivel de exigencia de los usuarios, y la contención de costos a un nivel asumible, han hecho inevitable la introducción de nuevos modelos de gestión, pero evitar que esos modelos sean perversos y nos conviertan definitivamente en terapeutas administrativos o funcionarios depende también de nosotros” (9).

Muchos profesionales de los equipos de atención primaria viven la llegada de los profesionales de salud mental a sus equipos como mayores obligaciones y responsabilidades en el futuro. De hecho no andan equivocados y su temor no es infundado cuando en algunos CSM se pretende que los profesionales de Atención Primaria no solamente asuman casos poco graves de salud mental si no también se hagan cargo de la prevención en salud mental y la detección precoz de

psicosis cuando en nuestra opinión desconocemos todavía de una forma aceptable -los propios especialistas- de que se tratan las llamadas psicosis incipientes. Si llegásemos al punto de delegar más funciones de las que les competen a los EAP quizás debiese incentivarse de alguna forma a los profesionales de medicina familiar así como al personal no médico.

Respecto a la prevención que se quiere instaurar principalmente mediante el personal de enfermería en numerosos CAP creemos interesante un viraje de 180 grados de la prevención *primaria* –poco estudiada, presupuestadamente inocua y con muchos efectos negativos- a la *cuaternaria*. Ambas son las dos caras de la misma moneda. La prevención *cuaternaria*, término desarrollado por Marc Jamouille, es “la actividad médica que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario” (10), esto significa como bien explica el psiquiatra clínico Alberto Ortiz reconsiderar la fórmula de “esperar y ver” antes de prescribir y reivindicar la indicación de no-tratamiento que puede impedir los efectos negativos de intervenciones innecesarias o excesivas (iatrogenia, sobrediagnósticos, estigmatización innecesaria, rentismo, cronificaciones...). Como reflexión, debiéramos tener más en cuenta nuestra falsa omnipotencia, las falsas expectativas que a veces podemos transmitir a nuestros pacientes, nuestra actitud paternalista y reconsiderar los límites de nuestras actuaciones, en especial en el marco de la institución pública.

Recordar que buena parte de los malestares y problemas menores de salud mental se van a beneficiar muy poco de nuestras intervenciones psicológicas o psicofarmacológicas porque tienen su raigambre en problemáticas de otra índole (social, laboral, económica o, en todo caso, fuera del sistema sanitario) y muchos otros se van a resolver espontáneamente (11).

Los 7 minutos que posen los médicos de cabecera para realizar diagnósticos y tratamientos, las exigentes direcciones por objetivos (DPO), los estándares de calidad en la prescripción farmacéutica (12) etc. son elementos que le conducen a uno al principio de realidad. Realidad que uno no percibe o siente, hasta que se acerca a los centros de atención primaria. Y sinceramente... es



desde la realidad desde donde deben surgir las propuestas, planes, programas y la continuidad de la Reforma Psiquiátrica.

Hay un hecho que nos llama poderosamente la atención y tiene que ver con el escaso peso que siguen teniendo el personal de enfermería y los trabajadores sociales. Personal que tiende a ser más humanista, más del mundo *psi* y del ámbito social, justamente esos elementos psico-sociales que escasean en el mundo de lo biomédico tan propio de los CAP. Resulta curioso apreciar cómo cuando inicialmente convocábamos al EAP en las sesiones de coordinación aparecían en primer plano los médicos y algún enfermero/a con actitud distante y cómo si no fuera con él/ella lo que ahí se trataba de transmitir. En alguna ocasión alguno nos preguntó si en la reunión debían acudir, si era necesario. Ni que hablar de los trabajadores sociales que se autocensuraban sin cuestionar si su presencia era válida en las sesiones de coordinación. Es algo sobre lo que tendríamos que reflexionar pues, estas disciplinas profesionales, constituyen una parte muy importante de los EAP y también creemos futuro eje comunitario en la atención en asistencia en salud mental.

Desde el programa de atención en la primaria pensamos, desde un enfoque comunitario, que su papel es imprescindible y que no se le otorga la importancia que debería. En especial en nuestro programa intentamos fomentar la cultura grupal mediante el personal de enfermería en los EAP incentivando la puesta en marcha de programas terapéuticos: no sólo grupos psicoeducativos en relajación, ansiedad y depresión, si no también en enfermedades obstructivas pulmonares crónicas, de ejercicio físico etc.

Ya de forma más ambiciosa y como propuesta sobre la que reflexionar, creemos que dadas las limitaciones de tiempo que los médicos de AP tienen en su práctica diaria, sería interesante entrenar al personal de cualificación no médica en los tratamientos psicoterapéuticos.

Y finalmente un punto que para nosotros es fundamental analizar y tener en cuenta: la sensación de soledad y los conflictos de identidad como pertenencia que sufrimos cuando los psiquiatras y psicólogos nos acercamos a los EAP.

En ocasiones, por limitaciones principalmente económicas, pasamos las consultas en soledad por la ausencia de enfermería y administración –por cierto, su labor es esencial: si no hay citas correctas no acuden los pacientes- y por el hecho de estar lejos del propio CSMA que funciona como una matriz continente -gracias a los compañeros de trabajo- de las propias ansiedades cuando atendemos a los pacientes. A menudo ejercemos también menesteres propios de administración -desde un voluntarismo poco reconocido- haciendo lo que podemos y tolerando tanto limitaciones estructurales como funcionales (extravío de historias clínicas, déficits en las citas, incomunicación por ausencia de teléfono o Internet...). A pesar de todo el programa va tirando, ¿y nosotros, vamos tirando?

### **5. Atención Primaria como futuro eje asistencial de la psiquiatría y el “efecto amplificador”**

Aunque de lo que se trataría es de instaurar mejores estilos de trabajo y que los médicos de Atención Primaria puedan consultar a los profesionales de salud mental cuando lo precisasen creemos que lo interesante sería que se produjese un “efecto amplificador”; de tal forma que los futuros docentes de nuevos profesionales de Atención Primaria fuesen los mismos que ahora reciben nuestra asesoría y docencia. La docencia sería desarrollada por los propios EAP y cuya finalidad sería la de satisfacer las necesidades derivadas de su propio trabajo, lo que se conoce como modelos docentes “orientados a su actividad” (13).

El MAP, que hace desde hace unos años era visto como un mero filtro de los pacientes hacia los servicios de especializados, se convertirá en una figura clave para el diagnóstico y tratamiento en todas aquellas patologías que estén a su alcance, que en nuestra opinión corresponderían principalmente a las patologías menores, fundamentalmente depresivas y de ansiedad (13).

Aunque la situación y el entorno sea adverso debemos seguir preparándonos para fortalecer y apoyar a la primaria pues posiblemente constituirá en el futuro el eje asistencial de la gran mayoría de las dolencias mentales. Resulta ineludible la formación y apoyo a los CAP cuando se nos solicite. El que los EAP posean un mane-

jo adecuado de los problemas psicológicos y psiquiátricos supone grandes ventajas para los pacientes, los médicos –principalmente satisfacción personal- y para el Sistema Sanitario en general (14) que presentaría menor número de derivaciones y una disminución de la lista de espera, lo que conllevaría un mejor acceso a la interconsulta en los casos en que ésta fuese necesaria.

Inevitablemente seguimos instalados todavía en una incompleta reforma psiquiátrica y a veces en una negación de la realidad que nos podría llevar a seguir pensando desde la fantasía programas de psiquiatría comunitaria interesantes pero que por el momento resultan utópicos, con el riesgo de ser programas por tanto, fantasmas.

Sin duda la sobreesaturación a la que está siendo sometida los EAP y los CSMA resulta alarmante. Comprender lo que está sucediendo, es algo necesario y creemos que si no se dan los cambios necesarios, principalmente en nosotros mismos y en el sistema sanitario público podríamos vernos presionados e inducidos a ser meros autómatas que recetan fármacos por doquier, psiquiatras funcionarios que perpetuarán la situación sanitaria actual y “bourn out psychiatrist” en un Sistema cada vez más “chamuscado”.

A pesar de todo, estamos orgullosos de nuestro Programa y esperamos que más colegas se animen a llevarlo a cabo desde sus propias Comunidades Autónomas y Centros en Salud Mental.

**Contacto:**

**José Miguel Ribé Buitrón.**

Centro de Salud Mental de Adultos de Sant Andreu

Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona • C/ Sagrera, 179 1r. 08037 Barcelona

Tel.: 93 340 86 54; Fax: 93 349 54 98 • correo electrónico: jribe80@hotmail.com

---

## Referencias bibliográficas

1. Departament de Salut i Generalitat de Catalunya. Pla Director de Salut i Addiccions de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2006.
2. Gask L, Sibbald B, Cree F: Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *British Journal of Psychiatric* 1997; 170: pp.6-11.
3. Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. London: Tavistock; 1980.
4. Bellak MD, Small SD. *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Ed. Pax México-Librería Carlos Cesarman; 1969.
5. Hough M. *Técnicas de orientación psicológica*. Madrid: Narcea; 1996.
6. Pastor Sirera J. El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo* 2008; 29(3), pp.251-270.
7. González-Blanch C. Salud Mental en Atención Primaria: qué tenemos, qué necesitamos y dónde encontrarlo. *Papeles del Psicólogo* 2009; 30(2), pp.169-174.
8. Balint M. *Seis Minutos Para El Paciente*. Buenos Aires: Paidós; 1979.
9. Chicharro F. La identidad profesional: de terapeuta a administrativo. *Revista GOZE* 2000; Vol. III, Nº 8, pp.12-20.
10. Gervas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de nece-



- sidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit.* 2006; 20:127-34.
11. Ortiz A. Iatrogenia y prevención cuaternaria en los trastornos mentales menores. En: Retolaza A. *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. pp.313-323.
  12. Departament de Salut i Generalitat de Catalunya. *Estàndard de qualitat de prescripció farmacèutica dels Equips d'Atenció Primària*. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2009.
  13. Vázquez-Barquero JL. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Aula Médica; 2007.
  14. Molina J de D, Andrade R. *Psiquiatría de cabecera. Manual para la práctica psiquiátrica en atención primaria. Vol.I y II*. Madrid: Aula Médica; 2003.

• Recibido: 30-10-2009.

# Derechos Humanos y salud mental en Europa

## *Human rights and mental health in Europe*

Luis Fernando Barrios Flores.

Doctor en Derecho. Profesor de Derecho Administrativo de la Universidad de Alicante.

**Resumen:** Europa es la región del mundo en la que es más abundante la normativa sobre salud mental, especialmente en la forma de recomendaciones dirigidas a los Estados por el Consejo de Europa, aunque también existen normas de aplicación directa: Convenio Europeo de Derechos y Libertades Fundamentales y Convenio de Biomedicina. Particular interés tienen asimismo las sentencias dictadas por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos y las conclusiones del Comité para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos y degradantes. Debe mencionarse igualmente la labor de la Unión Europea y de la Oficina para Europa de la Organización Mundial de la Salud. Este conjunto de instrumentos jurídicos configura la más completa regulación sobre derechos del paciente mental.

**Palabras clave:** Normativa europea. Derechos del paciente mental. Salud mental.

**Abstract:** Europe is the region of the world in which is more abundant the normative one about mental health, especially in form of recommendations directed to the States by the Council of Europe, although norms of direct application also exist. Special interest has the sentences dictated by the European Court of Human Rights and the conclusions of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. It should be mentioned the work of European Union equally and of the Office for Europe of the World Organization of the Health. This group of juridical instruments configures the most complete regulation on the mental patient's rights.

**Key words:** European Regulation. Mental patient's rights. Mental health.

La pretensión de las páginas que siguen no es otra que ofrecer una visión global del sistema de garantías europeo -exclusivamente éste, advierto de antemano- en relación con las personas aquejadas de trastornos mentales. Apréciase que el objetivo es meramente descriptivo, dejándose para otro momento un análisis crítico no sólo pertinente, sino a todas luces necesario, en lo concerniente al "real" grado de aplicación de dicho sistema. La heterogeneidad de las res-

puestas nacionales al reconocimiento efectivo de todo este entramado de convenios -teóricamente vinculantes-, recomendaciones -que lamentablemente, en buena parte de los casos no pasan de la categoría de meras "invitaciones" a los Estados europeos (del Consejo de Europa más concretamente)-, sentencias -obviamente me refiero al Tribunal Europeo de Derechos Humanos, cuyo grado de reconocimiento por los mecanismos judiciales internos de cada Estado

en ocasiones adolece de importantes deficiencias-... aconseja postergar dicha tarea crítica para darle un protagonismo propio y un tratamiento técnico-jurídico diferente. Por consiguiente, la pretensión de esta publicación es muy limitada en sus objetivos y nada profunda en sus contenidos. Se pretende nada más que ofrecer un mapa de meramente aproximativo acerca de las instituciones e instrumentos de garantía (o meramente de recomendación) existentes en Europa.

Es obligado advertir dos cuestiones preliminares:

- a. Aun respetando básicamente las normas de edición de esta revista, he considerado más oportuno incluir en el texto principal las menciones a la normativa y jurisprudencia que se citan; razones de comodidad del lector del texto y, tal vez, una cierta predisposición de quien, al fin y al cabo no deja de ser un jurista, me han inclinado por esta fórmula.
- b. A pesar de no ser mi estilo usual, por las características de este artículo, he optado por incluir el máximo de información en el mínimo de páginas -las normas de la Redacción a ello obligan-; dicho sea como disculpa ante un estilo poco o nada literario, aunque espero que a los efectos confesados que se pretenden con esta modesta aportación podrá disculpárseme por ello.

## 1. Los antecedentes

En Europa, surgen hace más de doscientos años movimientos de humanización de la asistencia al alienado, aunque sea justo reconocer la existencia de previas experiencias –básicamente fundamentadas en postulados religiosos-. La aplicación por los Tuke, en el *York Retreat*, del principio de *non-restraint* (1) es continuada por Robert G. Hill y John Conolly y se difunde por Europa (2). En el continente Colombier y Doublet son autores de las “Instrucciones para gobernar a los insensatos” (1785) (3) y Philippe Pinel escribe el *Traité Médico-philosophique sur l’aliénation mentale* (París, 1801) (4,5) y protagoniza un gesto -bien conocido y reproducido-, liberando a los alienados de sus cadenas; aunque también es justo reconocer que tal iniciativa fue inspirada por el tratamiento humanitario que Poussin y su espo-

sa –el equivalente actual a los responsables de enfermería- aplicaban previamente a los y las pacientes mentales, lo cual llamó poderosamente la atención de Pinel.

Hubo también una respuesta –más bien tardía-articuladora de las garantías de los ingresos psiquiátricos. Incomprensiblemente el Código Civil francés de 21.3.1804, referente ineludible de otros Códigos europeos y latinoamericanos eludió regular los internamientos psiquiátricos. Para colmar tal laguna se aprobó la Ley francesa de Alienados de 30.6.1838 (Esquirol, discípulo de Pinel, fue en buena medida el protagonista de tal iniciativa), que iría seguida de diferentes regulaciones en otros países. En el caso español, el Código Civil, publicado por Real Decreto de 6.10.1888 tampoco contempló regulación alguna del internamiento psiquiátrico civil. Ésta había tenido lugar -poco antes- a través de los Reales Decretos de 12.5.1885 (sobre régimen y gobierno interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés) y 19.5.1885 (sobre reglas del ingreso de los dementes en manicomios del Estado, provinciales y particulares).

Sin embargo, la protección sistemática de los derechos del enfermo mental en Europa, sólo tuvo lugar bien avanzado el siglo XX, especialmente de la mano del Consejo de Europa, pues aunque existen otros organismos de este espacio geográfico con alguna labor sobre la materia de la que aquí se trata (la Unión Europea o la Oficina para Europa de la OMS, por ejemplo), es el mencionado Consejo el que lleva a cabo la labor más extensa e intensa en este campo (6), tal como hemos puesto de relieve recientemente en un Informe elaborado, previo encargo del Ministerio de Sanidad y Consumo, para dicha institución (7).

## 2. El Consejo de Europa

Creado en Londres el 5.5.1949, en la actualidad forman parte de él 46 Estados (España ingresó el 24.11.1977) y proporciona un marco de referencia normativa y un régimen de garantías muy amplio en materia de derechos humanos en general y en lo que respecta a la protección de dichos derechos en el particular ámbito de los pacientes mentales (8).

## 2.1. Las Recomendaciones del Consejo de Europa

Bajo la forma de Recomendaciones, pueden elevar sus conclusiones la Asamblea Consultiva al Comité de Ministros y el Comité de Ministros a los Gobiernos de los Estados miembros (arts. 15 y 22 Carta del Consejo). En materia de salud mental y de protección de los enfermos mentales en las últimas décadas se han aprobado las siguientes Recomendaciones:

- Rec. 818 (1977), relativa a la situación de los enfermos mentales (Asamblea Parlamentaria, 12ª sesión, 8.10.1977).
- Rec. Nº R (80) 4, respecto del paciente como partícipe activo de su propio tratamiento (Comité de Ministros, 318ª reunión, 30.4.1980).
- Rec. Nº R (83) 2, sobre la protección jurídica de las personas aquejadas por enfermedades mentales e ingresadas como pacientes involuntarios (Comité de Ministros, 356ª reunión, 22.2.1983).
- Rec. Nº R (87) 3, sobre reglas penitenciarias europeas (Comité de Ministros, 404ª reunión, 12.2.1987).
- Rec. Nº R (91) 15, sobre cooperación europea en materia de estudios epidemiológicos en el ámbito de la salud mental (Comité de Ministros, 463ª reunión, 11.10.1991).
- Rec. 1185 (1992), sobre políticas de rehabilitación de personas discapacitadas (Asamblea Parlamentaria, 6ª sesión, 7.5.1992).
- Rec. Nº R (92) 6, sobre una política coherente en materia de integración de personas con minusvalías (Comité de Ministros, 474ª reunión, 9.4.1992).
- Rec. 1235 (1994), relativa a la psiquiatría y a los derechos humanos (Asamblea Parlamentaria, 10ª sesión, 12.4.1994).
- Rec. Nº R (98) 7, en lo que concierne a los aspectos éticos y organizativos de los cuidados de la salud en el medio penitenciario (Comité de Ministros, 627ª reunión, 8.4.1998).
- Rec. (2004) 10, relativa a la protección de los derechos del hombre y de la dignidad de las personas aquejadas de enfermedades men-

tales (Comité de Ministros, 896ª reunión, 22.9.2004).

- Rec. (2006) 2, sobre Reglas Penitenciarias europeas (Comité de Ministros, 952ª reunión, 11.1.2006).
- Rec (2009) 3, sobre seguimiento de la protección de los derechos del hombre y de la dignidad de las personas aquejadas de trastornos mentales (Comité de Ministros, 1057ª reunión, 20.5.2009).

Centrándonos en las últimas de las citadas, las cuales recopilan, actualizan e incorporan significativas modificaciones de las anteriores, aunque en buena medida de fundamenten en las mismas, la Rec (2004) 10 es muy detallada y constituye sin duda el principal referente en la protección de los derechos del paciente mental en el ámbito europeo. Consagra los principios de no discriminación (art. 3), conservación del ejercicio de los derechos civiles y políticos del paciente mental (art. 4), restricción mínima (art. 8) y equiparación de las condiciones de vida de los establecimientos psiquiátricos al estándar asistencial general (art. 9).

Establece similares criterios para la aplicación del internamiento y del tratamiento involuntario (arts. 17-18):

- a. La persona ha de estar aquejada de un trastorno mental.
- b. Su estado ha de comportar un riesgo grave para sí o para terceros.
- c. No ha de existir medio menos restrictivo de suministrar los cuidados apropiados.
- d. Debe tenerse en consideración el parecer de la persona afectada.

El tratamiento involuntario debe, según la Rec (2004) 10:

- a. Responder a signos o síntomas específicos.
- b. Ser proporcional al estado de salud.
- c. Tener una finalidad terapéutica.
- d. Administrarse por personal cualificado.
- e. Formar parte de un plan escrito.



- f. Ser sustituido lo antes posible por un tratamiento voluntario.
- g. Consultarse -siempre que sea posible- con la persona concernida.
- h. Reevaluarse periódicamente (arts. 12, 17.iii) y 19).

En cuanto al ingreso involuntario (arts. 20-25):

- a. La decisión ha de adoptarla un tribunal o instancia competente (distinción ésta que viene motivada por la heterogeneidad de sistemas de garantía en los diferentes países europeos), teniendo en consideración el parecer del paciente y respetando el procedimiento legalmente previsto.
- b. Debe consignarse por escrito, estableciéndose un período máximo de reevaluación, sin perjuicio del derecho del paciente a solicitar la misma y a ejercer los correspondientes recursos.
- c. Ha de basarse en un dictamen médico.
- d. Debe informarse y consultar al representante del paciente y a sus allegados.
- e. Deberá finalizar si dejan de cumplirse los criterios de ingreso.
- f. Se ha de garantizar el derecho de información al paciente acerca de las razones que motivaron la decisión de ingreso, los criterios para la prolongación del mismo y las vías de recurso disponibles, así como la del derecho a comunicar con su abogado o representante y a no ver limitadas irrazonablemente sus visitas.
- g. Se describe un riguroso sistema de recursos. Por su parte, en el ingreso de urgencia se recomienda que éste debiera ser por breve plazo y, de prolongarse, tal decisión habría de corresponder también a un tribunal u otra instancia competente. Incluso la Rec (2004) 10 prevé la posibilidad, aunque excepcionalmente y sólo por el tiempo mínimo indispensable, para evaluación, a fin de “determinar si [la persona concernida] está aquejada de un trastorno mental que representa un riesgo real de daño grave para su o salud o para un tercero”, requiriéndose en tal caso que:

- a. El comportamiento sugiera fundadamente la existencia de tal trastorno.
- b. Su estado permita suponer dicho riesgo.
- c. No exista otro medio menos restrictivo para evaluar su estado.
- d. Sea tenida en cuenta la opinión de la persona concernida (art. 17.2).

El empleo de otros medios coercitivos (aislamiento y contención) exige control médico de tales medidas, la vigencia del principio de restricción mínima, la consignación por escrito y un seguimiento continuado (art. 27), aspecto éste poco o nada regulado en las legislaciones nacionales y que precisa urgente atención a fin de aplicar unos principios básicos garantizadores de los derechos, pero también de la propia asistencia al paciente mental -permítaseme esta creo que única excepción al carácter anunciadamente descriptivo de este artículo- (9-10).

Los tratamientos que produzcan efectos físicos irreversibles o supongan una intrusión significativa deben valorarse desde el punto de vista ético, realizarse según protocolos clínicos y documentarse debidamente las actuaciones, recomendándose que no tengan lugar en el contexto de un ingreso involuntario (art. 28).

El art. 37 de la Rec (2004) 10 establece un conjunto de mecanismos de control: visitas e inspecciones a los establecimientos psiquiátricos, incluso sin previo aviso; registro oficial de instituciones; verificación del cumplimiento de las normas profesionales; evaluación de la restricción de comunicaciones o investigación independiente en caso de fallecimiento en dichos establecimientos.

En lo que a pacientes mentales ingresados en establecimientos penitenciarios se refiere, la Rec (2004) 10 señala que en ellos no cabe discriminación alguna, debiendo disponerse de los medios terapéuticos apropiados y de un sistema independiente de control del tratamiento y cuidados (art. 35).

A este último tema se dedica monográficamente la Recomendación (2006) 2, sobre Reglas Penitenciarias Europeas, las cuales abogan por la coordinación de la sanidad penitenciaria con

el sistema nacional de salud de cada Estado (40.1 y 2), y establecen: la necesidad de detección de los padecimientos mentales (40.4), la dotación de instituciones o secciones especiales para la observación y tratamiento de detenidos de esta índole (47.1) y una atención especial para la prevención del suicidio (47.2).

Recientemente fue aprobada la Rec (2009) (3). Con carácter previo se encomendó a España la elaboración de un informe descriptivo de la labor del Consejo de Europa en materia de protección de los derechos del paciente mental, tarea que recayó en el Prof. Torres González y en el autor de este artículo (7). Esta Recomendación, confiesa su punto de partida, la Rec (2004) (10), y recuerda en primer lugar, la necesidad de garantizar la no discriminación del paciente mental, si bien admite la adopción de medidas de acción positiva a fin de que las personas con trastorno mental pueden participar en la vida social e invita a los Estados Miembros a adoptar medidas: jurídicas que eviten la discriminación fin de evitar la discriminación y administrativas, que posibiliten la integración socio-laboral de los discapacitados mentales, a la vez que insta al desarrollo de campañas contra la estigmatización y para la formación de profesionales (en especial policía y docentes) (Ppio 1º). En materia de derechos civiles y políticos, postula la garantía más amplia posible de su ejercicio por parte de las personas aquejadas de trastorno mental, con la instauración de dispositivos de control y defensa y de promoción de la participación de este colectivo ciudadano (incluido el acceso a la función pública si ello fuera posible), así como el más escrupuloso respeto a la confidencialidad de datos y a la privacidad (Ppio 2º).

La promoción de la salud –física y mental- es objeto de atención del Ppio 3º, refiriéndose el 4º a la necesidad de implementar programas e instrumentos para la protección de las personas vulnerables: en el ámbito penal para la persecución de los autores de posibles abusos; en el aspecto formativo para que el personal que preste asistencia pueda detectar los mismos; en el marco asistencial, posibilitando el recurso a entidades que garanticen las prestaciones y, en la práctica de investigaciones biomédicas, la protección de este colectivo de pacientes. A la calidad de las condiciones de vida, de los servicios

asistenciales y del tratamiento se refiere el Ppio 5º, haciendo especial hincapié en el establecimiento de reglas de calidad y de verificación de su aplicación práctica, recordando la singular importancia que a tal efecto tiene la participación de los usuarios. Como viene siendo habitual, la Recomendación (2009) (3) reitera la necesidad de aplicar la medida menos restrictiva de la libertad personal en los establecimientos y en el resto de los servicios asistenciales (Ppio 6º). Por supuesto, tal como indica el propio nombre de esta Recomendación, se invita a los Estados a instaurar un marco jurídico adecuado para la protección de las personas aquejadas de trastornos mentales, especialmente en lo referido al internamiento y tratamiento involuntario (Ppio 7º). Y, en fin, el último de los Principios –el 8º- versa sobre una cuestión escasamente abordada históricamente, pero sobre la que se viene incidiendo en los últimos tiempos: los derechos y cuidados que merecen los familiares y allegados al paciente mental.

## 2.2. El Convenio Europeo de Derechos Humanos

El Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las libertades fundamentales (en adelante, CEDH), fue aprobado el 4.11.1950 y entró en vigor el 3.9.1953 (11-14). En su articulado contiene varios preceptos que inciden en materia de salud mental. Especialmente, pero sin ánimo exhaustivo, ya que la práctica totalidad de este Convenio es de eventual aplicación al ámbito de la salud mental:

“Artículo 3. Nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”.

“Artículo 5. 1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad salvo, en los casos siguientes y con arreglo al procedimiento establecido por la Ley;

e. Si se trata del internamiento, conforme a derecho, de una persona susceptible de propagar una enfermedad contagiosa, de un enajenado, de un alcohólico, de un toxícomano o de un vagabundo.

4. Toda persona privada de su libertad mediante detención preventiva o internamiento tendrá

derecho a presentar un recurso ante un órgano judicial, a fin de que se pronuncie en breve plazo sobre la legalidad de su privación de libertad y ordene su puesta en libertad si fuera ilegal.

5. Toda persona víctima de una detención preventiva o de un internamiento en condiciones contrarias a las disposiciones de este artículo tendrá derecho a una reparación”.

“Artículo 6. 1. Toda persona tiene derecho a que su causa sea oída equitativa, públicamente y dentro de un plazo razonable, por un Tribunal independiente e imparcial, establecido por la Ley, que decidirá los litigios sobre sus derechos y obligaciones de carácter civil o sobre el fundamento de cualquier acusación en materia penal dirigida contra ella...”.

“Artículo 8. 1. Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia”.

El interés de estas normas es doble. Tanto porque su ratificación supone una vinculación para los Estados, como porque las mismas han dado ocasión para la elaboración de una interesante jurisprudencia por parte del órgano previsto en el Convenio, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos -en adelante TEDH-(contemplado en el art. 19 b) y desarrollado en los arts. 38-56 del Convenio) (12 14-17).

### 2.3. La Jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos

El 18.9.1959 se creó en Estrasburgo el TEDH, en el marco del Convenio, cuya misión es velar por el respeto de los compromisos adoptados por los Estados contratantes. El 12.1.1998 se reestructuró, conforme a lo establecido en el Protocolo nº 11, configurándose como único y permanente y sustituyendo al sistema precedente.

Las resoluciones del TEDH forman un cuerpo de doctrina legal, de inevitable referencia cuando de la protección del paciente mental se trata en el ámbito europeo, especialmente en lo referido a las condiciones y garantías del internamiento psiquiátrico. Las principales resoluciones que se han referido al tema que tenemos entre manos,

según La recopilación y el análisis que hicimos en el Informe para el Consejo de Europa precitado (7), son los casos siguientes (18): *Winterwerp vs. Holanda*, 24.10.1979; *X vs. Reino Unido*, 5.11.1981; *Luberti vs. Italia*, 23.2.1984; *Ashingdane vs. Reino Unido*, 28.5.1985; *Nielsen vs. Dinamarca*, 28.11.1988; *Van der Leer vs. Holanda*, 21.2.1990; *E. vs. Noruega*, 29.8.1990; *Wassink vs. Holanda*, 27.9.1990; *Koendjibiharie vs. Holanda*, 25.10.1990; *Keus vs. Holanda*, 25.10.1990; *Megyeri vs. Alemania*, 12.5.1992; *Herczegfalvy vs. Austria*, 24.9.1992; *Silva Rocha vs. Portugal*, 15.11.1996; *Eriksen vs. Noruega*, 27.5.1997; *Johnson vs. Reino Unido*, 24.10.1997; *Aerts vs. Bélgica*, 30.7.1998; *Erkalo vs. Holanda*, 2.9.1998; *Varbanov vs. Bulgaria*, 5-10-2000; *D.N. vs. Suiza*, 29.3.2001; *Keenan vs. Reino Unido*, 3.4.2001; *Rutten vs. Holanda*, 24.7.2001; *Magalhaes Pedreira vs. Portugal*, 26.2.2002; *H.M. vs. Suiza*, 26.2.2002; *Paul & Audrey Edwards vs. Reino Unido*, 14.3.2002; *Lutz vs. Francia (1)*, 26.3.2002; *L.R. vs. Francia*, 27.6.2002; *Nouhaud et al. vs. Francia*, 9.7.2002; *Hutchison Reid vs. Reino Unido*, 20.2.2003; *Herz vs. Alemania*, 12.6.2003; *Lutz vs. Francia (2)*, 17.6.2003; *Tracik vs. Eslovaquia*, 14.10.2003; *Rakevich vs. Rusia*, 28.10.2003; *Worwa vs. Polonia*, 27.11.2003; *Morsink vs. Holanda*, 11.4.2004; *M.R.L. y M.-J.D. vs. Francia*, 19.5.2004; *Tam vs. Eslovaquia*, 22.6.2004; *H.L. vs. Reino Unido*, 5.10.2004; *Kolanis vs. Reino Unido*, 21.6.2005; *Storck vs. Alemania*, 16.6.2005.

Se abordaron en estas resoluciones, como cuestiones más relevantes, las que siguen. Como punto de partida, son requisitos imprescindibles para un internamiento involuntario (*Winterwerp vs. Holanda*, § 39) (requisitos que se reiteran en *X vs. Reino Unido*, § 40; *Ashingdane vs. Reino Unido*, § 37; *Jhonson vs. Reino Unido*, § 60; *M.R.L. y M.-J.D. vs. Francia*, § 115, entre otras resoluciones):

- a. La verificación del estado mental mediante una previa peritación médica objetiva “no sólo es posible sino que es indispensable” para proceder a un internamiento no urgente (*Varbanov vs. Bulgaria*, § 48). De no procederse a tal verificación el ingreso tendrá otra funcionalidad diferente -por ejemplo, administrativa-, vulnerándose el art. 5.1 CEDH (*M.R.L. y M.-J.D. vs. Francia*, §§ 117,

120 y 128). Excepción a este requisito son los supuestos de urgencia que demandan una pronta respuesta judicial (*Herz vs. Alemania*, § 46). También es admisible una “detención provisional” [sic], en base al 5.1.c) CEDH, cuando existen “motivos razonables para impedir la comisión de una infracción” (*Eriksen vs. Noruega*, § 86).

- b. La concurrencia de una perturbación de tales características y amplitud que justifiquen el internamiento (*Winterwerp vs. Holanda*, § 39).

Que el internamiento involuntario no se prolongue de no persistir tal perturbación, aunque las dificultades para la apreciación de riesgo obligan a reconocer a la autoridad decisoria una cierta flexibilidad (*Johnson vs. Reino Unido*, §§ 61 y 63).

La decisión sobre el internamiento, para no vulnerar el art. 5.4 CEDH, debe emanar de un órgano que tenga “los rasgos distintivos de un ‘tribunal’” (*Winterwerp vs. Holanda*, § 67). El ingreso, para ser “regular” -ex art. 5.1.e) CEDH-, debe practicarse en “un hospital, clínica u otro establecimiento apropiado y habilitado al efecto” (*Ashingdane vs. Reino Unido*, § 44; en el mismo sentido, *Aerts vs. Bélgica*, § 46.). En *Aerts vs. Bélgica* se consideró no apropiada el ala psiquiátrica de una prisión ya que los enajenados “no se beneficiaban de un seguimiento médico ni de un entorno terapéutico” (§ 49), aunque no se apreció violación del art. 3 del Convenio ya que, aunque una prolongada permanencia en la misma pueda suponer un riesgo notorio de agravación del estado de salud mental, no quedó acreditado que ello se produjera en este caso en concreto (§§ 65-66).

“El derecho del paciente de un tratamiento adecuado a su estado no puede deducirse del art. 5.1.e) CEDH.” (*Winterwerp vs. Holanda*, § 51). Pero esto debe interpretarse debidamente ya que, en el fondo, lo que viene a expresar el TEDH es que el CEDH tiene un contenido referido a las libertades formales y no a los derechos prestaciones, cual sería el caso del tratamiento.

Internamiento e incapacitación son medidas diferentes; por ello cualquier restricción a la capacidad de administrar el propio patrimonio debe hacerse con las garantías del art. 6.1 CEDH (*Winterwerp vs. Holanda*, § 75).

En el capítulo de garantías del art. 5 CEDH, indicar que su art. 5.1. a) también es aplicable al internamiento psiquiátrico por razón penal, aunque en estos casos se superpone la aplicación de los apartados a) y e) del mencionado precepto (*X vs. Reino Unido* § 39; también en *Johnson vs. Reino Unido*, § 58). Además, como se indica en *Eriksen vs. Noruega* § 76, una detención puede justificarse, según las circunstancias, por más de un apartado de dicho precepto. Respecto al ámbito subjetivo, reseñar que “la garantía que asegura se extiende también a los menores” (*Nielsen vs. Dinamarca*, § 58); si bien en este caso no fue de aplicación la misma, al producirse el internamiento en uso de las facultades de la patria potestad y no por decisión del Estado (§§ 63-64).

Entre las garantías que la jurisprudencia del TEDH considera indispensables figuran:

- La notificación de las razones de la detención, pues como se señala en *Van der Leer vs. Holanda*, pese a la cierta connotación penal que tienen los términos utilizados por el art. 5.2 CEDH (§ 27), no hay duda de la plena aplicabilidad del mismo a la presente materia (§ 29). Sin embargo, como es lógico, la falta de notificación de la decisión de prórroga de un internamiento está justificada en el caso de que el paciente se encuentre evadido en el momento de toma de la decisión (*Keus vs. Holanda*, 22).
- “La asistencia letrada en los procedimientos ulteriores relativos a la continuación, suspensión o fin del internamiento” (*Megyeri vs. Alemania*, § 23); y otro tanto sucede en *Aerts vs. Bélgica*, en donde se apreció vulneración del art. 6.1 CEDH, al no reconocerse derecho de asistencia legal en un recurso ante el Tribunal de Casación de Bélgica, ya que la cuestión dilucidada no era un mero tema de traslado interinstitucional, sino que tenía por fondo la “legalidad de la privación de libertad” (§ 59).

Han de tenerse en cuenta asimismo las garantías establecidas por los ordenamientos nacionales. Por eso, en *Erkalo vs. Holanda*, el incumplimiento de plazos para la prórroga del internamiento se considera que comporta una violación del 5.1 CEDH (§§ 57-60). En *Van der Leer vs.*

Holanda la falta de la audiencia legalmente prevista conlleva igual calificación (§ 23). E igual sucede en *Wassink vs. Holanda* por la ausencia de secretario judicial en la audiencia obligada en la legislación holandesa (§ 27).

Todo internado involuntario ha de tener derecho a la impugnación judicial de la resolución que decide su ingreso. Respecto a qué ha de entenderse por tribunal, la Convención emplea en varios de sus artículos dicho término, indicándose con ello un órgano que mantenga la independencia respecto al ejecutivo y a las partes y respete las garantías de un procedimiento judicial [*De Wilde, Ooms y Versyp vs. Holanda* (Sentencia del TEDH, 18.6.1971), § 78], que no necesariamente ha de ser “una jurisdicción de tipo clásico” (*X vs. Reino Unido*, § 3). Además, es preciso que el procedimiento “tenga un carácter judicial y proporcione al individuo encausado las garantías correspondientes a la naturaleza de la privación de libertad” (*De Wilde*, § 76). Por ello en *X vs. Reino Unido* se apreció vulneración del art. 5.4 CEDH, ya que los *Mental Health Review Tribunals* (de la *Mental Health Act* de 1959 y no de la posterior de 1983) podían evaluar periódicamente la situación del ingresado, pero “carecían de competencia para decidir ‘sobre la legalidad de la detención’ y para ordenar la liberación si ésta se considerara ilegal” (*X vs. Reino Unido*, § 61). No basta un *habeas corpus* para entender colmada una tutela judicial efectiva, porque el limitado control de éste es insuficiente en la hipótesis de un internamiento prolongado (*idem*, § 58).

El “tribunal” ha de ser imparcial respecto a otros órganos, pero también en su seno, tanto subjetivamente (lo cual “se presume, salvo prueba en contrario”), como objetivamente, dada la importancia que tienen las “simples apariencias” y “la confianza que los tribunales de una sociedad democrática deben inspirar en los justiciables y particularmente a las partes en litigio” (*D.N. vs. Suiza*, §§ 44-46). Por eso no es de recibo que quien actuó como perito forme parte del tribunal (*idem*, § 55).

En varios pronunciamientos el TEDH ha fijado la interpretación del art. 5.4 CEDH, en lo relativo a la celeridad de respuesta del órgano “judicial” para que se pronuncie sobre la legalidad del internamiento, considerándose injustificados: 15 meses o dos años (*Herczegfalvy vs. Austria*, §§ 77-78), 18

meses y 10 días (*Luberti vs. Italia*, § 37), cinco meses (*Van der Leer vs. Holanda*, § 36), cuatro meses (*Koendjibiharie vs. Holanda*, § 29) o cinco semanas (*E. vs. Noruega*, §§ 65-66). Y en *Varbanov vs. Bulgaria* se apreció la violación del mismo precepto al no contemplar la legislación búlgara una rápida apelación (§§ 60-61).

El traslado entre instituciones psiquiátricas fue tratado en *Ashingdane vs. Reino Unido*. Las dificultades para un traslado entre una institución de alta seguridad y un establecimiento ordinario llevaron al Tribunal a declarar que, siendo más liberales y más propias para la curación las condiciones de internamiento en el segundo, las condiciones del primero no dejaban de ser una “detención regular de un enajenado” (§ 47), valorando el hecho de que las autoridades se hubieran esforzado en buscar una solución al caso, que no encontraron (§ 48).

La revisión de la situación de internamiento a intervalos razonables es exigible, pues de lo contrario se vulnera el art. 5.4 CEDH (*Silva Rocha vs. Portugal*, § 32).

En algún caso la jurisprudencia del TEDH no deja de ser sorprendente, llegándose a afirmar que el empleo de medios coercitivos del tipo de alimentación forzosa, el aislamiento relativo (el paciente seguía recibiendo visitas y disfrutaba de paseos) o incluso el empleo de esposas (que no deja de ser preocupante según reconoce el Tribunal) no fundamentan la apreciación de una vulneración del art. 3 CEDH, ya que “en general, no puede ser catalogado como inhumana o degradante una medida dictada por razones de necesidades terapéutica” (*Herczegfalvy vs. Austria*, § 82).

En lo que a respeto a la intimidad respecta, en *Herczegfalvy vs. Austria* se estimó la vulneración del art. 8 CEDH, al considerarse una injerencia legalmente no prevista que el hospital remitiera todas las cartas del paciente a su curador para que este hiciera una selección de las mismas (§ 91).

#### **2.4. El Convenio Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes**

En desarrollo del art. 3 CEDH, fue aprobado en Estrasburgo por el Comité de Ministros, el Convenio

Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes, el 26 de noviembre de 1987, por el que se crea un Comité Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes (en adelante, CPT (19-23)), integrado por personas de destacada competencia y experiencia y que deben desarrollar su cometido a título particular, con independencia e imparcialidad.

Este Comité, por medio de visitas -periódicas o adicionales-, de dos o más miembros a los lugares de detención -en sentido considerablemente amplio, ya que comprenden: centros penitenciarios, centros de detención de menores o extranjeros, locales de policía y, en lo que aquí interesa, establecimientos psiquiátricos-, examina el trato dado a las personas privadas de libertad. Durante las mismas, las delegaciones tienen un acceso ilimitado a las dependencias en donde se produce la detención, pudiendo entrevistar a las personas privadas de libertad o a cualquiera otra que consideren conveniente a fin de recabar información. Tras las visitas, se elaboran unas recomendaciones basadas en las observaciones realizadas y que se incluyen en un informe que se transmite al Estado interesado, el cual constituye el punto de partida de un diálogo continuo con el Estado en cuestión.

El CPT también elabora unos informes generales sobre las cuestiones de fondo en el que se recogen las denominadas "Normas del CPT", documento especialmente valioso en materia de internamiento psiquiátrico involuntario (civil o por razón penal) (sobre esta materia trató específicamente parte del 8º Informe General [CPT/Inf (98) 12]).

Entre los aspectos más destacables de las citadas Normas, resaltar las siguientes cuestiones:

- Personal: los sanitarios han de ser suficientes, con experiencia y formados; el auxiliar debe ser cuidadosamente seleccionado; debe tenerse cautela con la utilización de pacientes como personal auxiliar.
- Clasificación: necesaria separación de los pacientes adolescentes de los adultos.
- Condiciones de vida: garantía de las necesidades básicas (alimentación, ropa -individualizada- y medicación adecuada) y ambientales (higiene, iluminación, calefacción y ventilación); espacio para cada paciente (lugar para guardar pertenencias personales, privacidad en los aseos, supresión de dormitorios de amplia capacidad y acceso a los mismos durante el día).
- Tratamiento: mediante un plan individualizado e integral (con amplia gama de actividades de rehabilitación y terapéuticas); vigilancia de la prescripción y administración de psicofármacos; revisión periódica del estado de salud y de la medicación; la terapia electroconvulsiva debe concordar con el plan de tratamiento, acompañarse de las garantías necesarias (relajantes anestésicos y musculares), aplicarse fuera de la vista de otros pacientes y administrándose por personal preparado que documentará las actuaciones.
- Documentación: apertura de un historial médico personal para cada paciente, permitiéndosele -salvo contraindicación terapéutica- el acceso al mismo.
- Consentimiento: ha de ser la regla general, salvo casos legalmente tasados relacionados con la concurrencia de circunstancias excepcionales claras y estrictamente definidas. Se distingue el internamiento del tratamiento.
- Información: completa, exacta y comprensible sobre el estado de salud y el tratamiento propuesto, informándose tras la administración de éste.
- Medios/medidas coercitivas: política claramente definida para su empleo en pacientes agitados o violentos; uso preferente de instrucciones verbales y sólo, ante la ineficacia de la mismas, será admisible el uso de la represión física -básicamente control manual-; su aplicación será excepcional, ordenada por el médico, no prolongada y documentada. El aislamiento debe reducirse al mínimo, garantizándose el contacto humano adecuado y periódico.
- Garantías del ingreso involuntario: decisión inicial de internamiento efectuada por una autoridad judicial o, al menos, garantizándose demanda ante órgano judicial. Deber de informar al paciente de sus derechos y del

régimen interno de la institución, pudiendo aquél elevar quejas y comunicar con terceros y especialmente con su abogado. Un organismo externo independiente, debe realizar visitas periódicas, pudiendo hablar privadamente con los pacientes, recibir sus quejas y elevar las recomendaciones que estime pertinentes.

- Alta: debe producirse tan pronto el ingreso deje de ser necesario; no debe perdurar el ingreso por carencia de instalaciones externas adecuadas.

## 2.5. El Comisario para los Derechos Humanos

Este organismo, creado en 1999, tiene una función complementaria –de carácter preventivo y sin potestades jurisdiccionales- de los otros mecanismos de protección de los derechos del hombre (24). Elabora informes anuales y por países del estado de protección de los derechos humanos en el ámbito europeo. Digno de mención es el Informe elaborado por el Comisario en relación a las condiciones de internamiento psiquiátrico en Rumania, ya que ilustra el ámbito de actuación de esta institución.

## 2.6. El Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina

El Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, es uno de los instrumentos más valiosos del Consejo de Europa, por su carácter vinculante para los Estados que así lo han ratificado -en el caso de España así se hizo mediante el Instrumento de Ratificación publicado en el Boletín Oficial del Estado de 20 de octubre de 1999; desde dicha publicación el Convenio forma parte del ordenamiento interno español-.

Entre otras, contiene las siguientes prescripciones:

- Una intervención sobre una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento sólo podrá efectuarse cuando redunde en su beneficio directo (art. 6.1).
- En caso de disfunción mental que comporte incompetencia la intervención sólo cabe con

autorización del representante, autoridad o persona o institución señalada por la ley, debiendo intervenir el afectado, en la medida en ello sea posible, en el procedimiento de autorización (art. 6.3).

- El tratamiento de trastornos mentales sin su consentimiento sólo cabe cuando la ausencia del mismo conlleve un riesgo grave para la salud del paciente, respetándose los procedimientos de supervisión, control y recurso (art. 7).
- En situaciones de urgencia, cuando no pueda obtenerse el consentimiento previo, puede procederse a la intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor del afectado (art. 8).
- Se reconoce el derecho a dictar voluntades anticipadas (art. 9).
- Se admiten las restricciones al ejercicio del derecho a la información sobre la propia salud, aunque sólo en interés del paciente (art. 10.3).
- La participación de pacientes mentales incompetentes en investigaciones científicas está condicionada a que no haya método alternativo, los riesgos no sean desproporcionados, el experimento haya sido aprobado por la autoridad competente, el sujeto esté informado de sus derechos y garantías, los resultados previstos supongan un beneficio personal y directo sobre su salud, el experimento no pueda efectuarse con una eficacia comparable con sujetos competentes y no haya rechazo del sujeto concernido (art. 17.1). En ausencia de beneficio directo tal participación sólo es admisible cumpliendo las escrupulosas condiciones del art. 17.2.
- No se permite la extracción de órganos y tejidos de personas incompetentes, salvo en casos excepcionales y cumpliendo rigurosas condiciones, (art. 20).

## 3. Otros organismos de interés

### 3.1. La Unión Europea

En esta materia la labor de la Unión Europea no se acerca, ni de lejos, a la del Consejo de Europa.

Aunque hay algunas resoluciones sobre la cuestión; así, las de 14.12.1995 del Parlamento Europeo sobre derechos humanos de los minusválidos, 23.5.1996 del Parlamento Europeo sobre los ataques al derecho a la vida de los minusválidos, 18.11.1999 del Consejo sobre promoción de la salud mental o la 15.7.2003 del Consejo sobre el fomento del empleo y de la inclusión social de personas con discapacidad. Citar también las Conclusiones del Consejo de 2.6.2003, sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental.

La Unión sí ha elaborado algunos informes sobre la asistencia en salud mental; por todos, el “Libro Verde para mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”, de 14.10.2005.

Las normas positivas son escasas y además muy generales. El Tratado Constitutivo, en su versión consolidada de 24.12.2002, sólo dedica a la salud pública su art. 152, sin referencia alguna al tema mental. La Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea, aprobada en Niza el 7.12.2000, por supuesto que es de aplicación a la población enferma mental; su art. 21.1, al proclamar el principio de no discriminación, alude expresamente a las razones de discapacidad. Existe también una disposición en relación a la integración de personas discapacitadas (art. 26) y, en fin, aunque en su art. 2.1 se afirma que en el marco de la medicina se “respetará el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate”, lo cierto es que tal prescripción remite a las “modalidades establecidas por la ley” (nacional, se entiende).

Mención aparte merece la Carta Social Europea, hecha en Turín el 18.10.1961 y que entró en vigor el 26.2.1965. Contiene varios preceptos relacionados con la salud mental. Su art. 11 consagra el derecho a la protección de la salud, comprometiéndose los Estados signatarios a la eliminación de las causas de una salud deficiente, a establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a “estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma” y a prevenir, en lo posible las enfermedades epidémicas, endémicas y otras. El art. 13 por su parte alude al derecho a la asisten-

cia social y médica, garantizándose que las personas que no dispongan de recursos suficientes puedan obtener una asistencia adecuada. Y, en fin, su art. 15 hace referencia al derecho de las personas física o mentalmente disminuidas a la formación profesional y a la readaptación profesional y social (26-27).

### **3.2. La Oficina para Europa de la Organización Mundial de la Salud**

La Oficina para Europa de OMS (28), aprobó en la Conferencia de Ámsterdam, celebrada entre los días 28 y 30 de marzo de 1994 una Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa. Se contemplan en ella los derechos del paciente universalmente reconocidos (consentimiento previa información, derecho a la información asistencial y a la privacidad...). A destacar: la presunción de consentimiento en el caso de que el paciente no sea capaz de expresar su voluntad y concurra una situación de urgencia (3.3), la necesidad de involucrar al paciente (adulto o menor) en el proceso de toma de decisiones en la medida posible, incluso cuando se requiera la intervención de un representante (3.5) o una restricción de la intervención de pacientes incapacitados en los ensayos clínicos que no les reporten beneficios directos (3.10).

En otro plano -el de la dotación de recursos básicamente- esta Oficina organizó la Conferencia Europea de la OMS sobre salud mental, que llevó por título “Enfrentando desafíos. Construyendo soluciones”, que se celebró en Helsinki, entre el 12 y 15 de enero de 2005. Es una llamada de atención a los Estados europeos a fin de que proporcionen recursos suficientes y de calidad para la atención en salud mental.

### **4. Los estudios europeos relativos a una mejor protección legal del paciente mental**

En fechas recientes varios estudios, centrados en el ámbito europeo, han abordado algunas de las cuestiones más relevantes relativas a la protección de los derechos del paciente mental, prueba del interés que en el viejo continente ha vuelto a tener esta temática (29-31). De algunos de ellos ya existen publicaciones en el área concreta del marco ético-jurídico (32-33).

No es descartable que, en el próximo futuro, bien por vía de un futuro convenio en el ámbito del Consejo de Europa (que perfeccione y colme algunas lagunas o contradicciones de los documentos existentes), bien por vía de recomendaciones de este organismo o, en fin, utilizando el interesante instrumento que proporcionan las Directivas de la Unión Europea –que vinculan a los Estados miembro en cuanto al logro de sus objetivos, aunque dejen a éstos un amplio margen de flexibilidad en cuanto a la técnica jurídica para trasponer las mismas a sus ordenamientos nacionales- se materialicen nuevos documentos normativos que perfeccionen el ámbito de la protección del paciente mental. En todo caso, sí puede afirmarse que el debate sobre los derechos del paciente mental en Europa está abierto y goza de un importante grado de implicación

social e institucional (34), aunque hay que reconocer que tantos y tan importantes postulados, principios y recomendaciones siguen albergando un importante déficit de implementación: el plano declarativo no siempre se traduce en una real aplicación de tan loables enunciados. Sobre todo, no acaba de traducirse en la consagración de unas regulaciones nacionales y unos instrumentos y procedimientos “jurídicos” que permitan, ya no sólo el reconocimiento, sino la puesta en práctica (exigibilidad ante los poderes públicos) de los derechos del paciente mental, con garantías de celeridad y eficacia. Tomando de prestado la tan repetida frase de Lope de Vega en este caso existe una distancia nada desdeñable entre pasar, ya no de las musas al teatro, sino de la afirmación de los derechos del paciente mental a su efectivo reconocimiento práctico.

**Correspondencia:**

**Luis Fernando Barrios Flores**

Área de Derecho Administrativo.

Dpto. de Estudios Jurídicos del Estado. Facultad de Derecho. Universidad de Alicante.

Campus de San Vicente del Raspeig. • Ap. 99. E-03080 Alicante.

Correo electrónico: luisfbarrios@ua.es

---

## Referencias bibliográficas

1. Tuke, S. *Description of The Retreat, an institution near York, for insane persons of the Society of Friends. Containing an account of its origin and progress, the modes of treatment, and a statement of cases. With an elevation and plans of the building*, London: Process Press; 1996.
2. Álvarez R, Huertas R, Peset JL. Enfermedad mental y sociedad en la Europa de la segunda mitad del siglo XIX. *Asclepio* 1993; XLV(2):41-60.
3. Colombier J, Doublet F. Instrucciones para gobernar a los insensatos y para trabajar en su curación en los asilos que les son destinados. *Rev. AEN* 2000; XX(73):71-88.
4. Foucault, M. *Historia de la locura en la época clásica*, Madrid: Fondo de Cultura Económica; 2000.
5. Pinel F. *Tratado médico-filosófico de la enagenación del alma, o manía*. Madrid: Imprenta Real; 1804.
6. Barrios LF, Barcia D. *El marco jurídico de las urgencias psiquiátricas*. Madrid: You & Us; 2005.
7. Torres F, Barrios LF. Fundamental Freedoms, Basic Rights and Care for Mentally Ill. Informe entregado al Ministerio de Sanidad y Consumo (mandato contenido en el Apéndice 3 de la 959ª Reunión del Comité de Ministros del Consejo de Europa). Contrato 2929/2007 con la Fundación Empresa de la Universidad de Granada, 14.12.2007.
8. Web oficial: [www.coe.int/t/es/com/about\\_coe/](http://www.coe.int/t/es/com/about_coe/)
9. Barrios LF. Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regula-

- ción. *Derecho y Salud* 2003;11:141-163. Disponible en: [www.ajs.es](http://www.ajs.es).
10. Barrios LF. Coerción en psiquiatría. En Otero FJ, coord.): *Psiquiatría y Ley. Guía para la práctica clínica*. Madrid: EDIMSA; 2008. p. 71-123.
  11. García ME. **El convenio europeo de derechos humanos en el umbral del siglo XXI**. Valencia: Tirant lo Blanch; 1998.
  12. Lasagabaster I. **Convenio europeo de derechos humanos: comentario sistemático**. Madrid: Thomson-Civitas; 2004.
  13. Linde E. **El sistema europeo de protección de los derechos humanos: estudio de la convención y de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos**, Madrid: Civitas; 1979.
  14. Morenilla JM. **El Convenio Europeo de Derechos Humanos: ámbito, órganos y procedimientos**. Madrid: Ministerio de Justicia-Centro de Publicaciones; 1985.
  15. Martín-Retortillo L. *La Europa de los derechos humanos*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales; 1998.
  16. Garberí J. **Convenio europeo de Derechos Humanos y jurisprudencia del Tribunal Europeo relativa a España: textos, protocolos, nuevo Reglamento del Tribunal, normas complementarias y formulario de demandas**. Barcelona: Bosch; 1999.
  17. García J. *La Europa de los derechos: el Convenio Europeo de Derechos Humanos*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales; 2005.
  18. Textos disponibles en la URL: [www.echr.coe.int/echr](http://www.echr.coe.int/echr)
  19. Web oficial: [www.cpt.coe.int/en/](http://www.cpt.coe.int/en/)
  20. Malinowski J. El papel del Comité europeo para la prevención de la tortura. En: **La prevención y erradicación de la tortura y malos tratos en los sistemas democráticos: XXII Cursos de Verano en San Sebastián, XV Cursos Europeos**. Univ. País Vasco; 2004. p. 169-85.
  21. Palma M. Objetivos y funcionamiento del Comité para la Prevención de la Tortura del Consejo de Europa. En Bergalli R, Rivera I, coords. **Torturas y abuso de poder**. Barcelona, Universitat de Barcelona-Observatori del Sistema penal i els Drets Humans-Anthropos; 2006. p. 87-98.
  22. Ruiloba J. El convenio europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes, de 26 de noviembre de 1987: su aplicación en España. Madrid: Dykinson; 2005.
  23. Salado A. Las funciones del Comité europeo para la prevención de la tortura. *Revista de instituciones europeas* 1994;21(2):563-84.
  24. Web oficial: [www.coe.int/t/commissioner/default\\_FR.asp](http://www.coe.int/t/commissioner/default_FR.asp)
  25. Barrios LF. *Sanidad y Salud Pública en la Constitución Europea*. Madrid: You & Us; 2005.
  26. De Burca G, De White B, editors. *Social rights in Europe*, New York-Oxford: Oxford: University Press; 2005-
  27. Lezertúa M. **La Carta social europea desde la perspectiva de la Europa social del año 2000: Acta del coloquio conmemorativo del XXV Aniversario de la Carta Social Europea, Granada, 26 octubre 1987**. Madrid: M<sup>º</sup> de Trabajo y Seguridad Social: 1989. 28. Web oficial: [www.euro.who.int/](http://www.euro.who.int/).
  29. Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders - Legislation and Practice in EU-Member States. European Commission - The SANCO Directorate General. Mannheim (Germany): Central Institute of Mental Health; 2003.
  30. EUNOMIA (European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Practice). (Firth Framework Programme of the European Commission). Dresde (Germany); 2002-2005.
  31. Treatment of Mentally Ill or Disordered Persons in European Prison Systems - Service Provision and Outcome - EUPRIS. Mannheim (Germany): Central Institute of Mental Health Mannheim; 2006.
  32. Salize HJ, Dressing H, editors. *Placement and Treatment of Mentally Disordered Offenders - Legislation and Practice in the European Union*. Lengerich (Germany): Pabst Scientific Publishers; 2005.
  33. Kallert TW, TORRES F, editors. *Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe. Legal Documents and Comparative Assessment of Twelve European Countries*. Frankfurt am Main (Germany): Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften; 2006.
  34. Mariño FM. *La protección de las personas y grupos vulnerables en el derecho europeo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.

• Recibido: 3-12-2009.

# Los vínculos psiquiátricos en la obra y vida de Cajal \*

## *The psychiatric links in the Cajal' work and life*

**Francisco López-Muñoz y Cecilio Alamo.**

Unidad de Neuropsicofarmacología, Dpto. de Farmacología,  
Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Madrid.

**Juan D. Molina.**

Unidad de Hospitalización, Hospital Psiquiátrico Doctor Lofora, Madrid.

**Resumen:** La trayectoria científica de Santiago Ramón y Cajal estuvo modulada por influencias procedentes desde el ámbito de la psiquiatría. Entre éstas cabe resaltar el contacto mantenido con el neuropsiquiatra Luis Simarro, quien le enseñó el método argéntico de Golgi, decisivo para sus futuros descubrimientos, o las corrientes psiquiátricas asociadas al fenómeno de la sugestión hipnótica, que ejercieron algún papel en las interpretaciones psico-fisiológicas del histólogo. Cajal se ocupó también del estudio de los mecanismos histo-fisiológicos de los procesos psíquicos superiores (pensamiento, inteligencia, memoria, percepción, etc.), según las corrientes científicas de la época, muy proclives a este tipo de interpretaciones. Cajal propuso a las células piramidales de la corteza cerebral, a las que denominó “células psíquicas”, como las candidatas para asentar el sustrato de estas funciones psicológicas superiores. Además, dedicó algunas publicaciones a la descripción de las alteraciones histopatológicas de los cerebros de pacientes esquizofrénicos. Desde el punto de vista clínico y anecdótico, Cajal fundó un Comité de Investigaciones Psicológicas en su época valenciana, en el que ejerció la terapéutica sofrológica, y abrió, durante algunos meses, una consulta de Neuropatología y Psiquiatría en su periodo madrileño. El legado de Cajal a la historia de la psiquiatría es doble; por un lado aportó una teoría que cambió la forma de entender el sistema nervioso, la teoría neuronal, y por otro, creó una escuela de psiquiatría que transformó definitivamente esta especialidad en España.

**Palabras clave:** Cajal, Psiquiatría, células psíquicas, teoría neuronal.

**Summary:** The scientific trajectory of Santiago Ramon y Cajal was modulated by originating influences from the scope of psychiatry. Between these, it is possible to emphasize the contact maintained with the neuropsychiatrist Luis Simarro, who taught the Golgi's silver-chromate method to him, decisive for its future discoveries, or the psychiatric currents associated to the phenomenon of the hypnotic suggestion, that they exerted

\* Este artículo está basado en una amplia trilogía titulada genéricamente “Cajal y la Psiquiatría Biológica” publicada por los autores en la revista *Archivos de Psiquiatría* entre 2007 y 2008 (López-Muñoz y cols., 2007a; 2007b; 2008a).



certain roles in the psycho-physiological interpretations of Cajal. He also took care of the study of the histo-physiological mechanisms of the higher mental functions (thought, intelligence, memory, perception, etc.), according to the scientific currents of the time, very inclined to this type of interpretations. Cajal proposed to the pyramidal cells of the cerebral cortex, to that it denominated “psychic cells”, as the candidates to seat the substrate of these superior psychological functions. Moreover, he dedicated some publications to the description of the histopathological alterations of the brains of schizophrenic patients. From the clinical and anecdotal point of view, Cajal founded a Committee of Psychological Investigations on its Valencian period, in that he exerted the relaxation therapy, and he opened, during some months, a Neuropathology and Psychiatry consultation in its Madrilénian period. The legacy of Cajal to the history of psychiatry is double; on the one hand, he postulated a theory that changed the form to understand the nervous system, the neuron theory; and by another one, he created a psychiatry school that transformed definitively this specialty in Spain.

**Key words:** Cajal, Psychiatry, psychic cells, neuron theory.

## Introducción

El máximo exponente de la medicina de laboratorio en España durante el último tercio del siglo XIX fue, sin duda, Santiago Ramón y Cajal (1852-1934), el gran artífice de la teoría neuronal. Precisamente en esta época tuvo lugar, en el ámbito de la psiquiatría europea, un proceso que se ha dado en llamar de “somatización de la enfermedad mental”, a través del cual la locura pasó a considerarse el producto de una lesión orgánica y no el resultado de anomalías en la esfera de las ideas o de las pasiones (Huertas, 1993). Estas corrientes neuropsiquiátricas, de base anatomoclínica y biologicista, ejercieron una gran influencia en el pensamiento científico de Cajal, sobre todo las de mayor calado neuropsicofisiológico. Pero la relación existente entre Cajal y la psiquiatría no se limita a esta influencia, sino que se trata de una relación estrecha, continuada durante toda la trayectoria profesional, académica y científica del histólogo, y con constantes vínculos de reciprocidad.

Entre las influencias recibidas por Cajal desde el ámbito de la psiquiatría, sobre todo en su primera época como investigador, cabe resaltar por su trascendencia el contacto mantenido con el psiquiatra Luis Simarro, quien le enseñó el método argéntico de Golgi, decisivo para sus futuros descubrimientos. También ejercieron algún

papel en las interpretaciones psicofisiológicas cajalianas ciertas corrientes psiquiátricas que alcanzaron gran desarrollo en las últimas décadas del siglo XIX, como todas las relacionadas con el fenómeno de la sugestión hipnótica. Posiblemente, el interés de Cajal por esta materia residiese en la posibilidad de emplearla como herramienta alternativa para el estudio de las funciones cerebrales. Asimismo, Cajal, a lo largo de su trayectoria académica, se ocupó del abordaje científico de algunos temas específicamente psiquiátricos, como las teorías del sueño y del ensueño, los mecanismos neurobiológicos implicados en ciertos procesos psíquicos, como la memoria, la percepción o el propio pensamiento, y la histopatología de algunos trastornos mentales, e incluso mantuvo un ejercicio clínico, escaso y esporádico, en el campo de la psicopatología. Por otro lado, el gran prestigio internacional de Cajal tras la concesión del Premio Nobel en 1906 hizo que, en torno a su figura, se fuese gestando una nutrida escuela de colaboradores y pupilos, entre los que destacaron de forma especial un grupo de psiquiatras que alcanzarían un enorme prestigio clínico y científico. Finalmente, podemos afirmar, sin lugar a error, que la doctrina neuronal de Cajal ejerció de “piedra angular” sobre la que se han construido, a lo largo del siglo XX, todas las disciplinas neurocientíficas, incluidas, por supuesto, la psiquiatría biológica.

## De cómo un psiquiatra influyó decisivamente en la trayectoria científica de Cajal

Luis Simarro y Lacabra (1851-1921) fue una destacadísima figura de la sociedad española de entresiglos, siendo considerado como un gran precursor de la neurología, la neurohistología y la psicología en España. Tras defender su Tesis Doctoral en 1876 y un breve periodo de ejercicio clínico en Madrid y Leganés (Moro y Villasante, 2001), Simarro inició, en 1880, un periodo de formación en París, donde adquirió su formación neurohistológica con los más destacados maestros de la época, entre ellos Louis Antoine Ranvier, catedrático de Anatomía en el Collège de France, quien le enseñó la técnica histológica del nitrato de plata, publicada por Camillo Golgi en 1873.

En 1887, durante su permanencia en Valencia como catedrático de Anatomía de la Facultad de Medicina (1883-1887), Cajal (Foto 1) fue nombrado juez de oposiciones a cátedras de Anatomía Descriptiva, por lo que hubo de trasladarse a Madrid. Con objeto de aprovechar, desde su interés científico, su estancia en la capital del Reino, efectuó una serie de visitas a distintos centros

donde se practicaban los estudios micrográficos. Entre otros, recuerda Cajal su visita “a cierto Instituto biológico no oficial, instalado en la calle de la Gorgera, en el cual trabajaban varios jóvenes médicos, entre ellos el Dr. D. Federico Rubio, y, sobre todo D. Luis Simarro, recién llegado de París y entregado al noble empeño de promover entre nosotros el gusto hacia la investigación” (Cajal, 1923). Simarro había organizado también un laboratorio privado, situado en la calle del Arco de Santa María, número 41, en el que se dedicó al estudio histopatológico de los trastornos del sistema nervioso, aplicando todas las novedades técnicas desarrolladas en el extranjero, gracias, en parte, a una fabulosa biblioteca neurológica. Precisamente en este laboratorio privado del psiquiatra valenciano fue donde Cajal tomó contacto con el proceder argéntico de Golgi, tan decisivo para su futura carrera histológica.

El propio Cajal recordaba posteriormente, en relación con esta visita: “Debo a L. Simarro, el afamado psiquiatra y neurólogo de Valencia, el inolvidable favor de haberme mostrado las primeras buenas preparaciones con el proceder del cromato de plata, y de haber llamado la aten-



Foto 1: Santiago Ramón y Cajal en el Laboratorio de Investigaciones Biológicas, junto a algunos de sus discípulos y personal auxiliar de la institución. Se puede observar como la mayor parte de los integrantes del grupo derivaron hacia el campo de la psiquiatría: Gonzalo Rodríguez Lafora (1), Domingo Sánchez, José Miguel Sacristán (2), Miguel Gayarre (3) y Nicolás Achúcarro (4). Francisco Tello. Fotografía publicada en *La Esfera*, en 1915.



ción sobre la excepcional importancia del libro del sabio italiano, consagrado a la inquisición de la fina estructura de la sustancia gris. Merece contarse el hecho, porque sobre haber tenido importancia decisiva en mi carrera, demuestra una vez más la potencia vivificante y dinámogena de las cosas vistas” (Cajal, 1923). El libro a que se refiere es el Tratado de Golgi titulado *Sulla fina anatomia degli organi centrali del sistema nervoso* (1886). Albarracín (1987) sintetiza este primer contacto de Cajal con Simarro en 1887 con estas palabras: “... ha bastado el azar de un minuto para que la escuela histológica española se ponga en marcha...”.

### Cajal y el estudio de la hipnosis sugestiva

El auge de las técnicas hipnóticas en el campo de la medicina tuvo lugar en la década de 1870, cuando el prestigioso patólogo francés Jean-Martin Charcot las aplicó al estudio de la histeria. La denominada Escuela de París, o de la Salpêtrière, encabezada por Charcot, consideraba al estado hipnótico, desde el punto de vista conceptual, como una especie de neurosis inducida, que podría servir como modelo experimental de estudio de las auténticas neurosis, especialmente de la histeria. Por el contrario, los seguidores de la Escuela de Nancy, representados fundamentalmente por Hippolyte-Marie Bernheim y Ambroise Auguste Liébaault, concedieron más protagonismo a la sugestión y a su posible uso terapéutico (Diéguez y Diéguez, 2002). Gracias, en gran parte, a la polémica confrontación científica entre estos dos grupos franceses durante la década de 1880, la psicoterapia hipnótica y sugestiva gozaba de gran actualidad a nivel internacional cuando Cajal era catedrático de Anatomía en Valencia. Cajal se mostró enormemente interesado por esta línea de investigación, decantándose por la concepción psicoterapéutica de Barnheim (Youssef y Schorer, 1996). Algunos autores apuntan que tal vez fuese Luis Simarro quien hubiese podido poner al tanto a Cajal de las nuevas corrientes francesas en relación con la hipnosis (Youssef y Schorer, 1996).

Durante este periodo valenciano, el histólogo llegó a fundar, con el objetivo de profundizar en el conocimiento de la sugestión hipnótica, un Comité de Investigaciones Psicológicas, que le

permitió obtener una elevada casuística de hipnosis y sugestión vigil, tanto en voluntarios sanos como de enfermos mentales y somáticos. Sin embargo, Cajal no llegó nunca a publicar los datos procedentes de estas investigaciones, salvo un caso obstétrico publicado en 1889 (*Dolores de parto considerablemente atenuados por la sugestión hipnótica*) (Cajal, 1889), posiblemente la primera comunicación científica internacional sobre esta materia. Algunos autores han postulado que el sujeto a que se refiere esta publicación era la propia mujer del histólogo, Silveria Fañanás, y en ella Cajal expondría su experiencia hipnótica en la atenuación de los dolores del parto, durante el alumbramiento de su sexto hijo (Durán y Alonso, 1960). Sin embargo, Youssef y Schorer (1996) confirman que esta aportación de Cajal al uso terapéutico del hipnotismo no tuvo absolutamente ninguna trascendencia científica, en tanto que la revista donde la publicó carecía de difusión internacional, y su descubrimiento no fue mencionado por ningún autor representativo de este campo en sus revisiones posteriores.

La verdadera atracción de Cajal por esta nueva ciencia parte, sin lugar a dudas, de su estrecha vinculación al estudio del cerebro. Desde esta perspectiva, consideraba que la sugestión hipnótica era un fallo aberrante de una máquina casi perfecta, como es el cerebro. La atracción de Cajal por la psicoterapia hipnótica sugestiva no se limitó a su época valenciana, ya que continuó con estos estudios durante toda su vida. Prueba de ello, es el manuscrito titulado *Ensayos sobre el hipnotismo, el espiritismo y la metapsíquica*, que pensaba mandar a la imprenta, según se deduce de su correspondencia con el editor Ramón Pueyo, pero antes le sorprendió la muerte. Además, la desgracia quiso que los originales inéditos se perdieran durante el transcurso de la Guerra Civil. Asimismo, el interés por el hipnotismo focalizó probablemente su atención hacia el estudio de las bases neuropsicobiológicas del sueño y de las ensoñaciones, otra “línea de trabajo” constante de la historia científica del histólogo.

### Cajal y el ejercicio clínico de la psiquiatría

Evaluar los conocimientos que Cajal poseía sobre las enfermedades mentales es una difícil y tal vez imposible tarea. Si nos referimos a su conocimiento de los aspectos clínicos y diagnós-

ticos, posiblemente estos fuesen escasos, máxime si tenemos en consideración el comentario de Emil Kraepelin en sus memorias, cuando relata que, con motivo de su viaje a España a principios de la década de 1920, visitó a nuestro Premio Nobel y que se quedó sorprendido de su falta de conocimiento por el desarrollo de la psiquiatría en Europa Central (López-Ibor y Fuentenebro, 2007). Por el contrario, si se trata de evaluar sus conocimientos sobre la etiopatogenia y la histopatología de estos trastornos, los hechos sean completamente diferentes. En numerosas publicaciones, Cajal se ocupa de los mecanismos fisiológicos de los procesos psíquicos, llegando a inferir implicaciones morbosas, mostrando un excelente conocimiento de las hipótesis y teorías más en boga propuestas por científicos europeos; incluso llegó a publicar algún estudio específico sobre alteraciones anatomopatológicas de pacientes esquizofrénicos. Otro ejemplo más de su vinculación psiquiátrica, son las cuatro sociedades científicas de este campo a las que perteneció el histólogo, generalmente designado como miembro honorario.

Puede afirmarse que el Comité de Investigaciones Psicológicas que fundó Cajal durante su época valenciana, junto a algunos contertulios del Casino de Agricultura, y con domicilio social en la propia casa del histólogo, fue una auténtica consulta de psiquiatría. En esta consulta se dedicó al estudio científico de una modalidad de psicología mórbida, que él calificaba como fenómenos de sugestión y sonambulismo artificial. Entre los logros conseguidos a nivel terapéutico destaca “la transformación radical del estado emocional de los enfermos; la restauración del apetito en histeroepilépticas inapetentes y emenciadísimas; la curación, por simple mandato, de diversas especies de parálisis crónicas de naturaleza histérica; la cesación brusca de ataques de histerismo con pérdida del conocimiento; el olvido radical de acontecimientos dolorosos y atormentadores; la abolición completa de los dolores del parto en mujeres normales; en fin, la anestesia quirúrgica, etc.” (Cajal, 1923). Los éxitos clínicos logrados por Cajal mediante estas herramientas psicológicas fueron de tal trascendencia que, según recuerda el histólogo, “a mi consulta acudían enjambres de desequilibrados y hasta de locos de atar”. Una

vez recogidos todos los datos que, desde el punto de vista científico, interesaron al investigador, el Comité de Investigaciones Psicológicas fue clausurado.

Otro aspecto menos conocido de Cajal, y del que existe escasísima información, es su actividad privada específicamente clínica. Durante su época de catedrático en Madrid, abrió Cajal en 1906, el año de la concesión del Premio Nobel, una consulta de Neuropatología y Psiquiatría, aunque parece ser que sin mucho éxito, ya que la cerró al cabo de 10 meses. Tuvo Cajal únicamente 26 pacientes, según consta en sendos volúmenes existentes en la biblioteca Urioste - Ramón y Cajal, con el rótulo en sus lomos de “Consulta de Neuropatología del doctor Cajal”. Con algunos de estos pacientes volvió a ensayar Cajal las técnicas hipnóticas empleadas durante la época del Comité (Durán y Alonso, 1960).

### Los trabajos psicológicos y psiquiátricos de Cajal

Aunque algunos autores afirman que las preferencias de Cajal como investigador no pasaban por el campo de la psiquiatría (López-Ibor y Fuentenebro, 2007), este apunte precisa de algunas matizaciones, pues entre su producción bibliográfica nos encontramos con 6 publicaciones específicas de este campo, que ascienden a 14 si adicionamos las versiones internacionales de algunos de estos trabajos, publicadas fundamentalmente en revistas alemanas, y otros trabajos de carácter histológico en los que el autor dedica apartados especiales a temas del ámbito que nos ocupa, como la publicación de la *Croonian Lecture*.

A esta producción habría que sumar 3 manuscritos pendientes de publicación, de los que se tiene constancia que Cajal había terminado de redactar antes de su fallecimiento, pero que no vieron la imprenta y desaparecieron durante la Guerra Civil (Durán y Alonso, 1983), y 5 prólogos de libros, en los que trata aspectos psiquiátricos/psicológicos. Independientemente de estos documentos, Cajal recurría de forma habitual a las revistas de la esfera psiquiátrica para publicar sus trabajos de investigación (López-Muñoz y cols., 1996). Con todo este cuerpo documental, podemos afirmar que el interés de Cajal por los



temas psiquiátricos no era escaso, y, de hecho, su producción escrita en este ámbito es incluso mayor que la de algunos de sus más prestigiosos discípulos psiquiatras.

Los tres grandes temas del ámbito psiquiátrico de los que se ocupó específicamente Cajal fueron el postulado de hipótesis sobre los mecanismos del sueño, el estudio de los mecanismos celulares de los procesos psíquicos (López-Muñoz y cols., 2008 b) y el análisis histopatológico de algunos trastornos neuropsiquiátricos.

### Las teorías sobre el sueño

El interés de Cajal por escudriñar los mecanismos neurobiológicos del sueño y de las ensueños tal vez constituya una proyección de sus investigaciones sobre el hipnotismo. En 1908 publicó el histólogo, en la *Revista Cajal de Medicina y Cirugía de la Facultad de Madrid*, un artículo titulado *Las teorías sobre el ensueño*. Este trabajo parecía ser el primero de una serie de artículos que, por diversas circunstancias, no tuvo continuación. En este trabajo se centra en las percepciones y alucinaciones visuales del ensueño, recurriendo a autoexploraciones, mediante un proceder que denomina “método de introspección” (Cajal, 1908). Las conclusiones de la autoexperimentación mediante este método son las siguientes:

- a. La alucinación visual del sueño posee el mismo relieve que la sensación misma.
- b. El color de la alucinación visual puede alcanzar la misma riqueza de tonos que la realidad exterior.
- c. La forma de la proyección mental sufre grandes fluctuaciones durante el sueño.
- d. El campo de imagen del ensueño es fijo, no variando en relación con movimientos de los ojos o de la cabeza.
- e. El brillo de los colores desaparece antes de despertar, tornándose en tonos grisáceos;
- f. Los objetos visualizados pueden no corresponder a eventos reales, sino ser una mezcla heterogénea de muchos recuerdos sensoriales reales (Cajal, 1908). Aunque en el texto hace mención a la exposición de las teorías neurofisiológicas de estos fenómenos, pare-

ce que éstas se expondrían en una publicación de continuación que jamás llegó a ver la luz, pues este artículo concluye con un “(continuará)”.

Además de este artículo y de su no publicada continuación, Cajal parecía tener la intención de publicar un libro sobre “el sueño y los fenómenos del ensueño”, pero no llegó a hacerlo, a pesar de los numerosos datos recopilados en un manuscrito que también se perdió durante la Guerra Civil. Sin embargo, parte de sus ideas sobre esta materia se salvaron gracias a su correspondencia y, sobre todo, al interesante prólogo que dedicó a una obra de poesía del escritor Marcos Zapata. En esta carta-prólogo trata Cajal de ofrecer una explicación neurofisiopsicológica de los sueños: “... cuando dormimos no descansa el sujeto por entero, sino aquella parte del cerebro que se fatigó durante el trabajo de la vigilia; los barbechos cerebrales, es decir, las células donde están grabadas las imágenes inconscientes, velan y se exaltan rejuveneciéndose con el ejercicio hecho a hurtadillas de la conciencia... Y como muchas operaciones cerebrales diurnas ponen en acción y fatigan grupos de células esparcidas por todo el cerebro, y muy especialmente aquellas a cuyo cargo corre la más alta de las actividades mentales, o sea la facultad crítica, constantemente alerta al hablar y al escuchar, de ahí que la mayoría de los ensueños constan de retazos de ideas sin ilación o estrambóticamente ensambladas, algo así como un monstruo absurdo sin proporciones, armonía ni razón” (Cajal, 1902).

Cajal también estudió las distintas teorías sobre este asunto, tan en boga durante su época, y especialmente los postulados de Sigmund Freud, con los que discrepaba abiertamente y quizá de una forma un tanto trivial. De hecho, en una carta dirigida a su amigo Gregorio Marañón, y recogida por Durán y Alonso (1960), comenta Cajal, en relación con los planteamientos freudianos sobre los sueños: “... estimo como mentiras colectivas el psicoanálisis y la teoría de los ensueños de Freud; casi todos los hechos del sabio vienés pueden explicarse por la sugestión individual o colectiva. De esto hablaré si consigo vivir lo bastante para redactar otro libro sobre el ensueño”. Posiblemente, estas diferencias en la interpretación de los fenómenos relacionados

con el sueño entre los dos científicos no son sino la prolongación de sus planteamientos metodológicos; interpretación puramente fisiológica en el caso de Cajal y mental en el caso de Freud.

### Los mecanismos íntimos de los procesos psíquicos

Las primeras aproximaciones de Cajal al estudio de los mecanismos histológicos de las funciones psíquicas hay que situarlas en su periodo barcelonés (1887-1892). En los últimos años de su estancia en la Barcelona, Cajal impartió una serie de conferencias en la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, que luego fueron publicadas por la *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona* bajo el título de *El nuevo concepto de la histología de los centros nerviosos* (1892). En este trabajo, Cajal se hace eco de un tema muy debatido en la época de entresiglos, que entroncaba con las corrientes científicas reduccionistas, como es la localización anatómica (o histológica, en este caso) de las funciones psicológicas superiores. Desde este punto de vista puramente mecanicista, el lugar adecuado para localizar estas funciones es para Cajal, y para muchos otros neurocientíficos, la corteza cerebral, de forma que cada célula individual, en el sistema nervioso periférico, tendría una representación específica en una célula cortical (Køppe, 1983). Del mismo modo, Cajal propone en esta publicación a las células piramidales de la corteza cerebral como las candidatas idóneas para asentar el sustrato de las funciones psicológicas superiores (pensamiento, percepción, memoria) (Cajal, 1892). De hecho, las contempla como una de las más importantes estructuras del sistema nervioso humano y les aplica el calificativo de “células psíquicas”.

En su *Croonian Lecture* de la Royal Society of London (18 de marzo de 1894), Cajal también se ocupó de este tema y abordó algunas interpretaciones fisisicológicas de sus descubrimientos histológicos. En esta conferencia, publicada en el número 55 de los *Proceedings of the Royal Society London* de ese mismo año, Cajal especula con la posibilidad de un fenómeno de plasticidad neuronal en la corteza y lo relaciona con el proceso del aprendizaje y el desarrollo de capacidades intelectuales, artísticas, etc. (Cajal, 1894). El eje fundamental de sus hipótesis fue el

incremento en el número de conexiones entre las neuronas de la corteza cerebral, fundamentalmente de las células piramidales, a las que volvió a denominar “células psíquicas” (Foto 2). Sin embargo, en contra de los postulados reduccionistas más estrechos, Cajal propone su ley del alud nervioso o de la avalancha de conducción.

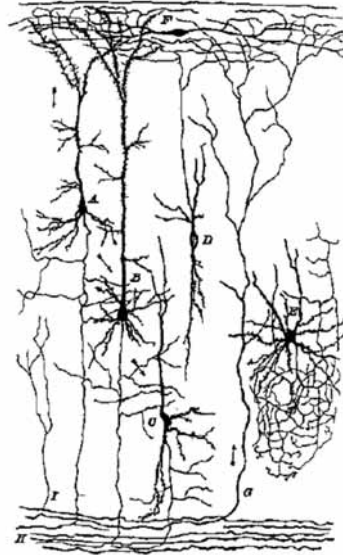


Foto 2: Una de las seis figuras utilizadas por Cajal para ilustrar su *Croonian Lecture* (1894). Las flechas de la figura muestran la dirección del impulso nervioso llegando a la corteza cerebral desde las fibras aferentes de la sustancia blanca (G), pasando, en primer lugar por las dendritas apicales de las células piramidales y después por las conexiones entre células por las colaterales horizontales de estas células piramidales, a las que denominó “células psíquicas”.

Así, las impresiones sensoriales, por ejemplo, constituirían unidades elementales o “unidades de impresión” que se registran en células corticales individuales, aunque las impresiones sensoriales son registradas por cientos de células y cientos de veces, que, además, establecen cientos de conexiones corticales. Según Cajal, una unidad de impresión sería “el movimiento simple recogido, durante la impresión sensorial, por un solo cono o bastoncito retiniano o por una célula ciliada del caracol” (Cajal, 1895). Estos nuevos planteamientos se acercan más a las corrientes psicológicas del asociacionismo. Precisamente, la teoría neuronal de Cajal permite establecer un nexo entre asociacionistas y localizacionis-



tas, cuando el histólogo afirma que la “unidad de impresión” es almacenada en una neurona. De esta forma, la secuencia es clara: una unidad, una neurona y cada neurona conectada con otras para generar ideas mediante las fibras de asociación (Koppe, 1983).

En 1896, Cajal publica su primer trabajo donde se ocupa específicamente de estos temas (*Interpretaciones conjeturales sobre algunos puntos de histo-fisiología neurológica*), y donde comenta que gracias a sus descubrimientos sobre la estructura histológica de los centros nerviosos, los psicólogos han comenzado a tomar nota “a fin de esclarecer el mecanismo de los actos psíquicos... El sistema nervioso constaría, pues, de un sinnúmero de conciencias, tantas como células”, aunque existiría “una cerebral, superior y autócrata de todas las demás”. Así, “lo que llamaríamos el *yo*, o el sujeto, no sería otra cosa que la conciencia cerebral, la cual ignora, como exterior que es, el *yo* consciente de todas las individualidades gangliónicas subordinadas” (Cajal, 1896).

La pasión del histólogo por estos temas alcanzó tal grado en la década de 1890 que, como discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina, en 1898, pensó en dictar como tema el titulado “Las inducciones fisiológico-psicológicas que se derivan de las investigaciones histológicas recientes”. Afortunadamente, consideró a tiempo este tema como “incompleto y prematuro” y se decantó por otro puramente histológico (Valenciano, 1983). El texto de este primer discurso nunca se publicó y se da hoy por perdido. Sin embargo, Cajal volvió sobre este particular en el Prólogo al libro del catedrático de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Madrid, Tomás Maestre Pérez, *Introducción al estudio de la Psicología Positiva*, fechado el 22 de abril de 1904. En este texto, Cajal asocia el mayor desarrollo intelectual con la riqueza y excelencia de las asociaciones neuronales en el encéfalo. Sin embargo, hipotetiza con la sede biológica íntima (el “*substratum material*”) del “factor dinámico... que tiene por misión estimular y sostener la combustión en el horno del pensamiento para la forja de... conceptos superiores”.

La sede celular de este principio misterioso (“llámese alma, voluntad, actividad, energía, etc.”)

radicaría, según conjeturas del histólogo, en alguno de los dos tipos de células de la corteza cerebral, a saber, “las pirámides o células de axón largo, y los corpúsculos de axón corto” (Cajal, 1904). A pesar de estas conjeturas, Cajal era consciente de las limitaciones existentes en su tiempo para poder aclarar fehacientemente estos mecanismos íntimos de los procesos psíquicos, así como el “*substratum del espíritu*”, por lo que comenta: “Hoy por hoy, fuerza es confesar que... la fisiología cerebral del entendimiento y la voluntad continua siendo el enigma de los enigmas... Los procesos más importantes, a saber: la memoria, la asociación, la conciencia, las operaciones lógicas, la imaginación, la totalidad sentimental; todo, en fin, lo más íntimo y trascendental de la vida psicológica, permanece en la sombra” (Cajal, 1904).

Desde mediados de la década de 1900, coincidiendo con la concesión del Premio Nobel, comenzó a declinar el interés de Cajal por los temas psicológicos, tal vez por que, al contrario de los fehacientes hechos contrastados en sus publicaciones morfológicas, sus postulados psicofisiológicos quedaban siempre en el ámbito de las conjeturas y de las arriesgadas hipótesis (López-Muñoz y cols., 2008b).

## 8. Estudio histopatológicos de los trastornos neuropsiquiátricos

Entre los últimos trabajos científicos de Cajal se encuentra un estudio histopatológico del cerebelo de un paciente esquizofrénico, publicado en 1926, en francés, en la revista *Travaux du Laboratoire de Recherches Biologiques de l'Université de Madrid*. Las muestras del paciente (de 65 años de edad), diagnosticado según los criterios kraepelianos en vigor durante esa época, de “demencia precoz” (complicada con uremia), fueron remitidas desde el Manicomio de Ciempozuelos. Cajal describe una serie de lesiones de la estructura histológica cerebelosa, pero es prudente a la hora de efectuar conclusiones: “no creemos que tales lesiones se relacionen etiológicamente con la demencia precoz... Hemos de considerarlas como efecto de complicaciones ocurridas en el curso de la enfermedad, susceptibles de presentarse en otros estados morbosos” (Cajal, 1927).

También en este último periodo de su actividad científica, Cajal hizo algunas contribuciones al conocimiento, mediante técnicas de impregnación argéntica, de las alteraciones histológicas de la neuroglia en casos de parálisis general progresiva (Cajal, 1925), y perfeccionó un método de tinción (mediante formolcloruro y plata amoniaca) para destacar las células de glía y microglia en estudios patológicos de casos de parálisis general progresiva (Cajal, 1926).

### 9. La escuela psiquiátrica de Cajal

El prestigio científico alcanzado por Cajal, sobre todo después de la concesión del Premio Nobel en 1906 constituyó un auténtico imán que atrajo a una pléyade de alumnos que deseaban formarse como investigadores junto al maestro. De esta forma, desde el inicio de la década de 1910, comenzó a gestarse la denominada Escuela Neurohistológica de Cajal (Valenciano, 1977). Sin embargo, es preciso mencionar que entre sus discípulos, el grupo más numeroso de profesionales, excluyendo los propios histólogos e histopatólogos, fue el de psiquiatras (Peset, 1961) (Foto 3). Entre éstos hay que destacar a



Foto 3: Santiago Ramón y Cajal en su Laboratorio de la Universidad de Valencia, en 1887, época en la comenzó a interesarse por los temas relativos a la sugestión hipnótica.

Nicolás Achúcarro, Gonzalo Rodríguez Lafora, José Miguel Sacristán, Miguel Gayarre, José María Villaverde, Luis Fortún, Miguel Prados Such, Nicolás Ramón López Aydillo, Ramón Rodríguez Somoza o Francisco Llavero. A pesar de esto, la denominación “escuela psiquiátrica de Cajal” puede resultar, tal vez, poco concreta, teniendo en cuenta que la influencia cajaliana es, de hecho, culturalmente más extensa. Siguiendo este planteamiento, algunos autores, como Ramón Sarró, han calificado a estos psiquiatras como la “generación psiquiátrica próxima a Cajal”. Lamentablemente, esta escuela no llegaría a alcanzar toda la relevancia que apuntaba por varios motivos, entre los que cabe destacar el desastre de la Guerra Civil, que impidió la consolidación de la misma, algunos de cuyos integrantes perdieron la vida (Villaverde), otros se condenaron al exilio (Lafora, Prados Such) y un grupo aún mayor fue depurado y recluido al ostracismo interior a (Sacristán, López-Aydillo).

Pero el papel de Cajal no solamente hay que circunscribirlo al ámbito puro de la docencia directa, sino que va mucho más allá, al promover las medidas políticas necesarias para implementar un sistema de formación internacional para profesionales aventajados. Estas acabaron de fraguar en 1907, con la creación, por Real Decreto de 11 de enero, de la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas (JAE) a iniciativa del ministro Amalio Gimeno, bajo la presidencia del propio Cajal. Con la cobertura económica de la JAE, un selecto grupo de psiquiatras españoles pudo formarse en el extranjero, fundamentalmente en los centros alemanes y suizos, junto a figuras de la talla de Emil Kraepelin o Alois Alzheimer. Entre ellos puede mencionarse, entre los discípulos psiquiatras de Cajal, a Achúcarro, Sacristán, Lafora, Villaverde, Fortún, Prados y Rodríguez Somoza. Tras su regreso a España, todos estos psiquiatras fueron configurando una escuela española de neuropsiquiatría de gran prestigio internacional (Gracia, 1971).

De entre todos los discípulos psiquiatras de Cajal destaca, como han hecho ver numerosos autores, la figura de Nicolás Achúcarro, en tanto que pionero de la psiquiatría española y maestro, a su vez, de la denominada por Sarró “generación próxima a Cajal”. Achúcarro, considerado como el sucesor natural de Cajal por su trayecto-



ria, formación y aptitudes, es el eslabón imprescindible entre Cajal y su escuela psiquiátrica. Nicolás Achúcarro Lund (1880-1918) nació en Bilbao en el seno de una familia de gran tradición intelectual y fue discípulo, en su juventud, de Miguel de Unamuno, en el Instituto Vizcaíno de Bilbao. Tras licenciarse en Medicina en la Universidad de Madrid, Achúcarro adquirió una sólida formación científica en los más prestigiosos centros internacionales entre 1904 y 1910 (el Hospital de La Salpêtrière de París con Pierre Marie, la Clínica de la Pitie con Joseph Babinski, en Florencia con Ernesto Lugaro y Eugenio Tanzi, y en Munich con Emil Kraepelin y Alois Alzheimer). A propuesta de Alzheimer, fue elegido en 1908 por el gobierno norteamericano para organizar y dirigir el Departamento de Anatomía Patológica del Manicomio Federal de Washington (Government Hospital for the Insane). Desde este puesto, Achúcarro describió en primer caso de enfermedad de Alzheimer en Norteamérica, sexto caso recogido en la literatura mundial (García-Albea y Pérez, 2003). Tras dos años de estancia en Estados Unidos, volvió en 1910 a España (Cano, 1956; Valenciano, 1977), donde tomó contacto con Cajal, quién lo incorporó al personal de su cátedra. En 1912 es nombrado, a propuesta de Cajal, director del Laboratorio de Histología Normal y Anatomía Patológica de la JAE. Entre las aportaciones científicas de Achúcarro hay que destacar la interpretación del papel funcional de las llamadas “células en bastoncito”, cuya significación era muy discutida en su época (Cano, 1956). Duran y Alonso (1960) apuntan que, “de haber vivido, Achúcarro es el único que, probablemente, hubiera podido llenar el hueco dejado por el maestro”. Sin embargo, cuando su actividad docente e investigadora comenzaba a adquirir una enorme trascendencia, Achúcarro murió en sus tierras vascas, en Neguri, al parecer de un linfoma de Hodgkin, a la edad de 38 años. El impacto de la muerte de Achúcarro motivó la publicación, en el *Boletín de la Sociedad Española de Biología* (1919), de un artículo necrológico por parte de Cajal, el único de estas características que publicaría en su vida, pues su relación fue más próxima a la amistad que al contacto académico. En él se puede apreciar el afecto que sentía por Achúcarro: “... su haber potencial superaba con mucho al actual... Poseía el raro don de captar corazo-

nes... Reunía la honrada laboriosidad del vascongado, la disciplina metódica del alemán, y la fina y comprensiva crítica del inglés... Lo único que puede consolarnos de su prematura desaparición es que, para honra de la patria y esperanza de la renaciente ciencia española, nos dejó hijos espirituales capaces de proseguir su obra y de rendirle perenne justicia” (Cajal, 1919).

### La teoría neuronal de Cajal

El gran legado de Cajal a la historia de la psiquiatría biológica es, a pesar de parecer obvio, su producción científica, que podríamos condensar, a riesgo de resultar extremadamente reduccionistas, en el postulado y consolidación de la teoría neuronal (López-Muñoz y cols., 2006). Los descubrimientos que permitieron postular a Cajal las bases de la teoría neuronal tuvieron lugar en el año 1888 (López-Muñoz y cols., 1997; 2006), durante la etapa barcelonesa del histólogo, pues durante el mismo pudo demostrar por primera vez que la relación entre las células nerviosas no era por continuidad, sino por contigüidad (“ley del contacto pericelular” de Cajal) (Cajal, 1888). Cajal sería, pues, el primer autor que aportaría evidencias morfológicas indiscutibles acerca de la teoría de la libre terminación de las neuronas, gracias, básicamente, a la conjunción de dos hechos de vital importancia: el proceder de la doble impregnación, resultante del perfeccionamiento del método cromo-argéntico de Golgi, y el método ontogénico, basado en la utilización de material embriológico (López-Muñoz y cols., 2006). Para difundir sus incipientes descubrimientos, Cajal editó, por cuenta propia, la *Revista Trimestral de Histología Normal y Patológica*, en cuyo primer número, de primero de mayo de 1888, publicó este acontecimiento histórico (Cajal, 1888). En esta publicación, concluye rotundamente Cajal: “Cada célula nerviosa es un cantón fisiológico absolutamente autónomo”. En 1892, el mismo año en que se trasladó a Madrid como catedrático de Histología de la Universidad Central, Cajal propuso otra de sus más importantes aportaciones a la construcción de la teoría neuronal, las “leyes de la polarización dinámica” de las neuronas, esto es, su interpretación fisiológica del funcionalismo neuronal en términos de circuitos de transmisión de la información, de forma que esta información se vehiculizaría

desde las dendritas al soma, y de aquí al axón (“conducción axípeta”), que transmitiría la información eléctrica a la siguiente neurona (“conducción somatófuga o dendrífuga”) (Cajal, 1892).

Durante los años siguientes, hasta la concesión del Premio Nobel en 1906, la teoría neuronal fue difundiendo y consolidándose entre la comunidad científica internacional. Además, durante el primer tercio del siglo XX, diversos procedimientos experimentales, así como observaciones de naturaleza histopatológica y, sobre todo, neurofisiológica, ayudaron a consolidar la doctrina neuronal, que acabaría siendo definitivamente habilitada con la observación morfológica de las sinapsis, mediante las técnicas de microscopía electrónica, en la década de 1950 (López-Muñoz y cols., 2006). En la década siguiente se plantearon las primeras hipótesis etiopatogénicas de carácter neurobiológico de los trastornos mentales, la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia o la hipótesis monoaminérgica de los trastornos afectivos. Pero hay que tener presente en todo momento que estos significativos descubrimientos fueron factibles gracias a la teoría de la independencia neuronal que formuló Cajal a finales del siglo XIX, y sólo se pueden entender desde esa perspectiva (López-Muñoz y cols., 2006).

## Epílogo

Cajal posiblemente sea, por el volumen, significado y trascendencia de su obra, el más relevante

neurocientífico de la historia, cuyas aportaciones revolucionaron todas las disciplinas que actualmente integran el amplio abanico de las neurociencias. Su legado, en el campo específico de la psiquiatría, es doble; por un lado creó una escuela que, en el caso concreto de España, permitió que la psiquiatría adquiriera rango cabal de disciplina científica, y por otro, aportó una teoría que cambió la forma de entender el sistema nervioso, la teoría neuronal, y que permitió el nacimiento de la psiquiatría biológica, tal y como hoy la conocemos. Además, esta doctrina presenta una notable peculiaridad: cien años después del discurso ante los representantes de la Academia Sueca tras la concesión del Premio Nobel, la mayor parte de los postulados expuestos por Cajal continúan manteniendo una vigencia científica particularmente asombrosa, que ha hecho de este autor el científico clásico más citado de la historia.

Como conclusión, y aún teniendo en cuenta que el ejercicio clínico de la psicopatología es un aspecto anecdótico en la trayectoria profesional de Cajal, podemos retomar las palabras de Richard Jung cuando apuntaba que “Cajal, que no fue clínico ni médico práctico, ha contribuido más a la comprensión del sistema nervioso, y por tanto a la investigación fundamental de las enfermedades nerviosas, que muchos neurólogos y psiquiatras cuyas investigaciones se hicieron a la cabecera del paciente” (Jung, 1992).

### Correspondencia

Juan de Dios Molina

Unidad de Hospitalización, Hospital Psiquiátrico Doctor Lafora, Madrid

correo electrónico: candrader@medynet.com

## Referencias bibliográficas

1. Albarracín A. El Dr. Simarro y la escuela histológica española. Investigaciones psicológicas: los orígenes de la psicología científica en España. *Rev Fac Psicol Univ Complut Madr* 1987;4:99-114.
2. Cajal SR. Estructura de los centros nerviosos de las aves. *Rev Trim Histol Norm Patol* 1888;1:1-10.
3. Cajal SR. Dolores del parto considerablemente atenuados por la sujestión hipnótica. *Gaceta Méd Catal* 1889;12:484-6.



4. Cajal SR. El nuevo concepto de la histología de los centros nerviosos. *Rev Cienc Méd Barc* 1892;18:457-76.
5. Cajal SR. Estructura íntima de los centros nerviosos. *Rev Cienc Méd Barc* 1894;20:145-60.
6. Cajal SR. Algunas conjeturas sobre el mecanismo anatómico de la ideación, asociación y atención. *Rev Med Cirug Práct* 1895;36:497-508.
7. Cajal SR. Interpretaciones conjeturales sobre algunos puntos de histo-fisiología neurológica. *Bibliot Cienc Mod* 1896;3:79-92.
8. Cajal SR. Prólogo. En: Zapata M. Poesías. Madrid: Librería de Fernando Fé; 1902.
9. Cajal SR. Prólogo (1904). En: Maestre T. Introducción al estudio de la psicología positiva. Madrid: Librería-Editorial Bailly-Baillière e Hijos; 1905.
10. Cajal SR. Las teorías sobre el ensueño. *Rev Cajal Med Cirug Fac* Madrid 1908; año III (14/15): 87-98.
11. Cajal SR. Nicolás Achúcarro. *Bol Soc Esp Biol* 1919;7:1-6.
12. Cajal SR. Recuerdos de mi vida. Historia de mi labor científica (3ª edición). Madrid: Imprenta de Juan Pueyo; 1923.
13. Cajal SR. Contribution à la connaissance de la néuroglie cérébrale et cérébelleuse dans la paralysie générale progressive. *Trav Lab Rech Biol Univ Madrid* 1925;23:157-216.
14. Cajal SR. Algunas precisiones sobre el proceder de formolbromuro y plata amoniacal, para la coloración de la glía y microglia patológica, singularmente de la parálisis general. *Bol Soc Esp Biol* 1926;11:111-5.
15. Cajal SR. Algunas lesiones del cerebelo en un caso de demencia precoz. *Bol Soc Esp Biol* 1927;12:5-10.
16. Cano P. Nicolás Achúcarro. En XV Congreso Internacional de Historia de la Medicina, Alcalá, septiembre 1956. Madrid: Laboratorios Boizot, 1956.
17. Diéguez J, Diéguez A. Sobre la introducción del hipnotismo en España: la recepción de los planteamientos de las escuelas francesas. *Cuad Psiquiatr Comunitaria* 2002;2:107-23.
18. Durán G, Alonso F. Cajal. Tomo I: Vida y Obra. Zaragoza: Institución Fernando El Católico; 1960.
19. Durán G, Alonso F. Cajal. Escritos inéditos (2ª edición). Barcelona: Editorial Científico-Médica; 1983.
20. García-Albea E, Pérez JM. The Spanish school of neurology and the first American cases of Alzheimer's disease. *J Hist Neurosci* 2003; 12:437-45.
21. Gracia D. Medio siglo de psiquiatría española: 1885-1936. *Cuad Hist Med Esp* 1971;10:305-39.
22. Huertas R. El saber psiquiátrico en la segunda mitad del siglo XIX: la somatización de la enfermedad mental. *Historia16* 1993;18 (211):66-73.
23. Jung R. Some European Neuroscientists: A Personal Tribute. En: Worden FG, Swazey JP, Adelman G, eds. The neurosciences: Paths of discovery, Vol. 1. Boston: Birkhauser; 1992, pp. 477-511.
24. Koppe S. The psychology of the neuron: Freud, Cajal and Golgi. *Scand J Psychol* 1983;24:1-12.
25. López-Ibor JJ, Fuentenebro F. Historia de la psicopatología en España. En: López-Muñoz F, Alamo C, eds. Historia de la Psicofarmacología, Tomo III: La consolidación de la psicofarmacología como disciplina científica: aspectos ético-legales y perspectivas de futuro. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2007, pp. 1881-909.
26. López-Muñoz F, Calvo JL, Boya J. Algunas consideraciones sobre Cajal y la paternidad de la teoría neuronal. *Psiquiatr Biol* 1997;4:33-4.
27. López-Muñoz F, Carbonell AL, Boya J. Aprox. a la producción científica de Cajal desde una perspectiva bibliométrica. *Arch Neurobiol* 1998; 61:41-66.
28. López-Muñoz F, Boya J, Alamo C. Neuron theory, the cornerstone of neuroscience, on the centenary of the Nobel Prize award to Santiago Ramón y Cajal. *Brain Res Bull* 2006;70:391-405.
29. López-Muñoz F, Rubio G, Molina JD, et al. Cajal y la Psiquiatría Biológica: Influencias procedentes del ámbito psiquiátrico en la trayectoria científica de Cajal. *Arch Psiquiatr* 2007a;70:25-42.
30. López-Muñoz F, Rubio G, Molina JD, et al. Cajal y la Psiquiatría Biológica: Actividades profesionales y trabajos científicos de Cajal en el campo de la psiquiatría. *Arch Psiquiatr* 2007b;70:83-104.
31. López-Muñoz F, Rubio G, Molina JD, et al. Cajal y la Psiquiatría Biológica: El legado psiquiátrico de Cajal (una teoría y una escuela). *Arch Psiquiatr* 2008a;71:50-79.

32. López-Muñoz F, Alamo C, Rubio G. The neurobiological interpretation of the mental functions in the work of Santiago Ramón y Cajal. *Hist Psychiatry* 2008b;19:5-24.
33. Moro A, Villasante O. La etapa de Luis Simarro en el manicomio de Leganés. *Frenia* 2001;1:76-119.
34. Peset Llorca V. Una introducción a la historia de la psiquiatría en España. *Med Clin* 1961;3:369-79.
35. Valenciano L. El Doctor Lafora y su época. Madrid: Ediciones Morata; 1977.
36. Valenciano L. Cajal (recuerdos y reflexiones de uno de sus últimos alumnos). *Arch Neurobiol* 1983;46:272-81.
37. Youssef I, Schorer CE. Ramón y Cajal and hypnosis. Comunicación presentada al X World Congress of Psychiatry. Madrid; Agosto, 1996.

**Tabla:** Cronología básica de la vida de Cajal

1852	1-mayo	Nacimiento de Cajal (Petilla de Aragón, Navarra).
1873	25-junio	Licenciado por la Facultad de Medicina de la Universidad Literaria de Zaragoza.
1874		Participa en la Guerra de Cuba, como capitán médico.
1875	10-noviembre	Ayudante interino de Anatomía de la Escuela de Medicina de Zaragoza.
1877		Inicia sus estudios histológicos.
	28-abril	Profesor auxiliar interino de la Facultad de Medicina oficial de Zaragoza.
	3-julio	Doctor en Medicina y Cirugía.
1879	18-marzo	Director de Museos Anatómicos de la Facultad de Medicina de Zaragoza.
1883	5-diciembre	Catedrático de Anatomía general y descriptiva de la Universidad de Valencia.
1887	2-diciembre	Catedrático de Histología normal y Anatomía patológica de la Universidad de Barcelona.
1888		Primeros trabajos neurohistológicos. Modificación del método de Golgi ("proceder de la doble impregnación"). Año clave en la génesis de la teoría neuronal.
1892	10-febrero	Catedrático numerario de Histología e Histoquímica normales y Anatomía patológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid.
1897		Elegido miembro de la Real Academia de Medicina.
1898	12-agosto	Desastre colonial español. Cajal abandona temporalmente sus trabajos de investigación y se enrola en el movimiento regeneracionista.
1900		Director del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII.
1901		Se crea el Instituto de Investigaciones Biológicas, bajo la dirección de Cajal.
1904		Concluye su obra magna: <i>Textura del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados</i> .
1906	25-octubre	Premio Nobel de Fisiología y Medicina.
1907		Acepta la presidencia de la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas.
1922	5-mayo	Jubilación, a la edad de 70 años.
1932		Se inaugura el Instituto Cajal.
1934	17-octubre	Fallece Cajal en Madrid.

Modificada de López-Muñoz y cols. (1998).

• Recibido: 12-12-2009.



## Ricardo Bueno Ituarte (1904-1956), un desconocido neuropsiquiatra guipuzcoano

Antonio Bueno Errandonea

Médico de Familia.

Centro de Salud Beraun-Errenteria. Osakidetza.

Bueno Ituarte ha sido una de las figuras menos estudiada dentro de la neuropsiquiatría. Una figura olvidada por los pocos que tuvieron referencias de él, desconocida por la gran mayoría y silenciada por la familia que respetó sus propios deseos de olvidar y no alimentar rencores que pudieran afectar a generaciones venideras.

El recuerdo que quedó de Bueno Ituarte fue el de su trágico final, el suicidio. Este acto eclipsó toda su trayectoria personal y profesional. Pensamos que ha llegado ya el momento de indagar en el pasado, dar a conocer su vida personal, profesional y científica con el objetivo de dotarlo de existencia, todavía hoy en día, reconociendo sus aportaciones a la neuropsiquiatría y rindiéndole un homenaje que probablemente no tuvo.

Bueno Ituarte nació en Motrico (Guipúzcoa) el 28 de marzo de 1904. Hijo del médico titular, Raimundo Bueno Ramírez, realizó sus primeros estudios en Motrico. En 1912 y coincidiendo con el nombramiento de su padre como director del sanatorio antituberculoso de Nuestra Señora de las Mercedes se trasladó a San Sebastián donde finalizó sus estudios de bachiller.

Perteneció a la denominada generación de neuropsiquiatras del 27 de la que fueron integrantes: Luis Valenciano Gayá, Ángel Garma, Mariano Bustamante, Germain y otros. Sí por algo se caracterizó esta generación fue por la constante lucha contra diferentes condicionantes de tipo profesional, social y político. Valenciano Gayá definió a esta generación como la generación de neuropsiquiatras dispersa y con un proyecto profesional y personal truncado. Pero que a su vez

fue la generación que dio lugar al cambio desde una neuropsiquiatría tradicional y ortodoxa a una neuropsiquiatría con tendencias más progresistas, liberales y renovadoras. (1)

Una generación cuyos integrantes tuvieron diferentes perfiles formativos. En esta época, no había un plan formativo específico para la neurología, psiquiatría y neurocirugía sino que todas ellas estaban englobadas dentro de la neuropsiquiatría. Teniendo una raíz formativa común, que era la neurología y la histología, evolucionaban hacia una de subespecialización en psiquiatría o neurocirugía.

Fue esta, la generación del 27, la impulsora del cambio de la atención neuropsiquiátrica vigente. Era ésta una atención tradicional y ortodoxa en la que el enfermo mental no era más que un problema para la sociedad donde la práctica habitual era la abstención terapéutica, el carácter asilar de las instituciones y el pronóstico fatal de los casos. El cambio transicional vino marcado por la denominada "Reforma del decreto de 1885 Romero Robledo" basado en el anteproyecto de legislación de asistencia del enfermo psíquico que no se aprobó hasta el 3 de diciembre de 1931 tras la instauración de la 2ª República. Las ideas más liberales de los nuevos gobernantes favorecieron la aprobación de dicha ley.

Se empezó a ver al enfermo mental como un problema médico que requería una valoración y tratamiento. Claro ejemplo de los cambios que supuso esta ley fueron la creación de los "dispensarios de higiene mental" en los que se iniciaba una atención y tratamiento de forma

ambulatoria al enfermo mental rompiendo con la idea del internamiento forzoso en los “manicomios” y el nihilismo terapéutico.

Esta reforma de ley supuso una de los motivos para que neurología y psiquiatría dejaran de caminar de la mano e ir separándose progresivamente hasta consolidarse como dos especialidades independientes en la postguerra. Así coexistieron, a partir de 1945, los denominados nuevos psiquiatras con los neuropsiquiatras del 27. Estos intentaban explicar los síntomas psicopatológicos desde una base más organicista pero asumían los cambios y no renunciaban a las nuevas corrientes en las que lo biográfico adquiriría cada vez más peso.

### Su formación

Pensamos que Bueno Ituarte es un claro ejemplo de la evolución profesional que presentaron los integrantes de esta generación. Inició sus estudios de medicina en 1920 en la Universidad Central de Madrid. La enseñanza universitaria era en su opinión, pobre y deficiente destacando como buenos docentes a aquellos que enseñaban a pie de cama como el Dr. Madinabeitia y el Dr. Marañón. Fue elegido en el selecto grupo de 25 alumnos que eligió el Dr. Marañón, como profesor agregado de la cátedra de “patología médica”, para recibir formación en diferentes asignaturas en el Instituto de Patología Médica del Hospital General. Entre otros se encontraban en este grupo: Valenciano Gayá, Garma, Peña, Martínez, Díaz, Lamelas, Gimeno Mañas, etc. La labor pedagógica en el Instituto, era del propio Marañón que se complementaba con un equipo de clínicos: Sanchis Banús, Sacristán, Manuel Tapia... La razón por la predilección de la Neurología, entre las materias de patología médica, de la mayoría de los alumnos del instituto, puede explicarse por la influencia de Marañón en la adquisición de valores de tipo humanista y por la profundización en la medicina psicosomática con la lectura de autores tales como: Freud, Kraepelin, Jaspers etc. Fue también importante, en esta elección la presencia constante en el aula del servicio dos o tres veces por semana del Dr. Sanchis Banús, director del departamento de neuropsiquiatría del Hospital General de Madrid (1).

La especialización en neuropsiquiatría de Bueno Ituarte se inicia en el año 1924, en el 4º curso de su formación universitaria, con el “maestro” Sanchis Banús. No había en aquella época ninguna ley que regulara los cursos de formación para la calificación como especialista. El escaso interés que suscitaban en el alumnado catedráticos y ayudantes de cátedra favoreció el inicio temprano de la especialización y que los que verdaderamente querían aprender compaginaran simultáneamente la enseñanza oficial con la enseñanza en los institutos y departamentos hospitalarios.

Tras el fallecimiento del Achúcarro, Sanchis Banús era junto con Rodríguez Lafora uno de los representantes más importante de la Escuela Madrileña de Neuropsiquiatría. La escuela Madrileña se identificaba con la neuropsiquiatría alemana y se caracterizaba por una base anatomoclínica e histológica muy importante así como por tener conocimientos y formación tanto en neurología clínica como en psiquiatría. La influencia de Cajal y Del Río Hortega era manifiesta de tal forma que se intentaba buscar una correlación entre la clínica y la neurohistopatología. Estos neuropsiquiatras del 27 eran el puente entre la investigación microscópica cerebral realizada por Cajal y los neurólogos y psiquiatras puramente clínicos de nuestros días. (2) y (9).

Bueno Ituarte obtuvo la licenciatura en el año 1927 y realizó los cursos de doctorado en el año 1928 mientras ejercía como neuropsiquiatra en el departamento de Sanchis Banús. Inició su actividad científica y de publicaciones antes de obtener la licenciatura, publicando junto a su compañero Valenciano Gayá en febrero de 1927 su primer trabajo bajo el título “Consideraciones sobre dos casos de atrofia muscular progresiva” en la sección científica de la revista “El Siglo Médico”. Se trata de un trabajo de tipo neurofisiológico, en el que los autores concluían que las atrofias musculares progresivas en estados avanzados, podían producir un estado de perturbación metabólica de tipo prediabético. La influencia de Sanchis Banús y Marañón parece clara en esta publicación al analizar y relacionar en un mismo estudio una entidad claramente neurológica como son las atrofias musculares progresivas y su diagnóstico diferencial con una situación endocrinológica como son los estados de diabetes y afines.

Una vez terminada esta primera fase formativa en Madrid, Bueno Ituarte se desplazó al extranjero para ampliar sus conocimientos aconsejado por el Dr. Sanchis Banús y por el Dr. Benigno Oreja, director de la reconocida Clínica privada “San Ignacio” de San Sebastián. La financiación de esta formación pensamos que fue realizada en gran medida por este último, sin descartar la posible aportación de la Junta de Ampliación de Estudios. Los servicios que ofrecía dicha clínica eran de tipo médico, y sobre todo quirúrgicos, que se reconocían por la incorporación de técnicas e instrumental novedoso y avanzado para la época. Era el momento de la eclosión de las diferentes especialidades médico quirúrgicas y el momento para su director de captar, financiando su formación, jóvenes talentos con los que cubrir los nuevos servicios creados. Bueno Ituarte fue uno de los elegidos por el Dr. Oreja y, en enero 1929, se trasladó a París para continuar su formación en el Hospital de la Salpêtrière con el profesor Guillaín y el agregado Dr. Alajoujaine. Inició también su formación en el campo neuroquirúrgico con Thierry De Martel y Clovis Vincent. De esta primera estancia en París surgió una estrecha y duradera relación con la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de París.

Posteriormente en 1930 se trasladó a Breslau (Alemania) donde bajo la dirección del Dr. Otfried Foerster, trabajó como asistente, ayudando a operar y siguiendo el curso operatorio de los enfermos en el Hospital Wenzel –Hancke. En su estancia en Breslau amplió sus conocimientos psiquiátricos acudiendo a los cursos impartidos por Lange y Bostroen en la Universidad (3).

Teniendo en cuenta que la escuela de neuropsiquiatría madrileña tenía una base germanófila y psiquiátrica, llama la atención que su primer destino formativo en el extranjero fuera París y que optara además por una formación neuroquirúrgica. Creemos que la influencia y el interés de Benigno Oreja en este sentido, fue determinante. Según testimonios familiares lo que verdaderamente le gustaba a Ricardo era la neurología y la psiquiatría. En su opinión los verdaderos conocedores de estas materias se encontraban en Francia y en Alemania respectivamente. Decía también que la parte quirúrgica era de menor agrado para él, y que las circunstancias le obligaron a realizar esa otra faceta (3).

## Actividad profesional

En noviembre de 1930 se establece en San Sebastián e inicia su actividad profesional en la clínica privada de San Ignacio a la que estuvo ligada hasta su fallecimiento. En la misma ejerce como neuropsiquiatra y establece además el primer servicio neuroquirúrgico guipuzcoano del que no existía antecedente alguno. Con fecha, 6 de diciembre de 1930, Bueno Ituarte presenta la sesión “Estado actual de la cirugía de los tumores del cerebro” en la reunión mensual que organizaba la Academia Médico-Quirúrgica de Guipúzcoa. En dicha sesión justifica que el neurólogo complete su formación en su parte quirúrgica y hace un repaso a las diferentes escuelas y técnicas neuroquirúrgicas. Finalizando la sesión de la siguiente manera:

“Desde la época en la que la mortalidad era del 100% hasta hoy que se operan con éxito tumores de los tubérculos cuadrigéminos y del cuarto ventrículo creo que la neurocirugía ha dado un gran avance, que es de esperar que continúe.

Es una postura anticientífica y antihumanista el cruzarse de brazos ante estos enfermos o hacer intervenciones meramente paliativas. El que no sea una cirugía sencilla no debe ser una razón para que dejemos de hacerla. Debemos unirnos al movimiento neuroquirúrgico de América, Alemania, Francia. Con nuestros modestos medios es lo que nos proponemos hacer en lo sucesivo” (3).

Queda claro que además de presentarse personalmente, justifica la necesidad de la neurocirugía y oferta a Guipúzcoa un nuevo servicio. Era el inicio de la neurocirugía guipuzcoana.

Trabajó también en el Hospital de la Cruz Roja de San Sebastián hasta el fin de la guerra y se preocupó del aspecto psiquiátrico y médico legal de los delincuentes infantiles internados en el reformatorio de UBA.

Pero la reforma en la atención al enfermo mental dio como fruto la apertura del Dispensario de Higiene Mental, en el año 1934, en el barrio donostiarra de Atocha; Lo que ofreció nuevas posibilidades profesionales para los neuropsiquiatras de la ciudad. En relación a la creación de los dispensarios, Valenciano Gayá hizo la

siguiente anotación: “Se había recogido lo sembrado por anteriores y se estructuraba de modo firme lo científico y lo asistencial. Se terminaba con el manicomio donde los jóvenes, que en apretado equipo habían trabajado durante años de modo más generoso, iban a tener puestos administrativos firmes y remunerados bajo la dirección de un maestro” (1).

La plaza de director del dispensario se encontraba vacante tras el cese del Dr. Larrea por motivos políticos el 1 de abril de 1939. Bueno Ituarte pudo presentarse y obtener la plaza de director interino con fecha de 21 de junio de 1939, a pesar de sus ideas liberales y afinidad con la república. Esto fue posible ya que durante la guerra no tuvo que exiliarse gracias a la protección que le brindaron el Dr. Benigno Oreja y el empresario guipuzcoano Ramón Bianchi, ambos carlistas y próximos a los nuevos gobernantes.

La atención al enfermo mental, era un gran problema para una sociedad que no disponía de recursos apropiados para su manejo. Guipúzcoa no era una excepción de lo que acontecía en el resto de las provincias. Solo se disponía del manicomio de Santa Agueda en Arrasate-Mondragón y la atención que se daba en el Hospital civil de San Antonio Abad a los casos psiquiátricos agudos. La falta de infraestructura era tal que en los cuarteles de los miqueletes (policía foral) había una habitación en la que se recluían a los enfermos agitados en espera de que se verificaran las tramitaciones legales necesarias para su traslado e ingreso en Santa Agueda. La Diputación Foral de Guipúzcoa entendía la necesidad de atención al enfermo mental y que el dispensario de Atocha fuera un primer paso fundamental e indispensable para que el pabellón psiquiátrico del futuro Hospital de San Sebastián, ya en proyecto de construcción, pudiera empezar a funcionar con una buena experiencia.

El dispensario cumplía dos misiones. Una la propiamente asistencial que estaba dirigida a pacientes agudos y agitados que requerían un internamiento temporal para trasladar a la Casa de Salud de Santa Agueda a todos aquellos pacientes que por su patología precisasen un internamiento más prolongado o incluso su reclusión definitiva. Se ofrecía también la asis-

tencia ambulatoria en modo de consultas, e incluso visitas de seguimiento a domicilio, de enfermos dados de alta en el propio dispensario o en la Casa de Salud de Santa Agueda. La segunda misión era de carácter divulgativo y de concienciación de la sociedad en general de la enfermedad mental (5).

Se manejaban pacientes con patologías tales como esquizofrenias, demencias, epilepsia, depresiones, enfermedades infecciosas como la sífilis y toda aquella patología derivada del abuso del alcohol, morfina etc. Para las labores asistenciales y según aparece recogido en sus publicaciones, los tratamientos aplicados a los enfermos eran los más avanzados para la época. Como ejemplo sirva que en situaciones de agitación y de sintomatología productiva se utilizaban entre otros, la inducción de comas hipoglucémicas o cura de Sakel, la terapia convulsivante con cardiazol de Von Medum y el tratamiento con electroshock de Cerletti.

El puesto de director del dispensario, conllevaba además de las labores puramente asistenciales las labores organizativas inherentes al cargo. El objetivo de las labores de carácter organizativo era adecuar los servicios a las necesidades de la población. Era básico conocer por lo tanto el estado o mapa de la salud mental de la población, lo que requería datos estadísticos basados en el tipo de enfermos que ingresaban, duración de los ingresos, sexo, edad, origen etc. La implantación en los dispensarios de la clasificación de las enfermedades mentales diseñada por Kraepelin fue vital para este fin (5) y (6).

### La oposición y su frustración

El dispensario fue un establecimiento provisional hasta la construcción definitiva del Sanatorio Psiquiátrico en el alto de Zorroaga. Sabemos por testimonios familiares que Bueno Ituarte colaboró de forma cercana en la supervisión de la construcción del Sanatorio Psiquiátrico Provincial. El Sanatorio psiquiátrico fue el primer edificio que se terminó de construir del nuevo hospital general, hoy Hospital Donostia, para iniciar su funcionamiento el 1 de enero de 1950. A este pabellón debían trasladarse para su puesta en funcionamiento inicial los profesionales del Dispensario de Atocha. Para la provisión de plazas de facultativos médicos la diputación realizó consulta a la

dirección general de sanidad sobre si la plaza de médico jefe del servicio habría de considerarla como vacante o podría considerarse cubierta por la persona que venía dirigiendo el dispensario desde hacía más de 10 años de forma interina. La dirección general manifestó que las plazas de médicos de la beneficencia provincial debían ser provistas por oposición. Esta convocatoria supuso una gran carga emocional para Bueno Ituarte; se ponía en entredicho mucho del trabajo realizado durante los últimos 12 años y además veía peligrar su continuidad en el cargo. Lo que creía merecido justamente se tornaba inexplicablemente injusto y además de que manera y a que precio (6).

En esta época las oposiciones a jefaturas de servicio y a cátedras universitarias abrían la puerta a unos pocos elegidos de antemano y se cerraban para la gran mayoría que no tuvieran influencias y que no fueran cercanos ideológicamente al poder. Atropellos e irregularidades eran la norma en las convocatorias y en las votaciones realizadas por los miembros del tribunal que emitían sus votos en función de intereses diversos.

Además las convocatorias de plaza para directores de dispensarios psiquiátricos se realizaban 11 años después del fin de la guerra civil lo que implicaba que en ellas se iban a encontrar profesionales de diferentes épocas y con diferentes perfiles formativos. Por un lado los de la “Generación del 27”, como Bueno Ituarte, que ya ejercían como neuropsiquiatras antes de la guerra y, por otro, los “nuevos psiquiatras”. Los primeros habían heredado unos ideales liberales y progresistas de sus maestros que ocupaban jefaturas de departamentos hospitalarios, cátedras e incluso cargos políticos y que tuvieron que abandonar con la llegada de la guerra. El fin de la guerra no supuso una normalización ni para maestros ni discípulos; Los maestros sufrieron procesos de depuración con imposibilidad de ejercer su profesión, ni recuperar los puestos que ostentaban por méritos propios antes de la guerra. Los discípulos tuvieron que hacer frente a la injusticia de los nuevos gobernantes que primaban la ideología política ante los conocimientos y trayectorias profesionales en la provisión de plazas y a los nuevos psiquiatras (Félix Letemendia, Luis Martín Santos, Rallo, etc.) con una formación psiquiátrica muy importante pero

con una falta de formación, más que manifiesta, en el campo de la neurología. Eran estos, alumnos del doctor López Ibor que era ya para entonces el patriarca de la psiquiatría de la postguerra y controlaba tribunales y plazas. Los neuropsiquiatras anteriores a la guerra, vieron como perdían sus cátedras, direcciones de dispensarios, direcciones de manicomios, presidencia de asociaciones etc., quedando en un estado de desprotección y vulnerabilidad máxima a favor los psiquiatras que venían avalados por López Ibor (9).

El desarrollo del concurso de oposición de la plaza de San Sebastián no iba a ser una excepción. El rival de Bueno Ituarte en la oposición entre otros era un joven Luis Martín Santos que inició en 1949 su formación psiquiátrica en Madrid en el departamento de López Ibor y que políticamente aún no se había definido. El tribunal estaba presidido por López Ibor y constituido inicialmente por: un médico designado por el Colegio Oficial de Médicos de Guipúzcoa cuyo presidente era el padre de Luis Martín Santos (Don Leandro), otro médico de la delegación nacional de Sanidad de F.E.T. y de las JONS, el Dr. Sagardía como decano de la beneficencia de la provincia de Guipúzcoa (próximo a la falange y delegado provincial de la misma en su 6ª asamblea) y un neuropsiquiatra de la facultad de medicina de Valladolid. Leandro Martín Santos, cirujano de carrera militar y que tras la guerra ocupó diferentes cargos en Guipúzcoa a modo de recompensa, hizo lo imposible para que primaran en la oposición los intereses personales y políticos más que los conocimientos y curriculum profesional de los opositores. A pesar de que Bueno Ituarte se movilizara para buscar apoyos que pudieran asegurar la justicia en el concurso, el tribunal concedió tras los ejercicios la plaza de director a Luis Martín Santos (8).

A pesar de la gran decepción que supuso no obtener la dirección del nuevo sanatorio, Bueno Ituarte continuó su trayectoria profesional en la Clínica San Ignacio. Mantuvo su relación con la Sociedad Francesa de Neurología y Psiquiatría acudiendo de forma regular a sus reuniones científicas a las que aportaba comunicaciones y discusiones a las ponencias. El 2 diciembre de 1954 la Sociedad Francesa le nombró miembro de honor a título extranjero (7).

Sus publicaciones en *Archivos de Neurobiología*, *Revista médica de Barcelona*, *Boletín del Instituto de Patología Médica*, etc. eran pequeñas lecciones magistrales en las que se explicaba lo esencial prescindiendo de todo lo que fuera innecesario y excesivamente teórico. Fue miembro también de la Asociación Española de Neuropsiquiatras hasta su disolución en 1936. Presentaba habitualmente en los congresos de la asociación comunicaciones y en el congreso de Madrid de 1935 se le encargó, junto a Escardó, la ponencia “Consecuencias médico legales de los traumatismos craneoencefálicos” para el congreso de 1937 que no se celebró por la guerra.<sup>(3)</sup> No acudió al congreso de Barcelona de 1942, aun permaneciendo en el país, por solidaridad con los exiliados y depurados por razones políticas y por diferir en el fondo y forma de la nueva sociedad formada por López Ibor. La reorganización de la Asociación de Neuropsiquiatras en 1949 como Asociación de Neuropsiquiatría y la normalización de la situación de sus compañeros hizo que retomara la vida del asociacionismo para encargársele junto a Valenciano Gayá la 2ª ponencia del congreso de 1952 celebrado en Santiago de Compostela con el título “Distribución geográfica de las neuropatías familiares en España”.

Bueno Ituarte tenía un proyecto de vida basado en la neuropsiquiatría que se destruyó con la no obtención de la plaza cuando llevaba más de 25 años de dedicación profesional. No supo justifi-

car su existencia sin el reconocimiento que suponía la dirección del sanatorio lo que le produjo una profunda depresión que terminó con el suicidio el 20 de abril de 1956.

### Bibliografía:

1. Cerón González, C. *Vida y obra de L. Valenciano Gayá*. Tesis doctoral: Biblioteca de la Universidad de Navarra. Microfilmación.
2. Izquierdo Rojo, JM. *Historia de la neurología Clínica Española. 1882-1936*. Biblioteca de la Universidad Complutense de Madrid.
3. Archivos Diputación Foral de Guipúzcoa. Cesión del Curriculum Vitae de Ricardo Bueno Ituarte.
4. Guipúzcoa Médica: “Estado Actual de la cirugía de los tumores del cerebro”. Trabajo Original. 1931. Biblioteca Colegio Médicos Guipúzcoa.
5. Guipúzcoa Médica: “Dispensario psiquiátrico provincial”. 1934.
6. Actas de la Comisión Gestora de la Excelentísima Diputación de Guipúzcoa.
7. *Revue neurologique*. 1954. Tomo 90.
8. Diputación Foral de Guipúzcoa. Expediente personal Ricardo Bueno Ituarte.
9. Castilla Del Pino, C. *Pretérito imperfecto. Autobiografía (1922-1949)*. Tusquets, Barcelona, 1997.

### Correspondencia:

**Antonio Bueno Errandonea**

Centro de Salud Beraun- Errenteria • Osakidetza.  
Avenida Galtzalaborda nº 67 • 20.100 Errenteria.  
correo electrónico: anba@euskalnet.net

# Locura e inquisición en la España del siglo XVII

## *Madness and the Inquisition in Spain in the XVII century*

Hélène Tropé.

Maître de Conférences Habilitée. Centre de Recherche sur l'Espagne des XVIe et XVIIe siècles (CRES-LECEMO). Université de la Sorbonne Nouvelle (PARIS III).  
UFR d'Etudes Ibériques et latino-américaines.

**Resumen:** Se seleccionaron aquellos casos en que determinados reos invocaron la locura para su defensa o bien enloquecieron durante la instrucción del proceso o después de la sentencia. Mostramos interés por aquellos procesos en que fueron los mismos inquisidores los que sospecharon o consideraron que los reos estaban locos. Analizamos qué tipos de discursos o de comportamientos se consideraron signos de locura y qué medios utilizaron los inquisidores para averiguar la realidad de la locura de los reos. En una primera parte nos referimos a la locura según los inquisidores y sus colaboradores: manifestaciones y tratamientos. Sin embargo, en determinados casos, los hechos y dichos de algunos reos sumieron a los inquisidores en abismos de dudas: ¿estaban o no locos? ¿fingían para escapar a su justo castigo? En una segunda parte, intentamos contestar a la pregunta siguiente: ¿Locura verdadera o locura fingida? Finalmente, nos centramos en la utilización política de la locura por los inquisidores: ¿Herejes, locos o endemoniados?

**Palabras clave:** Inquisición, melancolía, conversos, herejía, brujería, exclusión.

**Summary:** A number of cases have been selected in which certain people who were accused of committing crimes invoked madness as their defence, or who even apparently became mad during the legal process or after the sentence. I have also focused on trials in which the inquisitors either suspected or considered that those accused were mad. I have analysed what kind of discourse or behaviour inquisitors considered to be signs of madness and what means they used to investigate the authenticity of the madness that the accused were apparently suffering. The first part of the analysis is entitled: 'Madness according to the inquisitors and their collaborators: manifestations and treatments'. However, in specific cases, the words and deeds of some of the accused left the inquisitors in a quagmire of doubts: Were they or were they not mad? Were they simply pretending to escape their just punishment? In the second part I have sought to reply to the following question: 'Real or feigned madness'? Finally, I focus on the political use of madness by the inquisitors: Heretics, lunatics or possessed?

**Key words:** Inquisition, melancholy, converts, heresy, witchcraft, exclusion.

En este trabajo, basado en la documentación inquisitorial del Archivo Histórico Nacional, me propongo analizar la visión que los inquisidores y sus ayudantes tuvieron de la locura y, en algunos casos, la utilización que hicieron de ésta, principalmente en el siglo XVII<sup>1</sup>.

Desde el Derecho romano, tanto civil como penal, la falta de cordura del acusado es una circunstancia atenuante, cuando no eximente de culpa<sup>2</sup>. En el *Diccionario de los Inquisidores* publicado en Valencia en 1494, ya se distinguían varias situaciones según el momento en que sobrevénia la locura. Primero, si el reo enloquecía después del supuesto crimen había que darle un curador, de lo que se deduce que los inquisidores consideraban que el proceso debía seguir su curso<sup>3</sup>. Segundo, se establecía que una especie de locura llamada *furor* conllevaba la total ignorancia de quien profería palabras heréticas. Por consiguiente, no se le podía castigar ya que, como subrayaba el canonista español, ‘su locura ya lo castiga bastante’<sup>4</sup>. Como veremos, esta irresponsabilidad del loco acarrea muchos problemas a los inquisidores, siempre enfrentados a la dificultad de averiguar si la locura de los reos era auténtica). De ahí el carácter muy detallado de algunas relaciones de causas referidas a los mismos.

Como ha mostrado el libro de María Cristina Sacristán sobre Nueva España, esa documentación proporciona una amplia gama de informaciones sobre la mentalidad de aquella época en relación con el tema de la locura, en especial sobre la norma y su transgresión, sobre la ortodoxia y los delitos de fe, sobre la normalidad y lo que se aparta de ella<sup>5</sup>. Asimismo, estos procesos

nos informan no sólo sobre los aspectos médicos de la demencia sino también sobre sus facetas culturales y sociales. Son estos puntos los que abordaré en una primera parte, titulada: ‘La locura según los inquisidores y sus colaboradores: manifestaciones y tratamientos’.

Sin embargo, en determinados casos, los hechos y dichos de algunos reos sumieron a los inquisidores en abismos de dudas: ¿estaban o no locos? ¿fingían para escapar a su justo castigo? En una segunda parte intentaré contestar a la pregunta siguiente: ‘¿Locura verdadera o locura fingida?’

Finalmente, me centraré sobre la utilización política de la locura por los inquisidores. He titulado esta tercera parte: ‘Utilización política de los locos por los inquisidores. ¿Herejes, locos o endemoniados?’

## 1. La locura según los inquisidores y sus colaboradores: manifestaciones y tratamientos

Son muy numerosos los casos en que los presos murieron o se volvieron locos en las cárceles secretas antes o durante el proceso. En los reos, encarcelados sin conocer el motivo, se creaba un fuerte sentimiento de culpa; se les conminaba a buscar en su memoria en qué, cuándo y cómo habían actuado contra la fe, y así el Santo Oficio provocaba su rápida y profunda destrucción psíquica. A consecuencia de ello, y día tras día, algunos perdían la razón. En numerosos casos era el mismo personal de la cárcel (el alcaide y su ayudante) el que informaba a los inquisidores de que tal o cual recluso estaba teniendo un comportamiento raro.

<sup>1</sup> El presente trabajo se inscribe en el marco de mis investigaciones precedentes sobre ‘locura e Inquisición en Valencia’: Hélène Tropic, *Locura y sociedad en la Valencia de los siglos XV la XVII: los locos del Hospital de los Inocentes (1409-1512) y del Hospital General (1512-1699)* (Valencia: Diputación de Valencia, Centre d’Estudis d’Història Local, 1994), 183-206; ‘Folie et Inquisition à Valence (1580-1699)’, in *Hommage à Pierre Vilar*, Association Française des Catalanistes (Paris: Éditions Hispaniques/AFC, 1994), 171-85.

<sup>2</sup> En 1609, ante el tribunal de Granada, la locura a consecuencia de una enfermedad de perlesía contribuyó a eximir de culpa a Fray Mateo de la Puebla, de la Orden de san Agustín, que había ‘tratado de amores’ con sus ‘hijas de confesión’ (AHN, Inq., leg. 1953, caja 2, exp. 55, fols. 7v-8r).

<sup>3</sup> Louis Sala-Molins, *Le dictionnaire des inquisiteurs* (traducción al francés de *Repertorium Inquisitorium*, Valencia, 1494; Paris: Éditions Galilée, 1980), 224.

<sup>4</sup> La Instrucción 60 de Torquemada de 1484, reconducida varias veces por los Inquisidores siguientes, por ejemplo por Gaspar Isidro Argüello en 1630, ordenaba asimismo que si algún reo enloquecía antes del juicio, había que darle curador. Se deduce que el proceso debía proseguir hasta su conclusión; véase Tomás de Torquemada, *Compilación de las instrucciones del Oficio de la santa Inquisición*, 49 hojas, siglo XVIII (Biblioteca Nacional de Madrid, Mss/12014), fol. 124v; también AHN, Inq., libro 1227.

<sup>5</sup> María Cristina Sacristán, *Locura e Inquisición en Nueva España: 1571-1760* (México: Colegio de Michoacán, Fondo de Cultura Económica, 1992).

En este caso, por lo general, uno de los inquisidores, junto con un notario, bajaba a la celda para cerciorarse. A continuación mandaban a los médicos del tribunal que lo visitasen. En muchas ocasiones, cuando un preso se volvía loco, lo enviaban al hospital de orates más próximo o, si no era peligroso, a alguna casa particular<sup>6</sup>. Si no escandalizaba demasiado, lo dejaban en la cárcel, le confiscaban sus bienes y aguardaban a que recobrar el juicio para poder aplicarle las penas, ya que, como había señalado Peña, si bien no se puede ejecutar a un loco, tampoco se le puede dejar impune<sup>7</sup>.

Pero, ¿cuáles eran exactamente, según los documentos, las señales exteriores de la locura?, y ¿qué remedios prescribían los galenos?

### El caso de Ana de Acosta

Se trata de una conversa portuguesa de 15 años, soltera, natural de Sevilla, acusada de judaizar, a quien apresó la Inquisición toledana en mayo de 1662<sup>8</sup>. El alcaide dio la voz de alarma en febrero del año siguiente pues había encontrado a Ana desnuda y postrada. Ésta le dijo que desde hacía algunas noches recibía en su celda la visita de ‘un bulto de persona vestida de blanco’<sup>9</sup>; A instancias de los inquisidores la visitaron el médico y el cirujano del tribunal. Padeecía, según ellos, ‘morbo de melancolía hypocondríaca’, y además tenía una gangrena en dos dedos del pie izquierdo y parte del empeine, por lo que decidieron que sería preciso cortarle muy en breve los dedos<sup>10</sup>.

Tanto en este caso como en los siguientes, encontramos en los testimonios de los médicos los discursos típicos de la época, fieles a Galeno, fundados sobre la doctrina de los cuatro temperamentos. Ésta establecía un sistema de correspondencias entre elementos, planetas, cualidades primarias, estaciones, humores, facultades y edades<sup>11</sup>. La *bilis negra* o *melancholia*, magistralmente estudiada por Christine Orobítg, se consideraba un humor seco, de temperatura variable, que reunía cualidades opuestas (era cálido pero podía también ser frío), y provocaba síntomas muy variados<sup>12</sup>. En los documentos procedentes de los testimonios de los médicos del Santo Oficio, encontramos un compendio de las concepciones sobre la melancolía y la filosofía de las pasiones entonces en vigor. El médico del tribunal testimonió que Ana de Acosta tenía:

Una enfermedad que llaman los médicos melancolía morbo y ésta es hipocondríaca y por propia pasión del zelebro, que es como una locura continuada, con miedo y tristeza, hecha de humores melancólicos, y si ésta sus padres la han tenido, se curará con dificultad por ser enfermedad hereditaria<sup>13</sup>.

Según las distinciones de la época, la melancolía hipocondríaca se originaba en el vientre y en las vísceras<sup>14</sup>. También se consideraba que las pasiones, perturbadoras del ánimo, modificaban el equilibrio de los humores. La melancolía, seca y fría, engendraba pasiones fundadas en el dolor; de ahí que se asociara con la tristeza<sup>15</sup>. Encontramos

<sup>6</sup> Véase por ejemplo el caso de la rea Francisca Rodríguez, que enloqueció y fue trasladada al hospital de orates de Toledo (AHN, Inq., leg. 2635, caja 1, exp. 10: ‘relación de causas de abril de 1654, tribunal de Granada’), o el de Gerónimo Fernández, portugués judaizante procesado por el tribunal de Granada en 1653, y llevado a casa del padre de un familiar (AHN, Inq., leg. 2635, exp. 3).

<sup>7</sup> Nicolau Eimeric, Francisco Peña, *El Manual de los Inquisidores*, ed. Luis Sala-Molins (trad. Luis Sala-Molins, Francisco Marín de: *Directorium Inquisitorium*, 1376; Barcelona: Muchnik Editores, 1983), 150-52. Véanse, por ejemplo, los casos de María Gonçález, presa por judaizante en 1676 por el tribunal de Llerena (AHN., Inq., leg. 1988, exp. 12, fols 16r-v), Melchor Núñez, preso por judaizante en 1641 por el tribunal de Granada (AHN, Inq., leg. 2106, exp. 42, fols 11v-12v) y Doña Guiomar de Biezma, procesada por judaizante en 1609 por el tribunal de Granada (AHN, Inq., leg. 1953, exp. 55, fol. 11r).

<sup>8</sup> AHN, Inq., leg. 130, exp. 3, fols 145r-164r; leg. 3128, fol. 4r; leg. 3129, fols 2v-3 r.

<sup>9</sup> AHN, Inq., leg. 130, exp. 3, fols 145r-146.

<sup>10</sup> Inq., leg. 130, exp. 3, fols 150 r-150v.

<sup>11</sup> Véase Augustín Redondo, ‘La melancolía y el *Quijote* de 1605’, *‘Otra manera de leer el’ ‘Quijote’* (Madrid: Castalia, 1997), 121-46.

<sup>12</sup> Christine Orobítg, *L’humeur noire: mélancolie, écriture et pensée en Espagne au XVIe et au XVIIe siècle* (Bethesda: International Scholars Publications, 1997).

<sup>13</sup> AHN, Inq., leg. 130, exp. 3, fol. 149v.

<sup>14</sup> Véase Orobítg, *L’humeur*, 97-104.

<sup>15</sup> Orobítg, *L’humeur*, 33-37.

fuertes ecos de estas teorías en el testimonio médico sobre Ana de Acosta, cuya melancolía hipocondríaca también se asocia claramente con su reclusión en una cárcel triste, fría y húmeda. Todo esto es lógico: la melancolía engendra tristeza y si, además, a un melancólico que lo es por una causa natural (su excesivo humor melancólico), se le encierra en una cárcel fría, húmeda y triste (causa no natural), su mal no puede ir sino a peor<sup>16</sup>. Algunos médicos, siguiendo a Aristóteles, distinguen dos tipos de temperamento melancólico: uno frío y avelado, y el otro cálido, activo y muy vivo<sup>17</sup>. A todas luces, Ana de Acosta era del primer tipo. Los médicos la describen como ‘embelesada, absorta a todo, espantada, sin responder’ e insisten en que ‘[su] curación propia no se puede ejercer por aora por ser el tiempo frío’ y que ‘la cárcel donde está es muy fría y húmeda y no es a propósito para la curación de dicha enfermedad’. Por ello, y con una implacable lógica, recomiendan que ‘se lleve a parte cuálida’<sup>18</sup>. Asimismo, encontramos en este documento interesantes prescripciones sobre la dieta considerada adecuada para una melancólica:

Se ha de prevenir el que no se haga mayor [su melancolía] comiendo alimentos calientes moderadamente, y húmedos porque esta enfermedad consiste en destemplanza seca del zelebro y los alimentos an de ser para mediodía cavezas de carnero y manos y carne de estremo del brazuelo y de la pierna; para zenas huevos frescos, almendradas, ensaladas de escarola y berrazas cozidas y el remedio más eficaz de todos por aora [es] alegrarle y dibertirla en lo que se pueda<sup>19</sup>.

La cambiaron de celda pero su gangrena fue a más y, en febrero de 1663, los médicos insistieron

en que había que operarla. Justo antes de trasladarla al hospital del Bálsamo de Toledo, el 10 de febrero de 1663, la hicieron comparecer en audiencia y la absolvieron; después la operaron mutilándole dos dedos.

No cabe duda de que esta mujer, que además de melancolía tenía fiebres tercianas (‘tabardillo’), estuvo en peligro de muerte; pero era una hereje y la relación de su causa muestra que los inquisidores nunca dejaron de dudar si fingía o no su enfermedad mental<sup>20</sup>.

### Beatriz de Campos

La locura hizo que el proceso toledano de esta judaizante portuguesa, soltera, y presa a partir de diciembre de 1678, se prolongase durante siete años<sup>21</sup>. Cuatro meses después de ser arrestada empezó a enfermar de locura y un año más tarde, la trasladaron de la cárcel secreta a una sala retirada de la enfermería del hospital del Bálsamo, donde la atendió la enfermera mayor. A pesar de las continuas visitas de los médicos, no hizo sino empeorar. En diciembre de 1679 la ingresaron en el Nuncio, donde permaneció durante seis años hasta que, el 5 de marzo de 1686, la trajeron de vuelta a las cárceles secretas.

La relación de su causa suministra abundante información acerca de la melancolía y de las enfermedades vinculadas con este humor. Todo empezó en abril de 1679 cuando pidió audiencia y dijo que se sentía mal, con ‘unos desmayos y baydos de cabeza’, síntomas a menudo relacionados con la bilis negra, de la que se pensaba que originaba desmayos y debilidad, debidos al agotamiento de la energía vital por el frío y la

<sup>16</sup> Orobítg, *L'humeur*, 66-67.

<sup>17</sup> Orobítg, *L'humeur*, 57.

<sup>18</sup> AHN, Inq., leg. 130, exp. 3, fol. 151v.

<sup>19</sup> AHN, Inq., leg. 130, exp. 3, fol. 149v. Sobre la almendrada, el tratado clásico de Dioscórides aclara que las almendras amargas son secas y calientes, no así las dulces, y critica a los médicos ‘que en qualquiera enfermedad y complexión, luego ordenan un almendrada al enfermo, el cual es mantenimiento pesado’; Pedacio Dioscórides Anazarbeo, *Acerca de la materia medicinal y de los venenos mortíferos*, trad. Andrés Laguna [1556], ed. facs Pedro Laín Entralgo (Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud, 1999), 112-13. Todo nuestro agradecimiento a José Luis Peset del CSIC por estos datos.

<sup>20</sup> Su caso es comparable al de Leonor López, conversa portuguesa procesada en Toledo en 1670, que, según los médicos, estaba ‘loca, falta de juicio, por sequedad del cerebro demasiado caliente’. Estaba furiosa, lanzaba palos y piedras por la ventana, llegando al punto de herir al hijo de otro preso. Éste y otros testimoniaron que la rea era una ‘loca rematada’, que alborotaba con sus gritos no sólo a toda la cárcel sino incluso al barrio entero. El médico fue a verla y aseguró que padecía ‘locura confirmada’ y de nuevo se recomendó su ingreso en el Nuncio. Así se hizo, y ya no se han encontrado más noticias sobre ella (AHN, Inq., leg. 3136, folios sin numerar).

<sup>21</sup> AHN, Inq., leg. 138, caja 1, exp. 9, Toledo, 1678-1686, fols 71r-194r.

sequedad de dicho humor<sup>22</sup>. Los inquisidores ordenaron que fuera visitada a menudo por el médico y el cirujano.

Éstos testificaron que padecía aferecía, o epilepsia (fol. 100 r.), una enfermedad que a menudo se vinculaba a la melancolía<sup>23</sup>. Anteriormente la habían reducido con algunos medicamentos y ligaduras fuertes, y según ellos, su salud había mejorado. Pero ahora padecía:

‘Melancolía hipocondríaca, [...] que procede del útero, hígado y bazo, y está privada de razón, de la facultad rectora, y la sangre muestra esto mismo, y los demás accidentales que padece son desta misma melancolía’<sup>24</sup>.

Encontramos aquí las imágenes tradicionalmente ligadas a la hipocondría: los órganos bajos, las vísceras, lo más hundido y oscuro del ser<sup>25</sup>. No es de extrañar, pues, que acto seguido, los médicos relacionasen su melancolía con lo más vil y digno de reprobación. Es así como afirmaron que ‘lo que ella habla conduce a pensar que tiene accidentes de acceso venéreo que es semen corrupto de que está dañada la madre [el útero]’<sup>26</sup>.

¿A qué podría referirse el documento con ‘lo que ella habla’? Entre las ‘acciones y palabras deshonestas’ que se apuntan, encontramos que ‘en cierta ocasión se le había puesto encima un hombre que llamaba ella Soto y que no le había hecho nada’ (fol. 99 r.). En sus informes orales los médicos insisten en que ‘siempre está desbarriando y diciendo deshonestidades. Además ha dado en andar desnuda en carnes paseándose por la cárcel’ (fol. 101 r.). Vemos aquí, lo mismo que en varios tratados médicos citados por Orobítg, cómo en los sistemas de representación de la melancolía se establecía un vínculo entre bilis negra y sífilis, que desembocaba en una amalgama de locura, pecado, lujuria, sífilis, en la que se mezclaba lo médico con lo religioso y lo ético<sup>27</sup>.

Sabido es que se achacaba la causa de estos males a los ‘humores pecantes’, por lo que no es de extrañar que el médico dijera que tenía ‘humores crassos o sangre detenida’ (fol. 98 r.). Como estaba muy gorda, se intentó sangrarla, mantenerla fuertemente atada, hacerle comer carne e incluso se recomendó su internamiento en el hospital de los locos<sup>28</sup>. En tres ocasiones se la sangró en el pie derecho y se guardó la sangre para que la examinara el médico.

Como ni dormía ni descansaba, se le recetó una bebida de adormideras que apenas surtió efecto y se le practicaron nuevas sangrías. Sin embargo, la mujer no mejoraba. El diagnóstico era:

Melancolía morbo e hipocondría originada de semen corrupto según las señales exteriores que le pueden percibir, con calidad venenosa, y así pudo promptamente obrar en ella aquel delirio y que la misma vehemencia, sin poderlo impedir los medicamentos, la ha pasado a manía, de que se ha puesto tan furiosa como está, resistiéndose a comer y a beber y a todo género de medicamento por la boca<sup>29</sup>.

Como el médico opina que la rea tiene la cabeza ardiente, le receta baños atemperantes y manda que se le corte el pelo porque tiene mucho y muy espeso (fol. 102 v.). También ordena que le echen unas sanguijuelas, aunque no se sabe si se le llegaron a aplicar.

En una audiencia ante el tribunal en diciembre de 1679 (Beatriz llevaba enferma desde octubre), el médico afirma que no sólo no ha remitido la melancolía, sino que ha aparecido un principio de manía. La mujer es, por tanto, una enferma incurable (fols. 113 v-114 r.). No han bastado los remedios de sangrías y baños en la cabeza, ya que además se ha negado a tomar por vía oral, las medicinas recetadas: ‘por obrar su entendimiento depravadamente que es la esencia del

<sup>22</sup> Véase Orobítg, *L'humeur*, 113-15.

<sup>23</sup> Orobítg, *L'humeur*, 107-09.

<sup>24</sup> AHN, Inq., leg. 138, caja 1, exp. 9, fol. 100r.

<sup>25</sup> Orobítg, *L'humeur*, 101-04.

<sup>26</sup> AHN, Inq., leg. 138, caja 1, exp. 9, fol. 100r.

<sup>27</sup> Orobítg, *L'humeur*, 122-24.

<sup>28</sup> AHN, Inq., leg. 138, exp. 9, caja 1, fols 98r-99r.

<sup>29</sup> AHN, Inq., leg. 138, exp. 9, caja 1, fol. 102r.

delirio que padece en el entendimiento como es propio de esta enfermedad<sup>30</sup>.

La opinión de los médicos sigue siendo que hay que ingresarla en el Nuncio. Esa misma audiencia suministra datos interesantes sobre los métodos de curación de la melancolía en los hospitales de locos: ‘se suelen curar, dice, con tiempo y castigo y comidas de cabeza de carnero y menudos y parte cómoda de dormitorio y vestidos a propósito y asistencia de enfermeras que tienen experiencias de semejantes enfermedades y modos de curarse’<sup>31</sup>.

En los testimonios referidos a su causa, llama la atención la amalgama de delirio, religión judaica y locura. Gracias al testimonio de la mujer que la asiste nos enteramos de que Beatriz estaba presa de un extraño delirio. A veces decía que era doncella, otras que era ‘la reina de España y que maldito sea el que reina en el cielo, aquel chiquito que así la ha puesto, y que ella dice que no cree sino en los diablos, que el poderoso Dios Adonay tiene treinta y tantos nombres’ (fol. 103r.).

Su cuidadora declaró que la había emprendido a puñetazos con una Santa Cruz y afirmado que San Pedro era su hijo, y que lo parió, así como a San Francisco, y a ambos los llamaba ‘perros’ (fol. 113v.). Vemos cómo ella, educada en la religión judaica, recuperaba el material religioso católico para elaborar su delirio y expresar su oposición a esta Fe. También parece significativo que los inquisidores consideraran estos delirios religiosos como locura confirmada, equiparando de alguna manera herejía y locura<sup>32</sup>.

Ahora bien, si tardaron tanto en ingresarla en el Nuncio, es probablemente porque tenían dudas respecto a su locura.

## 2. ¿Locura verdadera o fingida?

La irresponsabilidad jurídica del loco y la consiguiente imposibilidad de castigarlo planteaba verdaderos quebraderos de cabeza al Santo Oficio,

principalmente en los casos en que se sospechaba que la insania era simulada. En efecto, como lo recuerda el *Manual de los Inquisidores*: ‘entre las diez argucias de los herejes para responder sin confesar [...], la novena consiste en simular estupidez o locura’ (*Manual*, 150).

¿Qué pasaba entonces cuando los inquisidores se equivocaban y frente a un reo verdaderamente loco, opinaban que estaba fingiendo y lo castigaban? Es la pregunta planteada por Francisco Peña: ‘El tema de la locura fingida merece particular atención. ¿Y si, por una vez, se tratase de un loco auténtico? Para tener la conciencia limpia, se someterá a tormento al loco, verdadero o falso’ (*Manual*, 150).

Efectivamente, la Inquisición nunca vaciló en torturar a los sospechosos de simular su locura, algo que Peña justificaba arguyendo que el bien público debía prevalecer frente a la salvación del alma de un solo individuo. Entonces, esto quiere decir que si se castigaba por error a un verdadero demente tampoco era muy grave (*Manual*, 151-52).

Así se explica que en varias ocasiones los inquisidores recurrieran a la tortura para desenmascarar a quienes pretendían estar locos. En algunos casos, como en el de Bernardo López Moreno, resultó ser un método eficaz. Preso en Granada desde mayo de 1655 por judaizante, se volvió loco. Dado que algunos testigos habían declarado que más que loco era bellaco, le aplicaron el tormento y le dieron cien azotes. Confesó ser judaizante, fue admitido después a reconciliación con confiscación de bienes y abjuró<sup>33</sup>.

En otros casos, como el de Juana Carpio, la tortura fue algo menos eficaz<sup>34</sup>. Conversa portuguesa de unos cuarenta años, vecina de Granada, procesada en Toledo por judaizante, confesó su delito. El proceso parecía encarrilado, pero el 19 de agosto de 1616, yendo el inquisidor a visitar las cárceles, la encontró haciendo locuras. El médico declaró que estaba frenética pero no

<sup>30</sup> AHN, Inq., leg. 138, exp. 9, caja 1, fol. 114r.

<sup>31</sup> AHN, Inq., leg. 138, exp. 9, caja 1, fol. 114r.

<sup>32</sup> Sobre esta equiparación del judaísmo con la locura, véase también el caso de Ana Méndez, procesada como judaizante en 1628 por el tribunal de Llerena (AHN, Inq., leg. 1987, exp. 24, fols 12r-16r).

<sup>33</sup> AHN, Inq., leg. 2640, exp. 127.

<sup>34</sup> AHN, Inq., leg. 1953, exp. 66, fols 1r-3r.

tanto como para ingresarla en el hospital de los locos y se decidió llevarla a casa de su marido.

Seis meses después, el cuñado de Juana testificó que ésta le había contado a su esposo que había fingido la locura, con lo que se ordenó su vuelta a la cárcel y la conclusión de su causa. Tampoco los testigos se pusieron de acuerdo: según unos, mentía; para otros, estaba realmente loca. El fiscal la acusó de simular maliciosamente su demencia y así la volvieron a llevar a la audiencia, donde no quiso calmarse ni responder a pregunta alguna, ni siquiera cuando se le administraron veinte azotes. Se le designó un curador, que afirmó que estaba loca, pero el fiscal insistió en su falsedad y ordenó que se le diese tormento. En marzo de 1618, confesó bajo tortura que su marido le había aconsejado que se fingiese demente y que no pronunciase palabra; de esta forma, ni se le confiscarían los bienes ni se le causaría daño alguno. Declaró que cuanto había afirmado eran disparates y se desdijo de todo.

Tras ser sometida a nuevos tormentos, confesó en el potro, pero a continuación negó la veracidad de esas confesiones, invalidándolas. El tribunal ordenó que se la privase de sus bienes y el caso pasó al Consejo que, el 10 de diciembre, mandó que se hiciese justicia según se había acordado. La sentencia de relajación se ejecutó el 29 de junio de 1620.

Nada peor que la locura, auténtica o falsa, de los reos para los inquisidores aferrados a su tarea: castigar, cuando no eliminar, a quien se había hecho culpable de 'herética pravedad'. De esa exención -la locura- se derivaban no pocas dificultades, empezando por las dudas que les iban carcomiendo a la hora de decidir si los reos estaban o no cuerdos. En efecto, ¿cómo averiguar con certeza si un reo fingía locura o no? Para ello se podía acudir a diversas estrategias: ponerle al convicto un acompañante al que después se interrogaba, pedir a los alcaides de las cárceles secretas que estuviesen atentos al comportamiento de sus reclusos e incluso que los espiasen a través de agujeros practicados en las puertas de las celdas. También la opinión de médicos

y cirujanos del tribunal resultaba fundamental para disipar las dudas de los inquisidores, como demuestra, por ejemplo, el citado caso de Ana de Acosta, judaizante, presa por el tribunal de Toledo en 26 de mayo de 1662<sup>35</sup>.

Las dudas de los inquisidores respecto de la locura de Ana de Acosta surgen en junio de 1663 cuando, por fin curada del pie y más cuerda, le sobreviene 'un tabardillo que la tiene muy postrada y en peligro de su vida' (fol. 159r.). La quieren confesar antes de administrarle los sacramentos, pues temen que se muera. Pero ella está extenuada y ni se mueve, ni habla. Es entonces cuando al calificador que intenta, en vano, sacarle siquiera una palabra, le empiezan a entrar algunas dudas: ¿y si estuviese fingiendo? Según afirma, el hecho mismo de que la enferma ni siquiera le quiera apretar la mano le deja con alguna sospecha.

El 15 de junio de 1663, el médico del Santo Oficio, catedrático de medicina en la Universidad de Toledo, se va a valer de un ardid increíble para obligarla a hablar: entra en su habitación con un brasero de lumbre con hierros, acompañado de un cirujano y varios ministros, fingiendo que le van a mutilar otros dedos del pie. Le aprietan con una cinta el tobillo del pie sano y le preguntan si quiere confesar. La desgraciada entonces no tiene más remedio que contestar que sí. Acto seguido acude un sacerdote para oírla en confesión y administrarle el sacramento de la eucaristía (fol.162r.). Por la tarde el inquisidor, sin perder tiempo, viendo que Ana está en su juicio, la hace abjurar públicamente los delitos de herejía que ella había confesado en su proceso (fol. 163r.). Fue reconciliada, condenada a salir con los otros penitentes en hábito y a un año de cárcel y confiscación de bienes y después desterrada por tres años y condenada a llevar públicamente el sambenito (fols. 194 y siguientes).

El destino de Ana puede ser comparado con la resolución del caso de Beatriz de Campos, aquella conversa portuguesa judaizante a la que nos hemos referido con anterioridad, que estuvo enferma más de siete años<sup>36</sup>. Parece que los

<sup>35</sup> AHN, Inq., leg. 3129, fols 2v-207 r.

<sup>36</sup> AHN, Inq., leg. 138, caja 1, exp. 9, fols. 71 r-194 r.

inquisidores dudaban cerca del carácter verdadero o fingido de su falta de cordura, pues no cesaban de tomar declaración a quienes cuidaban de ella como si temiesen que los engañara. Destaca el hecho de que, no obstante haber sido encarcelada en diciembre de 1678 y declarada loca de remate en abril, y a pesar de su manifiesta y ruidosa demencia, no la ingresaron en el Nuncio hasta febrero del año siguiente. Primero la dejaron en situación de observación. Sólo a partir de agosto de 1683 los que se ocupan de ella en el hospital declaran que la enferma parece estar mejorando. Lo que llama la atención es que para demostrar esa recuperación, el Rector del Hospital afirma que Beatriz de Campos acude a misa, ha pedido licencia para confesarse y le ha insistido para que pida audiencia en su nombre. Llamada ante el tribunal, la enfermera mayor del Nuncio afirmó que de los tres años y medio en que la mujer estuvo recluida en el hospital, se mostró como una demente furiosa durante un año y medio; después mejoró y ahora iba a misa con regularidad y era un ejemplo de devoción. En las conversaciones que tiene con ella, 'siempre trata de cossas de Dios y espirituales' y todo lo que le dice es 'con manifestación de muy buena christiana' (fols. 120v-121v). De todo ello concluyen que tiene 'buena capacidad y entendimiento', que está en su completo y sano juicio. Mandan al alcaide vaya al Nuncio y la traiga al tribunal para darle audiencia<sup>37</sup>. Vemos pues cómo en las mentalidades inquisitoriales se equiparaban ortodoxia religiosa y cordura de los reos, y al contrario, herejía y locura.

### Utilización política de los locos por los inquisidores. ¿Herejes, locos o endemoniados?

Dado que, teóricamente, no era posible castigar a un reo que estaba ya loco en el momento del supuesto crimen, era posible que los inquisido-

res le aplicasen una pena leve o incluso que suspendieran la causa y lo soltaran, tras obtener el visto bueno de la Suprema. Tal fue el caso de Juan García, iluso e iludente, visionario y supersticioso, enjuiciado por el tribunal de Toledo en 1544<sup>38</sup>.

Peón de albañil, Juan García trabajaba en la obra de la iglesia mayor y afirmaba que por sus sueños sabía más que los letrados de la ciudad y los inquisidores, y que incluso conocía el trabajo que hace Dios en el cielo. Contaba que las nubes que aparecen cuando llueve se debían a los abusos que cometían los ministros de justicia y a la conducta del Papa, llegando a sostener que el inquisidor había ido a su tierra y le había arrebatado más de diez mil ducados de hacienda, amén de otras afirmaciones escandalosas. Los inquisidores le dieron a elegir entre recibir cien azotes o ser ingresado en un hospital de locos y él rechazó ambas cosas. Hasta sus propios compañeros de trabajo, al ser preguntados acerca de la conducta del hombre, opinaron que no estaba en su sano juicio, por lo que se determinó absolverlo y ponerlo en libertad, no sin antes amenazarle con propinarle cien azotes si volvía a las andadas, loco o cuerdo.

En algunos casos, los inquisidores ponían fin a la causa del reo loco pero, eso sí, se las arreglaban para disminuir el riesgo de contacto con el público, recluyéndolo por ejemplo en un monasterio. Como tampoco parecían creer en la brujería, tendían a suspender estos juicios por falta de pruebas y en algunos casos a absolver por locas a las encausadas<sup>39</sup>. Cabe señalar que la calificación de locas probablemente era también una manera de destruir la fama y credibilidad de estas encausadas<sup>40</sup>.

Sin embargo, hubo casos de herejes a los que consideraron demasiado peligrosos y cuya locura, a pesar de ser manifiesta, no se apreció como

<sup>37</sup> La rea fue reconciliada en el hospital. Después, considerada curada, el proceso concluyó y fue condenada el 24 de abril de 1686 a salir en auto de fe, abjurar, hábito, cárcel perpetua y confiscación de bienes.

<sup>38</sup> AHN, Inq., leg. 114, exp. 7 (Toledo, 1544).

<sup>39</sup> Por ejemplo, hacia 1537 la Suprema escribe al tribunal de Barcelona acerca de una mujer procesada por bruja: 'Vimos el proceso de Joana Roquells y pues a vos y a los consejeros y médicos paresçe que esta muger no tiene juyzio natural, devéysla soltar con fianças como va asentado en su proceso' (AHN, Lib. 322, fols 145-146).

<sup>40</sup> Sobre el criterio ilustrado del tribunal de Zaragoza respecto de la realidad de la brujería y las causas de brujas suspendidas por falta de pruebas, véase María Tausiet, *Abracadabra Omnipotens. Magia urbana en Zaragoza en la Edad Moderna* (Madrid: Siglo XXI, 2007), 171-90.

circunstancia eximente o atenuante, y se achacó incluso al demonio. Un ejemplo claro es el de Pedro de Ysabal, ‘el Rey Ungido’.

En octubre de 1645 los inquisidores de Zaragoza ordenaron prender a Pedro de Ysabal y encerrarlo en las cárceles secretas de ese tribunal, acusado de ser ‘hereje seductor’. La primera parte de su historia ha sido estudiada por Raphaël Carrasco y François Gómez a partir de los procesos de veintitrés encausados, incluidos dieciséis eclesiásticos, que fueron llevados ante el tribunal de Zaragoza entre 1644 y 1651<sup>41</sup>. Todos estaban convencidos de que este pastor prodigioso, nacido en 1601 en Biescas (en las montañas de Jaca), estaba predestinado a ser rey (de ahí su apodo de ‘Rey Ungido’) y era el hombre designado (por varias profecías y por papeles escritos por el Arcángel San Miguel) para salvar a Aragón, destronar a Felipe IV, destruir a toda la casa de Austria y convertirse así en el monarca del universo entero. Uno de sus seguidores, el jesuita Francisco Franco, se apoyaba en una profecía de San Vicente Ferrer para afirmar que bajo el reinado de Ysabal, él mismo sería el futuro pontífice designado para reemplazar a Inocencio X<sup>42</sup>. A este nuevo profeta se le atribuían muchos poderes y milagros, y no cabe duda de que a través de esta ola profética se estaban expresando, en forma encubierta, las grandes inquietudes políticas aragonesas que, en 1591, habían provocado unas sangrientas revueltas ferozmente reprimidas por Felipe II con el envío del ejército, la entonces impensable decapitación del Justicia Juan de Lanuza, y un largo tiempo de censuras y represión. Hasta aquí lo magistralmente analizado por Raphaël Carrasco.

Por lo que mis propias investigaciones en la documentación del tribunal de Granada me permitieron averiguar posteriormente, Ysabal logró escapar de los alguaciles aragoneses que lo andaban buscando desde 1645 y huyó hacia Granada donde, quizás, pensaba recibir el apoyo y la aprobación de cierto canónigo del Sacromonte<sup>43</sup>. Sea como fuere, allí lo prendieron y fue en las cárceles de la Inquisición granadina donde terminó la historia del Rey Ungido.

Eso sí, no fue sin antes causar grandes quebraderos de cabeza a los inquisidores de la ciudad del Darro y del Genil y a todos sus colaboradores, sumidos en las dudas de si estaba loco y por tanto era jurídicamente irresponsable o no. En una carta fechada en abril de 1650, la Suprema censuró la lentitud de los inquisidores en la tramitación de la causa, a lo que éstos respondieron, un mes después, que al fiscal le estaba costando mucho trabajo presentar la acusación porque Ysabal estaba loco furioso y les daba no poco cuidado<sup>44</sup>. La respuesta del Consejo fue que lo atarían en caso de necesidad, le dieran una compañía para que lo vigilara, dispusieran todo para que no ocurriera ninguna desgracia y lo vieran los médicos<sup>45</sup>. En realidad, como vamos a ver, los inquisidores no podían con él.

El 1 de octubre de 1648, el Consejo había ordenado que se le encarcelase en las celdas secretas del tribunal de Granada. En principio, respondió a la acusación que sobre él pesaba y confesó treinta y tres de los capítulos, alegando que Dios le dictaba lo que hablaba y afirmando: ‘así lo dice el señor Dios mío Ysrael en justicia Emperador Constantino Magno segundo’<sup>46</sup>. El 21

<sup>41</sup> La primera etapa (la aragonesa) del juicio inquisitorial a Pedro Ysabal fue dada a conocer por François Gómez y Raphaël Carrasco: François Gómez, *Le Tribunal du Saint-Office de Saragosse (1561-1700). Essai d'étude quantitative*. Thèse de doctorat sous la direction de Raphaël Carrasco, 2 vols (Montpellier: Université Paul Valéry, 1998), I, 165-71; Raphaël Carrasco, ‘Prophétisme et mécontentement populaire en Aragon au XVII<sup>e</sup> siècle. Pedro Isabal, visionnaire et réformateur’, en *Millénarismes et messianismes dans le monde ibérique et latino-américain*, ed. Jean Franco y Francis Utéza (Montpellier: Université Paul Valéry, 2000), 127-50. Sobre Pedro Ysabal, véanse: AHN, Inq., leg. 2633, exp. 40; leg. 2633, exp. 35; leg. 2634, caja 1, exp. 2, exp. 120, exp. 132, exp. 6, exp. 14, exp. 45, exp. 52, exp. 58, exp. 66, exp. 88, exp. 104, exp. 115, exp. 127, exp. 145; y también AHN, Inq., leg. 2635, exp. 3; leg. 2636, caja 1, exp. 10, exp. 31, exp. 49, exp. 103, exp. 145, exp. 195.

<sup>42</sup> AHN, Inq., libro 994, fol. 646r, caso n.º 18: ‘Pedro de Ripa, 1645’.

<sup>43</sup> Véase AHN, Inq., libro 994, fol. 648r. No es sino una hipótesis mía en la que habrá que profundizar.

<sup>44</sup> AHN, Inq., leg. 2633, exp. 35.

<sup>45</sup> AHN, Inq., leg. 2633, exp. 35.

<sup>46</sup> AHN, Inq., leg. 2633, relación de causas de junio de 1650, fol. 2r.

de junio fue llamado a comparecer ante los inquisidores para continuar con su declaración, pero se negó a acudir. Cuando fueron a buscarle un secretario y el alcaide, respondió que venía a tomar posesión de sus reinos y coronas y que le diesen un asiento adecuado. Se negó a asumir su papel de reo, pidió un trono y dando fuertes patadas en el suelo, exclamó ‘suppedibus meis’, indicando así que tenía a todo el tribunal bajo sus pies. A continuación se enfureció y echó a correr hacia las cárceles<sup>47</sup>. En otras ocasiones, también se negó a acudir y, a pesar de que lo amenazaron con tomarlo por confeso en todos los puntos de la acusación y con proceder contra él por rebelde contumaz y desobediente, reiteró que él tenía el tribunal a sus pies, y que, por tanto, éste no tenía potestad para juzgarle.

En junio, el alcaide declaró que Ysabal estaba furioso, que no quería presentarse ante el tribunal, al que consideraba incompetente para juzgarlo, y que los había excomulgado a todos<sup>48</sup>. A mediados de julio de 1650, aunque lo requirieron a diario, no lograron que acudiera a la audiencia ni una sola vez. Por ello, se dirigieron a la Suprema para pedir instrucciones y exponer su

dilema: o considerarlo reo contumaz o enjuiciarlo como loco furioso.

Este caso resulta muy instructivo en cuanto a los motivos por los cuales los inquisidores podían, a veces, pasar por alto la demencia de un acusado. Así actuaron esta vez, porque no querían que se desvaneciera un proceso que para ellos era de suma gravedad, dado que Ysabal había querido acabar con la tiranía de Felipe IV y que mucha gente en Aragón había creído en él.

Respondieron entonces con una hábil jugada, argumentando que aunque sus desvaríos eran muchos, todos estaban relacionados con su causa y así más parecía endemoniado que loco<sup>49</sup>. Consideraron que su demencia era más bien un impedimento puesto por el diablo para evitar que se le juzgara adecuadamente<sup>50</sup>. Vemos, pues, que cuando les parecía imprescindible castigar a un hereje, o peor aún, a un oponente político, aniquilando y destruyendo su buen nombre, los inquisidores sabían encontrar la manera de hacer caso omiso de aquella circunstancia eximente de culpa que era la locura.

<sup>47</sup> Solo se puede resumir aquí lo ocurrido durante las numerosas audiencias. Todas las citas literales que hacemos proceden de las sucesivas relaciones de su causa, custodiadas en especial en: Inq., leg. 2633 (relaciones de causas fechadas en junio 1650; enero de 1651; julio de 1651; septiembre de 1651). Véanse también: Inq., leg. 2633, exp. 132 (Relación de causa, noviembre 1651); exp. 40 (copia de AHN, leg. 2622, exp. 35); Inq., leg. 2634 (en la relación de causa de 22 de abril 1653, lo llaman ‘impostor’ pues las opiniones, tanto de los calificadores entre sí como de los médicos, no concuerdan. Unos afirman que está loco, otros que su locura no es sino fingida); leg. 2634, exp. 66 (causa fechada en octubre de 1652); Inq., leg. 2634, caja 1 (exp. 2, exp. 6, exp. 14, exp. 45, exp. 52, exp. 58, exp. 66, exp. 88, exp. 104, exp. 115, exp. 127; exp. 145); Inq., leg. 2635, caja 1 (exp. 3, exp. 10, exp. 49, exp. 103, exp. 145, exp. 195); Inq., leg. 2636, caja 1 (exp. 10, exp. 31, exp. 49); Inq., leg. 2644, caja 1 (exp. 21, exp. 32, exp. 42, exp. 53, exp. 62, exp. 75, exp. 84); Inq., leg. 2645, caja 1, exp. 10, fol. 10r, etc.

<sup>48</sup> AHN, Inq., leg. 2633, leg. 40 (12 de julio de 1650, Granada, ‘papeles tocantes a la causa de Pedro de Ysabal’).

<sup>49</sup> AHN, Inq., leg. 132 (tribunal de Granada, relación de causa de noviembre de 1651): ‘[...] si se seguirá esta causa como contra contumaces (que parece los méritos de ella lo piden) porque aunque también pudiera seguirse como con furioso, no hemos querido intentar este medio ni azer información de su locura por no desbaneçar esta causa que es de la gravedad que Vuestra Excelencia tiene entendido, y porque aunque sus locuras y disparates son muchos, son todos en la materia de su causa y no en otra y así más parece endemoniado que loco, porque demás de la frecuencia con que habla latín, aunque bárbara y descompuestamente, parece que este impedimento que aora pone en esta causa, puede ser efecto del demonio prebiendo que se trata de poner fin a ella. Vuestra Excelencia lo mandará ver y abisar a la Inquisición de Zaragoza; no se agan las ratificaciones en plenario asta tener otra orden. Guarde Dios a Vuestra Excelencia. Granada y junio 28 de 1650’.

<sup>50</sup> AHN, Inq., leg. 2633, exp. 35, folios sin numerar; véase en especial la relación de causas de enero de 1651. Véase también: AHN, Inq., leg. 2634, caja 1, exp. 2, la relación de causa de julio de 1651 donde se evoca la carta de la Suprema fechada en 19 de mayo: ‘en 19 de mayo deste año se recibió una carta de Vuestra Excelencia de resulta de la relación de causas, la qual tenía un capítulo assí en la causa de Pedro Isabel: ‘veréis el pedimiento que hizo el fiscal en el mes de enero y determinaréis sobre ello y guardaréis lo que en esta causa se a determinado y lo verá otro médico y calificador diferente y declararán çerca de su juicio y çapacidad y le llamaréis algunas veças a la audiencia para proseguir en su causa y os procuraréis informar bien si la locura es çierta o fingida y si está obseso o endemoniado y ireis dando quenta al consejo’.

Pedro Ysabal murió en la cárcel hacia 1662. En las relaciones de causas de los años siguientes<sup>51</sup> los inquisidores aluden a la muerte del reo y señalan que en dicho año se había votado la suspensión del juicio. Bien se puede suponer que estos catorce años que Ysabal pasó en las cárceles, así como la condena en Zaragoza de muchos de sus fautores, bastaron para que, poco a poco, se disuadiera a cualquiera de creer en los poderes del Rey Ungido para salvar a Aragón. Lo que sí es interesante son esas vacilaciones de los calificadores y médicos en torno a si la locura de Ysabal era cierta o no, si estaba ‘obseso o endemoniado’ o si tenía ‘algún demonio asistente de que estaba obseso’<sup>52</sup>, para después concluir: ‘más parece endemoniado que loco’<sup>53</sup>, lo cual permitía arteramente obviar la cuestión de su locura y castigarlo<sup>54</sup>. Vemos, pues, que las categorías de brujo, endemoniado, obseso y loco no eran compartimentos estancos.

En conclusión, la documentación inquisitorial nos permite acercarnos a la locura desde varios puntos de vista. Primero, desde el punto de vista médico de las teorías vigentes (sobre la melancolía por ejemplo concebida como un humor seco, y frío o caliente); también sobre los tratamientos, que incluían purgas, baños atemperantes y sanguijuelas. Cabe destacar, sin embargo, que cuando los inquisidores ordenaban a los médicos que visitaran a los reos era con un doble objetivo: por un lado, intentar saber si el preso fingía o no y, por otro, devolverle la cordura cuanto antes para poderlo juzgar.

Segundo, desde el punto de vista de los inquisidores, la demencia era a veces muy molesta pues obstaculizaba la aplicación de las penas. De ahí las numerosas verificaciones que hacían para saber si era o no auténtica. Otras veces la locura, arma defensiva en manos de los reos, se volvía arma ofensiva en manos de los mismos inquisidores que la utilizaban para aniquilar y excluir. Por ejemplo, para acabar con el influjo social de alguna que otra bruja o de algunos herejes que, al ser declarados locos, perdían su credibilidad para desaparecer, a veces para siempre, en un hospital, en una Casa de Misericordia, o en un convento o monasterio.

En contrapartida, hemos visto que cuando los inquisidores no querían que un reo se valiese de su locura como circunstancia eximente o atenuante, podían hacerlo pasar por endemoniado, como lo hicieron con Ysabal.

Ora valiéndose de la locura, ora descartándola, lograban su meta, que era asegurar a la Iglesia la exclusividad de la elaboración del discurso religioso e impedir cualquier forma de heterodoxia susceptible de poner en entredicho el orden político o religioso establecido.

Para terminar, cabe subrayar una paradoja: los que quisieron acabar con el libre discurrir o pensar de los reos tildándolos de locos, endemoniados o herejes, de alguna manera eternizaron su discurso al tomar minuciosas notas escritas de todo lo que decían y de todo lo que los testigos declaraban haberles oído. Quiriendo silenciarlos, lograron,

<sup>51</sup> AHN, Inq, leg. 2643, exp. 62, junio, 10 de 1664: ‘Pedro de Ysabal, natural de la villa de Bribiescas en las montañas de Jaca, soltero, officio pastor, de edad de 55 años al tiempo de su prisión que fue en cárcel secreta a 1 de diciembre de 1648 por fingirse profeta y santo, de quien se a dado quenta a Vuestra Excelencia en las relaciones passadas que murió en las cárceles de este santo officio antes de concluir su causa, y aviendo mandado Vuestra Excelencia por carta de 17 de enero de 1662 que estando votada esta causa se remitiese a Vuestra Excelencia, votose a suspensión y se remitió a Vuestra Excelencia en 30 de enero de 1662 y no a buelto. Tiene el mesmo estado’; AHN, Inq, leg. 2644, caja 1, exp. 21 (nº 122); exp. 32 (nº 77); exp. 42 (nº 82); exp. 53 (nº 84); exp. 62 (nº 82), etc. (Tribunal de Granada, 1667); AHN, Inq, leg. 2645, caja 1, exp. 10, fol. 10 r; exp. 36, fol. 15 r; exp. 99, fol. 20; AHN, Inq., leg. 2645, caja 2, exp. 263, fol. 25 (causas de difuntos): ‘Pedro de Ysabal [...] de cuya muerte se ha dado quenta en las relaciones pasadas y en la última en 17 de henero de 1662 se mandó por el consejo se votase esta causa y se votó en 30 a suspensión y se remitió al consejo y no ha buelto’.

<sup>52</sup> AHN, Inq., leg. 2633, relaciones de causas, enero de 1651: ‘parece que este reo tiene algún demonio asistente de que está obseso ‘julio de 1651: ‘os procuraréis informar bien si la locura es cierta o fingida y si está obseso o endemoniado’.

<sup>53</sup> Véase la carta del 28 de junio de 1650 que los Inquisidores de Granada enviaron al Consejo de su Majestad y que llegó a Madrid a 7 de julio de 1650 (AHN, leg. 2622, exp. 35).

<sup>54</sup> Los términos en que los inquisidores analizan la herejía de Ysabal invierten los términos en que enjuiciaron a otro reo, Bartolomé Sánchez, juzgado tres veces por el tribunal de Cuenca por hereje de 1553 a 1560, al que finalmente decidieron considerar un loco y enviaron al hospital de locos de Zaragoza. Véase Sara T. Nalle, *Mad for God: Bartolomé Sánchez, the Secret Messiah of Cardenete*.

sin saberlo ni quererlo, lo que pocas instituciones en la Historia: dejar memoria escrita, detallada y fiel del discurso de los herejes y los locos. En definitiva, los que quisieron quitarles la voz y la palabra a los herejes, locos o endemoniados, hicieron

que las palabras de estos marginados, vencidos, pobres diablos y locos, atravesando los siglos, llegaran hasta nosotros. A estos locos de la Inquisición he intentado darles la razón y que digan la última palabra.

#### Correspondencia:

*Centre de Recherche sur l'Espagne des XVIe et XVIIe siècles (CRES-LECEMO). Université de la Sorbonne Nouvelle (PARIS III). UFR d'Etudes Ibériques et latino-américaines. Paris.*  
 correo electrónico: helenetrope@hotmail.fr

### Referencias bibliográficas

- Carrasco, R (2000) 'Prophétisme et mécontentement populaire en Aragon au XVIIe siècle. Pedro Isabal, visionnaire et réformateur', en *Millénarismes et messianismes dans le monde ibérique et latino-américain*, ed. Jean Franco y Francis Utéza. Montpellier: Université Paul Valéry.
- De Torquemada, T *Compilación de las instrucciones del Oficio de la santa Inquisición*, 49 hojas, siglo XVIII. Biblioteca Nacional de Madrid.
- Eimeric, N y Peña, F (1983) *El Manual de los Inquisidores*, ed. Luis Sala-Molins (trad. Luis Sala-Molins, Francisco Marín de: *Directorium Inquisitorum*, 1376; Barcelona: Muchnik Editores.
- Gómez, F (1998) *Le Tribunal du Saint-Office de Saragosse (1561-1700). Essai d'étude quantitative*. Thèse de doctorat sous la direction de Raphaël Carrasco, 2vols. Montpellier: Université Paul Valéry.
- Nalle, ST (2001) *Mad for God: Bartolomé Sánchez, the Secret Messiah of Cardenete*. Charlottesville: University of Virginia.
- Orobitg, C (1997) *L'humeur noire: mélancolie, écriture et pensée en Espagne au XVIe et au XVIIe siècle*. Bethesda: International Scholars Publications.
- Redondo, A (1997) 'La melancolía y el Quijote de 1605', 'Otra manera de leer el' 'Quijote'. Madrid: Castalia.
- Sacristán, MC (1992) *Locura e Inquisición en Nueva España: 1571-1760*. México: Colegio de Michoacán, Fondo de Cultura Económica.
- Sala-Molins, L (1980) *Le dictionnaire des inquisiteurs* (traducción al francés de *Repertorium Inquisitorium*, Valencia, 1494. París: Editions Galilée.
- Tausiet, M (2007) *Abracadabra Omnipotens. Magia urbana en Zaragoza en la Edad Moderna*. Madrid: Siglo XXI.
- Tropé, H (1994) 'Folie et Inquisition à Valence (1580-1699)', in *Hommage à Pierre Vilar*, Association Française des Catalanistes. Paris: Éditions Hispaniques/AFC.
- Tropé, H (1994). *Locura y sociedad en la Valencia de los siglos XV la XVII: los locos del Hospital de los Inocentes (1409-1512) y del Hospital General (1512-1699)*. Valencia: Diputación de Valencia, Centre d'Estudis d'Història Local, 1994.

# Evaluación de resultados clínicos (y III): Índices de Cambio Fiable (ICF) como estimadores del cambio clínicamente significativo

## *Clinical outcomes evaluation (III): Reliable Change Index (RCI) as estimator of clinically significant change*

Ioseba Iraurgi Castillo.

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

**Resumen:** Como hemos visto en artículos previos (Iraurgi, 2009a, 2009b), la significación estadística muestra limitaciones para su uso en la investigación de resultados psicoterapéuticos porque se basa en las medias grupales, no proporcionando información sobre la variabilidad individual de los resultados, ni tampoco abordando la significación clínica. La significación clínica se refiere a la importancia práctica de cambio del paciente que se produce como consecuencia de la intervención psicoterapéutica. Jacobson y su grupo de trabajo (Jacobson, Follette y Revenstorf, 1984; Jacobson y Truax, 1991) han propuesto un método para evaluar la significación clínica que se basa en la validación normativa. El Índice de Cambio Fiable (ICF) de Jacobson y Truax es un procedimiento para la determinación de cambios clínicamente significativos que proporciona un medio adicional de análisis a las comparaciones de medias grupales en la investigación de resultados terapéuticos. Este artículo ofrece una visión general de este procedimiento y la metodología de validación clínica. También examina las críticas propuestas al método y las extensiones resultantes que han inspirado. Por último, se ofrece un ejemplo de la aplicación de los diferentes ICF revisados.

**Palabras clave:** Cambio terapéutico, Índices de Cambio Fiable, Significación estadística, Significación clínica.

**Summary:** As we have seen in previous papers (Iraurgi, 2009a, 2009b), the statistical significance is seen as limited for use in psychotherapy outcome research because it is based on group means and does not provide information on individual variability of outcome, nor does it address clinical significance. Clinical significance refers to the practical importance of patient change that occurs through psychotherapy. Jacobson and his working group (Jacobson, Follette and Revenstorf, 1984; Jacobson and Truax, 1991) have proposed a method for assessing clinical significance that is based on normative validation. The Reliable Change Index (RCI) of Jacobson and Truax is a procedure for determining clinically significant change that provides a supplemental means of analysis to group mean comparisons in outcomes research with clinical interventions. This paper provides an overview of this procedure and its underlying clinical validation methodology. It will also examine criticisms of the method and the resulting extensions these have inspired. Finally, an example of clinical application of the different ICF will be given.

**Key Words:** Therapeutic change, Reliable Change Index, Statistical significance, clinic significance.

Con el presente trabajo se completa la trilogía de artículos destinados a la evaluación de resultados terapéuticos. Hasta aquí se ha examinado el papel de la estadística para delimitar si una puntuación de cambio puede ser atribuida a un efecto real del factor de estudio o intervención, en nuestro caso un determinado tratamiento terapéutico, o ha de ser considerada como un posible desenlace debido al azar (Iraurgi, 2009a). También se ha valorado si el cambio observado es lo suficientemente importante en magnitud cómo para poder aceptar que tiene importancia empírica y supone un logro considerable (Iraurgi, 2009b). En el ámbito terapéutico, planteamos que tal logro -de magnitud aceptable y con pocas probabilidades de haberse producido por azar- es un cambio importante para la toma de decisiones; pero, ¿es clínicamente significativo?

Por otra parte, la mayor parte de los procedimientos que se han revisado se centran en la valoración de los cambios cuando se toma como referencia todo un grupo (Iraurgi, 2000; 2009a; 2009b). Un grupo de sujetos que recibe un tratamiento, o no, se compara consigo mismo para valorar si hay un cambio asociado al tratamiento; o, por el contrario, se produce un cambio espontáneo en el caso de que no lo reciban. O bien, dos grupos con tratamientos diferenciales se comparan entre sí para valorar cuál de ellos es más eficaz o efectivo en el logro de los objetivos terapéuticos. No obstante, en la práctica clínica habitual raramente se comparan grandes grupos, o al menos grupos con los suficientes efectivos como para lograr las condiciones óptimas de tratamiento estadístico, siendo más frecuente la valoración de casos individuales. Optamos por los tratamientos que han mostrado su eficacia y efectividad a través de estudios controlados (ensayos clínicos, estudios naturalísticos de intervención, etc.) y que, por tanto, se muestran de utilidad en la reducción de determinada sintomatología o logro de un mejor estado de salud. Pero no nos basta con saber que la intervención es eficaz, lo que interesa saber es si dicha intervención funciona en el caso particular de quién se está aplicando, si el receptor de la intervención logra mejorar su dolencia o estado de salud de una forma clínicamente relevante. Las preguntas que surgen a este respecto son del siguiente tipo: ¿Cuántos participantes modifican sus puntuaciones de forma relevante o clínica-

mente importante?, ¿cuántos mejoran de forma fiable hacia puntuaciones de no severidad?, ¿cuál es la diferencia de puntuaciones realmente aceptable? (Iraurgi, Trujols, Lozano y González, 2010; Christensen y Mendoza, 1986).

Para dar respuesta a estas cuestiones se han propuesto una serie de criterios y metodología específica basada en lo que se ha venido a llamar 'Índice de Cambio Fiable' (ICF, o en su acepción en inglés RCI: Reliable Change Index) o como -en una de sus primeras aproximaciones en castellano- 'Puntuación Precisa de Cambio' (Páez, Echeburua y Borda, 1993). Se han propuesto varias alternativas de esta metodología (Jacobson y Truax, 1991; Speer, 1992; Speer y Greenbaum, 1995; Hsu, 1999; Hageman y Arrindell, 1999), a las cuales nos aproximaremos en la presente sección. Todas ellas tienen como fundamento la propuesta inicial desarrollada por Jacobson y colaboradores (Jacobson, Follette y Reventorf, 1984, 1986; Jacobson y Truax, 1991; Jacobson, Robers, Berns y McGlinchey, 1999), el cual ha sido propuesto por Speer y Grennbaum (1995) como un buen método para calcular el número de puntos de cambio necesario que permitirían al clínico decidir con confianza qué sujetos han experimentado un cambio clínico relevante.

### Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax (ICFIT)

La primera aproximación a una medida del cambio clínicamente significativo fue propuesta por Jacobson, Follette y Reventorf en 1984, y posteriormente revisada por Jacobson y Truax (1991) en el ya célebre artículo '*Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research*'. La descripción del método que se realiza en este epígrafe sigue las indicaciones de estos autores en esta última obra, si bien nos permitiremos la licencia de adaptar algunas cuestiones a los intereses de la presente tesis.

El método propuesto por Jacobson y Truax, (en adelante nos referiremos a él como 'ICF<sub>IT</sub>') consiste en dos partes diferenciadas: la primera consiste en la definición de los criterios que expresan qué ha de considerarse como 'cambio clínico', y la segunda la propuesta de un índice estadístico que valore el grado de significación

en la precisión del cambio obtenido. El propósito de esta propuesta era: a) establecer un consenso sobre la definición de 'cambio clínicamente significativo' que sirviera para ser aplicado a cualquier trastorno clínico, b. determinar un punto de encuentro entre los profesionales y los usuarios respecto a lo que supone un cambio clínico en las expectativas de resultado en psicoterapia, y c. ofrecer un método preciso para la clasificación del resultado terapéutico alcanzado por los receptores de la intervención (mejoría, sin cambios, empeoramiento, etc.) en base a los criterios definidos como clínicamente significativos.

### 1. Criterios para la definición del cambio clínico

En una entrega anterior (Iraurgi, 2009a) hemos hecho alusión al concepto de significación clínica planteando que es un fenómeno que va más allá de cálculos aritméticos y está determinada por el juicio de valor de los distintos protagonistas del escenario sanitario, quienes pueden interpretar la relevancia clínica de forma diferente en tanto que cada uno de ellos pueden poner su(s) objetivo(s) de resultado(s) en opciones diversas (p.ej.: el tamaño de efecto, el alivio de la dolencia, los costes, la duración del tratamiento, la comodidad de la implementación, el mantenimiento de la mejora de salud y aceptación del tratamiento por el paciente, etc.).

De manera general, se puede plantear que la significación clínica de un tratamiento o intervención viene determinada por su capacidad para cumplir ciertas normas sobre su eficacia-efectividad establecidas por dichos protagonistas (pacientes, sanitarios, investigadores...). No existe un consenso al respecto, dado que las voces son múltiples; pero para su utilización práctica, y con aceptable aprobación por las distintas partes, se han aceptado algunas como las siguientes: a) un alto porcentaje de personas tratadas que hayan mejorado con el tratamiento; b) un cambio en el estado de salud que sea reconocible por las personas que están alrededor de la persona tratada (Kazdin, 1977; Wolf, 1978); c) la eliminación de los signos y síntomas que definen el problema de salud (Kazdin y Wilson, 1978); d) alcanzar un estado de salud normativo al finalizar la terapia (Kendall, Butcher y Holmbeck, 1999; Nietzel y Trull, 1988); o e) cambios que reduzcan

significativamente el riesgo de presentar problemas de salud (Mavissakalian, 1986).

Para Jacobson y Truax, el punto de partida en la contextualización de la significación clínica tras una intervención terapéutica radica en el cambio hacia los valores de normalidad dentro del área clínica sometida a intervención. Es decir, el cambio clínicamente significativo se produce cuando se evidencia la recuperación de un funcionamiento 'normal' de salud, entendiendo 'normal' desde una conceptualización de distribución poblacional del fenómeno.

Tomemos como ejemplo el caso de la valoración de la calidad de vida como medida de resultado de una determinada intervención, donde se ha utilizado como instrumento de aproximación a dicho concepto el SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992; Alonso et al, 1998). El SF-36 valora ocho dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud con una puntuación teórica que oscila entre 0 (peor salud posible) y 100 (mejor estado de salud posible). De entre ellas, tomaremos la dimensión que hace referencia a la percepción de Salud General (SG - General Health) como marco de referencia para las explicaciones del procedimiento del ICF<sub>IT</sub>. La Figura 1 presenta algunos gráficos de distribución poblacional que nos ayudarán en la descripción de los criterios propuestos por Jacobson y Truax en su modelo.

El gráfico F1A de la Figura 1 representa tres curvas de distribución poblacional. La curva en línea continua (en azul) representa el universo poblacional: todos los posibles elementos de un conjunto definido. Representaría el total de personas de una ciudad, una comunidad o un país, por ejemplo, en el caso de que estuviéramos realizando una evaluación sobre la salud percibida en ese universo. Esta es una distribución hipotética, dado que raramente se llega a poder capturar la valoración de todos los elementos de ese universo. A lo sumo se llega a una aproximación a través de selecciones muestrales -a las cuales llamaremos 'población general', que con un mínimo error de estimación asumible, llegan a ser una representación significativa de lo que ocurre en ese universo. Por la ley de los grandes números, se asume que la distribución de un determinado fenómeno, en nuestro caso la salud percibida, se aproxima a una curva normal;

habrá un porcentaje no muy grande de personas que referirán tener una salud pésima, una mayor proporción que tendrán una salud normal, adecuada, y de nuevo un pequeño porcentaje de personas que manifestarán un estado de salud excelente. Atendiendo a las puntuaciones en el SF-36, un porcentaje pequeño de personas presentaría muy bajas o muy altas puntuaciones, y la gran mayoría del universo mostraría puntuaciones en torno a un valor promedio más o menos centrado.

Si la extracción muestral se obtiene del colectivo de personas sanas, es decir, aquellas que no presentan ningún trastorno o enfermedad -al menos en lo que respecta al trastorno de valoración-, hablaríamos de una 'población funcional', representada en la Figura 1 por la curva de línea discontinua (en verde). Si por el contrario, el estudio se realizase exclusivamente con personas que presentan el trastorno o enfermedad de interés nos hallaríamos con una 'población disfuncional', representada en la Figura 1 por la curva de línea punteada (en rojo). En los estudios clínicos, como es obvio, se cuenta con muestras de enfermos -'poblaciones disfuncionales'- más o menos amplias y, en algunos casos, se cuenta con datos normativos (Iraurgi, Poo y Markez, 2004). Lo que resulta menos habi-

tual es disponer de poblaciones funcionales, y en ese caso el recurso es acudir a muestras normativas de población general -como se ha comentado previamente obtenidas a través de encuestas de salud o estudios comunitarios-, las cuales incluyen a personas que pueden presentar el trastorno o enfermedad de interés a nivel clínico o subclínico.

Jacobson y Truax (1991) plantean que el cambio clínicamente significativo se produce cuando el enfermo retorna a un funcionamiento normal, es decir, cuando puede ser considerado como parte de la población funcional. De este modo, teniendo en cuenta los distintos tipos de poblaciones descritas y las características de su distribución teórica, estos autores propusieron tres criterios, y sus correspondientes puntos de corte -representados por las letras a, b y c en la Figura 1-, para determinar lo que hubiera de considerarse nivel funcional:

- a. El nivel funcional tras el tratamiento, o puntuación post-test, debe situarse fuera de la amplitud de la población disfuncional en la dirección de la funcionalidad (área sombreada en rojo, más a la derecha, del gráfico F1B), entendiéndose por amplitud la distancia de dos desviaciones estándar (DE) desde la media (M) de la distribución. En el

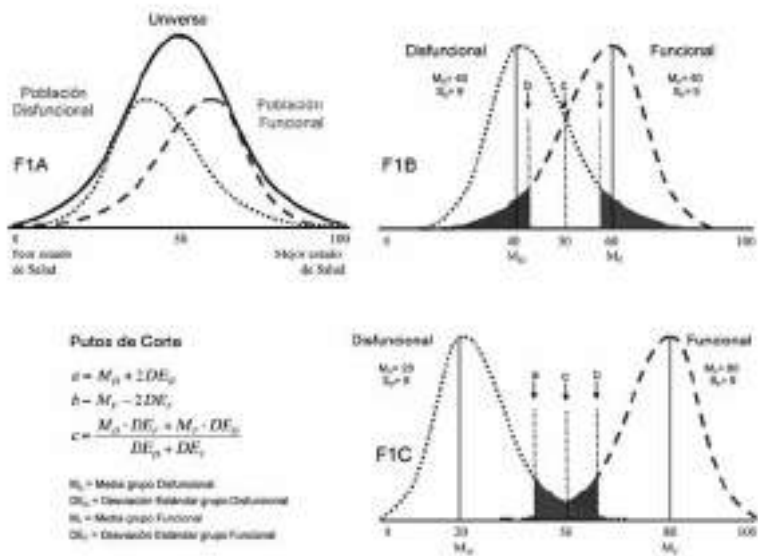


Figura 1. Estimación del Punto de Corte en el Modelo de Jacobson y Truax (1991).

caso que estamos tomando como ejemplo, la característica o variable valorada es positiva (calidad de vida, a mayor puntuación mejor estado) y, por tanto, para estimar el punto de corte 'a' -a partir del cual ha de considerarse alcanzado el nivel funcional- ha de sumarse dos desviaciones estándar a la media ( $a = M_D + 2DE_D$ ). En el caso de que la característica a valorar fuera negativa, por ejemplo, sintomatología depresiva (a mayor puntuación mayor expresión sintomática), la funcionalidad vendría expresada por puntuaciones bajas y, por tanto, el punto de corte se hallaría dos desviaciones estándar por debajo de la media ( $a = M_D - 2DE_D$ ).

- b. El nivel funcional tras el tratamiento se sitúa dentro de la amplitud de la población normal (general) o funcional en la dirección de la disfuncionalidad, es decir, ha de situarse fuera del área sombreada en verde, más a la izquierda, del gráfico F1B. En nuestro ejemplo, al ser la calidad de vida una característica positiva, el punto de corte 'b' se logra como resultado de restar dos DE a la media de la población funcional ( $b = M_F - 2DE_F$ ), de modo que la puntuación a alcanzar por una persona tras el tratamiento para considerar que se halla en el nivel funcional ha de ser igual o superior a 'b'. Contrariamente, si la característica valorada fuera negativa (depresión) -las áreas funcional y disfuncional de la Figura 1 se hallarían intercambiadas de posición-, el punto de corte se calcularía mediante la suma ( $b = M_F + 2DE_F$ ), y, por tanto, la puntuación del sujeto para ser considerada como funcional hubiera de ser igual o inferior a 'b'.

Se ha comentado que la disponibilidad de datos de distribución de poblaciones funcionales es poco usual y que en su defecto suelen utilizarse datos de población general. Como también ha sido expuesto, en las poblaciones generales podemos encontrar casos clínicos y/o subclínicos, por lo que el criterio de calcular la amplitud a partir de dos DE puede llegar a ser muy riguroso. A este respecto, se ha propuesto utilizar el criterio de calcular dicha amplitud a partir de la suma o la resta de una desviación estándar (Ware y Kosinski, 2005), de modo que se obtuviera una mayor probabilidad de

seleccionar el nivel de funcionalidad de las personas sin el problema o trastorno de interés, o, al menos, con puntuaciones menos disfuncionales.

- c. El nivel funcional tras el tratamiento, o puntuación post-test, ha de ser más cercano a la media de la distribución de la población funcional que a la disfuncional. Este criterio de nivel funcional es el menos arbitrario de los tres y se basa en una probabilidad relativa, que se calcula, bajo el supuesto de que ambas distribuciones siguen una ley normal, a partir de la fórmula 'c' de la Figura 1, que en el caso de que las DE de ambas distribuciones fueran iguales se calcularía de forma más abreviada mediante la expresión:  $'c' = (M_F + M_D) / 2$ . Atendiendo a este criterio, una persona que en su puntuación post-test vaya más allá que el valor obtenido de 'c' en la dirección de la funcionalidad, será más probable que pertenezca a la población funcional que a la disfuncional (el área a la derecha del punto c en el gráfico F1B es mayor en la curva de línea discontinua -funcional- que en la curva de línea punteada -disfuncional-). De este modo, como venimos especificando para los criterios previos, si el resultado valorado es de tipo positivo (calidad de vida), la persona en su post-test debe alcanzar puntuaciones iguales o superiores al valor 'c' obtenido; en el caso de variables que valoren características negativas (depresión), la persona debe puntuar por debajo del valor obtenido en el punto de corte 'c'.

Como puede apreciarse, esta propuesta requiere de datos normativos de la población funcional y disfuncional, las cuales pueden solaparse en mayor (gráfico F1B) o menor medida (gráfico F1C), pudiéndose llegar a producir distintos puntos de corte para cada uno de los tres criterios. Entonces, ¿cuál utilizar?. Jacobson y Truax (1991) hacen las siguientes recomendaciones:

1. Cuando se dispone de datos normativos de ambos tipos de población, funcional y disfuncional, los criterios 'b' y 'c' son preferibles al 'a', ya que permiten localizar a la persona evaluada dentro de la población funcional, lo cual corresponde con los objetivos

terapéuticos a alcanzar: “*el cambio clínicamente significativo se produce cuando el enfermo retorna a un funcionamiento normal*” (Jacobson y Truax, 1991; pp.13), es decir, cuando puede ser considerado como parte de la población funcional.

2. El criterio ‘a’ es aplicable cuando se carece de normas de población general o funcional. Por lo general, en las evaluaciones clínicas realizadas respecto a los resultados de una determinada intervención contamos con una acumulación de casos sometidos a la misma. Este grupo de casos, evaluados en el pre-test, constituyen una muestra que si resulta lo suficientemente amplia permite obtener datos de su distribución respecto a los cuales se podrá localizar el resultado de un sujeto en el post-test, adoptando el criterio de nivel funcional si su puntuación se desplaza dos desviaciones estándar respecto de la media del pre-test. No obstante, este criterio resulta muy estricto cuando las poblaciones se solapan y, además, puede ofrecer puntuaciones de corte fuera de rango cuando la desviación estándar resulta ser mayor que la puntuación media.
3. Por su parte, el criterio ‘b’ resultaría el de elección cuando no hay solapamiento con la población disfuncional (gráfico F1C de la Figura 1), como podría ocurrir con problemas de salud muy raros o muy graves. En el caso de solapamiento entre las distribuciones de la población funcional y disfuncional,

resultaría ser el criterio más tolerante, pero en el caso de distribuciones no solapadas puede llegar a ser demasiado estricto, de ahí que algunos autores hayan sugerido que el punto de corte se situé a una desviación estándar de la media en lugar de a dos (Ware y Kosinski, 2005).

4. Por último, el criterio ‘c’ sería el de elección cuando las distribuciones de la población funcional y disfuncional se solapan, situación que ocurre en la mayoría de fenómenos sociales y problemas de salud. En el caso de la valoración de la calidad de vida, las personas pertenecientes a la población funcional que puntúan más bajo (hacia la disfuncionalidad) presentan puntuaciones similares a las personas de la población disfuncional que puntúan más alto. Esto es debido a que la población funcional en ocasiones resulta ser una extracción de la población general, y las personas que puntúan de forma coincidente con las de la población disfuncional probablemente presenten niveles subclínicos del problema de interés.

Retomando el ejemplo propuesto al inicio sobre la valoración de la percepción de la salud general, consideraremos los datos de población funcional ofrecidos por Anaitua y Quintana (1999) para la población general de la Comunidad Autónoma Vasca ( $M_f = 67,6$ ;  $DE_f = 19,6$ ;  $n_f = 3.949$ ) y los datos normativos ofrecidos por Iraurgi, Poo y Markez (2004) sobre una muestra de personas con adicción a opiáceos en tratamiento con metadona de la misma comunidad como representa-

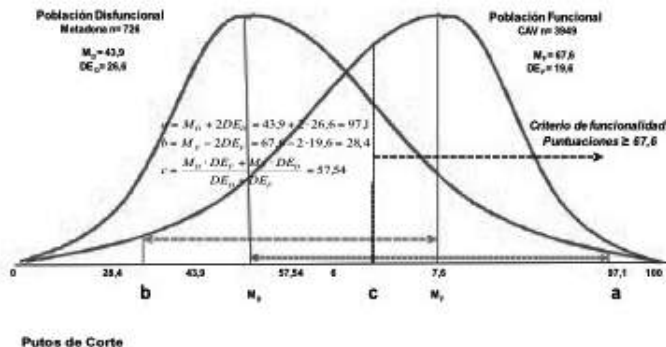


Figura 2. Distribución de poblaciones funcionales y disfuncionales y estimación de los Puntos de Corte para el caso de valoración de pacientes con adicción a opiáceos en tratamiento con metadona.

ción de la población disfuncional ( $M_0 = 43,9$ ;  $DE_0 = 26,6$ ;  $n_0 = 726$ ). Como se aprecia, las medias de ambas distribuciones se separan 23,4 puntos, presentando una peor salud general la población disfuncional -pacientes de metadona- que la funcional, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $t = 23,9$ ;  $p < 0,001$ ). Dada la considerable variabilidad de las poblaciones, se puede afirmar que ambas distribuciones se superponen (Figura 2), teniendo que decidirse qué criterio o punto de corte elegir para la asunción del nivel de funcionalidad. Como puede apreciarse en la Figura 2 el criterio 'a' resulta excesivamente estricto (se deberían obtener puntuaciones superiores a 97,1 puntos para cumplir criterios de funcionalidad), y el criterio 'b' resultaría demasiado laxo (bastaría con alcanzar puntuaciones superiores a 28,4 puntos, lo cual resulta paradójico al ser esta puntuación inferior a la media de la población disfuncional). Dado el solapamiento, entonces, se opta por el criterio 'c' como el más adecuado, de modo que para poder asumir que una persona con adicción a opiáceos ha alcanzado un nivel funcional tras ser tratado en un programa de metadona, debería alcanzar una puntuación igual o superior a 57,54 puntos en la escala de salud general del SF-36.

Ahora bien, alcanzar una puntuación post-test que se halle en el área de criterio de funcionalidad no implica necesariamente que se haya producido un cambio clínicamente significativo. Además de alcanzarse el nivel de funcionalidad que se ha descrito en este epígrafe, Jacobson y Truax (1991) proponen el cumplimiento de una segunda condición basada en el grado de cambio logrado tras el tratamiento.

## 2. Índice de Cambio Fiable (ICF<sub>FI</sub>)

La respuesta a un instrumento de valoración, como puede ser una escala de auto-informe como el SF-36, por ejemplo, está afectada de un cierto grado de imprecisión: la contestación a la escala puede variar por diversas circunstancias. Una puntuación en una escala rara vez es tan precisa que podamos estar seguros que una persona responda exactamente del mismo modo en dos momentos diferentes, o que la puntuación un punto más alto o más bajo sea sin duda un verdadero cambio en el estado de esa persona. De igual modo, la utilización de un esfigmoma-

nómetro mal calibrado y/o utilizado por diferentes personas con diferente nivel de entrenamiento estaría produciendo una medición sesgada que no reflejaría el verdadero valor de la presión arterial. Al grado de error que comete cualquier instrumento se le denomina Error Estándar de Medida (EEM), y depende de la fiabilidad de la prueba (Anastasi y Urbina, 1997).

Así, cuando una persona tiene un cambio en la puntuación en una escala, como la puntuación en la dimensión de Salud General del SF-36, tenemos que evaluar en términos de la probabilidad que ese cambio sea un cambio real, y no un cambio debido a la inestabilidad intrínseca de la escala. Es por ello que resulta importante elegir instrumentos que hayan mostrado su fortaleza y precisión psicométrica. El uso de instrumentos con poca precisión llevaría a un mayor error de medida, de modo que a la variabilidad debida a los propios sujetos habría que añadir la cometida por el instrumento, es decir, la magnitud del cambio pudiera ser debido a un error de medición, y en ese caso los estimadores del tamaño del efecto estarían aportando una información sesgada.

Jacobson y Truax (1991) proponen, como segunda condición para la consideración de cambio clínicamente significativo, la utilización de un índice que contemple la precisión de la medida; el aludido Índice de Cambio Fiable (ICF<sub>FI</sub>). Este índice fue propuesto inicialmente por Jacobson, Follette y Revenstorf (1984) y revisado posteriormente por Christensen y Mendoza (1986) y Jacobson y Revenstorf (1988). El algoritmo de cálculo se expresa del modo siguiente:

$$ICF_{FI} = \frac{X_{Post} - X_{Pre}}{EED} = \frac{X_{Post} - X_{Pre}}{\sqrt{2(DE_{Norma} \sqrt{1-r_{xx}})}} \quad (1)$$

$$\text{Donde } EED = \sqrt{2(EEM)^2} = EEM \sqrt{2} \quad (2)$$

$$EEM = DE_{Norma} \sqrt{1-r_{xx}} \quad (3)$$

Siendo  $X_{Post}$  la puntuación Post-tratamiento,  $X_{Pre}$  la puntuación Pre-tratamiento, EED el Error Estándar de las Diferencias entre las dos medidas,  $DE_{Norma}$  la Desviación Estándar de la muestra normativa y EEM el Error Estándar de Medida del instrumento.

Veamos como es el desarrollo del cómputo, a partir de los datos de nuestro ejemplo, valorando el caso particular de una persona que en su pre-test obtuvo una puntuación de 43,9 en la escala de Salud General (SG) del SF-36, y de 67,6 en el post-test, lo que supone una mejora de 23,7 puntos. El primer paso consiste en calcular el Error Estándar de Medida, para lo cual es necesario contar con el coeficiente de fiabilidad de la escala ( $r = 0,83$ ) y su desviación estándar ( $DE = 26,6$ ), habiéndose tomado para este ejemplo los valores correspondientes a la población disfuncional. Por lo demás, el procedimiento sólo requiere hacer los cómputos a partir de las fórmulas (1) a (3), obteniéndose que  $EEM = 10,9$ ;  $EED = 15,4$  y  $ICF_{IT} = 1,539$ . Si el  $ICF_{IT}$ , en valor absoluto, es igual o superior a 1,96 (valor de las puntuaciones Z que equivale a dos desviaciones estándar), entonces podremos asegurar que el cambio en la puntuación en SG lograda por ese sujeto resulta fiable. Nótese que los valores pre y post-test asignados al sujeto del ejemplo corresponden con la media de la población disfuncional y la de la población funcional, respectivamente. La diferencia de medias entre ambos grupos había resultado estadísticamente significativa ( $t = 23,9$ ;  $p < 0,001$ ), pero la misma diferencia para el caso de nuestro ejemplo no alcanza el valor de fiabilidad. Es decir, nuestro caso alcanza un cambio de 23,7 puntos, logra incluso superar la puntuación que le ubica dentro del criterio de funcionalidad ( $c = 57,4$ ), pero el cambio que ha registrado no resulta con la fiabilidad exigida.

Otro modo de expresar el  $ICF_{IT}$  es estimar la puntuación mínima a lograr para que el cambio sea real, fiable. Con una confianza del 95%, se precisaría alcanzar una diferencia de 30,18 puntos entre el pre-test y el post-test ( $Z_{0,025} \times EED = 1,96 \times 15,4 = 30,18$ ).

### 3. Clasificación de los resultados de cambio

Para Jacobson y Truax la combinación de estas dos condiciones son las que definen la existencia de un cambio clínicamente significativo: cuando la magnitud del cambio puede ser considerada estadísticamente fiable y, simultáneamente, alcanza un criterio que localiza la puntuación obtenida en un nivel de funcionalidad. Sin embargo, como señalan algunos autores (Kazdin, 1999) también se puede hablar de sig-

nificación clínica cuando se alcanza un cambio suficientemente relevante, aunque no alcance el criterio de funcionalidad. Este es el caso de algunas enfermedades graves o crónicas como la esquizofrenia, ciertos traumatismos o algunas personas con adicción a drogas con múltiples patologías orgánicas que se han acogido a un plan de mantenimiento paliativo con agonistas opiáceos hasta que se acaben sus vidas. Conservar e incluso incrementar ciertos niveles de funcionalidad, aunque no sean plenos, y mejorar su calidad de vida son algunos de los objetivos de las políticas de reducción de riesgos y daños para este tipo de colectivos (Iraurgi, 2010).

Pues bien, del cumplimiento o no de los dos criterios planteados pueden diferenciarse varias posibilidades de clasificación del resultado, las cuales pueden asociarse a los tipos de respuesta al proceso terapéutico (Figura 3) propuestos por Kupler (1991):

- a. Diremos que una persona se ha '*Recuperado*' cuando el cambio evidenciado sea significativamente fiable ( $ICF_{IT} \geq 1,96$ ) y su puntuación final se sitúe dentro de la distribución normal o funcional. En el modelo de Kupler aparecen dos conceptos equivalentes al de recuperación: el de '*Remisión*', que haría alusión a una reducción significativa de los signos y síntomas de la enfermedad con retorno al nivel funcional, y el de '*Recuperación*', que supondría una remisión mantenida durante un periodo de 6-12 meses.
- b. Se clasificará como '*Mejorado*' cuando se evidencie una mejora significativa a partir del  $ICF_{IT}$ , aunque no se llegue a alcanzar el nivel funcional. El equivalente en la propuesta de Kupler sería el concepto de '*Respuesta*', reducción de los signos y síntomas en al menos el 50% de los presentados al inicio del tratamiento (Kupler, 1991). Este sería, por ejemplo, el caso de una reducción importante de la sintomatología depresiva en una persona que pasa de un episodio de melancolía con necesidad de ingreso hospitalario a un estado distímico con tratamiento ambulatorio.
- c. Se valorará como '*No cambio*' cuando no se produzca un cambio significativo en el  $ICF_{IT}$ , independientemente de la posición que

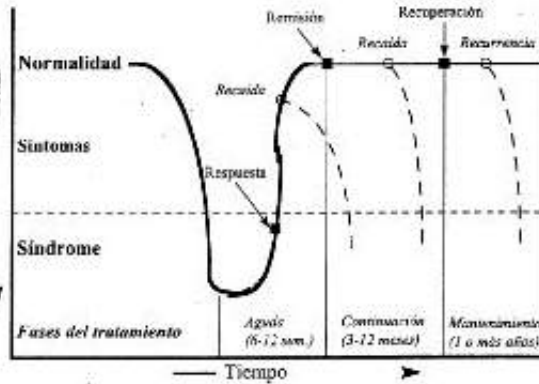


Figura 3. Modelo de Kupler (1991) sobre las fases del tratamiento. (Tomado de Echeburua y Corral, 2001)

ocupe la puntuación del post-test en la distribución poblacional funcional o disfuncional.

- d. Se catalogará como *'Deteriorado'* aquellos casos en los que el cambio sea significativo según el  $ICF_{IT}$  y se produzca en el sentido contrario al esperado tras la intervención, de modo que sus puntuaciones tornen hacia valores de mayor disfuncionalidad.
- e. Cabría una quinta posibilidad, aunque constituiría un subtipo de la clasificación de deterioro, y haría referencia a un cambio desde una situación funcional -una vez lograda tras el tratamiento- a una posición de disfuncionalidad, en cuyo caso estaríamos ante una *'Recaída'* (aparición de sintomatología durante la fase de remisión o recuperación) y/o de una *'Recurrencia'* (reaparición del problema de salud después de la recuperación).

En la Tabla 1 se presentan de modo prototípico una serie de circunstancias que especificarían situaciones posibles de cambio atendiendo a los criterios propuestos por Jacobson y Truax (1991). En la segunda y tercera columnas se presentan las puntuaciones de partida (pre) y finales (post), y en la cuarta columna la diferencia entre ambas (post-pre). Las puntuaciones positivas indican que la puntuación final es mayor que la inicial y, por tanto, ha habido una progresión de la funcionalidad, indicativo de una mejoría clínica; el valor cero revela que ambas puntuaciones son la misma y, por tanto, no ha habido cambio

alguno siendo indicativo de estabilidad; por último, puntuaciones negativas son reflejo de una menor puntuación final respecto a la inicial y, por tanto, expresión de un empeoramiento de la situación clínica. La simple sustracción de las puntuaciones nos orienta en la decisión del sentido del cambio. En la sexta columna se presenta el punto de corte, ya calculado previamente, para delimitar el nivel funcional a partir del cual se considerará el logro alcanzado como clínicamente relevante. El valor 'c' se sitúa en 57,4 puntos en la escala SG del SF-36. Puntuaciones iguales o superiores a este valor clasificará el estado del individuo como funcional, puntuaciones inferiores como disfuncional. En la séptima columna aparecen los valores del  $ICF_{IT}$  y en la octava columna su interpretación: valores superiores a 1,96 serán consideradas como estadísticamente significativas. Por último, la novena columna ofrece la clasificación de cada caso en función de la combinación de los criterios de Jacobson y Truax (1991). Se plantean hasta un total de 15 situaciones, nueve de las cuales representan un resultado de 'No cambio', si bien se especifican diferentes contextos en los que se evidencia ofreciendo una mayor riqueza descriptiva. También se recogen las posibles situaciones de cambio fiable, entre las que se produce un cambio clínicamente significativo (una respuesta de 'Recuperación' -caso 10-), o bien de cambio sin alcanzar la funcionalidad (dos situaciones de 'Mejoría' -casos 11 y 12- y tres de 'Deterioro' -casos 1 a 3-).

**Tabla 1. Toma de decisiones en la valoración del cambio clínico a partir de las puntuaciones obtenidas en dimensión de Salud General (SG) del SF-36 (datos ficticios). Combinación de los métodos basados en el Sentido del Cambio (SC), la Puntuación de Corte (PC) y el Índice de Cambio Fiable (ICF<sub>T</sub>) caso Puntuación HG del SF-36 Puntuación de Cambio Sentido Cambio Punto de Corte**

1	55,2	25,0	-30,2	Empeora	Disfuncional	1,96	Cambio Fiable	Deterioro dentro de la severidad
2	64,2	28,2	-36,0	Empeora	Disfuncional	2,33	Cambio Fiable	Recaida hacia la disfuncionalidad
3	89,9	57,6	-32,3	Empeora	Funcional	2,09	Cambio Fiable	Empeora dentro de la funcionalidad
4	43,5	39,8	-3,7	Empeora	Disfuncional	0,24	No Cambio	Sin cambio dentro de la disfuncionalidad
5	60,2	50,1	-10,1	Empeora	Disfuncional	0,65	No Cambio	Sin cambio, hacia la disfuncionalidad
6	67,5	63,2	-4,3	Empeora	Funcional	0,28	No Cambio	Sin cambio dentro de la funcionalidad
7	39,2	39,2	0,0	Estable	Disfuncional	0,00	No Cambio	Sin cambio dentro de la disfuncionalidad
8	57,3	57,3	0,0	Estable	Disfuncional	0,00	No Cambio	Sin cambio dentro de la disfuncionalidad
9	67,2	67,2	0,0	Estable	Funcional	0,00	No Cambio	Sin cambio dentro de la funcionalidad
10	26,1	59,1	+33,0	Mejora	Funcional	2,14	Cambio Fiable	Recuperado
11	14,3	44,9	+30,6	Mejora	Disfuncional	1,98	Cambio Fiable	Mejora dentro de la disfuncionalidad
12	57,4	87,6	+30,2	Mejora	Funcional	1,96	Cambio Fiable	Mejora dentro de la funcionalidad
13	34,5	48,1	+13,6	Mejora	Disfuncional	0,88	No Cambio	Sin cambio dentro de la disfuncionalidad
14	50,2	58,9	+8,7	Mejora	Funcional	0,56	No Cambio	Sin cambio hacia la funcionalidad
15	60,1	73,1	+13,0	Mejora	Funcional	0,84	No Cambio	Sin cambio dentro de la funcionalidad

Resulta apreciable que este tipo de metodología permite una clasificación más específica y ajustada a los logros individualizados obtenidos por las personas que han recibido tratamiento por un problema de salud, más allá de la respuesta promedio que ofrecería un grupo tratado con dicha terapéutica. Esta característica presenta especial interés para el clínico, que tiene que tomar decisiones cotidianas en relación a la respuesta al tratamiento de sus pacientes, y si bien la estadística no es una de las herramientas habituales de este colectivo, los cálculos para clasificar a una persona en su respuesta al tratamiento no son complicados una vez establecida la medida de resultado y los estándares poblacionales. En el caso de nuestro ejemplo, bastaría con que el clínico restase la puntuaciones obtenidas en la escala SG del SF-36 antes y después de la intervención y lo dividiese por el valor del error estándar de las diferencias (EED= 15,4); si el resultado fuera mayor de 1,96 y la puntuación post-test superase el valor de 57,4, entonces se encontraría ante un cambio fiable clínicamente significativo.

No obstante, el ICF<sub>T</sub> presenta algunas limitaciones. Por una parte, es un estimador basado en el

error estándar de medida y, por lo tanto, depende de forma directa de la fiabilidad y dispersión de la distribución, de modo que una baja fiabilidad o una alta variabilidad convierten el índice en muy estricto. Asimismo, el índice puede verse afectado en la designación de un cambio fiable cuando las puntuaciones del pre-test son moderadamente funcionales o próximas al límite de la funcionalidad, pues aun cuando puede producirse un cambio quizá no sea de la magnitud que permita considerarlo como fiable al alcanzar el efecto techo o suelo según la característica del fenómeno valorado. Algunos autores (Maassen, 2004) han criticado el método utilizado por el ICF<sub>T</sub> para la estimación del error estándar de las diferencias, y otros han advertido la posible influencia del sesgo de regresión a la media en el resultado del índice (Hsu, 1989, 1995, 1999; Speer, 1992; Speer y Greenbaum, 1995).

### Métodos alternativos y desarrollos a partir del ICF<sub>T</sub>

El interés por la evaluación de los resultados terapéuticos y las limitaciones atribuidas al ICF<sub>T</sub>, han suscitado un especial interés por la evaluación del

cambio clínicamente significativo y motivado una prolífica búsqueda del método más apropiado para su estimación. A este respecto, han surgido varias propuestas alternativas de ICF de las que expondremos cuatro, las más representativas.

### 1. El ICF<sub>GLN</sub>: Propuesta de Hsu (1989, 1995)

Hsu es el primer investigador que propone un ICF alternativo al del grupo de Jacobson (1984, 1991) basado en los trabajos sobre metodología estadística de Gulliksen en 1950, y los de Lord y Novick en 1969, de ahí las siglas que definen su método (GLN). Hsu, junto a Speer (1992), fueron los primeros autores que hicieron notar cómo el ICF<sub>JT</sub> podría verse afectado por el fenómeno de regresión a la media, de modo que la interpretación de las puntuaciones del post-test se vería afectada por este efecto. De modo general, la regresión a la media hace alusión a la tendencia de una medición extrema a presentarse más cercana a valores medios en subsiguientes mediciones.

El método GLM implica el control de este potencial efecto de confusión introduciendo en la fórmula de cálculo (4) los valores hipotéticos (media y desviación estándar) de la población de referencia sobre las cuales regresarían las puntuaciones del sujeto o grupo. En el caso de no poder disponer de datos de la población de referencia, Hsu (1999) sugiere utilizar las puntuaciones medias pre-tratamiento del conjunto de participantes en la evaluación terapéutica.

El algoritmo de cálculo propuesto por Hsu para la estimación del ICF<sub>GLM</sub> es el siguiente:

$$ICF_{GLM} = \frac{(X_{post} - \bar{X}_{pop}) - r_{xx}(X_{pre} - \bar{X}_{pop})}{DE_{pop} \cdot \sqrt{1 - r_{xx}^2}} \quad (4)$$

Siendo  $X_{post}$  la puntuación Post-tratamiento,  $\bar{X}_{pop}$  la media de la población,  $r_{xx}$  el coeficiente de fiabilidad del instrumento de medida,  $X_{pre}$  la puntuación Pre-tratamiento, y  $DE_{pop}$  la desviación estándar de la población.

### 2. El ICF<sub>EN</sub>: Propuesta de Speer (1992)

Speer, además de advertir que el ICF<sub>JT</sub> podría verse afectado por la regresión a la media, en su primera propuesta de modificación del ICF sugirió la posibilidad de calcular el intervalo de confianza del 95% (IC-95) del índice y la valoración

de la puntuación post-test en relación a dicho intervalo. Su método, y el índice correspondiente (ICF<sub>EN</sub>) se conoce como Edwards-Nunnally, debido a que Speer basa su propuesta en los trabajos de estos dos metodólogos.

Speer (1992) desarrolla su propio método para hacer frente al efecto de la regresión de la media y, como decimos, le incorpora la estimación de un IC-95%, planteando el siguiente algoritmo de cálculo:

$$ICF_{EN} = \left[ r_{xx} \cdot (X_{pre} - \bar{X}_{pre}) + \bar{X}_{pre} \right] \pm 2 \cdot DE_{pre} \cdot \sqrt{1 - r_{xx}^2} \quad (5)$$

Siendo  $r_{xx}$  el cociente de fiabilidad del instrumento de medida,  $X_{pre}$  la puntuación Pre-tratamiento,  $\bar{X}_{pre}$  la media del pre-test y  $DE_{pre}$  la desviación estándar del pre-test.

El cálculo ofrece un intervalo de confianza del 95% que indica que en dicho intervalo se halla la posible variación de las puntuaciones del pre-test debidas a la variabilidad causada por el instrumento de medida. La puntuación post-test alcanzada se pone en relación con los valores de este intervalo para tomar la decisión: si la puntuación post tratamiento se halla dentro del intervalo ha de concluirse que no se ha logrado un cambio significativo ya que dicha puntuación está en el rango de posibles puntuaciones que se hallaban en el pre-test; si por el contrario, la puntuación post-test se halla fuera de los márgenes del IC-95%, entonces el cambio alcanzado será estadísticamente fiable.

### 3. El ICF<sub>HA</sub>: Propuesta de Hagerman y Arrindell (1999a, 1999b)

Hagerman y Arrindell (1999a, 1999b) plantean la conveniencia de revisar el ICF<sub>JT</sub> por dos motivos: 1) la necesidad de diferenciar entre el cambio que se produce a nivel individual y el que se ocasiona a nivel grupal, que a su juicio requieren diferentes procedimientos de cálculo, y 2) al igual que Hsu y Speer, la necesidad de controlar el efecto de la regresión a la media. Basándose en los trabajos de Cronbach y Gleser de 1959, el método de H-A presenta dos nuevos índices para evaluar la significación clínica del cambio -denominado por ellos como CS<sub>INDIV</sub>- y el cambio fiable -RC<sub>INDIV</sub>-. El índice CS<sub>INDIV</sub> supone un intento de proporcionar un punto de corte más preciso a través de una serie de modificaciones como el uso de la puntuación media del pre-test y post-test y los coeficientes de

fiabilidad mostrados por el instrumento de medida en ambos momentos de valoración.

Hagerman y Arrindell (1999b) proponen un sofisticado sistema de algoritmos para el cálculo de sus índices, que se plantean del modo siguiente. El índice de cambio fiable individual viene dado por la expresión:

$$RC_{INDIV} = \frac{(X_{post} - X_{pre}) \cdot r_{dd} + (\bar{X}_{post} - \bar{X}_{pre}) \cdot (1 - r_{dd})}{\left(\sqrt{r_{dd}}\right) \left(\sqrt{2 \cdot EEM^2}\right)} \quad (6)$$

siendo  $X_{post}$  y  $X_{pre}$  las puntuaciones post y pre-tratamiento,  $\bar{X}_{post}$  y  $\bar{X}_{pre}$  medias post y pre-tratamiento, EEM es el error estándar de medida (formula 3); y donde aparece un nuevo estadístico,  $r_{dd}$  que es el coeficiente de fiabilidad de la diferencia de puntuaciones posttest-pretest, cuyo algoritmo de cálculo viene dado por:

$$r_{dd} = \frac{DE_{pre}^2 \cdot r_{xx-pre} + DE_{post}^2 \cdot r_{xx-post} - 2 \cdot DE_{pre} \cdot DE_{post} \cdot r_{pre-post}}{DE_{pre}^2 + DE_{post}^2 - 2 \cdot DE_{pre} \cdot DE_{post} \cdot r_{pre-post}} \quad (7)$$

siendo  $DE_{pre}$  y  $DE_{post}$  las desviaciones estándar pre y post-test,  $r_{xx-pre}$  y  $r_{xx-post}$  los coeficientes de fiabilidad pre-test y post-test, y  $r_{pre-post}$  el coeficiente de fiabilidad test-retest. Y donde Hagerman y Arrindell proponen los siguientes algoritmos para el cálculo de los coeficientes de fiabilidad en el pre-test y post-test:

$$r_{xx-pre} = \frac{(DE_{pre}^2 - DE_{t}^2)}{DE_{pre}^2} \quad \text{y} \quad r_{xx-post} = \frac{(DE_{post}^2 - DE_{t}^2)}{DE_{post}^2} \quad (8)$$

Por otra parte, el segundo índice propuesto por Hagerman y Arrindell, la significación del cambio, vendría dada por la siguiente expresión:

$$CS_{INDIV} = \frac{\bar{X}_{post} + (X_{post} - \bar{X}_{post}) \cdot r_{xx-post} - TRC}{\sqrt{r_{xx-post} \cdot DE_{t}^2}} \quad (9)$$

donde TRC (True Cutoff) es el Punto de Corte que delimita el nivel funcional y se calcula a partir del siguiente algoritmo:

$$TRC = \frac{(DE_{norm} \sqrt{r_{xx(norm)}}) \bar{X}_{norm} + (DE_{pre} \sqrt{r_{xx(pre)}}) \bar{X}_{post}}{DE_{norm} \sqrt{r_{xx(norm)}} + DE_{pre} \sqrt{r_{xx(pre)}}} \quad (10)$$

Para la interpretación de  $RC_{INDIV}$ , Hagerman y Arrindell (1999a, 1999b) proponen localizar la puntuación obtenida en el índice respecto al valor 1,65 (puntuación z que deja por debajo o por encima de si el 5% de las puntuaciones de la

distribución), de modo que en el caso de estar valorándose una característica positiva (calidad de vida), puntuaciones inferiores a -1,65 indicarían un ‘Deterioro’ significativo, valores  $RC_{INDIV}$  entre -1,65 y 1,65 expresarían una situación de ‘No cambio’ fiable, y valores por encima de 1,65 harían referencia a una mejoría relevante. La interpretación inversa se realizaría si la característica de valoración fuera de tipo negativo (por ejemplo, sintomatología depresiva). El  $CS_{INDIV}$  proporciona los puntos de corte fiables, de modo que su combinación con los valores del  $RC_{INDIV}$  permite clasificar a los individuos evaluados en cuatro grupos: a) Deteriorado, b) sin cambio fiable, c) Mejorado pero no recuperado, y d) Recuperado.

Este conjunto de algoritmos son los especificados por Hagerman y Arrindell para la estimación de las puntuaciones individuales, existiendo todo un desarrollo de cálculo para el caso del nivel grupal que permite, análogamente, la obtención de dos índices: el  $RC_{GRUP}$  y el  $CS_{GRUP}$  (Hagerman y Arrindell (1999a, 1999b).

#### 4. El ICF<sub>HLM</sub>: Propuesta de Speer y Greenbaun (1995)

Esta propuesta, planteada inicialmente por Speer y Greenbaun (1995), constituye una variante metodológica muy distinta a la planteada en los supuestos previos. El método se fundamenta en modelos de curva de crecimiento, basados en modelos jerárquicos lineales, donde se precisan al menos tres medidas temporales de cada participante. La determinación de los cambios de un individuo se estima mediante un procedimiento bayesiano y permite hacer estimaciones incluso en casos donde existen datos ausentes al tener en cuenta para dicha estimación toda la información contenida (individual y grupal). Los detalles de estos cálculos exceden los propósitos de esta tesis y en la práctica son estimados mediante programas específicos de cálculo. Los defensores de este método consideran que permiten una mayor flexibilidad que los ICF clásicos de la información ofrecida resulta más valiosa.

#### 5. Evidencias sobre la comparación de los ICF

Los cinco métodos descritos para la valoración del cambio clínicamente significativos han sido utilizados de forma variable por distintos autores. En algunos estudios, se han puesto a prue-

ba simultáneamente tratando de diferenciar sus potencialidades y determinar cuál sería el más óptimo en su utilización.

El primer intento de examinar las características de estas propuestas de ICF se debe a uno de los grupos mencionados (Speer y Greenbaum, 1995). Estos autores comparan los métodos de Jacobson y Truax (JT), Hsu (GLN), Speer (EN), Hagerman y Arrindell (HA) y el suyo propio planteado en ese trabajo (HLM). En tanto que estos autores configuran el artículo como la presentación de un nuevo método alternativo a los ya existentes, sus conclusiones derivan en la recomendación del método HLM como el más específico y altamente sensible para clasificar los sujetos como 'recuperados' o 'mejorados sin recuperación'. No obstante, el método HLM no resulta tan recomendable para detectar los casos que presentan un 'deterioro' de la respuesta de salud (Speer y Greenbaum, 1995).

En un trabajo posterior, McGlinchey, Atkins y Jacobson (2002) replican la estructura de estudio de Speer y Greenbaum con una muestra de sujetos con depresión mayor sometidos a psicoterapia. Específicamente, este grupo valoró los métodos JT, GLN, EN y HA; no así el HLM. Los resultados muestran como los diferentes métodos difieren en su capacidad para clasificar los casos cuyos síntomas depresivos remiten, mejoran o empeoran.

No obstante, estos autores concluyen que a pesar de que los métodos difieren en su capacidad para detectar los cambios, las diferencias no son relevantes mostrando todos ellos su potencial para predecir las recaídas dos años después de concluirse la terapia. En definitiva, McGlinchey y colaboradores (2002) concluyen que, a pesar de las mejoras que supuestamente realizaron los métodos GLN, EN y HA a la evaluación del cambio clínicamente significativo, no hubo pruebas de que cualquiera de estos métodos fuera mejor que el propuesto originariamente por Jacobson.

En un estudio de simulación, Atkins, Bedics, McGlinchey y Beauchaine (2005) comparan de nuevo los cuatro tipos de métodos (JT, GLM, EN y HA). Los resultados mostraron que JT y GLN eran casi idénticos, mientras que HA fue significativamente más conservador. El método EN era el que presentaba un mayor número de casos clasifica-

dos como 'recuperados' o 'deteriorados', y menos como 'no cambio'. De forma coincidente con el estudio previo, los resultados no mostraban evidencias claras que desaconsejasen el uso del método de Jacobson y Truax, si bien los autores insisten en la conveniencia de seguir investigando sobre las ventajas diferenciales de cada uno de estos métodos en la valoración de los cambios durante el tratamiento.

### Ejemplo de la aplicación de las diferentes alternativas de cálculo del ICF

En la Tabla 2 se presenta un resumen de los algoritmos de cálculo de los Índices de Cambio Fiable correspondientes a cada una de los métodos propuestos. Asimismo, se acompaña de un ejemplo de un caso particular para ejemplificar el procedimiento de cómputo y la interpretación del valor de los índices. En la parte inferior de la Tabla se presentan los datos necesarios para la estimación; por una parte, los que corresponden al grupo, al cual puede pertenecer el sujeto de valoración, o bien pueden ser obtenidos a partir de muestras normativas si las hubiera; por otra parte, los que corresponden al instrumento algunos de los cuales han sido calculados mediante las fórmulas 2, 3, 7 y 8; y, finalmente, los datos obtenidos por el sujeto respecto al cual se pretende valorar el cambio producido.

La persona de nuestro ejemplo ha pasado de una puntuación inicial de 43,9 puntos en la escala de percepción general de salud del SF-36 a una puntuación tras el tratamiento de 67,6 puntos, lo cual supone un incremento de 23,7 puntos en la dirección de un cambio funcional. Si atendiéramos a la magnitud del efecto logrado (Iraurgi, 2009b) observamos que el valor  $d$  de Cohen es de 0,89 lo cual supone alcanzar un tamaño del efecto alto, que es interpretado por Testa (1987) como un cambio clínico sustancial. Como se ha propuesto en un epígrafe anterior las puntuaciones individuales de este sujeto correspondían con los valores medios de dos grupos -uno funcional y otro disfuncional- cuya prueba de significación estadística resultaba significativa ( $t= 23,9$ ;  $p<0,001$ ). Ambos datos son interpretables como interesantes respecto a la significación del cambio, pero ¿resulta ser un cambio clínicamente fiable?

**Tabla 2. Alternativas de cálculo del Índice de Cambio Fiable (ICF) y aplicación práctica a partir de los datos de un caso**

Método	Algoritmo	Ejemplo
ICF <sub>JT</sub> JT - Jacobson y Truax (1991)	$\frac{(X_{post} - X_{pre})}{\sqrt{2 \cdot (DE_{pre} \cdot \sqrt{1 - r_{cs}})}}$	$\frac{(67,6 - 43,9)}{\sqrt{2 \cdot (26,6 \cdot \sqrt{1 - 0,83})}} = 1,539$
Punto de Corte	$PC = \frac{(X_{post} \cdot DE_{pre}) + (X_{pre} \cdot DE_{post})}{DE_{pre} + DE_{post}}$	$\frac{(67,3 \cdot 26,6) + (43,9 \cdot 19,6)}{26,6 + 19,6} = 57,37$
ICF <sub>GLN</sub> Gulliksen-Lord-Novick (GLN), (Hsu, 1998, 1999)	$\frac{(X_{post} - \bar{X}_{pre}) - r_{cs}(X_{pre} - \bar{X}_{pre})}{DE_{pre} \cdot \sqrt{1 - r_{cs}^2}}$	$\frac{(67,6 - 58,3) - 0,83(43,9 - 58,3)}{26,6 \cdot \sqrt{1 - 0,83^2}} = 1,43$
ICF <sub>EN</sub> Edwards-Nunnally (EN) - (Speer, 1992)	$[r_{cs} \cdot (X_{pre} - \bar{X}_{pre}) + \bar{X}_{pre}] \pm 2 \cdot DE_{pre} \cdot \sqrt{1 - r_{cs}}$	$[0,83 \cdot (43,9 - 58,3)] + 58,3 \pm 2 \cdot 26,6 \sqrt{1 - 0,83} =$ $= 24,4 \text{ a } 68,3$
RC <sub>INDIV</sub> y CS <sub>INDIV</sub> HA - Hageman y Arrindell (1999)	$RC_{INDIV} = \frac{(X_{post} - X_{pre}) \cdot r_{sd} + (\bar{X}_{post} - \bar{X}_{pre}) \cdot (1 - r_{sd})}{(\sqrt{r_{sd}}) \cdot (\sqrt{2 \cdot EEM^2})}$	$\frac{(67,6 - 43,9) \cdot 0,56 + (67,3 - 58,3) \cdot (1 - 0,56)}{(\sqrt{0,56}) \cdot (\sqrt{2 \cdot 10,96^2})} = 1,48$
	$TRC = \frac{(DE_{norm} \cdot \sqrt{r_{cs}(norm)}) \cdot \bar{X}_{pre} + (DE_{pre} \cdot \sqrt{r_{cs}(pre)}) \cdot \bar{X}_{norm}}{DE_{norm} \cdot \sqrt{r_{cs}(norm)} + DE_{pre} \cdot \sqrt{r_{cs}(pre)}}$	$\frac{(9,6 \cdot \sqrt{0,83}) \cdot 58,3 + (26,6 \cdot \sqrt{0,83}) \cdot 67,3}{19,6 \cdot \sqrt{0,83} + 26,6 \cdot \sqrt{0,83}} = 63,49$
	$CS_{INDIV} = \frac{\bar{X}_{post} + (X_{post} - \bar{X}_{post}) \cdot r_{cs} - post - TRC}{\sqrt{r_{cs} - post} \cdot EEM}$	$\frac{67,3 + (67,6 - 67,3) \cdot 0,69 - 63,49}{\sqrt{0,69 - 10,96}} = 0,441$

**Puntuaciones del Grupo**

Media pre-tratamiento de la muestra	$\bar{X}_{pre} = 58,3$
Desviación Estándar pre-tratamiento de la muestra	$DE_{pre} = 26,6$
Media post-tratamiento de la muestra / Media normativa	$\bar{X}_{post} = \bar{X}_{norm} = 67,3$
Desviación Estándar post-tratamiento de la muestra / DE normativa	$DE_{post} = DE_{norm} = 19,6$

**Puntuaciones del Individuo**

Puntuación individual pre-tratamiento	$X_{pre} = 43,9$
Puntuación individual post-tratamiento	$X_{post} = 67,6$
Diferencia Post-Pre Tto	$Dif = 23,7$

**Puntuaciones del Instrumento**

Fiabilidad población normativa	$r_{xx} = 0,83$
Fiabilidad test-retest	$r_{pre-post} = 0,64$
Fiabilidad pre-tratamiento	$r_{xx(pre)} = 0,83$
Fiabilidad post-tratamiento	$r_{xx(post)} = 0,69$
Fiabilidad de las diferencias	$r_{dd} = 0,56$
Error Estándar de Medida	$EEM = 10,96$

Acudiremos, en primer lugar, a los resultados obtenidos a partir del método de Jacobson y Truax (1991): un punto de corte (PC) fijado en 57,37 puntos y un  $ICF_{JT} = 1,54$ . La puntuación obtenida en el post-test por nuestro sujeto ha sido de 67,6 lo que supone localizarse 10,23 puntos por encima del PC y, por tanto, se halla dentro del área de funcionalidad. Ahora bien, el valor logrado por el  $ICF_{JT}$  no alcanza el valor mínimo de 1,96 representativo de un cambio fiable, lo cual implica que el sujeto sería clasificado como 'No cambio', aunque sí le sitúa en una orientación hacia la funcionalidad ('Mejoría sin cambio'). Dos razones pueden dar respuesta a esta falta de precisión: la fiabilidad del instrumento o bien la amplitud de la dispersión de las puntuaciones del grupo en el instrumento. Un coeficiente de fiabilidad de 0,83 puede ser considerado como adecuado, si bien para las estimaciones individuales suele requerirse coeficientes con valores superiores a 0,90 (Nunnally y Beristaín, 1995). Por ello, en este caso, estaríamos más acordes en aceptar que la limitación en la precisión se debe a la alta dispersión, lo cual podría redundar en una falta de sensibilidad al cambio por parte del instrumento.

El método de Hsu (1998, 1999), el cual introduce una corrección para controlar el efecto de regresión a la media, alcanza un valor de  $ICF_{GLN} = 1,43$ . Como puede apreciarse resulta ligeramente inferior al valor del  $ICF_{JT}$  (1,43 vs. 1,54), lo que indica que ese método es más conservador que el preferente ya que se aleja en mayor medida del valor de significación de cambio fiable (1,96). Como sabemos, el valor de probabilidad asociado a 1,96 es de 0,025 ( $0,025 \cdot 2 = 0,05$ ); el asociado al valor 1,53 obtenido con el método de Jacobson y Truax es de 0,063 ( $?2 = 0,126$ ) y el asociado al valor logrado por el método de Hsu es de 0,076 ( $?2 = 0,152$ ). Al igual que con el método previo, en este caso también conduce a considerar la nueva situación del sujeto como 'No cambio fiable'.

El tercer método, propuesto por Speer (1992) consiste en calcular el intervalo de confianza del 95% de la puntuación lograda por el sujeto en el pre-test. El supuesto de cambio radica en considerar que si la puntuación del sujeto en el post-test excede los límites de dicho intervalo, entonces, se considerará que se ha producido un

cambio significativo, que será clínicamente relevante si el cambio se produce en la dirección de las puntuaciones de funcionalidad. De este modo, el IC-95% del pre-test se sitúa entre los valores 24,4 y 68,3; la puntuación alcanzada en el post-test se sitúa dentro de dicho intervalo (67,3 vs. 68,3), por lo que es interpretada como una puntuación que podría hallarse entre las fluctuaciones de la puntuación pre-test debidas al azar. De modo análogo a los métodos previos, éste también clasificaría a nuestro sujeto como 'No cambio'.

Por último, el método de Hageman y Arrindell (1999) nos ofrece tres índices diferentes a partir de su propuesta. El índice de cambio individual ( $RC_{INDIV}$ ) alcanza un valor de 1,48 que, aunque un poco más cercano al alcanzado por el  $ICF_{JT}$ , sigue siendo un valor conservador indicativo de que nos se ha producido un cambio fiable. El segundo indicador que nos ofrece este método es la estimación del verdadero valor del punto de corte que es estimado no sólo como un promedio de las puntuaciones medias en función de la dispersión de las muestras, sino también en función de la precisión del instrumento. El punto de corte obtenido por el método de JT ha sido de 57,37 y en el caso del método de HA es de 63,49 lo cual hace este PC más riguroso que el de JT para poderse alcanzar la condición de funcionalidad, para poder lograr la significación clínica. Por su parte, el valor del cambio significativo individual ( $CS_{INDIV}$ ) resulta ser de 0,441 de modo que lleva a la conclusión, una vez más, de que el sujeto no logra presentar un cambio suficientemente amplio como para poder ser considerado como un cambio fiable.

Como vemos, los métodos alternativos al originariamente planteado por Jacobson y Truax tienden a ser más restrictivos y conservadores, de modo que puntuaciones de cambio que pudieran ser consideradas de forma intuitiva como relevantes, resultan ser poco concluyentes.

En cualquier caso, todos estos métodos constituyen una importante herramienta de clasificación y decisión respecto a la valoración del alcance de los efectos de los tratamientos, y precisan de mayor utilización en los ámbitos clínicos y de mayor desarrollo por parte de investigadores y estadísticos.

## Conclusiones

Más allá de los métodos de contraste de las hipótesis estadísticas y del logro de los valores de significación estadística (Iraurgi y Markez, 2009; Iraurgi, 2009a), en la valoración de los resultados terapéuticos se hace pertinente y necesario obtener el valor de los efectos alcanzados (Iraurgi, 2009b) en tanto que éstos representan una mayor aproximación a la relevancia clínica obtenida. La síntesis de ambos procedimientos se alcanza mediante las técnicas de estimación del cambio clínicamente significativo, llamadas índices de cambio fiable (ICF, o RCI en inglés -Reliable Change Index-), las cuales añaden información más precisa sobre los cambios terapéuticos observados. Además de informar sobre el cambio alcanzado por un grupo intervenido, ayudan a determinar el cambio en el

nivel individual: si un sujeto dado ha variado de forma relevante su situación de salud tras el tratamiento y si ese cambio tiene implicaciones en el reajuste del diagnóstico.

Añadir información sobre la significación clínica en la investigación de resultados terapéuticos sería del todo deseable. Deseable para los investigadores, que obtendrían información más certera sobre el alcance de los tratamientos; y deseable también, y sobre todo, para los clínicos que les ayudaría en la toma de decisiones sobre los procesos diagnósticos y terapéuticos de las personas atendidas. Desde nuestro punto de vista, la utilización de las metodologías de valoración del cambio clínicamente significativo debieran ser consideradas como una forma prometedora de interpretar los datos en la investigación de los resultados de salud.

### Correspondencia:

Ioseba Iraurgi

DeustoSalud. Universidad de Deusto • Avda. de las Universidades, 24 • 48007 Bilbao.

correo electrónico: ioseba.iraurgi@deusto.es

---

## Referencias bibliográficas

- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 104, 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C. y de-la-Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 111, 410-416.
- Anaitua, C., Quintana, J.M. (1999). Valores poblacionales del índice de salud SF-36 en el País Vasco: importancia y aplicación en la práctica clínica. *Osasunkaria*, 17, 10-17.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1997). *Psychological testing*. 7ª Ed. Upper Saddle River, New Jersey; Prentice Hall.
- Atkins, D.C., Bedics, J.D., McGlinchey, J.B. y Beauchaine, T.P. (2005). Assessing Clinical Significance: Does It Matter Which Method We Use? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 5, 982-989.
- Christensen, L. y Mendoza, J.L. (1986). A method of assessing change in a single subject: An alteration of the RC Index. *Behavior Therapy*, 17, 305-308.
- Echeburua, E y Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 1, 181-204.
- Hageman, W.J. y Arrindell, W.A. (1999a). Establishing clinically significant change: increment of precision and the distinction between individual and group level of analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1169-1193.

- Hageman, W.J. y Arrindell, W.A. (1999b). Clinically significant and practical! Enhancing precision does make a difference. Reply to McGlinchey and Jacobson, Hsu, and Speer. *Behavior Research and Therapy*, 37, 1219-1233.
- Hsu, L.M. (1989). Reliable change in psychotherapy: Taking into account regression toward the mean. *Behavioural Assessment*, 11, 459-467.
- Hsu, L.M. (1995). Regression toward the mean associated with measurement error and identification of improvement and deterioration in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 141-144.
- Hsu, L.M. (1999). A comparison of three methods of identifying reliable and clinically significant client changes: commentary on Hageman and Arrindell. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1195-1202.
- Iraurgi, I. (2000). Cuestiones metodológicas en la evaluación de programas terapéuticos. *Trastornos Adictivos*, 2, 2, 99-113.
- Iraurgi, I. (2009a). Evaluación de resultados clínicos I: Entre la significación estadística y la relevancia clínica. *NORTE de Salud Mental*, 33, 94-108
- Iraurgi, I. (2009b). Evaluación de resultados clínicos II: Las medidas de la significación clínica o los tamaños del efecto. *NORTE de Salud Mental*, 34, 94-110.
- Iraurgi I. (2010). Reducción de Daños y Riesgos: Lecciones aprendidas y retos futuros. En T. Laespada y I. Iraurgi (Eds). *El Modelo de la Reducción de Daños: Lo aprendido de la heroína*. Bilbao; Publicaciones de la Univ. de Deusto.
- Iraurgi, I. y Markez, I. (2009). La investigación, la estadística y la tiranía de los valores-p. *NORTE de Salud Mental*, 33, 6-8.
- Iraurgi, I., Poó, M. y Markez, I. (2004). Valoración del índice de salud SF-36 en usuarios de Programas de Metadona. Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 609-621.
- Iraurgi, I., Trujols J., Lozano-Rojas, O. y González-Saiz, F. (2010). Valoración del cambio clínicamente significativo en el tratamiento de trastornos adictivos: Una aplicación con la Escala de Severidad de la Dependencia (SDS). *Trastornos Adictivos*, en valoración.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C. y Revenstorff, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C. y Revenstorff, D. (1986). Toward a standard definition of clinically significant change. *Behavior Therapy*, 17, 308-311.
- Jacobson, N.S. y Revenstorff, D. (1988). Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: Issues, problems, and new developments. *Behavioral Assessment*, 10, 133-145.
- Jacobson, N.S., Roberts, L.J., Berns, S.B. y McGlinchey, J.B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 300-307.
- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kazdin, A.E. (1977). Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation. *Behavior Modification*, 1, 427-452.
- Kazdin, A.E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 332-339.
- Kazdin, A. E., y Wilson, G. T. (1978). *Evaluation of behavior therapy: Issues, evidence, and research strategies*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Kendall, P.C., Butcher, J.N, y Holmbeck, G.N. (1999). *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York; Wiley.
- Kendall, P.C., Marrs-García, A., Nath, S.R. y Sheldrick, R.C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 3, 285-299.
- Kupler, D.J. (1991). Long-term of treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, (suppl.5), 28-34.
- Lord, F.M. y Novick, M.R. (1968). *Statistical theories of mental test scores*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Maassen, G.H. (2004). The standard error in the Jacobson and Truax reliable change index: The classic approach to the assessment of reliable change. *Journal of International Neuropsychological Society*, 10, 6, 888-893.
- Mavissakalian, M. (1986). Clinically significant improvement in agoraphobia research. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 369-370.
- McGlinchey, J.B., Atkins, D.C. y Jacobson, N.S. (2002). Clinical Significance Methods: Which One to Use

- and How Useful Are They? *Behavior Therapy*, 33, 529-550.
- Nietzel, M.T. y Trull, T.J. (1988). Meta-analytic approaches to social comparisons: A method for measuring clinical significance. *Behavioral Assessment*, 10, 146-159.
- Páez, D., Echeburua, E. y Borda, M. (1993). Evaluación de La eficacia de los tratamientos psicológicos: una propuesta metodológica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 46, 2, 187-198.
- Speer, D.C. (1992). Clinically significant change: Jacobson and Truax (1991) revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 402-408.
- Speer, D.C. y Greenbaum, P. (1995). Five methods for computing significant individual client change and improvement rates: Support for an individual growth curve approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 1044-1048.
- Testa, M. (1987). Interpreting quality of life clinical trial data for use in the clinical practice of antihypertensive therapy. *Journal of Hypertension*, 5, S9-S13.
- Ware, J.E. y Kosinski, M. (1997). SF-36 Physical and Mental Health summary scales: A Manual for Users of Version 1. 2<sup>nd</sup> ed. Lincoln, RI; QualityMetric Inc.
- Ware, J.E., Kosinski, M., Bayliss, M.S., et al. (1995). Comparison of methods for scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*, 33, AS264-AS279.
- Ware, J.E. y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short form health survey (SF-36):1 Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 6, 473-483.
- Wolf, M.M. (1978). Social validity: The case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 11, 203-214.

# El juego como evasión\*

**José Ignacio Ibáñez Aramayo.**

Psiquiatra, responsable de la actividad del M.A.P.S. de Cruces (Barakaldo).

Responsable, en colaboración con Ekintza-Aluviz, de la atención a ludópatas en Bizkaia.

**Resumen:** En la ludopatía encontramos asociados el trastorno del juego patológico, en sus diferentes versiones, con otros trastornos psiquiátricos, lo que conocemos como patología dual, y que van desde la ansiedad y depresión, a trastornos de personalidad y del control de impulsos, consumo de diversos tóxicos, psicosis, etc.

Desde el psicoanálisis la ludopatía se considera un síntoma transclínico, es decir que puede aparecer en cualquier estructura clínica y como tal síntoma es considerado una formación del inconsciente y por tanto tiene una causalidad psíquica, distinta para cada sujeto, de ahí la importancia del tratamiento caso por caso, y la búsqueda de una solución, la suya, para cada uno.

Por medio de cuatro viñetas clínicas podemos ver esta causalidad psíquica y el funcionamiento del inconsciente que lleva a estos sujetos a la formación de ese síntoma, íntimamente relacionado con su historia personal.

A partir de una escucha analítica y por medio de un trabajo de elaboración, vemos la manera en que cada uno de ellos puede encontrar una solución que alivie su sufrimiento y el síntoma que lo producía, y todo ello en un número corto de sesiones.

**Palabras clave:** ludopatía, patología dual, psicoanálisis, causalidad psíquica.

## Introducción

Desde octubre de 2006 y a propuesta del Departamento de Sanidad, comenzamos desde el Módulo de Salud Mental de Cruces una colaboración con la Asociación Ekintza-Aluviz, Ayuda al ludópata de Vizcaya. Esta colaboración consiste en atender aquellos aspectos de las personas con problemas de juego que no cubre el Equipo Técnico de la referida Asociación, en el ámbito de la provincia de Bizkaia.

Este Equipo Técnico trata, con acierto y solvencia el problema del juego, tanto a nivel individual como grupal, pero sabemos que al igual que en otras patologías adictivas se da lo que

desde la psiquiatría se denomina como patología dual, es decir que además del trastorno del juego hay otro trastorno asociado como puede ser ansiedad, depresión, consumo de diversos tóxicos o sustancias, trastornos de personalidad, psicosis, etc.

Para tratar todos estos aspectos es a lo que fuimos convocados, desde una cuestión diagnóstica hasta un tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico.

Dentro de estos aspectos había uno que destacaba y preocupaba al Equipo técnico de la Asociación, que era el abordaje y manejo subjetivo vía urgencia.

\* Basado en la exposición realizada en el III Symposium Nacional sobre Adicciones. Vitoria, 6- 8 de mayo de 2.009.

Y es que muchas veces tras las consecuencias del acto de jugar surge la angustia, de un modo intenso, y junto a esta angustia la idea de acabar de una vez con todo, incluida la propia vida. Ante esto el poder disponer de personal cualificado que pueda valorar e intervenir, bien mediante la escucha de esa angustia, bien pautando un tratamiento o incluso procediendo a un ingreso es fundamental.

Estamos en este camino, la colaboración establecida funciona, pero por supuesto siempre se puede mejorar.

### El otro escenario

El juego es consustancial a la persona ya desde antes de su nacimiento.

Tenemos noticias del juego desde la más remota antigüedad y de que ha servido para facilitar la sociabilidad entre los seres humanos. Por ejemplo a los niños les sirve para desarrollar su mente, su cuerpo, relacionarse con otros niños, etc. Por tanto el juego lo podemos entender como un modo de relación social y que está presente continuamente a lo largo de nuestra vida.

Muchos autores han estudiado el juego, y han elaborado diversas teorías sobre el mismo y su valor. Freud en *La interpretación de los sueños*, plantea el funcionamiento del inconsciente como lo que ocurre en “otro escenario”, con unas reglas y una lógica propias y diferentes de las de la vida cotidiana y del funcionamiento de la consciencia.

Voy a partir de esta idea del juego como algo que se desarrolla en ese “otro escenario”, es decir fuera de la consciencia. Esto permite a la persona que juega evadirse de la realidad y crear su propio mundo imaginario y generalmente más gratificante que el real.

Estos juegos, habituales en la infancia, producen una satisfacción que deja una marca en la memoria, marca que se puede reactivar en distintos momentos de la vida de la persona adulta en busca de la evasión y de ese mundo más gratificante que el real. La dificultad está en que no se reencuentra esa satisfacción, que esa satisfacción se perdió y solo queda la huella, la memoria, de ella.

El problema con el juego viene cuando deja de ser solo un modo de relación, o de pasar un rato divertido en ese otro mundo imaginario, lo que solemos llamar juego social, y comienza a ser algo que va adquiriendo más importancia, va convirtiéndose en el único interés y en el centro de las actividades de la persona, más preocupante aún si esa persona ya no es un niño sino un adulto. Esto es lo que en psiquiatría y psicología llamamos el Juego patológico.

Entonces podemos entender que cuando para alguien el juego adquiere una importancia máxima y central y se convierte en prácticamente su única actividad, o en casi lo único en que piensa, está intentando continuamente evadirse de la realidad, del mundo habitual y trasladarse a ese “otro escenario”, inconsciente, en el que su recuerdo y sus experiencias inscritas en su memoria son de satisfacción.

Esto le lleva a realizar de una forma cada vez más repetitiva y compulsiva, la misma experiencia intentando huir de esa realidad que es molesta y mantenerse en esa otra dimensión, ese “otro escenario” que en su momento le produjo un placer, con lo cual sin querer y sin darse cuenta entra en lo que llamamos dependencia.

Así lo atestiguan las respuestas de los pacientes al por qué juegan, respuestas similares a la que da título a esta ponencia: “Es una forma de evadirme”, “Si juego no pienso”, “Me olvido de los problemas”, “Mientras juego no pienso en otra cosa, estoy en blanco”, etc. y parece que efectivamente lo consiguen, aunque con unas consecuencias desastrosas, ya que la diferencia entre la situación original, que producía placer, y la actual es que ahora se repite el mecanismo pero no se consigue el mismo grado de placer, y enseguida reaparece el malestar y las consecuencias que tiene esta huida de la realidad en lo personal, familiar, laboral, etc.

Voy a ilustrar esta cuestión, el juego como evasión de la realidad, apoyado en varias viñetas clínicas de casos que he escuchado en este tiempo que llevo trabajando de una manera más continuada con la ludopatía, y que ilustran cómo es posible encontrar en la ludopatía, entendida como un síntoma, e independientemente de que se de en una neurosis o en una psicosis, una

causalidad psíquica al igual que en cualquier otro síntoma o formación del inconsciente.

Causa inconsciente y por tanto desconocida para la propia persona, que lo único que siente es el impulso irresistible de repetir su actuación en esa búsqueda de satisfacción infantil que como he señalado está perdida. Por ello es frecuente oírles decir: “No quería pero no pude evitarlo”; “No me pude aguantar”; “Es algo superior a mí, como una fuerza que me arrastra”; “No se que me pasó en ese momento”, etc. Es decir, repetición compulsiva en busca de un placer pero que paradójicamente a lo que lleva es a un displacer, a una insatisfacción y a un malestar.

Por último señalar que para operar sobre esta causalidad psíquica y ayudar a la persona que consulta a encontrar algún modo de hacer diferente al de la repetición inconsciente no es necesario, al contrario de lo que comúnmente se cree, un excesivo tiempo o número de consultas, como también se verá en alguno de los siguientes casos clínicos.

## Ejemplos clínicos

### Caso A

Recibo a esta persona, varón de 35 años de edad, desde hace aproximadamente dos años y medio, porque (en sus palabras) “no se controlar mis impulsos”. Esto le lleva a gastar sumas importantes de dinero de modo compulsivo, desde los 18 años, que por otra parte le ha llevado a aislarse, rompiendo prácticamente todas sus relaciones sociales y a encerrarse en casa a leer y fumar porros.

No quería tomar medicación, y yo tampoco vi en qué le podía servir esta, por lo que le propuse vernos regularmente para hablar de lo que había sido su vida y sus dificultades e intentar encontrar otro modo de hacer. Es decir hablar de su inconsciente, de ese “otro escenario” al que volvía regularmente de manera compulsiva en busca de esa satisfacción perdida y que no le servía para tranquilizarse, y para buscar otra manera de manejar esos impulsos.

Cuando vino a consulta vivía en casa de una hermana (que tuvo que dejar hace nueve meses a propuesta de su hermana), tenía deudas (no

demasiado abundantes dado que su padre siempre le ha cubierto, aunque luego él tiene que devolverle esa deuda) contraídas en lugares de alterne ya que, en sus palabras “solo pensaba en follar”, cosa que hacía de modo impulsivo y sin previsión, gastándose todo el dinero que tenía y tirando de tarjeta de crédito. Así mismo se planteaba muy seriamente la posibilidad del suicidio como un modo de acabar “con toda esta mierda”.

En este tiempo, en que le he recibido en treinta y dos consultas, ha ido hablando, además de sus problemas con los impulsos y sus gastos compulsivos, de lo que ha sido su vida como hijo, hermano, estudiante y amigo así como de sus teorías de la vida y de la amistad, de las relaciones sexuales y de pareja, de para qué nacemos y vivimos, de sus ideas de matarse, etc. es decir de su propia y particular teoría de la existencia. Ideas de las que no podía hablar con nadie ya que cada vez que lo hacía acababa peleado y aislándose de todos, viniendo luego el pasaje al acto impulsivo.

El poder hablar de todo ello con alguien que no le cuestiona, ni le juzga y lo toma en serio, le ha permitido dejar de actuarlo y ha hecho posible reordenar algunas de las coordenadas de su vida e introducir algunos cambios: tras dejar la casa de su hermana vive alquilado en una habitación manteniendo una buena relación con la dueña y su hijo, ha dejado de ir de putas y mantiene una relación estable de pareja desde hace año y medio, está ahorrando dinero, y respecto a la vida está dispuesto a seguir caminando sin plazos.

Es decir que el hecho de hablar de estas cosas que a él le afectan y preocupan le ha permitido evitar la actuación compulsiva, sin palabras, con lo cual ha podido restablecer algo de un lazo social que se había roto.

### Caso B

En septiembre de 2.006 acude a consulta una mujer de 61 años de edad que lleva años yendo a jugar al bingo, pero que desde hace bastantes meses no logra controlarse gastándose todo el dinero que gana trabajando con mucho esfuerzo.

Ha tenido varios tratamientos pero no ha conseguido nada. Está tomando ansiolíticos que le mantengo.

A lo largo de veintiséis consultas irá desgranando algunas secuencias de su vida, que le permitirán encontrar otro sentido a la misma y a sus actuaciones así como dejar prácticamente de jugar y dedicar ese dinero a otras actividades que le resultan más gratificantes, motivo por el que acordamos un alta en septiembre de 2.008, sin que hasta el momento haya vuelto a tener problemas.

Es separada desde hace 14 años, en sus palabras “de una forma atípica. Me casé sin quererlo, estuve casada veintitantos años con una vida no muy buena, tuve tres hijos, y al cabo de los años conseguí separarme renunciando a todo”.

Posteriormente ha tenido otra relación durante tres años, que acabó un año antes de venir a consultar y de la cual dice “me siento humillada ya que él ha iniciado una relación con otra”.

Refiere que se ha sentido poco querida y maltratada por su madre que al parecer no quería tenerla, por lo que se define como “mal nacida”.

Ella no quería casarse, conoció a su marido con 17 años, pero su madre le dijo que sí.

Se quedó embarazada de su primer hijo y a los tres o cuatro meses de haberlo tenido vio a su marido con su madre, se lo dijo a su confesor y este le recomendó volverse a quedar embarazada, cosa que hizo. Poco después de este embarazo es cuando comenzó a jugar al bingo (hace treinta y tantos años). Le servía de evasión, se olvidaba de casa y de lo desgraciada que era.

Posteriormente tuvo otro hijo, nació con sufrimiento fetal, con el que se ha volcado. Se separó a los ocho años de nacer este hijo.

Hablará de sus hijos: El mayor, deseado, varón y del que dice: “está en contra total de mí”. En otra ocasión dirá de él: “Le quiero, pero me pasa con él como con mi madre le tengo miedo”. La segunda, como ella dice “tenida por mandato divino” ya que el cura le mandó quedarse embarazada, y de la que dice: “Es mujer. Tenemos buena relación pero es falsa, debajo hay otra cosa”. Y el pequeño, al que creía que perdía con mes y medio de embarazo y al que se aferró. “Nació con sufrimiento fetal, tiene ligero retraso, pero es maravilloso, es diferente”. Es con el que más relación tiene, suele quedar frecuentemente con él.

Renunció a todo al separarse “para que a mis hijos no les faltase de nada”.

Siempre ha sido así, de darlo todo por amor, tal vez porque su madre no la quería. Y siempre se encuentra con que no es correspondida en ese amor, más bien encuentra en su lugar el sexo, ella que no sabe lo que es un orgasmo. Se sorprende de hablar de estas cosas, dice “es la primera vez que lo digo, nunca había hablado de esto en los tratamientos anteriores y mira que yo soy abierta”. Y añadirá “tal vez por estas cuestiones que ahora digo es por lo que buscaba cosas para evadirme, distraerme”.

Tras ir desgranando estos recuerdos de su vida, se encuentra con que la echan de la casa donde vive alquilada y tiene que buscar una nueva casa por medio de la trabajadora social. Comienza a preocuparse más de sus cosas y se da cuenta de que ya no encuentra satisfacción en el bingo, por lo que poco a poco irá dejando de acudir, o cuando acude lo hace, por ejemplo al quedar con alguna amiga, con una cantidad fija de la que no se excede.

Va espaciando las citas con diversas excusas, manteniéndose sin jugar, ahorrando dinero que invierte en preparar su nueva casa y finalmente acordamos el alta.

### Caso C

Recibí a este varón de 39 años hace unos meses con un serio problema de juego, del que había recaído unos meses atrás, y que le había llevado a contraer una serie de deudas tras gastar dinero suyo y coger el dinero de otros, motivo por el que se sentía muy culpable y que le generaba importante ansiedad, trastorno del sueño, ánimo deprimido, etc. por lo que inició un tratamiento psicofarmacológico. Además la situación económica a la que había llegado amenazaba seriamente su vida de pareja y como padre.

El primer día, y al recoger los datos para la historia clínica, me dice que perdió a sus padres de niño. Fallecieron en accidente de coche. El padre cuando tenía once meses y la madre cuando tenía 6 años, y él iba con ella.

Tras tres entrevistas de control de la medicación, sin que añada nada nuevo a lo dicho, viene diciendo que no se perdona y vuelve a hablar de sus padres.

Me dice que perdió a su madre cuando él tenía 7 años, atropellada delante suyo. Tres años antes perdió a su padre en un accidente de coche con su hermana mayor y dos primas.

Tras el fallecimiento de su madre se hizo una reunión familiar en la que nadie quiso hacerse cargo de él por lo que lo mandaron a un internado. Su padrino, un amigo de su padre, que al parecer si mostró algo de interés no le dejaron que se hiciese cargo por ser soltero, y su abuelo que si se hubiese hecho cargo no pudo porque en el pueblo no había colegio.

Su tío, que era su tutor, hermano de su madre, al cumplir los 18 años le dio el dinero que tenía de él, un millón y pico de pesetas cuando tendría que haber tenido siete millones y pico.

En 1.999 murieron su tío y su abuelo.

Y, casualidad, en 1.999 comenzó a gastar dinero por primera vez y de una manera incontrolada, perdiéndolo.

Al señalarle la coincidencia, haciendo hincapié en “perder” se sorprende pero niega cualquier relación. “No me digas que todo es por eso, no es posible, no me lo creo”.

No acude a la siguiente cita y no he vuelto a verlo desde entonces, si bien he sabido que posteriormente ha vuelto a empeorar de sus síntomas de ansiedad, etc. y ha tenido una nueva recaída en el juego.

Vemos una negativa radical a saber sobre su inconsciente y a la vez una vuelta a la repetición, a ese “otro escenario” donde vuelve a “perder”.

Puedo hacer la hipótesis de que por su sentimiento de culpa (él mismo dice “no me perdono”) estamos ante una ideación de ruina y de pérdida, incluida la destrucción de su propia vida de pareja y de su función de padre. Repetición de su propia historia y de sus pérdidas tempranas.

#### Caso D

Desde hace unos tres meses estoy recibiendo a un varón de 26 años, que acudió a consulta por un problema con los videojuegos, ya que comenzaba a jugar a los mismos y era incapaz de parar. Dice

que así se pasó su juventud jugando, pero que luego se independizó y dejó de jugar, pero desde hace un tiempo, debido a discusiones con su pareja se ha vuelto a enganchar a estos juegos.

En las consultas mantenidas hasta ahora, refiere que sus padres se separaron cuando el tenía unos catorce años, lo cual supuso un cambio importante en su vida ya que tuvo que renunciar a una serie de cosas (cambió de colegio, a uno peor, poco a poco fue dejando la relación con los amigos del otro colegio y aislándose. Conoció luego a otro amigo que fue quién le enseñó a jugar y a partir de ahí se pasó la adolescencia jugando, más o menos aislado. Entre otras cosas porque los fines de semana que le tocaba pasarlos con su padre, no quería ir ya que mantenía desavenencias con la nueva pareja del padre, quedándose solo en casa jugando.

Ha estado muchos años sin hablarse con su padre, con mucha rabia interior, sin entender bien lo que hacía su padre, si bien nunca ha discutido con él, ya que dice “lo pasado, pasado está”.

Pero en las consultas, constantemente vuelve a ese pasado, a sus enfados, a todo lo que aguantó y lo mal que se portó su padre con su madre, con su hermana y con él, concluyendo que es porque su padre se deja llevar fácilmente, es manejable, etc. Pero no merece la pena decir nada de yodo aquello después de tanto tiempo.

Hace un tiempo conoció a su pareja actual y todo fue muy bien hasta que por problemas con el trabajo, quedarse ella embarazada, problemas con la familia de ella, etc. comenzaron las discusiones, la rabia y comenzó nuevamente a jugar y esto le ha traído más conflictos con su pareja, que le reprocha que se pasa el día jugando, sin hacerles caso a ella y a la niña.

El se define como tranquilo, pero con un carácter fuerte que le hace tener prontos, elevar la voz, no dejarse manejar, lo que hace que se enreden en una especie de círculo en el que ninguno de los dos cede y acaban enfadados, y como no sabe que hacer se pone a jugar.

En este tiempo que lleva viniendo ha comenzado a controlarse más con el juego, si bien a veces no puede evitar ponerse a jugar.

Todo esto también le ha llevado a plantearse y a elaborar si hay relación, y cual, entre el modo de empezar a jugar hace años, tras la separación de sus padres y en el momento actual, con sus dificultades de pareja así como entre la rabia que siente ahora y que sentía también con su padre, rabia contenida en los dos casos, y que como contrapartida de ese “es mejor callarse” y para evadirse de ello se pone a jugar, aunque ahora ya no está tan seguro de ello, ya que se ha dado cuenta de que en la medida que va hablando de esto que siente y saca los sentimientos que le producen estas situaciones necesita menos el juego.

#### 4. A modo de conclusión

En las viñetas clínicas presentadas, podemos ver como a partir de una escucha psicoanalítica se pueden encontrar las causas psíquicas, relacionadas con la historia personal de cada sujeto, que llevan a la formación de un síntoma, la ludopatía, dentro de diferentes estructuras clínicas, y como con un trabajo de elaboración es posible encontrar una resolución a ese síntoma. Y ello con un número corto de sesiones.

#### Correspondencia:

##### José Ignacio Ibáñez Aramayo

Psiquiatra. Responsable de la actividad del M.A.P.S. de Cruces. Responsable, en colaboración con Ekintza-Aluviz, de la atención a ludópatas en Bizkaia. Psicoanalista, miembro de la ELP y de la AMP. Miembro de la Sección de psicoanálisis de OME-AEN.

MAPS de Cruces. C/ La Inmaculada, 21-bajo. 48903 • Cruces, Barakaldo.

Teléfono: 944 789 497 • correo electrónico: jibaneza@intersep.org

---

#### Referencias bibliográficas

1. Freud, S. (1908, 2ª edición) *La interpretación de los sueños*. Obras Completas. Tomo I. Biblioteca Nueva, 4ª Edición, 1981.

# Empatía, Creatividad y Psicopatología<sup>1</sup>

## *Empathy, Creativity and Psychopathology*

José Guimón.

Catedrático de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

Professeur Honoraire de l'Université de Genève.

Miembro de la International Psycho-Analytical Association.

**Resumen:** En este artículo se resumen los intentos realizados recientemente para encontrar una base neurofisiológica a conceptos tales como empatía e intersubjetividad. La “empatía” interviene como un “diálogo intersubjetivo” entre la madre y su niño o el psicoterapeuta y el paciente. Ese diálogo intersubjetivo que había ya sido descrito por Julian Ajuriaguerra a partir de 1950 como “diálogo tónico” ha encontrado en los recientes hallazgos sobre las “neuronas espejo” una base fisiológica atractiva, aunque no totalmente extrapolable a los seres humanos todavía. Así mismo el Arte busca una comunicación intersubjetiva entre el artista, su obra y quien la observa. Estos hallazgos se integran en un nuevo campo científico, la Neuroestética que intenta encontrar las bases neurológicas en la contemplación y en la creación de las obras de Arte.

**Palabras clave:** Creatividad, intersubjetividad, empatía.

**Summary:** This article summarises the recent attempts to find neural bases to concepts such as Empathy and Intersubjectivity. “Empathy” intervenes as an “intersubjective dialogue” between the mother and her child and the patient and the therapist. This intersubjective dialogue, which had already been described by Ajuriaguerra, has found an attractive physiological base in the recent findings on mirror neurons, even though it still cannot be totally extrapolated to human beings. On the other hand, Art seeks also “intersubjective communication” that implies motivations and emotions in harmony with reason. In relation to these findings, a new scientific field has been born, Neuroaesthetic, which is defined as the attempt to find neural bases to contemplate works of art and their creation.

**Key words:** Creativity, intersubjectivity, empathy.

La “empatía” interviene como un “diálogo intersubjetivo” en las interrelaciones humanas. Ese diálogo intersubjetivo había ya sido descrito por Julian Ajuriaguerra (Aguirre, J.M., J. Guimón, 1994) a partir de 1950 como “diálogo tónico” y ha encon-

trado en los recientes hallazgos sobre las “neuronas espejo” una base fisiológica atractiva. En el presente trabajo, tras repasar algunos conceptos resumiremos sus implicaciones en la psicopatología, la psicoterapia y la llamada “Neuroestética”.

<sup>1</sup> Las figuras que ilustran este artículo han sido realizadas por la Dra. Inmaculada Gerrikagoitia, Profesora Titular de Anatomía Humana del Departamento de Neurociencias de la UPV/EHU.

## 1. Cuestiones conceptuales

La “contención” (Bion, 1965; Winnicott, 1971) es la capacidad de enfrentarse a la ansiedad de otro ser humano, de comprenderla y proyectarla de manera que se la despoje de su poder negativo. Algunos autores, matizan que implica la capacidad de responder activa, sensible y apropiadamente a las necesidades del paciente. Esa capacidad de “estar con el otro” incluiría a la vez “empatía” y “simpatía”. Pero esos dos términos no son definidos de forma unánime.

Se distingue frecuentemente en el lenguaje psicológico entre empatía y simpatía. La empatía sería ponerse en el lugar del otro sin experimentar necesariamente sus emociones, como cuando anticipamos las reacciones de alguien. La empatía no sería ni identificación, ni contagio, ni fusión. Sería, en realidad, equivalente al concepto que actualmente se utiliza como “intersubjetividad” y se relacionaría con el conocimiento del otro, compartir su estado emocional, tomar su perspectiva subjetiva y tener ante él una respuesta afectiva. Constituiría, en definitiva, la “aptitud para ponerse en el lugar de los demás, (...) y su ausencia o déficit, explican la crueldad cotidiana”. Por su parte, la “simpatía”, consistiría en experimentar las emociones del otro sin necesariamente ponerse en su lugar. Sería un contagio de las emociones, del que un ejemplo típico es la “risa tonta”. La simpatía implicaría una relación más distanciada. Se puede ser empático sin sentir simpatía y viceversa.

Decety (2004) recuerda que Freud utilizó el concepto en “Psicología de las masas y análisis del yo”: “a partir de la identificación una vía lleva, por imitación, a la empatía, es decir a la comprensión del mecanismo que nos hace posible cualquier toma de posición de cara a otra vida psíquica”. Tiene entre otras consecuencias el que se restringe la agresión contra la persona con la que se está identificado, que se metaboliza la agresividad y que se le puede aportar ayuda.

Bion (1970) se refirió a la empatía con el término inglés de “*compassion*”, diciendo que “es un sentimiento que se necesita expresar, un impulso que se experimenta en relación con los demás y algo que se necesita sentir en las actitudes de los otros hacia uno mismo. Su ausencia, dice,

puede ser primaria (innata e irremediable aunque el análisis puede modificar sus consecuencias) o secundaria (debida al temor, al odio, la envidia o amor)”. Otros autores kleinianos (especialmente los seguidores de Bion), ven el origen de esa capacidad en la relación precoz madre-bebé. Aceptan en la madre una capacidad de “reflexión empática”, de “*reverie*”, a través de la cual “el bebé es alojado en el pezón de la mente de la madre en una ilusión de unidad primaria”. Tustin la relaciona con el “*éxtasis*” que surge en estados de intensa excitación que el niño no puede soportar y procesar solo. Si la madre no puede “contenerle” (Almond, 2003) el infante se ve sobrenadado y experimenta un estadio precoz de dualidad (*Two-ness*) amenazante y confusional. Kohut la define como “identificación vicariante”. El filósofo noruego Vetlesen (Vetlesen, 1994) piensa que se sustenta en la facultad humana de desarrollar preocupación (*concern*) por los demás y que requiere una especial capacidad para escuchar, es decir para prestar atención.

Existe una relación íntima de ese rasgo con otros como el “apego” (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2004; Garnezy, 1993; Rutter, 1993; Tisseron, 2007; Werner & Smith, 1993), la “seguridad básica” (*basic trust*) y la “maleabilidad” o resiliencia (*resilience*). En esa línea cobra un valor decisivo el intento que se está haciendo para comprender mejor la relación entre el capital genético de cada individuo y su expresión, a través del concepto de “mentalización”, entendido como la “capacidad de dar sentido a un suceso para reaccionar ante él de forma adaptada”.

Actualmente (Berthoz A., Jorland A., 2009), los *tests* comportamentales permiten evaluar la existencia o no de actitudes empáticas, la imaginación cerebral permite estudiar algunas de sus manifestaciones y la genética molecular intenta explicarlas en términos de errores del programa genético.

## 2. ¿Hacia una anatomía de la empatía?

Ajuriaguerra (1974) denominó “equipo de base” al conjunto de factores innatos con que el niño se enfrenta al desarrollo y se interesó en especial por el desarrollo psicomotor. Los niños interactúan con sus padres (con su madre, sobre

todo) en una relación que va modulando sus diferentes funciones. Avanzándose a los descubrimientos actuales, señalaba este autor que había una interrelación entre la Neurofisiología cerebral y la influencia del entorno en el proceso de especificidad de las neuronas y de las sinapsis. Se adscribía al paradigma neurobiológico de la autoorganización de los procesos neurobiológicos por el que el genoma se nos presenta como la memoria a muy largo plazo de los procesos auto-organizadores que determinaron las características generales de la especie. Recordaba que la estabilidad de la memoria genética está compensada por el azar de las recombinaciones genéticas y el de la memoria epigenética o el azar de la vida.

Estudió Ajuriaguerra con André Thomas en ancianos y en niños la neurología madurativa y la ontogénesis del funcionamiento neuro-psicológico del desarrollo. Por otra parte, con Henri Wallon estudió las relaciones entre la vida emocional y el tono muscular. Ajuriaguerra llevó al máximo desarrollo las relaciones entre el tono, la expresión corporal y la vida emocional. Describió cómo el ser humano, aunque esté callado, “habla” a través de su cuerpo, y “habla” con y para el “Otro”, estableciendo una comunicación que es un verdadero “Diálogo Tónico”. Esa es la principal comunicación al comienzo de la vida y, aunque luego pierde cierta relevancia, también en el adulto la armonía del tono muscular se relaciona íntimamente con el área afectivocognitiva, propia e intransferible de cada individuo. En efecto, las emociones pueden llegar a producir alteraciones (a veces paroxísticas) en el tono. Con García Badaracco publicó otro trabajo sobre este tema en el que señalan el escollo que surge en la relación con el paciente cuando un problema psicológico actúa sobre el cuerpo y la importancia de saber comprenderlo, contemplándolo como una forma que tiene el paciente de “hablarnos” de ese cuerpo. Señalan los autores que el aprendizaje del tono muscular es una parte del aprendizaje de la Realidad.

Jean Decety, propone una anatomía de la empatía y la descompone en una resonancia motriz no intencional y, por otra parte, en la adopción intencional del punto de vista del otro (Tabla 1). La resonancia motriz sería producida por las “neuronas espejo” del córtex motor y del córtex

parietal que descargan tanto cuando el sujeto actúa, como cuando observa a otro sujeto realizar la acción. Como es sabido, las neuronas espejo fue un descubrimiento casual del equipo dirigido por Giacomo Rizzolatti (Rizzolatti y cols, 2009; Cattaneo y Rizzolatti, 2009) de la Universidad de Parma, trabajando en monos en los que se activaban neuronas de áreas motoras al observar la acción de otros monos. V.Gallese y otros autores han estudiado las consecuencias de ese hallazgo para la psicología humana (Gallese, 2009) y el psicoanálisis (Eagle y Gallese y cols, 2009). La adopción del punto de vista del otro, que presupone una distinción entre sí mismo y el otro, se efectuaría en el córtex frontal y parietal por inhibición de nuestro propio punto de vista. Recíprocamente las lesiones de esas áreas corticales se traducen en trastornos psíquicos de la expresión o del sentimiento de las emociones o, de forma más global, por una falta de empatía.

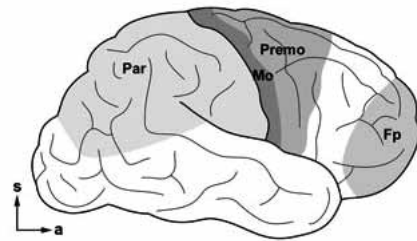


TABLA 1: Anatomía de la empatía

Par:	corteza parietal
Premo:	áreas premotrices
Mo:	área motriz primaria
Fp:	corteza frontopolar
s:	superior
a:	anterior

### Centros neurológicos relacionados con la empatía

Según este autor, en la empatía habría un componente de “resonancia motriz” (diálogo tónico de Ajuriaguerra), desencadenado la mayor parte de las veces automáticamente, no controlable y no intencional; por otra parte, habría una toma subjetiva de perspectiva del otro, más controlada e intencional. La primera aparece en

el desarrollo y se remonta a la historia evolutiva de los primates no humanos. La segunda es más reciente y parece propia de la especie humana. Los mecanismos precursores de la empatía, de esa comunicación no verbal, se basarían en las propiedades del mimetismo y de la resonancia motriz, que explican, en el hombre, el contagio emocional y los fenómenos de facilitación social. Según él, a partir de una “predisposición innata a sentirse atraído por las demás personas”, los bebés interactúan casi desde el nacimiento por imitación con los adultos hacia quienes manifiestan expectativas sociales específicas. Los bebés son sensibles ya al malestar de los otros por el fenómeno del contagio. Existe un código común utilizado para planificar una acción, imaginarla y percibir las acciones realizadas por los demás. Para Decety los progresos de la neurociencia permiten identificar las redes neuronales implicadas en esas representaciones compartidas. En efecto, se activa una misma red neuronal cuando tenemos la intención de actuar, cuando pensamos actuar, y cuando miramos a otras personas actuar.

Existe sin embargo una diferencia subjetiva esencial entre ser el agente y el observador de la acción de los demás. Algunas regiones cerebrales juegan un papel esencial entre sí mismo y el otro. Así, mientras que las lesiones del córtex prefrontal de cualquiera de los dos hemisferios conllevan déficits de empatía, una agresión posterior (parietal) tendría un efecto mayor, pero solamente si está localizada en el hemisferio derecho. Según este autor, en los trastornos antisociales el defecto de empatía se vincula a una alteración de la amígdala en el curso del desarrollo, mientras que estos sujetos no son especialmente deficitarios en las capacidades ejecutivas. En el caso del autismo infantil le es más difícil a ese autor aventurar una hipótesis, aunque Rizzolatti (2009) propone algunos elementos.

### 3. Neuro-Psico-patología

En 1952, Ajuriaguerra publicó con M.Hécaen sus estudios sobre la Integración y la desintegración de algo que con nombres variados y no siempre equivalentes se ha llamado “imagen espacial del cuerpo”, “esquema postural”, “imagen de uno mismo”, “imagen de nuestro

cuerpo” o “somatognosia”. Se basaron en los trastornos somatognósicos que hallaron en numerosos casos de lesiones encefálicas, en particular, el desconocimiento o la desvalorización de la propia hemiplejía, (anosognosia y anosodiaforia, respectivamente), la sensación de ausencia de un hemicuerpo, las ilusiones de transformación corporal y las ilusiones de miembros fantasma (en amputados). Por lo que concierne al cuerpo en su relación con el espacio, estudiaron de las desorganizaciones del gesto, de la orientación y del conocimiento de ese cuerpo en el momento de “actuar” o de “ser actuado” (apraxia constructiva y apraxia del vestirse). Trataron, además, de las perturbaciones somatognósicas en el transcurso de determinados síndromes psiquiátricos como la despersonalización, el fenómeno del doble o sosias, la autoscopia y el fenómeno de desaparición de la imagen en el espejo (autoscopia negativa).

Recientemente, Bachoud-Levi (Berthoz A., Jorland, G, 2004) ha presentado su descubrimiento de dos trastornos de la designación desconocidos hasta entonces: la alotopoagnosia y la heterotopoagnosia. En el primero los pacientes han perdido la facultad de designar cualquier elemento del mundo externo y, en el segundo, la designación de las partes del cuerpo del otro, pero en ambos conservan la capacidad de designar las partes del propio cuerpo. Parece que hay una relación estrecha entre designación y objetivación, que hace pensar que la designación es correlativa de la objetivación. Estos trastornos muestran, por lo tanto, una condición primordial de la empatía: la distinción entre sí mismo y el otro. La designación, es pues, una forma rudimentaria de intersubjetividad. Se han visto alteraciones de esas capacidades en trastornos como el autismo, que antes se explicaba por las carencias parentales, maternas sobre todo.

Decety (2004) señala que distinguirse a sí mismo del otro es fundamental en la empatía. El lóbulo parietal inferior del hemisferio derecho se activa más cuando el sujeto es imitado por otro y el lóbulo parietal del hemisferio izquierdo se activa más cuando el sujeto imita al experimentador. En el lóbulo parietal y en el *córtex frontopolar* del hemisferio derecho se detecta un fuerte aumento del metabolismo cuando los sujetos toman la perspectiva de otro (Tabla 2).



**TABLA 2: La distinción de sí mismo y del otro**

In:	ínsula
Par:	corteza parietal (gris)
Zona rayada:	grijo postcentral
s:	superior
a:	anterior

En cambio, se activan más la ínsula, el *girus postcentral* y el córtex parietal del hemisferio izquierdo cuando los objetos imaginan una acción en primera persona. Por otra parte, gracias a nuestra capacidad de representación interna del mundo exterior y de nosotros mismos, no es necesario que realicemos una acción para conocer sus consecuencias, porque podemos anticiparla y simularla mentalmente.

Muchos estudios con neuroimagen identifican las regiones cerebrales implicadas en la simulación mental de las acciones (tabla 1): áreas premotrices, motrices primarias, parietales y cerebelosas, con predominio del hemisferio derecho. Vittorio Gallese (Gallese, 2004) dice que las investigaciones han puesto en evidencia los mecanismos neurales que median entre la experiencia personal que tenemos sobre nuestro cuerpo y las apreciaciones que tenemos sobre los demás. Ese conocimiento personal, relacionado con la experiencia corporal, permite nuestra relación fina con los otros y la intersubjetividad. Es la simulación corporalizada, de la que el sistema de neuronas espejo es probablemente una correlación. La simulación, para este autor, no es necesariamente el resultado de un esfuerzo cognitivo consciente y voluntario para interpretar las intenciones ocultas de las conductas públicas de los demás, sino más bien un mecanismo básico del funcionamiento de nuestro cerebro. Este mecanismo parece jugar un papel importante en nuestra aproximación al mundo, porque representa el resultado de posibles acciones, emociones o sensaciones que

uno podría realizar o experimentar y sirve para atribuir ese resultado a otro organismo.

También se ha visto que las variaciones de los índices fisiológicos asociadas a la expresión de las emociones (ritmo cardiaco, presión arterial, sudoración) son semejantes en las personas que actúan de determinada manera, que en las que las observan tal acción y en las que la imaginan.

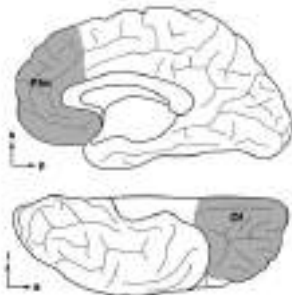
#### 4. Psicosociología

Para Ajuriaguerra, hay que ser cauto a la hora de interpretar socialmente los descubrimientos anatómicos y fisiológicos: “hay que ceñirse modestamente a ser psicólogos, hablando humildemente el lenguaje del comportamiento, de la acción, y dejarse de pretensiones anatómicas y fisiológicas”. Sin embargo, señaló que, a partir de la dinámica del diálogo con el entorno, el niño utiliza los potenciales de base innatos. La actitud que tomamos ante los demás de aceptar o rehusar es ya una forma de relacionarnos con el mundo que aprendimos en un lenguaje primitivo al relacionarnos con la madre. A través de las caricias se desarrollan la somatognosia (descubrimiento y conocimiento del cuerpo) y la practognosia (el cuerpo vivido como operante sobre el medio). Estudió Ajuriaguerra el desarrollo de otras formas de comunicación: grito, mirada, sonrisa, lenguaje verbal. La risa y la sonrisa son exclusivamente humanas y evolucionan de formas de respuesta positiva innata hasta adquirir un grado de libertad y de intencionalidad que llega a lo cómico y lo lúdico (juego de reglas). La mirada, más allá del acto de visionar, permite seguir, buscar, fijar el “objeto”, (pezón, rostro de la madre, sonajero, chupete o “máscara”). El “barrido” ocular permite entrar en contacto con el “otro”.

Señala Decety (2004) que, en un momento de la evolución difícil de datar, aparece en el niño la discriminación de las expresiones faciales, principalmente de la madre, cuyas emociones constituyen una fuente de información esencial. El niño imita, y esa competencia imitativa refleja no solamente una tendencia a reproducir movimientos de los otros, sino a identificarse con ellos. Hay estudios comportamentales y neurológicos que favorecen la teoría de las “representaciones compartidas” que implican la influencia de la presencia de los demás sobre nuestro comportamiento: facilita-

ción social, mimetismo de las posturas en un grupo, contagio emocional, etc.

Muchos comportamientos de ese tipo (como la “resonancia motriz”, el diálogo tónico) se explican por la activación automática de las representaciones motrices y la ausencia de inhibición. Como es sabido, actualmente se han descubierto neuronas en el córtex premotor del mono (región implicada en la programación de los movimientos voluntarios) que se activa cuando se ejecuta una acción orientada hacia un objeto (coger un trozo de alimento por ejemplo) y cuando él observa al experimentador realizar la misma acción. En el hombre, con neuroimagen funcional, se ha visto que cuando observamos una acción realizada por otra persona, se activan las regiones cerebrales del córtex premotor y del córtex parietal (Tabla 1) especializadas en la generación de acciones integrales. Esta resonancia motriz se organiza de forma somatotípica, porque las zonas del córtex premotor (que programan las unidades musculares implicadas en un gesto dado) que se activan a la vista de una acción realizada por otro son precisamente las que son responsables de la acción real. Cuando el sujeto percibe movimientos imposibles (por ejemplo un gesto de la mano que atraviesa la cabeza) la región del córtex prefrontal ventromedial implicada en la detección de conflictos o incoherencia, se activa fuertemente (Tabla 3).



**TABLA 3: Centros neurológicos relacionados con la imitación y la simulación**

Pfm:	corteza prefrontal medial
Pfdl:	corteza prefrontal dorsolateral
Of:	corteza orbitofrontal
s:	superior
p:	posterior
a:	anterior
i:	interno

Pacherie (Berthoz A., Jorland, G, 2004) recurre a la articulación de la imitación y la simulación para explicar dos formas de empatía que se ven en el curso de desarrollo del niño. Las emociones intencionales del otro llegan al sujeto como aprobación y desaprobación, y su reconocimiento empático es un vector de interiorización de las normas sociales, lo que abre naturalmente, la psicología a la psicopsicología.

Se ha discutido (Premack y Woodruff, 1978) si la capacidad de interpretar el comportamiento de sí mismo y de los demás en términos de inferencias a partir de los estados mentales del otro (deseos, intenciones, creencias, conocimientos) era o no exclusivo del hombre. Estas capacidades han sido estudiadas con PET y Baron en 1994 ha demostrado un aumento de la actividad del cortex prefrontal orbitomediano derecho al desarrollarlas. (Tablas 3).

Parece que fue Darwin el primero en describir los procesos emocionales en los animales (su perro en particular) y el hombre, y en proponer una continuidad de mecanismos entre las diferentes especies (Decety, 2004). Las emociones ejercen funciones preeminentes en la movilización de respuestas adaptativas en las situaciones de urgencia (por ejemplo, modificaciones metabólicas, endocrinas y vegetativas que preparan la huida o la lucha). Compartimos con otros animales un conjunto de mecanismos de tratamiento de la información emocional que juegan un papel regulador en la vida en grupo. Estos mecanismos residen en un conjunto de circuitos neuronales específicos del sistema límbico, que unen la amígdala al córtex temporal, al córtex singular, y al córtex orbitofrontal (Tabla 4).

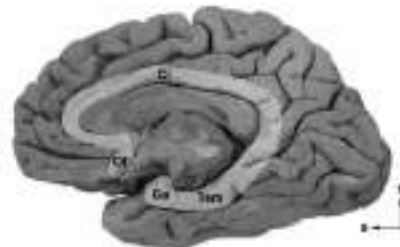


TABLA 4: Sistema límbico

Ca:	complejo amigdalino
Tem:	corteza temporal
Ci:	corteza cingulada
Of:	corteza orbitofrontal
s:	superior
a:	anterior

Una emoción, una vez activada por señales del ambiente, desencadena una cascada de reacciones a corto término (por ejemplo, huir de un depredador) o a largo término (por ejemplo, evitar este peligro en el futuro).

Para Decety (2004), sin embargo, sólo el *homo sapiens* estaría dotado de la capacidad de “mentalización”, es decir de considerarse o considerar a los otros como seres cuyo comportamiento está causado por estados mentales (intenciones, creencias, emociones) que pueden ser similares o diferentes a los nuestros. Señala que, cuando un recién nacido escucha a otro bebé llorar, tiene también tendencia a hacerlo, por un mecanismo ligado al contagio emocional, precursor de la empatía. Esta reacción ante la ansiedad del otro se manifiesta exclusivamente hacia los seres humanos y no es desencadenada cuando son expuestos a los llantos de un bebé chimpancé: el bebé comparte las emociones con las personas con las que puede identificarse y tiene una distinción entre sí mismo y el otro.

Barresi (1996), describiendo los 4 niveles de desarrollo de representación mental de las “intenciones” señala que algunos chimpancés se reconocen en un espejo, por lo que tienen una representación imaginada, un concepto de sí mismos (Nivel 3). Pero, además, son capaces de representarse de forma imaginada las relaciones intencionales respecto a ellos y de imaginarse un estado mental y atribuirlo a sus congéneres y a los seres humanos. Serían capaces, por ejemplo de engañar como los humanos (Nivel 4). En cambio, muchos niños autistas presentan trastornos cognitivos graves de desarrollo que afectan a la comunicación social, al contacto afectivo, a la empatía y la simpatía y no logran esas capacidades. Jorland (en Berthoz A., Jorland, G, 2004) concluye que existe una empatía “intraespecífica” entre los no humanos, pero

también una empatía “interespecífica” entre los humanos y las otras especies animales, esencialmente los primates.

Otra capacidad propia a los comportamientos interrelacionales es la de controlar la violencia. Un llamado “inhibidor de la violencia” forma parte de un mecanismo cognitivo de comunicación no verbal descubierto por Lorenz (1996) en el animal que interviene en las que se pueden llamar “emociones morales”: empatía, simpatía, culpabilidad, remordimientos. Los niños distinguen, desde el mes 39, sin ambigüedad las “reglas morales propiamente dichas”, que juzgan obligatorias y se refieren a la felicidad, a la justicia, a los derechos. Están fundadas sobre la honestidad y la idea de evitar hacer el mal y “las reglas convencionales”, que se juzgan no generalizables y contingentes, incluso si dependen de una pretendida “palabra de Dios” y que están fundadas en la organización social. El niño “psicópata” (antisocial) no muestra en cambio ninguna reacción emocional al malestar del otro, es violento y agresivo, sin remordimientos ni culpabilidad (Blair, 1995).

En algunos sujetos con síndrome de Asperger, trastornos de personalidad, trastornos narcisistas, y otros cuadros psiquiátricos (Decety, 2004) se encuentra una carencia de empatía, una “desempatía” (Sironi en Berthoz A., Jorland, A, 2009). Se ha sugerido a menudo de que las lesiones vasculares del hemisferio derecho están asociadas a déficits emocionales. Las lesiones del córtex prefrontal dorsolateral y medial pueden conllevar un trastorno de la expresión de las emociones, una falta de motivación para involucrarse en interacciones sociales y, a veces, un estado general de apatía. Una lesión del córtex orbitofrontal altera esencialmente la vivencia emocional.

Por otra parte, existen personas sin patología psiquiátrica evidente que presentan una cierta “sordera psicológica”. Consideramos que estas personas tienen poca capacidad de contención.

Spaans (2009) señala que algunos síntomas médicamente no explicados se comprenden mejor por la mentalización-corporal que se entiende a través de la teoría del apego y de la mentalización. La mentalización corporal es la capacidad de detectar las señales propias y del otro, de responder a ellas

y de percibir los vínculos con los estados mentales subyacentes. En pacientes con trastornos médicos no explicados se observa a menudo, como es sabido, una mentalización corporal pobre (de alguna manera superponible a la “alexitimia”) que puede ser tratada mediante programas psicoterapéuticos intensivos.

Skårderud (2008) señala que la mentalización es un concepto nuevo que se refiere a la autorreflexión y comprensión de los demás, central a las relaciones humanas y la comunicación. La capacidad de mentalización alterada se relaciona con diferentes tipos de psicopatología. Mizen (2009) considera que el concepto de mentalización de Fonagy y colaboradores tiene relaciones con el modelo de la mente de Bion. Piensa este autor que tiene limitaciones en el sentido de que da demasiada importancia a unos tipos de interacción entre el bebé y quien le cuida, y demasiada poca a los procesos internos psicobiológicos. Lo que se discute aquí es la forma en que el cuidador del niño facilita el desarrollo de dar significación a la experiencia. El concepto de Bion supone un modelo relativamente “interior” en el que de forma importante el cuidador capacita al niño a extraer de su experiencia el significado, mientras que Fonagy y colaboradores tienden a hablar más en términos de la forma en que el cuidador da a la experiencia del niño, un significado. Mizen hace referencia al concepto de Fordham de identidad quien señala que el modelo de Freud considera a la mente como proveniente de identificaciones complejas del niño con sus cuidadores; el modelo de Young mira los estados precoces del desarrollo de la identidad como los medios por los que las capacidades inherentes se realizan.

## 5. La neuroestética

Changeux (1973) define la “Neuroestética” como el intento de encontrar bases neurales para la contemplación de la obra de arte y de su creación y, si fuera posible, para realizar un estudio científico de ella. El arte busca una “comunicación intersubjetiva” que implica motivaciones y emociones en armonía con la razón.

### 5.1. Empatía e imitación

La “empatía estética” se explicaría sobre la base de una (Changeux, 1973) “imitación interior”,

que “toma un lugar en mi conciencia solamente para el objeto observado... es la imitación estética”. La apreciación de una obra de arte resultaría entonces “de la capacidad del espectador de proyectar su personalidad sobre el objeto de contemplación”.

La “empatía” interviene como “diálogo intersubjetivo entre las figuras, empatía del espectador con las figuras, y entre el artista y el espectador, poniendo en obra la “capacidad de atribución”, lo que constituye según él la llamada “teoría del espíritu”.

Esa capacidad de atribución es una predisposición particularmente desarrollada de la especie humana que permite representarse los estados mentales de los demás y atribuir a los otros conocimientos, creencias y emociones; reconocer una diferencia o una identidad entre los estados mentales de los demás y los propios. Las funciones cognitivas, en particular la conciencia y la actividad artística, están asociadas, según este autor, a un desarrollo mayor de la organización cerebral que se manifiesta principalmente por la expansión del córtex cerebral.

Hasta la invención de la fotografía el arte fue imitación, copia de la realidad exterior (“mimesis” de la filosofía griega) pero a partir del impresionismo la yuxtaposición de colores puros y la forma de las pinceladas introducen un nuevo código de representación realista. Señala Changeux que, por ejemplo, con la abstracción de Kandinsky, el observador “debe aprender a mirar las pinturas como la representación de un estado de espíritu”, no como la representación de objetos. Para Klee “el arte no reproduce lo visible sino que nos enseña a ver. Con el surrealismo, por ejemplo en Magritte, se introducen objetos o imágenes ya hechos en los cuadros con lo que el arte ya no es figuración, sino trans-figuración de lo real.

### 5.2. Simpatía y “contestación del mundo”

El artista, según Changeux, “convoca al espectador a compartir su concepción del mundo e incita al espectador a contestar una realidad intolerable”, Esta cualidad explicaría la capacidad “de despertar la contestación”, de la obra de arte porque, ante un cuadro el espectador no está pasivo: explora la obra de manera activa, pasa de

la visión global a la visión de los detalles conforme a un estilo proyectivo. El espectador interroga al cuadro con la mirada y selecciona respuestas perceptivas que se ajustan a sus expectativas interiores. Las alucinaciones surgen en el espacio consciente fuera de la voluntad del sujeto. Aunque es prematuro decir que esos procesos intervengan o no en la creación y la contemplación de una obra de arte, la imaginaria cerebral de los pacientes esquizofrénicos que están teniendo alucinaciones, muestra una activación de determinados núcleos subcorticales, de estructuras límbicas y parahipocámpicas.

Existiría, según este autor, una selección “darwiniana”, naturalmente epigenética, de representaciones “globales y sintéticas” que intervienen al nivel del espacio consciente, que permitiría al espectador encontrarse con las intenciones del pintor.

En este contexto, el arte llega a ser un modelo de comunicación social que crea una tensión imprevisible entre lo real y los deseos y utopías del hombre en la sociedad. El arte incita a un sueño compartido, plausible y reconciliador entre el artista y los espectadores. El creador posee la facultad de despertar y de poner en la memoria selectiva del espectador ciertos contenidos, pero además tiene también la facultad de producir representaciones públicas, de proyectar sobre las dos dimensiones de la tela las imágenes del mundo que le habita. La realización de un cuadro proviene de una intrincación de evoluciones del pintor en diálogo con su tela: elaboración de un esquema mental (“intención pictural”), actualización progresiva por el dominio del gesto y ejecución final en un cuadro organizado y coherente.

El artista evoca en un estado de expectativa aguda, disocia, recombina imágenes y representaciones, hasta que en su cerebro se estabiliza con el esquema ideal. El conjunto de las intenciones se organiza en el plano más elevado del cerebro, el de la razón, por lo que es lógico suponer en el proceso de la creación una participación importante del lóbulo frontal. Por otra parte, las bases neuronales que controlan los movimientos de la mano están bajo el mando de células de regiones especializadas del córtex cerebral llamadas sensorio-motrices que envían sus órdenes a los músculos. Otros lugares del Sistema

Nervioso Central contribuyen a guiar el movimiento, en particular el cerebelo.

Changeux da un cuadro teórico de inspiración darwiniana (que denomina “teoría del espíritu”) para explicar cómo numerosas especies animales podrían poseer representaciones de las intenciones del otro. Las normas morales, la neuroética, difiere radicalmente de las reglas del arte, que no tienen como propósito producir un placer estético, sino proporcionar reglas para los conflictos interindividuales.

A nadie se le escapa, finalmente, las decisivas consecuencias que las anteriores consideraciones tienen para la comprensión de las bases neurofisiológicas de las terapias corporales y artísticas.

## 6. Psicoterapia

Hartmann (2009) propone que los hallazgos neurobiológicos sobre la empatía explican su alteración como un “contagio” al que se superpone un proceso cortical cognitivo. El proceso terapéutico en la psicología psicoanalítica del *self* implica una disrupción y una reparación en la que se realiza una internalización y se ve el proceso como intersubjetivo, como una construcción conjunta entre paciente y analista.

Decety (2004) dice que la empatía permite al terapeuta participar de la forma más íntima posible en la experiencia del paciente, permaneciendo emocionalmente independiente. Theodor Reik en 1948 en *“Listening with the Third Ear: The Inner Experience of the Psychoanalyst”* describe los cuatro aspectos que componen el proceso de empatía en psicoterapia: la desidentificación, la incorporación, la red de reverberación y el distanciamiento.

Decety considera que el papel del terapeuta es el de experimentar las sensaciones y las emociones de su cliente y comunicarle esta comprensión. Para Rogers, el proceso de empatía se define como “percibir el cuadro de referencia interno del otro tan precisamente como sea posible, con los componentes emocionales y las significaciones que le pertenecen como si se fuera esa persona, pero sin perder nunca de vista esa condición de “como si”. Para Decety la dificultad y el desafío para el terapeuta es situarse tan exactamente

como sea posible en el marco referencial de la otra parte por un comportamiento en espejo o en eco sin nunca perderse en él. Pero ¿es posible entrenar a los profesionales de la salud y a los psicoterapeutas en la percepción y el manejo de la empatía?

Se trataría, como dice Foulkes (1974) de ayudar a los terapeutas a tener más receptividad para los “procesos “transpersonales” “para ver un poco mejor, más profundo, antes que los demás, lo que sus pacientes están realmente diciendo... porque los individuos se comunican sin saberlo a través de procesos inconscientes que están entre ambos y los permean”. Nuestra experiencia de más de 30 años en la formación de terapeutas grupales (Guimón, 2001, 2004, 2008) nos demuestra que se puede sin duda mejorar la utilización de esos mecanismos esenciales en la psicoterapia.

Por otra parte, nuestra experiencia de 20 años de sensibilización de los alumnos de Medicina a la relación médico-enfermo a través de su participación en grupos dinámicos (Erroteta y cols, 2008;

Totorika y cols 2008; Guimón, 2008) nos muestra que se pueden también mejorar, por mecanismos de identificación, algunos aspectos superficiales de la entrevista médica (la adecuación del entorno, los signos de respeto e interés) y otros más profundos (el evitar dar signos de agobio). La duración de nuestros grupos no permite en general modificar otros aspectos más “temperamentales” de la empatía y nuestra experiencia en psicoterapia analítica grupal nos hace pensar que, incluso con terapias prolongadas, esos rasgos se modifican poco. En efecto, estamos de acuerdo con Bion en que, al igual que existen personas sin oído para la música u otras que no detectan adecuadamente sus emociones, existen sordos psicológicos “constitucionales” (personas con poca *psychological mindedness*), que seguirán siéndolo. Sin duda, muchos de estas personas podrán trabajar en el sistema sanitario, pero se sentirían más cómodos y serían más útiles en especialidades alejadas del trato con los enfermos, especialmente con aquellos que presentan patologías graves o padecimientos psicósomáticos o psiquiátricos (Ainsworth, 1969).

#### Correspondencia:

Jose Guimón

Manuel Allende 19 bis. 48010-Bilbao

Tfno.: 944 439 049 • correo electrónico: jose.guimon@ehu.es

---

## Referencias bibliográficas

Aguirre, J.M; Guimón, J. (Eds), (1994) *Vie et oeuvre de Julián de Ajuriaguerra*, París, Masson. Versión española (1992) «Vida y obra de Julián de Ajuriaguerra», ELA Eds, Madrid.

Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of the mother-infant relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.

Ajuriaguerra, J. (1969) *La Relaxation*. Jean-G. Lamaire. Paris:Bibl. Payot.

Ajuriaguerra, J., García Badaracco, J. (1953) Las terapias de relajación en medicina Psicosomática. *Presse médicale*, 15, 316-320.

Ajuriaguerra, J., Stambak, M. (1958). Evolution de l'extensibilité musculaire depuis la naissance jusqu'à l'âge de 2 ans. Eude comparati-

- ve entre l'évolution de l'extensibilité, le tonus statique et autres activités motrice. *Presse médicale*, 66, 2, 24-27.
- Ajuriaguerra, J. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Nouvelle édition refondue, Masson édit., Paris.
- Ajuriaguerra, J. (1978-79) *Evolución de los funcionamientos Neuropsicológicos en el niño*". Collège de France.
- Ajuriaguerra, J. (1981) J. Collège de France. *Hacia una neuropsiquiatría del desarrollo*.
- Almond, R. (2003). The holding function of theory. *J Am Psychoanal Assoc*, 51(1), 131-153.
- Bachoud-Lévi, A., & Degos, J.-D. (2004). Désignation et rapport à autrui. In A. Berthoz & G. Jorland (Eds.), *L'empathie* (pp. 89-123). Paris: Odile Jacob.
- Bartolomeo P, Chokron S, Degos J. Right parietal lesions, spatial neglect and egocentric reference. *Rev Neurol*. 2000; 156(2): 139-43.
- Berthoz A., Jorland, G (Eds), *L'Empathie*, Odile Jacob, Paris, 2004
- Bion, W. R. (1965). *Recherche sur les petits groupes*. Paris: Presses Universitaires Françaises.
- Bion, W. R. (1970). *L'attention et l'interprétation*. Paris: Payot.
- Cattaneo L, Rizzolatti G. The mirror neuron system. *Arch Neurol*. 2009 May; 66(5):557-60.
- Changeux, J.P. (1973). *A theory of the epigenesis of neural networks by selective stabilization of synapses* (Vol. 70): Proc. Natl. Acad. Sci. USA.
- Changeux, J.P., & Edelman, S. J. (2005). *Nicotinic Acetylcholine Receptors*. Paris: Odile Jacob.
- Cleret de Langavant L, Trinkler I, Cesaro P, Bachoud-Lévi A. Heterotopagnosia: When I point at parts of your body. *Neuropsychologia* 2009; 47(7):1745-55.
- Decety, J. (2004). *L'empathie est-elle une simulation de la subjectivité d'autrui?* In A. Berthoz & G. Jorland (Eds) (pp 53-89). Paris: Odile Jacob.
- Eagle MN, Gallese V, Migone P. Mirror neurons and mind: commentary on vivona. *J Am Psychoanal Assoc*. 2009 Jun; 57(3):559-68 discussion 569-73.
- Erroteta J, Eguiluz I. Grupos Balint para afrontar las crisis psicológicas. In: Guimón J, Dávila R, Andreoli A, editors. *Crisis y contención*. Madrid: Eneida; 2008. p. 211-5.
- Felician O, Romaguère P. Your body and mine: a neuropsychological perspective. *Neurophysiol Clin* 2008; 38(3):183-7.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). *Affect, Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Foulkes, S. (1974). My Philosophy in Psychotherapy. *Group Analysis*.
- Frassinetti F, Maini M, Romualdi S, Galante E, Avanzi S. Is it mine? Hemispheric asymmetries in corporeal self-recognition. *J Cogn Neurosci* 2008; 20(8):1507-16
- Gallese V. Motor abstraction: A neuroscientific account of how action goals and intentions are mapped and understood. *Psychol Res*. 2009; 73 (4): 486.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Journal of Psychiatry*, 56.
- Hartmann H. Psychoanalytic self psychology and its conceptual development in light of developmental psychology, attachment theory, and neuroscience. *Ann N Y Acad Sci*. 2009; 1159: 86-105.
- Guimón, J. (2001). *Introduction aux thérapies de groupe*. Paris, Masson.
- Guimón J, Ayerra JM, Trojaola B, González E, de la Sierra E. Thirty Years Experience of Group Analytic Training in Bilbao. *The European Journal of Psychiatry* 2004; 18 (Sup): 27-33.
- Guimón, J. *Salud Mental basada en las pruebas*, Universidad del País Vasco, Bilbao, 2008.
- Guimón, J. Cuerpo, self y creatividad. *Advances in Relational Mental Health*, 8, 2, 2009.
- Hécaen, H y Ajuriaguerra, J. (1964). *Méconnances et hallucinations corporelles. Intégration et désintégration de la somatognosie*", Paris: Masson édit.
- Mizen R. The embodied mind. *J Anal Psychol*. 2009; 54 (2): 253-72.
- Rizzolatti, G. (2005). The mirror neuron system and its function in humans. *Anat Embryol*, 210 (5-6), 419-421.

- Rizzolatti G, Fabbri-Destro M, Cattaneo L. Mirror neurons and their clinical relevance. *Nat Clin Pract Neurol*. 2009 Jan;5(1):24-34.
- Rizzolatti G, Fabbri-Destro M. Mirror neurons: from discovery to autism. *Exp Brain Res*. 2009 Sep 18.
- Rutter, M. (1993). Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body: Studies in the constructive energies of the psyche*. London: Paul Kegan.
- Skårderud F, Sommerfeldt B. Mentalisation a new theoretical and therapeutical concept. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2008;1 (128): 1066-9.
- Spaans J, Veselka L, Luyten P, Bühring M. Bodily aspects of mentalization: a therapeutic focus in the treatment of patients with severe medically unexplained symptoms. *Tijdschr Psychiatr*. 2009; 51 (4):239-48.
- Tisseron, S. (2007). *La résilience*. Paris: PUF.
- Totorika K, Eguiluz I, González Torres M. *La sensibilización psicológica en el pregrado de Medicina: una experiencia grupal*. In: Guimón J, Dávila R, Andreoli A, editors. *Crisis y contención*. Madrid: Eneida; 2008 p. 201-11.
- Vetlesen, I. (1994). *Perception, Empathy, and Judgment*. Pennsylvania State University.
- Werner, E. E., & Smith, S. S. (1993). *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. Londres: Tavistock.

# Suicidio, el último verso de un poeta

**Luis Mínguez Martín**

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. CAB, Hospital Divino Valles de Burgos.

**Isabel García Alonso.**

Psicóloga. Profesora del Departamento de Ciencias de la Educación.

Área de PETRA, Facultad de Humanidades y Educación. Universidad de Burgos.

**Jesús José de la Gándara Martín.**

Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Burgos, Profesor Colaborador de Área de PETRA, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad de Burgos.

**Resumen:** El suicidio no siempre ha sido considerado patológico y ciertos movimientos literarios, por ejemplo el Romanticismo, han llegado a ensalzarlo como solución a la dolorosa existencia. Sin embargo, de acuerdo con los conocimientos psiquiátricos actuales, el factor de riesgo de suicidio más importante es la existencia de un trastorno mental, principalmente la depresión y los trastornos afectivos.

En el presente artículo se revisan los trabajos publicados sobre creatividad, poesía, enfermedad mental y suicidio, registrándose una elevada prevalencia de trastornos psíquicos y de suicidios en los artistas, sobre todo entre los poetas, afectos principalmente de trastornos del estado de ánimo.

¿Por qué esta coincidencia entre enfermedad mental y poesía? Las posibles respuestas se han ligado tanto a la psicopatología previa del poeta como a los efectos nocivos de la poesía sobre el estado de ánimo, si bien creemos que son precisos nuevos estudios al respecto.

**Palabras clave:** poesía, creatividad, suicidio, enfermedad mental.

**Abstract:** Suicide has not always considered a pathological behaviour and some literary movements, such as Romanticism, have exalted it like a way to finish with a painful existence. However, according to psychiatric knowledge, mental illnesses (mainly depression and affective disorders) constitute the most important risk factor for suicide.

In the present work, published studies about creativity, poetry, mental disorders and suicide are revised. A high prevalence of psychiatric problems (specially affective disorders) and suicides in artists, above all poets, are reported.

Why mental illness and poetry seem associated?. Different answers have been linked to previous psychopathology and a possible toxic effect of poetry over mood state. In any case, we think that new studies are needed.

**Key words:** poetry, creativity, suicide, mental disorder.

## 1. Introducción

La actitud de los hombres ante la muerte no ha sido la misma a través de los tiempos. En la Grecia Clásica los estoicos defendían el suicidio como

remedio para combatir la amargura de los conflictos cotidianos y el tedio de vivir, mientras que los epicúreos lo hacían para preservarse de los males físicos y anímicos (Andrés, 2003a), concepción



derivada de una ética dominada por el ideal de belleza unido indisolublemente al de salud (Riera, 1985). En Roma la “muerte voluntaria” era considerada generalmente una actitud digna y racional y nunca se dictaron leyes para interferir en ella (Grimal, 1982). Séneca (4 a.C.-65 d.C.) defendía el derecho a la muerte (*ius finiendae, ius mortis*) ya que oponerse al mismo suponía oponerse al derecho de propiedad del hombre sobre su propia persona (Grisé, 1982a). En la Edad Media se impone, sin embargo, la concepción cristiana de la vida como un don que procede de Dios, por lo que el suicidio pasa de constituir un derecho a transformarse en un pecado mortal y en un delito, tal como es defendido por San Agustín (354-430) y Santo Tomás (1225-1274) (Andrés, 2003b). En la Edad Moderna algunas voces piden tolerancia, como la del inglés Robert Burton (1577-1640) quien, en su gigantesco tratado *Anatomía de la melancolía*, atribuía muchos suicidios a este trastorno (Burton, 1997). A pesar de ello, la condena al suicida proseguía implacable: su cuerpo no era digno de ser enterrado en un cementerio y se mostraba en pública descomposición como castigo aleccionador, encadenado, decapitado, desollado o quemado (Andrés, 2003c). En el siglo XIX la mayoría de las legislaciones calificaban aún el suicidio como un delito, si bien fueron abandonándose y el acto suicida decriminalizándose (Litman, 1987). Empero, quizá lo más importante de la Época Contemporánea fuera el definitivo trasvase del suicidio al terreno de la medicina. Hoy día sabemos que las enfermedades mentales constituyen el principal factor de riesgo, si bien se reconoce que existe el llamado suicidio lúcido y que no todo aquel que se suicida es un enfermo mental.

Por otro lado, no podemos olvidar que el suicidio ha sido exaltado por algunos movimientos literarios de los dos últimos siglos. El Romanticismo, encuadrado en la primera mitad del siglo XIX, ensalzaba la libertad, el amor, la melancolía o las leyendas medievales y se oponía al mundo burgués. Por ello, los poetas románticos se hallaban dominados por la angustia, la marginación y la soledad, convirtiendo “el arte por el arte” en refugio para sobrevivir al desengaño (Valverde, JM, 1985a). Odiaban la sociedad, los logros materiales y el orden establecido, prefiriendo la rebeldía sin esperanza, la exaltación de la propia individualidad o la muerte (González-Duro, 1995). A principios del siglo XX, con el Modernismo, los versos vuelven a

teñirse de una sensualidad y melancolía que recordaba el sufrimiento de aquellos románticos frustrados por el mundo en que vivían, apareciendo de nuevo la muerte como solución (Rodríguez Monegal E, 1988a). Más en nuestros días, el Existencialismo de Jean Paul Sartre (1905-1980) afirma que es el ser humano individual quien crea el significado de su propia vida, lo que puede derivar al absurdo de vivir (la *filosofía del absurdo*) y al suicidio como solución. En suma, el escritor contemporáneo ejerce con frecuencia un papel de conciencia crítica o angustiada ante un mundo materialista dominado por el capitalismo burgués, por lo que no es raro que la muerte sea vista como remedio para aliviar el sufrimiento. Acorde con estos principios, existe un tradicional romance que enlaza poesía y suicidio. El común de las gentes siempre ha considerado que la vida de los grandes poetas a menudo es breve y contiene elementos de drama, tragedia, emociones intensas, alcoholismo o abuso de drogas. Y, el pueblo, en su eterna sabiduría, muchas veces acierta pues parece que varias investigaciones confirman que la frecuencia de intentos de suicidio y de suicidio consumado entre los poetas es mucho más elevada que en la población general (De la Gándara et al, 2004).

En el presente artículo revisaremos los distintos trabajos publicados sobre creatividad, poesía, enfermedad mental y suicidio y, de acuerdo con De la Gándara et al (2004), nos plantearemos si los poetas se suicidan por estar locos o bien por estar demasiado cuerdos. La doble digresión histórica y literaria que acabamos de realizar nos aporta dos puntos de vista que acreditan la importancia de la pregunta formulada. Por un lado, el suicidio no siempre ha sido considerado patológico y, por otro, ciertos movimientos literarios han llegado incluso a ensalzarlo como solución a la dolorosa existencia.

## 2. Objetivo

Revisar el estado de los conocimientos actuales sobre las relaciones entre creatividad y enfermedad mental, poesía y suicidio.

## 3. Metodología

El material bibliográfico en el que se basa esta revisión ha sido obtenido a través de las siguientes vías:

- Búsqueda de artículos pertenecientes a las tres últimas décadas mediante el sistema Pub Med, utilizando las siguientes palabras clave: *creatividad, poesía, enfermedad mental y suicidio*.
- Artículos obtenidos mediante referencias cruzadas.
- Capítulos de libros, procedentes de los tratados de psiquiatría al uso.

## 4. Resultados

### 4.1. Enfermedad mental y suicidio

La medicalización del suicidio supuso que éste se convirtiera en objeto de estudio científico, midiéndose su prevalencia en la población y des-

cribiéndose los factores de riesgo que podían abocar al mismo.

En cuanto a las tasas de suicidio varían según países. Por ejemplo, hoy día en USA se mantienen en torno a 12,5 por 100.000, pero suben a más del 25 por 100.000 en Escandinavia, Suiza, Alemania, Austria, los países del este de Europa y Japón y bajan a menos de 10 por 100.000 en España, Italia, Irlanda, Egipto y los Países Bajos (Sadock BJ, Sadock VA, 2008). Concretamente, en España, las tasas oficiales correspondientes al año 2000 son de 9,4 suicidios por 100.000 habitantes (Tejedor y Sarró, 2005).

#### 4.1.1. Tabla I

Tabla 1. Factores de riesgo de suicidio	
<i>Sexo</i>	La tasa de suicidio masculino es cuatro veces superior al femenino pues los hombres utilizan métodos de mayor letalidad, pero los intentos son cuatro veces más frecuentes en las mujeres.
<i>Edad</i>	Las tasas de suicidio aumentan con la edad, llegando en varones mayores de 65 años a 40 por 100.000 habitantes. No obstante, están aumentando entre los jóvenes, en particular varones de 15 a 24 años (segunda causa de muerte en España, tras los accidentes de tráfico).
<i>Raza</i>	Más frecuente entre los blancos y los inmigrantes.
<i>Religión</i>	Las tasas en católicos son inferiores a las de protestantes y judíos, pero quizá el grado de integración sea una medida más precisa que la simple afiliación religiosa.
<i>Estado civil</i>	La tasa de autolisis más baja corresponde a las personas casadas mientras que para las solteras es el doble y para los divorciados, separados o viudos es cuatro o cinco veces mayor.≤
<i>Biografía personal</i>	El abuso infantil, las pérdidas familiares tempranas o la separación precoz de los padres predisponen al suicidio en un futuro.
<i>Factores familiares</i>	El 5% de los suicidas presenta antecedentes de un familiar muerto por suicidio. Además, el escaso apoyo y un entorno familiar caótico aumentan el riesgo.
<i>Factores sociales</i>	El suicidio es más frecuente en el medio urbano, quizá ligado al aislamiento y desarraigo social. Los problemas legales también pueden actuar como factor de riesgo y como desencadenante.
<i>Factores ideológicos</i>	La aprobación cultural del suicidio parece incrementar el riesgo.
<i>Empleo</i>	Si bien el trabajo es un factor protector, existen profesiones predisuestas, como los médicos, los policías y los artistas (sobre todo los poetas).
<i>Enfermedades físicas</i>	Los trastornos crónicos e invalidantes, el dolor continuo, la pérdida de la movilidad, la desfiguración (especialmente en las mujeres), el estadio terminal y los diagnósticos que implican un riesgo de muerte constituyen factores de riesgo. <i>Trastornos del estado de ánimo:</i> El 15% de los pacientes con depresión mayor se suicida y las tasas en el espectro bipolar se sitúan alrededor de un 10-15%. <i>Esquizofrenia:</i> El riesgo de suicidio se estima en un 10%.
<i>Enfermedades mentales</i>	<i>Alcoholismo y toxicomanías:</i> El riesgo en los alcohólicos oscila entre el 10-15% y en heroínómanos en torno a un 10%. <i>Trastornos de la personalidad:</i> El riesgo de suicidio es mayor en el cluster B, especialmente en el límite (10-15%) y en el antisocial (5%). <i>Trastornos de ansiedad:</i> Casi el 20% de los pacientes con trastorno de angustia y fobia social ha intentado suicidarse en alguna ocasión.



Por otro lado, la literatura psiquiátrica actual (Sadock BJ, Sadock VA, 2008) (Tejedor y Sarró, 2005) (Baca García E y Aguilar García-Iturraspe EJ, 2005) (Morcillo Moreno L et al, 2000) (De la Gándara, 1995b) (Gelder M et al, 1989) (Stevenson JM, 1989) (Roy, 1989) ha descrito diversos factores de riesgo (tabla I), de los que quizá los más importantes sean la existencia de un trastorno mental y el antecedente de una o varias tentativas autolíticas previas (Tejedor y Sarró, 2005). De hecho, parece que el 90% de los pacientes que consuman la autolisis sufren un trastorno psiquiátrico mayor (Tejedor y Sarró, 2005). Un 15% de los enfermos con depresión mayor acaba su vida suicidándose y las tasas en el espectro bipolar se sitúan alrededor de un 10-15% (Tejedor y Sarró, 2005) (Morcillo Moreno L et al, 2000) (García y Sanz, 1993). El alcoholismo ostenta también unas tasas del 10-15% (Sadock BJ, Sadock VA, 2008) (Tejedor y Sarró, 2005) mientras que el riesgo en la esquizofrenia se estima en un 10% (Sadock BJ, Sadock VA, 2008) (Tejedor y Sarró, 2005) (Baca García E y Aguilar García-Iturraspe EJ, 2005). En los trastornos de la personalidad, el mayor riesgo aparece en el cluster B, especialmente en el trastorno límite con una tasa del 10-15% (Sadock BJ, Sadock VA, 2008) (Tejedor y Sarró, 2005) (Morcillo Moreno L et al, 2000). Incluso en los trastornos de ansiedad, considerados de menor gravedad, son frecuentes los intentos de suicidio, los cuales se dan casi en el 20% de los pacientes con trastornos de angustia y fobia social (Sadock BJ, Sadock VA, 2008) (Tejedor y Sarró, 2005). Teniendo en cuenta los datos anteriores, parece legítimo que la muerte por suicidio pueda tomarse como un indicador aproximado de la prevalencia de enfermedades mentales graves en un grupo social (Preti et al, 2001).

#### 4.2. Creatividad y enfermedad mental

La creatividad huye de las definiciones, pero quizá pudiéramos entenderla como aquel proceso mental que comprende la generación de nuevas ideas, conceptos o nuevas asociaciones a partir de las ideas o conceptos existentes (Sessa, 2008). Hoy sabemos que los dos factores que se relacionan con la creatividad son la inteligencia y la personalidad (De la Gándara, 2006). Mientras se admite que la primera constituye un factor necesario pero no suficiente para el proceso creativo, se han descrito diversos rasgos de

personalidad, en ocasiones contradictorios (De la Gándara, 2006). Ludwig (1995) identificó un factor de personalidad que llamó "inconformidad psíquica" caracterizado por ausencia de contención emocional, inquietud, impaciencia e insatisfacción que conduce a la continua generación de un proyecto tras otro. De la Gándara et al (2002) realizaron un estudio mediante el Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger (TCI) en un grupo de 100 artistas y 100 casos control. En la escala de temperamento se observó que los artistas tienden a la búsqueda constante de novedades, no les importa asumir riesgos, no tienen demasiada dependencia de las recompensas y son persistentes en la consecución de sus logros. La escala de carácter reflejaba que los artistas suelen ser personas con buena capacidad de autogobierno, tienden a la cooperación social y toman su papel en la vida y sus actividades creativas con un alto sentido del valor y de la trascendencia. En conjunto, quizá pudiéramos destacar como atributos de la personalidad del artista la tolerancia a la ambigüedad, la perseverancia, el deseo de superar obstáculos, la voluntad de arriesgarse y la individualidad en el sentido de creer en la trascendencia de la propia obra (De la Gándara, 2006).

La tradición griega ya relacionaba el genio y la locura, debate que se ha continuado hasta la actualidad. En nuestros días muchos investigadores defienden una asociación entre la creatividad o genialidad y la enfermedad mental, sobre todo los trastornos afectivos, a pesar de haberse objetado que los diferentes estudios adolecen de una escasa claridad conceptual y una metodología cuestionable (De la Gándara y García, 2005). A continuación abordaremos aquellos que hemos considerado de mayor interés (tabla II).

##### 4.2.1. Tabla II

Andreasen (1987) examinó, mediante una entrevista estructurada, las tasas de enfermedad mental en 30 escritores, 30 controles apareados y los familiares de primer grado de ambos grupos. El 80% de los escritores padecía un trastorno afectivo (43% bipolares y 37% depresivos mayores) y el 30% alcoholismo frente a tasas en los controles de un 30% para los trastornos afectivos (10% bipolares y 17% depresivos mayores) y de un 7% para el alcoholismo. Asimismo, exis-

Tabla II. Porcentaje de artistas afectados por trastornos afectivos y toxicomanías

Autores	T. Afectivos (*)	Alcoholismo y/o toxicomanías (%)
Andreasen, 1987	80	30
Jamison, 1989	38	
Ludwig, 1992	41	32
Ludwig, 1994	75	
Schildkraut, 1994	53	33
Post, 1996	80 (poetas) 87,5 (dramaturgos)	31 (poetas) 54 (dramaturgos)

(\*) La media esperable para la población general es de un 3-10% para la depresión y un 1-3 % para los trastornos bipolares (De la Gándara, 2006).

tía una prevalencia más alta de trastornos afectivos en los familiares de primer grado de los escritores (18% frente al 2% de los controles). Con respecto a la creatividad, también el número de familiares creativos, sobre todo hermanos, fue significativamente más alto para los escritores (53% frente al 27% de los controles). A la vista de estos datos, la autora sugiere que tanto la creatividad como la enfermedad mental son rasgos que fluirán juntos en las familias y podrán estar genéticamente mediados. Es interesante constatar que los tipos de creatividad en los familiares iban mucho más allá de la creatividad literaria, incluyendo el arte, la música, el baile o las matemáticas. Ello orienta a pensar que lo transmitido en las familias sería un factor general predisponente hacia la creatividad mientras que, si el aprendizaje social fuera el único factor implicado, uno esperaría un predominio de la creatividad literaria en las familias de escritores. Dos de los escritores fallecieron por suicidio (7%) y, curiosamente, la esquizofrenia no apareció ni en escritores ni en controles. Las hipótesis sobre una relación de la creatividad con la esquizofrenia estaban basadas en las inusuales percepciones de estos pacientes, las cuales se pensaba que podrían favorecer el proceso creativo. Sin embargo, muchos esquizofrénicos sufren un daño cognitivo que inhibiría la creatividad y la enfermedad suele seguir una evolución crónica, mientras que los trastornos afectivos cursan de forma episódica.

Holden (1987) concluyó que una tendencia hacia el trastorno bipolar podía facilitar la creatividad pues los episodios creativos compartirían simi-

tudes con los niveles moderados de manía, tales como gran energía, sensibilidad a los estímulos internos y externos o cierta desinhibición intelectual que permitiría un trabajo más creativo.

Jamison (1989) estudió las tasas de enfermedades afectivas en una muestra de 47 eminentes escritores y artistas británicos. El 38% habían sido tratados por un trastorno afectivo, tasa sorprendentemente alta pues la prevalencia para el trastorno bipolar y la depresión unipolar en la población general es de 1% y 5% respectivamente. Mientras que la mitad de los poetas habían recibido tratamiento por trastornos afectivos, los artistas figurativos (pintores y escultores) presentaban una tasa más baja (12,5%). Todos los sujetos comunicaron intensos episodios altamente productivos, de una duración media de dos semanas, caracterizados por entusiasmo, energía, autoconfianza, rapidez en la asociación mental, fluidez de pensamientos, disminución de la necesidad de dormir, euforia y bienestar. Es decir, manifestaciones que se superponen a las del episodio hipomaniaco, si bien los cambios conductuales del mismo (hipersexualidad, verborrea, gasto exagerado de dinero) sólo fueron comunicados por una minoría de los sujetos. El 90% opinaban que eran necesarios o muy importantes para su labor artística. Es decir, quizá las formas moderadas de hipomanía pudieran representar las fases más productivas en los artistas con trastornos afectivos.

Ludwig (1992) encontró en las biografías de 1.028 personajes que las profesiones "creativas" (arquitectura, composición e interpretación musical,



teatro, narrativa y poesía) conllevaban niveles significativamente más altos de psicopatología. Desarrollaron tasas más altas de alcoholismo (31% y 32,6%, en menores y mayores de 40 años respectivamente), abuso de drogas (13,9% y 11,4%), depresión (38,7% y 41,2%), manía (9,5% y 8,2%), problemas somáticos (9,4% y 10,5%), ansiedad (8,6% y 7,4%), psicosis (4,3% y 6,8%), trastornos adaptativos (24,9% y 24,3%) y suicidio (9,2% y 7,6%); y, consecuentemente, acudieron más a menudo a distintas formas de terapia psiquiátrica.

Dos años después el mismo autor publicó un estudio en el cual encontró que el 75% de las asistentes a una conferencia de mujeres escritoras tenían historia de enfermedades afectivas, más de cuatro veces la tasa de los sujetos control. El abuso de sustancias y los antecedentes de abuso sexual eran también más comunes que en los controles (Ludwig, 1994).

Eysenck (1994) describió que los sujetos creativos presentaban una inusual combinación de altas puntuaciones en psicopatología y fuerza del ego en los tests de personalidad. La fuerza del ego se asociaba a rasgos de trastornos de la personalidad en el 42% de los científicos, en el 74% de los intelectuales, en el 75% de los artistas figurativos y en el 90% de los escritores.

El trabajo de Schildkraut et al (1994) consiste en un estudio retrospectivo sobre la prevalencia de psicopatología entre 15 artistas expresionistas abstractos de la escuela de Nueva York (14 pintores y 1 escultor). Ocho padecían depresión o trastornos del espectro afectivo (53%). Cinco o más abusaban del alcohol (33%). Seis habían recibido tratamiento psiquiátrico (40%). Siete habían muerto antes de los 60 años (46%), dos de ellos por suicidio (13%) y otros dos en accidentes de tráfico (13%) mientras conducían solos.

Post (1994) en su estudio sobre 291 personajes de los siglos XIX y XX comunicó elevadas proporciones de grave psicopatología entre los artistas (37,5%) y los escritores (46%), claramente superior a los científicos (17,8%), políticos (17,4%) e intelectuales (26%). Artistas y escritores eran mucho más frecuentemente afectados por rasgos desadaptativos de personalidad, alcoholismo y trastornos afectivos.

Post, en 1996, realiza un nuevo trabajo sobre 100 famosos poetas, novelistas y dramaturgos americanos y británicos. Encontró rasgos anómalos de personalidad en el 91% de los escritores (predominando en los poetas los rasgos ansioso-depresivos), psicopatología afectiva en el 80% de los poetas y en el 87,5% de los dramaturgos, un 8% de suicidios (seis de los ocho eran poetas) y altas tasas de alcoholismo (31% de los poetas y 54% de los dramaturgos) (Post, 1996).

### 4.3. Poesía y suicidio

Según la leyenda, Safo, la primera poetisa, se suicidó arrojándose al mar desde un acantilado de la isla de Levkás tras ser rechazada por el joven marino Faón. Quizá date de aquellos tiempos remotos el tradicional romance que enlaza poesía y suicidio, pero el hecho es que la imagen popular del escritor como una figura maldita y condenada a morir joven ha sido confirmada por numerosas investigaciones (tabla III).

#### 4.3.1. Tabla III

Ya Judá (1949) en su estudio sobre eminentes artistas y científicos alemanes comunicó unas tasas de suicidio de 1,8% y 1,6% respectivamente. Dos décadas después Simonton (1975) observó que los poetas solían morir más jóvenes que los novelistas. Más recientemente han aparecido otras investigaciones que avalan sus hallazgos.

Kaun (1991) encontró que los poetas solían morir jóvenes y que su vida era entre cuatro y nueve años más corta que la de sus contemporáneos en ciencias, artes figurativas y humanidades.

Ludwig (1992) también comunicó una prevalencia más alta de trastornos afectivos entre los artistas, así como un significativo riesgo mayor de suicidio, sobre todo entre los poetas.

Lester (1994) estudió a escritores del Reino Unido, Rusia, Japón y USA, encontrando tasas más altas de suicidio que en la población general.

Ludwig (1995) confirmó que los poetas morían más jóvenes que los novelistas, los ensayistas y los escritores teatrales.

Post (1996) estudió las biografías de 100 escritores, de los cuales ocho cometieron suicidio (8%). Seis eran poetas.

Tabla III. Porcentaje de suicidios en artistas

Autores	Población	Suicidios (%) <sup>(*)</sup>
Judá, 1949	Artistas	1,8
Andreasen, 1987	Escritores	7
Ludwig, 1992	Artistas	Menores de 40 años: 9,2 Mayores de 40 años: 7,6
Schildkraut, 1994	Artistas	13
Post, 1996	Escritores	8
Preti and Miotto, 1999	Artistas	1,9 (poetas: 2,6)
Preti et al, 2001	Artistas	1,3 (poetas: 2,6)

(\*) La incidencia media/año esperable en la población general es de 0,01-0,025% (Sadock and Sadock, 2008).

Stack (1996, 1997), utilizando datos de los Archivos de Mortalidad Nacionales de USA, encontró clara evidencia de un mayor riesgo de suicidio entre las profesiones artísticas. Ser un artista elevaba el riesgo un 270% respecto a la población “no artista”, si bien, tras controlar el género y las variables sociodemográficas en el análisis, dicho riesgo se reducía a 125%.

Simonton (1997) observó, en una muestra de 1.632 personajes históricos japoneses, que los escritores tenían una vida más corta que otros profesionales.

Cassandro (1998), sobre una muestra de 2.102 personajes históricos relevantes (del 620 a.C. al 1800 d.C.) encontró que los músicos y compositores, los artistas figurativos, los actores, los filósofos, los científicos y los inventores vivían 3'66, 4'53, 5'04, 5'69, 6'33 y 7'60 años más que los literatos.

Preti and Miotto (1999) estudiaron las muertes por suicidio en una muestra de 3.093 artistas. Se observaron 59 suicidios (tasa de 1,9%). Tanto poetas como narradores (las profesiones más solitarias) mostraron las mayores tasas de suicidio (2,6% y 2,3% respectivamente), resultando exageradamente altos los valores para las mujeres poetas (14,28%).

Preti et al (2001) con una muestra de 4.564 artistas encontraron resultados similares. De los 63 suicidios (1,3%) observados, los músicos tuvieron el menor riesgo (0,2%), los artistas plásticos

algo más (0,7%) y los literatos el más alto (2,3%), especialmente los poetas (2,6%).

Kaufman (2003) utilizó una muestra de 1.987 escritores procedentes de cuatro culturas diferentes (americana, china, turca y europea del este) y de periodos históricos diversos. Tanto los poetas como las poetisas tenían las vidas más cortas de todos los tipos de escritores en tres de las culturas examinadas y la segunda más corta entre los escritores europeos del este (siendo superados sólo por los dramaturgos).

Pero no sólo los suicidios consumados han merecido la atención de los investigadores, las tentativas de suicidio de los artistas también han sido estudiadas. Por ejemplo, Andreasen (1987) las encontró en un 7% de escritores, Ludwig (1992) en un 18% de poetas, Schildkraut (1994) en un 13% de artistas y Post (1996) en un 8% de escritores.

## 5. Conclusiones y Discusión

Desde nuestro punto de vista, quizá lo primero que cabe plantearse es si la locura puede ser una explicación para el suicidio de los poetas. Teniendo en cuenta los datos expuestos anteriormente, creemos que la elevada prevalencia de enfermedades mentales entre los artistas es demasiado convincente para ignorarla. Y, dentro de las artes, la literatura ha mostrado la asociación más fuerte, principalmente con los trastornos del estado de ánimo (Andreasen, 1987) (Jamison, 1989) (Post, 1994) (Ludwig, 1995). Existen diver-



sas hipótesis que intentan explicar este dramático maridaje. Se ha dicho que los artistas tienen un grado de vulnerabilidad muy alto debido a la insatisfacción provocada por el choque entre el mundo por ellos pensado y el mundo real (Andrés, 2003d), que su propia “inconformidad psíquica” (*psychological unease*) predispone a la enfermedad mental por su carga de impaciencia, desasosiego y falta de descanso (Ludwig, 1995) y que las artes atraerían a las mentes inestables por su mayor potencial creativo (Ludwig, 1992) (Cassandro, 1998) y porque ofrecen una forma de autotratamiento mediante la sublimación de los conflictos personales (Preti and Miotto, 1999). Por el contrario, también se ha planteado que las profesiones creativas agravarían los problemas mentales latentes a consecuencia del estrés especial que conllevan (Ludwig, 1992). Lo cierto es que las fases hipomaniacas podrían favorecer las actividades productivas, incrementar las asociaciones mentales originales y mejorar la memoria y la concentración (Preti and Miotto, 1999) (De la Gándara y García, 2005); y que las fases depresivas facilitarían la meditación y el acceso a dimensiones vitales profundas, permitiendo considerar temas ligados a la culpa, la tristeza y la muerte (Preti and Miotto, 1999) (Carbonell, 2006).

Lester (1990) y De la Gándara et al (2004) han investigado la posible existencia de enfermedades mentales previas en literatos que fallecieron por suicidio. Lester (1990) examinó las vidas de trece famosos escritores que cometieron suicidio en el siglo XX. Había evidencia de trastornos afectivos en siete de los protagonistas y en los seis restantes la depresión estaba también presente, si bien no tan grave como para considerarla enfermedad psiquiátrica. Cinco abusaban de alcohol y drogas. Parece claro que la depresión influyó en prácticamente todos los suicidios pues

el consumo de alcohol probablemente fuera una estrategia para sobrellevarla. De la Gándara et al (2004) realizaron un estudio descriptivo de las características de 67 poetas de la época contemporánea que cometieron suicidio. Treinta y tres (casi el 50%) estaban en tratamiento psiquiátrico o padecían una enfermedad depresiva o psicótica documentada, y en 23 más (34%) era presumible el padecimiento de un trastorno mental o de la personalidad. Es decir, en total 56 poetas sufrían problemas psiquiátricos (83,5%).

Es decir, los estudios reflejan una elevada tasa de suicidios en los poetas y la existencia de una elevada prevalencia de trastornos mentales. Pero, ¿por qué esta coincidencia entre enfermedad mental y poesía? La pregunta se ha intentado responder mediante explicaciones ligadas tanto a la psicopatología previa del poeta como a los efectos nocivos de la poesía sobre el estado de ánimo. Según la primera visión, los poetas serían individuos especialmente sensibles que, antes de ser poetas, ya se aproximaban a la depresión y al suicidio. Por el contrario, para otros, los efectos nocivos de la poesía provocarían su desequilibrio mental (Stirman y Pennebaker, 2001). En otras palabras, ¿son suicidas antes que poetas o poetas antes que suicidas? (De la Gándara et al, 2004). Creemos que se precisan nuevos estudios que analicen comparativamente la psicopatología previa de poetas que murieron por suicidio y por muerte natural, así como sobre la posible psicotoxicidad de la poesía. En cualquier caso, lo que parecen demostradas son las palabras de Gallero (2005) cuando afirma: “la poesía es uno de los muchos caminos por los que un hombre arriesga su vida”.

#### Correspondencia:

**Luis Mínguez Martín**

Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial de Burgos. Hospital “Divino Valles”

Avda Islas Baleares s/n. 09006- Burgos

Tlf: 947244833 • Fax: 947216884 • correo electrónico: luismingez@telefonica.net

## Referencias bibliográficas

1. Andrés R: "La mors voluntaria en el mundo grecolatino". En Andrés R (ed): *Historia del suicidio en Occidente*, Barcelona: Ediciones Península SA, 2003a, 5:123-153.
2. Riera J: "El enfermo y la enfermedad: su consideración social". En: *Riera J: Historia, Medicina y Sociedad*, Madrid: Ediciones Pirámide SA, 1985, 15:321-350.
3. Grimal P: "Préface". En: *Grisé Y: Le suicide dans le Rome Antique*, Montreal: Éditions Bellarmin, 1982, 7-8.
4. Grisé Y: "L'option stoïcienne des moralistes romains". En: *Grisé Y: Le suicide dans le Rome Antique*, Montreal: Éditions Bellarmin, 1982a, 7:193-223.
5. Andrés R: "La Edad Media y las huellas de Caín". En Andrés R (ed): *Historia del suicidio en Occidente*, Barcelona: Ediciones Península SA, 2003b, 6:154-205.
6. Burton R: *Anatomía de la melancolía*, Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1997, vol. 1, pp.414-415.
7. Andrés R: "Todo menos el mundo". En Andrés R (ed): *Historia del suicidio en Occidente*, Barcelona: Ediciones Península SA, 2003c, 7:206-236.
8. Litman RE: "Mental disorders and suicidal intention", *Suicide Life Threatening-Behavior*, 1987, 17(2):85-92.
9. Valverde JM: "Qué es el Romanticismo. Goethe, por encima del Romanticismo". En: Riquer M, Valverde JM (eds): *Historia de la Literatura Universal*, Barcelona: Editorial Planeta, 1985a, 1(7):5-59.
10. González Duro E: "Cultura de la locura". En: González Duro E (ed): *Historia de la locura en España*, Madrid: Ediciones Temas de Hoy SA, 1995, 11(2):337-369.
11. Rodríguez Monegal E: "El modernismo". En: Prado JM (dir): *Historia Universal de la Literatura*, Barcelona: Ediciones Orbis SA, 1988a, 1(20):5-20.
12. De la Gándara JJ, Álvarez Álvarez-Monteserín MT, García Mayor V: "Poesía y suicidio". *Psiquiatría.com Revista Electrónica de Psiquiatría*, 13/02/2004.
13. Sadock BJ, Sadock VA: "Suicidio". En: Kaplan HI, Sadock BJ (eds): *Sinopsis de Psiquiatría*, Barcelona: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins, 2008, 34.1:897-907.
14. Tejedor C, Sarró B: "Conducta suicida". En: Soler PA, Gascón J (coords): *RTM-III. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*, Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación SL, 2005, 14b:431-447.
15. Baca García E y Aguilar García-Iturraspe EJ: "Suicidio". En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C (eds): *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Psiquiatría Editores SL, 2005, 93(2):1445-1456.
16. Morcillo Moreno L, Saiz Martínez PA, Bousoño García M, Bobes García J: "Análisis epidemiológico y manejo de las conductas suicidas". En: Barcia Salorio D (ed): *Tratado de Psiquiatría*, Madrid: Arán Ediciones SA, 2000, 47:801-819.
17. De la Gándara JJ: "El suicidio en niños y adolescentes", *Monografías de Psiquiatría*, 1995b, 1(7):34-40.
18. Gelder M, Gath D, Mayou R: "Suicide an deliberate self-harm". En: Gelder M, Gath D, Mayou R (eds): *Oxford Textbook of Psychiatry*, Oxford: Oxford University Press, 1989, 13:478-506.
19. Stevenson JM: "Suicidio". En: Talbott JA, Hales RE, Yudofsky SC (eds): *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona: Ancora SA, 1989, 31:1009-1023.
20. Roy A: "Suicide". In: Kaplan HI & Sadock BJ (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, USA: Williams & Wilkins, 1989, 1414-1427.
21. García JJ y Sanz C: "Actitud ante el suicidio en una sala de urgencias". En: Seva A (ed): *Urgencias en Psiquiatría*, Barcelona: Sanofi Winthrop SA, 1993, 123-139.
22. Preti A, De Biasi F, Miotto P: "Musical creativity and suicide", *Psychological Reports*, 2001, 89:719-727.
23. Sessa B: "Is it time to revisit the role of psychedelics in enhancing human creativity", *Journal of Psychopharmacology*, 2008, 22(8):821-827.
24. De la Gándara JJ: "Salud-arte: la intrigante relación entre creatividad y salud mental". *Mesa*



- redonda sobre Creatividad Artística y Salud Mental*, Servicio de Psiquiatría Complejo Hospitalario de Burgos, Burgos, 9 de marzo de 2006, pp.:16-44.
25. Ludwig AM: "The measure of achievement". En: Ludwig AM (ed): *The price of greatness: resolving the creativity and madness controversy*, New York: Guildford Press, 1995, 6:101-125.
  26. De la Gándara JJ, Mateos M, García V: "La personalidad de los artistas: un estudio comparativo mediante el inventario TCI de Cloninger", *Psiquiatría.com Interpsiquis*, 2002, pp. 1-2.
  27. De la Gándara JJ, García V: "Tratamientos psiquiátricos y creatividad", *Anales de Psiquiatría*, 2005, 5(21): 211-214.
  28. Andreasen NC: "Creativity and mental illness: prevalence rates in writers and their first-degree relatives", *Am J Psychiatry*, 1987, 144(10):1288-92.
  29. Holden C: "Creativity and the troubled mind", 1987, *Psychology Today*, 21(4):9-10.
  30. Jamison KR: "Mood disorders and patterns of creativity in British writers and artists", *Psychiatry*, 1989, 52:125-134.
  31. Ludwig AM: "Creative achievement and psychopathology: comparison among professions", *American Journal of Psychotherapy*, 1992, 46(3):330-356.
  32. Ludwig AM: "Mental illness and creative activity in female writers", *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151:1650-1656.
  33. Eysenck HJ: "Allport and personality: a modern view", *British Journal of Psychiatry*, 1994, 165:278-280.
  34. Schildkraut JJ, Hirshfeld AJ, Murphy JM: "Mind and mood in modern art: II. Depressive disorders, spirituality and early deaths in the abstract expressionist artists of the New York school", *Am J Psychiatry*, 1994, 151(4):482-488.
  35. Post F: "Creativity and psychopathology, a study of 291 world-famous men", *British Journal of Psychiatry*, 1994, 165:22-34.
  36. Post F: "Verbal creativity, depression and alcoholism. An investigation of one hundred American and British writers", *Br J Psychiatry*, 1996, 168(5):545-555.
  37. Preti A, Miotto P: "Suicide among eminent artists", *Psychological Reports*, 1999, 84:291-301.
  38. Juda A: "The relationship between highest mental capacity and psychic abnormalities", *American Journal of Psychiatry*, 1949, 106:296-307.
  39. Simonton DK: "Age and literary creativity: a cross-cultural and transhistorical survey", *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1975, 6:259-277.
  40. Kaun DE: "Writers die young: the impact of work and leisure on longevity", *Journal of Economic Psychology*, 1991, 12:381-399.
  41. Lester: "Suicide in writers", *Perceptual and Motor Skills*, 1994, 78:698.
  42. Stack S: "Gender and suicide risk among artists: a multivariate análisis", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26:373-379.
  43. Stack S: "Suicide among artists", *The Journal of Social Psychology*, 1997, 137:129-130.
  44. Simonton DK: "Achievement domain and life expectancies in Japanese civilization", *International Journal of Aging and Human Development*, 1997, 44:103-114.
  45. Cassandro VJ: "Explaining premature mortality across fields of creative endeavour", *Journal of Personality*, 1998, 66(5):805-833.
  46. Kaufman JC: "The cost of the muse: poets die young", *Death Studies*, 2003, 27:813-821
  47. Carbonell Masía C: "Melancolía y creatividad". *Mesa redonda sobre Creatividad Artística y Salud Mental*, Servicio de Psiquiatría Complejo Hospitalario de Burgos, Burgos, 9 de marzo de 2006, pp.:45-54.
  48. Lester D: "An analysis of poets and novelists who completed suicide", *Activitas nervosa superior*, 1990, 1(32):6-11.
  49. Stirman SW, Pennebaker JW: "Word use in the poetry of suicidal and nonsuicidal poets", *Psychosomatic Medicine*, 2001, 63:517-522.
  50. Gallero JL: *Antología de poetas suicidas (1770-1985)*, Madrid: Árdora Ediciones, 2005, p.11.

• Recibido: 20-10-2009.



## John Hope Henderson. In memoriam

### Jose Agustin Ozamiz Ibinarriaga.

John Hope Henderson ha fallecido en Haddington el 4 de Enero con 80 años de edad.

John Henderson ha sido un modelo de funcionario internacional de la OMS, que tras su jubilación siguió activamente influyendo en la optimización de la Salud Mental en Europa.

Creo que ha de ser reconocida su contribución tanto a lo que en los años 80 se hizo en la Comunidad Autónoma Vasca, como a los cambios que se produjeron en la mitad de las otras comunidades autónomas del Estado.

Con John Henderson tuve una relación muy productiva desde que comenzamos a cooperar, siendo yo Director de los Servicios Psiquiátricos de la Diputación de Bizkaia. Nos lo presentó el doctor Norman Sartorius en Ginebra cuando le visitamos Jose Guimón y yo el año 1980. Norman Sartorius era el Responsable General de la OMS en Salud Mental, y John Henderson acababa de ser nombrado responsable para Europa. Fue nuestro asesor para la realización del Plan de Psiquiatría y Salud Mental para la Comunidad Autónoma Vasca, que fue aceptado por todos los grupos parlamentarios en 1983 en la comisión de Sanidad del Gobierno Vasco, e implementado los siguientes años.

En Madrid, a mediados de los 80, en torno a los prolegómenos de la aprobación de la primera Ley de Salud de la democracia, organizó una reunión sobre Salud Mental del Sur de Europa, que fue influyente para cambiar el modelo de psiquiatría custodial, hacia un modelo extrahospiti-

talario en la mitad de España, cuya intención quedó reflejada en el artículo que la comisión al efecto incluyó en dicha ley.

En los 90 nos ayudó en la creación de una red Europea para la Rehabilitación Laboral de Personas con Trastornos mentales de larga evolución, cuando creamos la Fundación Eragintza con la Diputación de Bizkaia, la BBK y CONFEBASC. En los años 90 también entramos juntos a formar parte del Comité Ejecutivo de Mental Health Europe, cuya presidenta era Edith Morgan, una mujer luchadora donde las haya habido, a favor de los derechos de los enfermos mentales. Mental Health Europe es el brazo europeo de la Federación Mundial de la Salud Mental (WFMH), organización que es miembro permanente de la asamblea de la OMS. John Henderson era muy crítico con la WFMH, controlada totalmente por norteamericanos, y puso mucho empeño en dar una personalidad propia a Mental Health Europe.

Colaboramos en diversos Proyectos Europeos para incluir la Salud Mental como una de las prioridades en la agenda de la Comisión Europea, política que impulsó fundamentalmente el gobierno Finlandés. Henderson, antes de ser el responsable de la OMS en Salud Mental para Europa (en los 80), había sido responsable de Salud Mental en la India. Era muy amigo del director de la unidad de Psiquiatría social de Groenningen (Holanda), Robert Giel, y la perspectiva social de la Psiquiatría que Robert Giel desarrollaba en la unidad que dirigía (con un

importante equipo de sociólogos investigadores) era constante en él, si bien estaba siempre atento a las corrientes políticas. Así en las reuniones que manteníamos con funcionarios de la Comisión Europea, John Henderson siempre aportaba una visión de conjunto refiriendo las decisiones que la Comisión iba a tomar, incluso con un año de antelación. En los descansos comentábamos como él era consciente de cómo cuestiones que eran evidentes sobre factores sociales que impactaban en los problemas mentales, investigadas por equipos como el de Robert Giel, se olvidaban en el escenario Europeo de Conferencias y publicaciones sobre Psiquiatría y Salud Mental, pero conseguía con mensajes claros, simples y explícitos elaborar acuerdos para contribuir a programas para la mejora de servicios psiquiátricos comunitarios.

Últimamente estaba muy identificado con su condición de escocés, asistía a las cenas de los congresos ataviado con la típica falda escocesa. En su juventud fue también jugador de rugby y árbitro. Cuando se jubiló compraron una casa en los pirineos orientales, y le entusiasmaba ir a esquiar a aquella zona.

John ha estado casado durante 52 años con su entusiasta esposa Toshi (maestra) ha tenido 4 hijos varones y 12 nietos. Dos de sus hijos son muy activos en el mundo de la salud mental. Su hijo Gregor ha conseguido que el Gobierno Escocés ponga especial atención en la Promoción de la Salud Mental, invirtiendo importantes presupuestos en la misma.

John Henderson comenzó a trabajar como médico en el hospital de Elgin en 1954. En 1955 trabajó en Kenya. En 1957 comenzó a trabajar en el hospital Psiquiátrico de Aberdeen. Tras ostentar diversas responsabilidades llegó a ser responsable de Salud mental de Escocia en 1974.

En 1976 pasó a ser responsable de la OMS en la Región del Sur de Asia, con base en Delhi. En 1980 pasó a ser responsable de Salud Mental de la OMS para Europa.

Publicó artículos en revistas científicas sobre psicogeriatría y organización hospitalaria, como "The evaluation of mental health care transformation in the cities of Europe" Schene AH,

Henderson JH. y otros. *Int J Soc. Psychiatry* 1992 Spring 38.

Me queda un recuerdo especial de John Henderson por su cuidado en la comunicación interpersonal. Era detallista en la correspondencia, jamás olvidaba un compromiso, era fiable a pesar de las distancias y en las reuniones hablaba un perfecto inglés con sumo cuidado en la pronunciación, en la construcción de frases y argumentos, y tratando de mantener una narrativa coherente.



**Breves intervenciones en el largo viaje: la comunicación con pacientes con fibromialgia o síndrome de fatiga crónica. Manual para profesionales sanitarios.**

OM Editorial. Bilbao, 2009. 118 pp.

**Nuevos retos en la consulta. ¿Qué hacer ante la fibromialgia, el síndrome de la fatiga crónica/EM y las Sensibilidades Químicas Múltiples? Manual de comunicación.**

OM Editorial. Bilbao, 2010. 142 pp.



Los autores, Clara Valverde, Iñaki Markez y Cristina Visiers, ya señalan desde el principio que se trata de tres enfermedades emergentes, la fibromialgia, el síndrome de la fatiga crónica y las sensibilidades químicas múltiples, de la familia de los Síndromes de Sensibilidad Central, y que representan un nuevo reto para los profesionales sociosanitarios no sólo por ser nuevas enfermedades crónicas multisistémicas si no también por no ser conocidas y por la realidad social que eso conlleva

Los expertos internacionales coinciden en que son enfermedades que deben ser diagnosticadas y tratadas por especialistas (en medicina interna, inmunología, reumatología o neurología), pero son también otros facultativos (médicos de familia, psiquiatras, psicólogos y otros especialistas) así como profesionales de enfermería quienes desempeñan papeles cruciales ante estas enfermas, necesitadas de una respuesta psicoterapéutica a su demanda.

El hecho de tener una enfermedad que no tiene señales externas, una enfermedad invisible, y aún más cuando es nueva, produce incredulidad en gran parte de la sociedad. No ser creído hace que el enfermo se sienta solo y que no sea apoyado, ayudado ni atendido como lo sería si tuviera

una enfermedad más conocida. El desconocimiento que existe sobre estas enfermedades hace que la sociedad no tenga en cuenta ni se adapte a las necesidades y limitaciones de las personas las padecen.

Estos manuales pretenden facilitar la no siempre fácil tarea de trabajar con las personas que sufren estas nuevas enfermedades. Ya que gran parte del seguimiento de la FM, del SFC-EM y las SQM depende de la calidad de la comunicación que el profesional lleva a cabo y de que este se comunique con su paciente con la mayor eficacia posible, teniendo en cuenta su complejidad. En estos sencillos libros, se ofrecen ideas y herramientas para, en poco tiempo, llevar a cabo intervenciones cortas que puedan ayudar a las personas afectadas.

Eva Cuesta

## Preprograma

- **Simposio:** Figuras de la psiquiatría vasca en la diáspora.
  - Julián de Ajuriaguerra, José Guimón. • Félix Letemendía, Fernando Marquín.
  - Legado documental de Ángel Garma, Iñaki Markez.
- **Conferencia inaugural:** *Una historia del alma*. Luis Montiel.
- **Conferencia de clausura:** *Memoria compartida en las representaciones gráficas y artísticas del Pleistoceno: un estudio de la evolución de la mente*. Imanol Amayra, Juan María Apellániz.
- **Sección de videos históricos** (primera mitad s. XX).
- **Proyección de Imágenes de época de instituciones psiquiátricas en España.**
- **Exposición de pósteres.**
- **Exposición histórica.**
- **Acto social. Cena informal y concierto de “Beautiful Brains”.**

## Comunicaciones

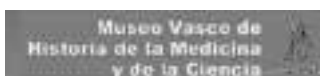
- Creencias y delirios: Luis Valenciano y Carlos Castilla del Pino. *José Lázaro*
- Cuerpo y género; una perspectiva histórica. *Margarita Sáenz*
- Divulgación científica y cultura de la subjetividad. A propósito de *Misterios de la locura* de Juan Giné. *Rafael Huertas*.
- La Medicina en la lucha contra las pasiones. *Antonio Diéguez*
- La construcción del criminal loco. Prensa, opinión pública y cultura de masas en la Restauración. 1880-1900. *Ricardo Campos*.
- Los paisajes del alma y la difusión del conocimiento psicológico en la España romántica. *Enric Novella*.
- El cambio de nosología en las historias clínicas del manicomio de Leganés: primeras décadas del siglo XX. *Ruth Candela, Olga Villasante*.
- Sota les bombes. Los trabajadores de salud mental en las empresas nacionalizadas en Catalunya (1936-1938). *Josep María Comelles*.
- Las apariciones de Ezquioga. *Cándido Polo, Oscar Martínez Azumendi*.
- La asistencia psiquiátrica en Galicia en el siglo XIX: la etapa previa a la apertura del Manicomio de Conxo en 1885. *David Simón*.
- Introducción del psicoanálisis en tierras del Islam: El ejemplo de Marruecos. *Reda Rahmani*.
- Las Memorias de Emil Kraepelin. A propósito de su reciente edición en castellano. *Ramón Esteban*.
- La teoría de la psicosis única en la psiquiatría española. De Bartolomé Llopió a Antonio Colodrón. *Juan José Martínez Jambrina*.
- Las ideas psiquiátrico-psicoanalíticas en la obra literaria del torero Ignacio Sánchez Mejías. *Tiburcio Angosto*.
- La primera cátedra de enfermedades mentales en España. *Antonio Rey González, Enrique Jordà Moscardó*.
- Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad (I). *José María Álvarez*.
- Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad (II). *Fernando Colina*.
- Una perspectiva de la historia de la locura en su dualidad entre lo psíquico y lo somático. *Juan Luis Borda, Manuel Hernández, José Ignacio Ibáñez y Pablo Villate*.
- El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba: estudio de la población manicomial en el primer tercio del siglo XX. *Carmen Ruiz García*.
- La terapia electroconvulsiva en la historia del cine. *Marta Torreblanca Pacheco*.

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



Universidad de  
Deusto

Deustuko  
Unibertsitatea





## Bilbao, 3-5 junio 2010 Auditorio Universidad de Deusto

### Boletín de Inscripción

Nombre y apellidos: .....

Dirección: .....

Correo electrónico: .....

Profesión: ..... Lugar de trabajo: .....

Ha realizado un ingreso de **150** euros

En la cuenta Número: **3035 0176 29 1760026617** de la Caja Laboral / Euskadiko Kutxa (Sucursal Bilbao-Epalza) a nombre de *Asociación Vasca de Salud Mental. VIII Jornadas de Historia.*

Enviar copia del comprobante, junto a este boletín, a una de estas dos direcciones:

Correo-electrónico: [jornadashistoria@ome-aen.org](mailto:jornadashistoria@ome-aen.org) • Fax: 944 57 36 89



## Agenda

- **4 y 5 de marzo • Vitoria/Gasteiz**  
XVIII Curso Actualización en Psiquiatría:  
“*Los trastornos depresivos a la luz del progreso en psiquiatría*”
- **14, 15 y 16 de abril • Logroño**  
XXVII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental: " Cuidando en Salud Mental desde una Dimensión Positiva"  
Organiza: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. Información: [www.anesm.net](http://www.anesm.net)
- **22 al 24 de abril • Oviedo**  
XXXVII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. [www.socidrogalcohol2010.org](http://www.socidrogalcohol2010.org)
- **6 al 9 de mayo • Bilbao**  
XXXVII Symposium de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (SEPTG):  
“Crisis y Crecimiento Grupal”.
- **27-29 de mayo • Altea, Alicante**  
Jornadas autonómicas de la AENPV: “Trastorno Mental Grave de la evidencia a la organización de los servicios”.
- **3 al 5 de junio • Bilbao**  
Jornadas de Historia de la Psiquiatría de la AEN.  
[www.ome-aen.org/VIIIjornadashistoriaAEN](http://www.ome-aen.org/VIIIjornadashistoriaAEN)
- **10 al 12 de junio • Palma de Mallorca**  
XXIII Jornadas nacionales de la AEN: “Ante el desafío de las nuevas demandas”.  
[www.aen.org](http://www.aen.org)
- **17 al 19 de junio • Valladolid**  
III Congreso Nacional de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP).  
Congreso Regional Europeo de la Federación Mundial de Rehabilitación psicosocial (WAPR).  
Información: [www.congresofearp.com](http://www.congresofearp.com)
- **28 agosto al 1 de septiembre • Amsterdam**  
23th ECNP (European College of Neuropsychopharmacology) Congress  
Secretaría: [www.ecnp.eu](http://www.ecnp.eu); E-mail: [secretariat@ecnp.eu](mailto:secretariat@ecnp.eu)
- **18 al 22 de octubre • Barcelona**  
XIV Congreso Nacional de Psiquiatría  
Secretaría técnica: [congresos@viajeshalley.es](mailto:congresos@viajeshalley.es); [www.psiquibarcelona.org](http://www.psiquibarcelona.org)
- **30 oct y 1 de noviembre • Barcelona**  
Congreso sobre *Migración, Salud Mental y Transculturalidad en el Siglo XXI*. de la WPA, Asociación Mundial de Psiquiatría.  
[www.congresowpabarcelona2010.com](http://www.congresowpabarcelona2010.com)

---

## 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 Consejo Editorial de *NORTE de Salud Mental*: [norte@ome-aen.org](mailto: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 de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adi-

cional 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 incluidas hasta 6 figuras o tablas. Las *Notas clínicas* no superarán las 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las *Revisiones* podrán contener un máximo de 15 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 pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencias, 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 del 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*, 2ªed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

• *Indicadores 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 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*. 2ªed. 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 utilización*. 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 (video-cassette). 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 AL. 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: [www.cdc.gov/nccidod/EID/eid.htm](http://www.cdc.gov/nccidod/EID/eid.htm).