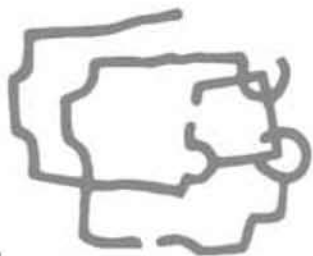


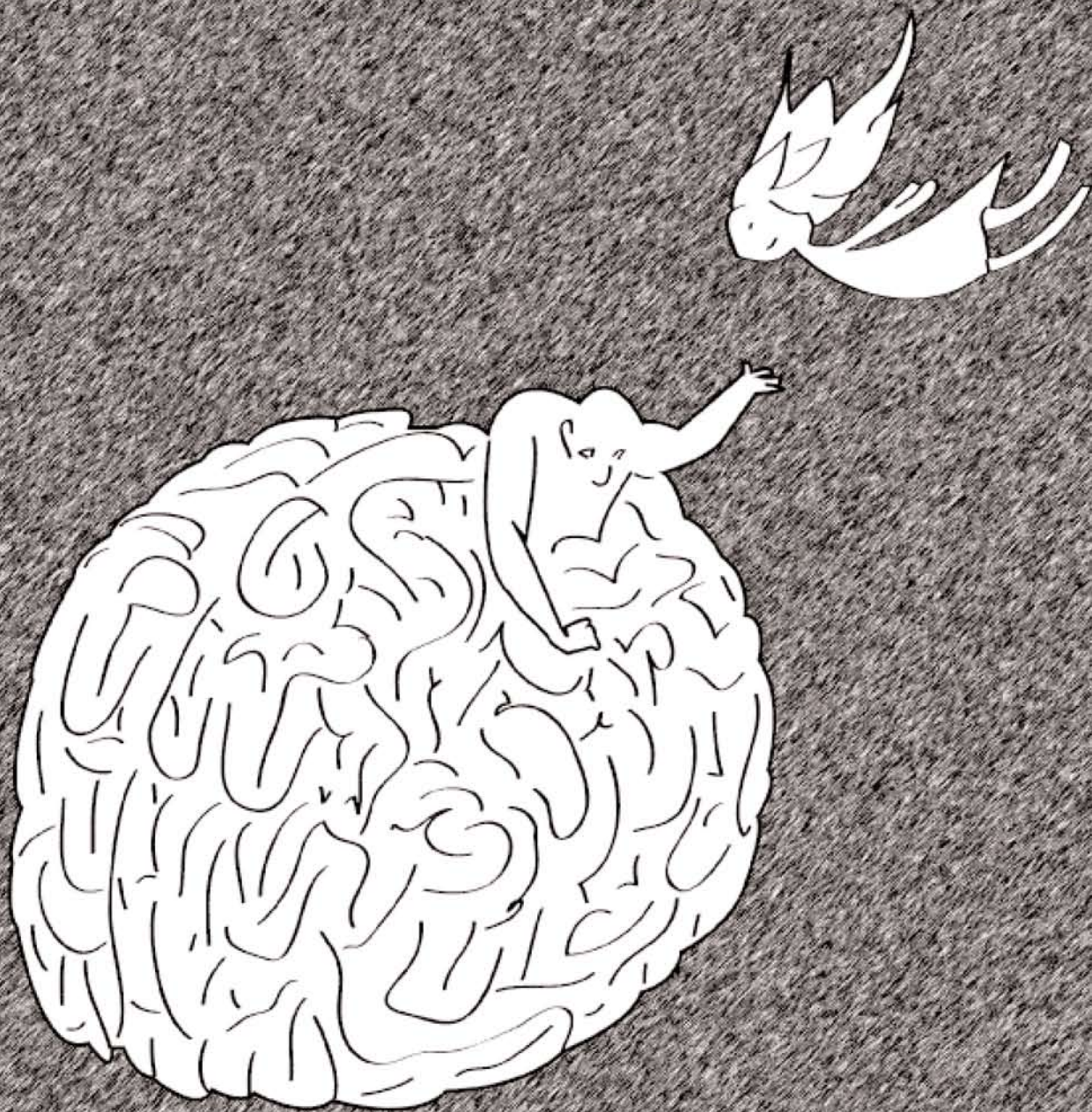
NORTE

DE SALUD MENTAL

Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria



Volumen IX nº 40 Junio 2011



“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 e ideas para posibles portadas de Norte.

Autora de portada: Elena Etxebarria Sánchez

El cartel trata el problema de la exclusión social, mediante una imagen de un cerebro del que intenta salir un individuo gracias a la ayuda que le presta otro individuo (la imagen de la mujer). El cerebro representa los problemas personales, mentales o de exclusión que tiene dicho individuo, y el cartel pretende transmitir la idea de que mediante la ayuda de la sociedad, salir de esos problemas es posible.

Volumen IX

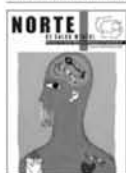


Nº 39

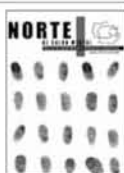


Nº 40

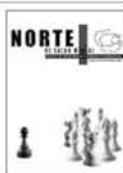
Volumen VIII



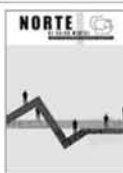
Nº 33



Nº 34



Nº 35



Nº 36



Nº 37



Nº 38

Volumen VII



Nº 27



Nº 28



Nº 29



Nº 30

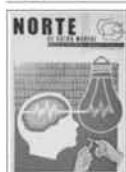


Nº 31



Nº 32

Volumen VI



Nº 22



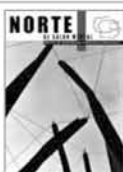
Nº 23



Nº 24



Nº 25



Nº 26

Volumen V



Nº 16



Nº 17



Nº 18



Nº 19



Nº 20



Nº 21

Volumen IV



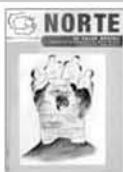
Nº 11



Nº 12



Nº 13



Nº 14



Nº 15

NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

Estévez, Juan
Lozano, Mari Fe
Martínez-Azumendi, Óscar
Martínez de Benito, Roberto

Sanchez, Ana
Rodríguez Pulido, Francisco
Tarí, Antonio
Vallina, Oscar

Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba
Álamo, Cecilio
Álvarez, José M^a
Angosto, Tiburcio
Aparicio, Víctor
Arias, Paz
Ayuso, José Luis
Ballesteros, Javier
Blas Fernández, Luis V.
Bravo, Mari Fe
Berrios, Germán E.
Caldas d'Almeida, José
Català, Laura
Chicharro, Francisco
Colina, Fernando
Collazos, Francisco
Comelles, Josep M^a
De la Gandara, Jesus
De la Rica, José Antonio
De la Viña, Pilar
Desviat, Manuel
Elortegi, Izaskun
Erkizia, Blas

Escalante, Carlos A.
Escudero, Consuelo
Esteban, M. Luz
Esteban, Ramón
Fernández Liria, Alberto
Ferrera, Beatriz
Filgueira, José
Garnica, Eva
Gay, Eudoxia
Gracia, Fernando
Gil, Eugenia
Gómez, Chus
Gómez-Beneyto, Manuel
González Brito, Natalia
González-Pinto, Rodrigo
González Torres, Miguel Á.
Gracia, Fernando
Guimón, José
Gutiérrez Fraile, Miguel
Hernández, Mariano
Hernández Padilla, María
Hernanz, Margarita A.
Huertas, Rafael

Irurzun, Juan Carlos
Jimenez Estevez, Juan Fco.
Laespada, Teresa
Lamas, Santiago
Lasa, Alberto
Lázaro, José
Levav, Isaac
Marín, Mónica
Marqués, M. José
Marquínez, Fernando
Martínez, Ana
Meana, Javier
Medrano, Juan
Meneses, Carmen
Mezzich, Juan
Molina, Germán
Morchón, J.
Moreno, Ana
Munarriz, Mikel
Olabarría, Begoña
Palacios, Antonio J.
Pérez, Fermín
Pérez-S, Pau

Polo, Cándido
Redero, J. M^a
Rendueles, Guillermo
Retolaza, Ander
Rodríguez, Beatriz
Rotelli, Franco
Sagasti, Nekane
Santander, Fernando
Saraceno, Benedetto
Sepúlveda, Rafael
Serrano, Javier
Soler, M^a del Mar
Susparregui, J. M^a
Thornicroft, Graham
Tizón, Jorge Luis
Torrens, Marta
Uriarte, José Juan
Villasante, Olga
Ylla, Luis
Zuazo, José Ignacio

Acceso disponible en: www.ome-aen.org/norte.htm • Correo-e: norte@ome-aen.org

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

Todos los artículos están accesibles de modo gratuito en la web: www.ome-aen.org

NORTE de Salud Mental es accesible también en el Servicio Bibliográfico y Accesos abiertos de:

- Anuario FEAP
- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco)
- DIALNET
- Dulcinea
- DOAJ
- IME (Índice Médico Español)
- psiquiatria.com
- Psiquiatria Sur
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental
Vol IX nº 40, Junio 2011 www.ome-aen.org/norte.htm

Realización y Administración:

Ekimen-2000 • Apdo. Correos nº 12 • 48950 Erandio. Bizkaia
norte@ome-aen.org

Autora de la portada: Elena Etxebarria

Logo Norte de Salud Mental: Eduardo Chillida

Fotografías: Archivo OM Editorial y AEN

Publicación cuatrimestral no sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares. Ejemplar atrasado: 30 euros.

Tarifa anual: Profesionales 100 euros Instituciones 150 euros

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



- Laboratorios farmacéuticos: Lilly, Rovi.

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/>

Sumario

NORTE de salud mental nº 40. Junio 2011

Editorial	5
• Problemas en la investigación de enfermedades mentales crónicas. <i>Javier Ballesteros.</i>	7
Originales y revisiones	11
• Una solución particularizada: Un problema-Un Taller. <i>María Verdejo.</i>	13
• Canarias: Una aproximación al desarrollo de la Ley de la situación de Dependencia en el ámbito de la salud mental. <i>Francisco Rodríguez Pulido, Roberta Pérez, Ana Isabel Robles, Katya Aranzumendi, Carmen Raquel Hernández, Cecilio Hernández Sotomayor, Juan Ojeda.</i>	19
• Emociones y cognición social en bulimia nerviosa. <i>María Herrera Giménez, Silvestre Martínez Benítez, José Manuel López Navarro.</i>	34
• Intervención precoz en la Depresión Bipolar: Inferencias de un estudio descriptivo. <i>Jacqueline Mayoral van Son, Teresa Moreno, Jesús Artal, Elsa Gómez Ruiz, Patricia Caballero, Sara González, Concepción Villacorta, Jose Luis Vázquez-Barquero.</i>	38
• Las adicciones sin sustancia en los últimos 40 años. <i>Fernando Pérez del Río.</i>	47
• Fidelidad y compromiso en la relación de pareja. <i>Carlos Sirvent.</i>	57
• ¿Induce a error el principio de causalidad? <i>Ander Retolaza.</i>	72
Formación Continuada	91
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada(XI). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	93
Historia	97
• Clérambault y la atomización de la alucinación. <i>Kepa Matilla.</i>	99
Actualizaciones. <i>Juan Luis Borda, Iñaki Markez, Javier Carreño, Jose M^a Álvarez.</i>	107
• Levántese quien pueda y otros relatos. Narraciones de una vida de locura. <i>Raúl Velasco.</i>	109
• Triunfo y Fracaso del capitalismo. Política y Psicoanálisis. <i>Compilador: Luís Seguí.</i>	110
• Los Síndromes de Estrés. <i>Autor: Luis De Rivera.</i>	113
• El error de Prometeo. Psico(pat)ología del desarrollo moral. <i>Manuel Villegas.</i>	114
• Melancolía y Paranoia. <i>Fernando Colina.</i>	115
• Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz. <i>Darío Páez y otros.</i>	116
Agenda	117

Summary

NORTE de salud mental 40. June 2011

Editorial	5
• Some methodological problems regarding research in chronic mental health problems. <i>Javier Ballesteros.</i>	7
Original and reviews articles	11
• Particularized solution: One problem-One workshop. <i>María Verdejo.</i>	13
• Canary Island:An approach of development of the law in the situation of the dependence in the field of mental health. <i>Francisco Rodríguez Pulido, Roberta Pérez, Ana Isabel Robles, Katya Aranzumendi, Carmen Raquel Hernández, Cecilio Hernández Sotomayor, Juan Ojeda.</i>	19
• Emotions and social sensitivity in bulimia nervosa. <i>María Herrera Giménez, Silvestre Martínez Benítez, José Manuel López Navarro.</i>	34
• Early intervention in Bipolar Depression: Inferences from a descriptive study. <i>Jacqueline Mayoral van Son, Teresa Moreno, Jesús Artal, Elsa Gómez Ruiz, Patricia Caballero, Sara González, Concepción Villacorta, Jose Luis Vázquez-Barquero.</i>	38
• Addictions without substances within the last 40 years. <i>Fernando Pérez del Río.</i>	47
• Fidelity and Commitment in relationship. <i>Carlos Sirvent.</i>	57
• Misleading to the principle of causality? <i>Ander Retolaza.</i>	72
Continuing Education	91
• Continuing Education in Clinical Psychiatry: Self Opinion (XI). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	93
History	97
• Clérambault and atomization of hallucination. <i>Kepa Matilla.</i>	99
Book reviews. <i>Juan Luis Borda, Iñaki Markez, Javier Carreño, Jose M^a Álvarez.</i>	107
• Levántese quien pueda y otros relatos. Narraciones de una vida de locura. <i>Raúl Velasco.</i>	109
• Triunfo y Fracaso del capitalismo. Política y Psicoanálisis. <i>Compilador: Luís Seguí.</i>	110
• Los Síndromes de Estrés. <i>Luis De Rivera.</i>	113
• El error de Prometeo. Psico(pat)ología del desarrollo moral. <i>Manuel Villegas.</i>	114
• Melancolía y Paranoia. <i>Fernando Colina.</i>	115
• Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz. <i>Darío Páez y otros.</i>	116
Calendar	117

Problemas en la investigación de enfermedades mentales crónicas

El aumento de la esperanza de vida de la población en países desarrollados conlleva el incremento de la presencia de enfermedades crónicas, que de otra manera no hubieran podido llegar a presentarse, como uno de los principales problemas de salud, y la principal amenaza a las políticas de bienestar social en el futuro inmediato. Entre las enfermedades crónicas, se estima que las mayores cargas económicas, y por supuesto sociales, van a proceder de las enfermedades mentales y las enfermedades neurodegenerativas. Es por lo tanto relevante poder desarrollar programas de investigación en salud mental que tengan como objetivo la enfermedad mental crónica, programas que vayan dirigidos a los ámbitos de (i) eficacia y seguridad de tratamientos, (ii) eficacia y seguridad de programas de rehabilitación, y (iii) evaluación pronóstica.

Sin embargo la investigación en enfermedad mental crónica conlleva una serie de problemas metodológicos y operativos que es importante tener en cuenta. Sin querer desarrollar un catálogo exhaustivo, señalaré varios de esos problemas: (i) la mayor complejidad de los diseños experimentales en enfermedades crónicas, (ii) la necesidad de desarrollar nuevos instrumentos de evaluación de resultados que estén centrados en las percepciones de los pacientes y que sean sensibles al cambio, (iii) la falta de evidencias científicas independientes que permitan informar la actividad clínica, y (iv) la financiación de estos programas de investigación y el desarrollo y mantenimiento de equipos pluridisciplinarios que puedan llevarlos a cabo.

Mayor complejidad de los diseños experimentales en enfermedades crónicas

La investigación experimental en enfermedad mental no crónica es relativamente simple. Está dirigida mayoritariamente a evaluar la eficacia y seguridad de tratamientos farmacológicos en los que la asignación aleatoria y el cegamiento de la

intervención no constituyen problemas irresolubles. Por el contrario, la investigación en enfermedad mental crónica incluye no sólo tratamientos farmacológicos sino intervenciones psicosociales o psicoeducativas, y programas de rehabilitación. Estas intervenciones son complejas, incluyen bastante más elementos que la toma de una pastilla diaria, y si bien la aleatorización de sujetos a tratamientos es perfectamente factible, no lo es tanto el cegamiento. En intervenciones no farmacológicas en enfermedades mentales crónicas el cegamiento del clínico y del paciente es simplemente imposible, y la única posibilidad de cegamiento es la del evaluador que debe ser externo al equipo clínico implicado. Esta imposibilidad de cegamiento en intervenciones complejas hace más probable la presencia de sesgos de información (sesgos de detección de tratamiento) que deben de ser tenidos siempre en cuenta.

Hay otros dos aspectos metodológicos en los diseños experimentales aplicados a enfermedades mentales crónicas, cuya discusión es también importante. Uno de ellos es el del tamaño de la muestra estudiada y el otro -muy relacionado también con el tamaño de muestra- es la representatividad de la muestra estudiada respecto de la población clínica habitual. En general, los tamaños de muestra necesarios en enfermedades crónicas son superiores a los que suelen estimarse para enfermedades agudas.

Y esto por dos razones: (i) los períodos de seguimiento en enfermedades crónicas suelen ser amplios y esto conlleva pérdidas que deben ser tomadas en cuenta desde el inicio del estudio mediante el incremento de la muestra inicial, y (ii) las diferencias estimadas entre grupos de tratamiento, el tamaño del efecto, suele ser menor en intervenciones en pacientes crónicos. Por otro lado, en cronicidad los diseños experimentales deben servir para informar directamente la

actividad clínica y esto necesita de criterios de inclusión más laxos que los utilizados en enfermedades agudas. Esto garantiza una mayor representatividad de la muestra estudiada y por lo tanto una mayor posibilidad de generalización de resultados. Sin embargo, eso también representa un mayor tamaño de muestra que implica que muchos de los estudios en cronicidad deban de ser multicéntricos para cumplir con los dos requisitos de representatividad y tamaño muestral. Y un estudio multicéntrico es siempre más complejo de diseñar, monitorizar, y evaluar, y presenta una mayor dificultad organizativa en su desarrollo.

Desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación centrados en las percepciones de los pacientes

La mayor parte de los instrumentos de evaluación utilizados en enfermedad mental aguda son instrumentos basados en la percepción que el clínico tiene sobre la gravedad de los problemas que presenta el paciente. Estos instrumentos y escalas de evaluación cuando se aplican a enfermedad mental crónica pueden presentar efectos de suelo o techo, los pacientes se concentran en las puntuaciones más bajas o en las más altas, por lo que no presentan la suficiente variabilidad que permita su utilización eficaz y eficiente en cronicidad. Por otro lado, la sensibilidad al cambio que pueden presentar en enfermedades agudas no tiene por que corresponder a la sensibilidad al cambio en enfermedades crónicas.

Por lo tanto necesitamos instrumentos diseñados específicamente para ser utilizados en poblaciones de pacientes crónicos, y que además reflejen también las percepciones que los propios pacientes tienen de su estado y de sus cambios a lo largo del tiempo. Esto conlleva la necesidad de desarrollar y de incorporar en cronicidad ambos tipos de instrumentos (centrados en el clínico y centrados en el paciente), lo que a su vez necesita de un apoyo psicométrico que no es trivial. Por otro lado, es en el ámbito de desarrollo de nuevos instrumentos de aplicación en cronicidad donde dos tradiciones de investigación tradicionalmente separadas e incluso opuestas, como son la investigación cualitativa y la cuantitativa, pueden ir de la mano para lograr un objetivo común. Necesitamos que la investigación cualitativa nos

informe para poder desarrollar informaciones sobre los dominios de evaluación que sean pertinentes, y que posteriormente puedan ser objetivados mediante instrumentos cuantitativos.

Falta de evidencias científicas independientes que permitan informar la actividad clínica

Las jerarquías de evidencias y la cantidad de trabajos que se publican en revistas científicas no necesariamente van en paralelo. Normalmente se publican menos estudios de nivel alto en la jerarquía de evidencia (metanálisis y ensayos clínicos controlados) que de niveles bajos (opiniones de expertos, series de casos, etc.). Pero esto que es habitual en todas las ramas de la medicina, se da de una manera especial en la investigación en enfermedades crónicas en la que muchas veces la evidencia es fragmentaria o insuficiente, y por lo tanto inútil para informar sobre la práctica clínica habitual. Es relativamente frecuente el no encontrar información de alto nivel sobre la eficacia de un tratamiento, o el que de encontrarse, esta proceda únicamente de fuentes con importantes conflictos de interés como es la industria farmacéutica. Las dificultades en la financiación de investigación en cronicidad hacen que los estudios independientes sean poco numerosos. En esta situación, no es factible en muchas ocasiones la predicción de nuevos resultados o su generalización a partir de metaanálisis. Y esto implica el que más frecuentemente de lo que se quisiera la actividad clínica únicamente se pueda basar en la percepción subjetiva del clínico ya que no hay un conocimiento basado en la evidencia que pueda informar su actuación.

Financiación de los programas de investigación en enfermedades crónicas y desarrollo y mantenimiento de equipos pluridisciplinares

Más allá de la financiación por parte de la industria farmacéutica que obviamente presenta conflicto de intereses, la financiación habitual para los programas de investigación en cronicidad provienen de fuentes públicas competitivas de nivel nacional, autonómico, o local. El problema viene de la fuerte competencia entre equipos de investigación para una financiación que como mucho se mantiene pero que no tiende a aumentar (al menos en nuestra actual tesitura económica), y

unos criterios que lejos de complementarse suelen ser diferentes. Esto suele implicar el que un mismo proyecto deba ser presentado de maneras distintas y con equipos distintos según a que convocatoria se presente. El encaje de bolillos necesario en estas circunstancias hace que al final el desarrollo real de un proyecto de investigación pueda quedar supeditado a la financiación de aspectos parciales del mismo (contrataciones, fungible, inventariable), y por lo tanto que pueda cubrir o no sus objetivos tal y como fueron planteados en el protocolo inicial.

La investigación en enfermedad mental crónica necesita ineludiblemente de equipos pluridisciplinarios. La complejidad en el diseño y evaluación de resultados en esta área hace que el clínico especializado (normalmente psiquiatra) no sea competente para poder abarcar los distintos niveles de obtención de información en los que se basa la evaluación. Bien porque esta sea distinta a su conocimiento (determinaciones neuropsicológicas por ejemplo), bien porque se base en la observación de rutinas comportamentales durante períodos mucho más largos que los habituales en una entrevista psiquiátrica. Es necesario pues el generar equipos pluridisciplinarios de investigación. Pero esto que queda bien en los papeles y en las normativas de financiación puede estar lejos de la realidad. En primer lugar, aún cuando el método científico es el mismo en cualquier área de especialización (trabajo social, enfermería, psicología, psiquiatría, por poner algunos ejemplos), la formación científica y metodológica que han tenido estos profesionales varía enormemente, al igual que su experiencia previa en investigación, y esto puede generar problemas importantes a la hora de intentar lograr un objetivo común. De hecho, algunos profesionales están penalizados en relación a su acceso a programas formativos en el área de investigación. Por poner un ejemplo, los actuales Diplomados Universitarios en Enfermería sólo podrían acceder a doctorados si completaran 120 créditos en programas de investigación de posgrado (másteres). Dado que en el área biosanitaria algunas universidades sólo ofertan másteres de 60 créditos, esto implica necesariamente el que estos profesionales tendrán que cursar 2 másteres (normalmente 2 años por cada Master) para estar en condiciones de acceder a realizar su tesis doctoral. La variabilidad en la formación metodológica

y la penalización para hacer investigación a ciertos profesionales, hace no sólo que el reclutamiento de un equipo de investigación pluridisciplinar eficaz pueda ser difícil, sino que su mantenimiento sea a veces imposible.

Así las cosas, ¿qué hacer para potenciar la investigación en torno a la enfermedad mental crónica? Veamos alguna idea, discutible, pero de interés para el debate.

La idea principal es que la investigación en enfermedad mental crónica es metodológicamente más compleja que la investigación en enfermedad aguda. Esto no significa que no se pueda hacer, por el contrario es una prioridad y debe estar soportada por apoyos y recursos metodológicos suficientes, que hoy por hoy sólo existen de manera parcial en medios clínicos y universitarios. Medios que no siempre tienen buenas historias de colaboración.

Seamos claros, potenciar la investigación del tipo que sea significa meter dinero en ella. Obviamente dinero para proyectos, y también para formar equipos, crear hábitos de trabajo sistemático, formar en el método científico a los profesionales implicados en la asistencia y en la investigación independientemente de su área de procedencia, generar actitudes críticas con respecto al trabajo habitual, así como discutir y evaluar las necesidades prioritarias de investigación en el área de la cronicidad en enfermedad mental. Este es un deseo pero no está mal soñar con ello sabiendo que ya hay gente que va por este camino. Cuando Alicia le pregunta al gato de Cheshire por donde ir, y que le da igual a donde llegar, este le contesta que entonces es indiferente el camino que coja. Creo que el camino está ya señalado y por lo tanto esperemos que no nos pase lo mismo que a Alicia en esto de la investigación en enfermedad mental crónica.

Javier Ballesteros

Una solución particularizada: Un problema-Un Taller

María Verdejo Nuño

Psicoanalista/Pedagoga.
Centro de Día La Ola. Bizkaia.

Presento la respuesta que elaboramos en el Centro de Día Terapéutico-Educativo de La Ola (2008) en relación a un problema que en terminología actual supondría aplicar un protocolo de gestión para la resolución de conflictos. Dicho protocolo implicaría un trabajo de evaluación y puesta en práctica de las estrategias de intervención adecuada para la resolución del conflicto de acuerdo a los tres paradigmas básicos de la época que nos toca, la modernidad tardía: El paradigma problema-solución, el paradigma de la evaluación y, el hiperparadigma de la equivalencia, que conocemos mejor gracias a la conversación de Miller y Milner (2004).

La respuesta construida responde a una lógica particularizada, donde el concepto de evaluación queda fuera de la lógica globalizante del mercado que invade las prácticas psicoterapéuticas en estos tiempos, pero que, no por ello, está exenta de beneficios, tanto para los sujetos como para la organización.

1. Los previos a la oferta

1.1. La concepción

El taller-Consolas surgirá como una manera de ofrecer un marco simbólico a una conducta¹ disruptiva que estaba invadiendo la cotidianidad del Centro de Día, y, cuyo desencadenante fue la conducta de un niño que llamaré *A* en el tiempo de su inclusión en el programa.

Este chico parecía no poder desprenderse del objeto consola. Acudía al centro *pegado* a ella.

Sus padres, atendiendo a la demanda del profesorado, intentaron que dejara la consola en casa, sin éxito alguno y, si acrecentándose las crisis y violencia doméstica.

A su llegada, *A* se sentaba en una de las butacas del espacio de Buenos Días², conducta regulada y no secundada por el resto de los niños hasta ese momento. Rápidamente se ponía a hablar-hablarse³ de algún personaje del juego, y a “jugar” (con) la consola.

El chico se mantenía fuera del circuito social. Consola y niño formaban unidad.

El resto de los chicos empezaron a acercársele.

El lugar de *Buenos Días* comenzó a tener una nueva significación, un lugar de intercambio.

El efecto de inclusión para *A* no se hizo esperar.

Los demás chicos comenzaron a traer también sus consolas, aprovechando ese tiempo para aprender sobre alguna pantalla a su lado, permitiéndole jugar en sus consolas -la mayor de las veces, era el único modo- y, poder avanzar así en el juego. *A* les permitía ese acercamiento, aunque se enfadaba si otro niño no seguía al pie de la letra sus instrucciones o, las entendía mal, o, simplemente le pedían que las repitiera.

¹ Leyendo esta conducta y, no controlándola, porque la conducta supone un Sujeto que quiere decir algo con ella y, en la Infancia como ya nos advirtiera Freud, la palabra no es sólo el instrumento básico para la comunicación.

² En aquellos momentos habíamos construido una salita de entrada, en la que los chicos podían utilizar hasta la llegada de todos los niños. Se construyó como un lugar de tránsito. En él se alojaron diferentes objetos que en la civilización hacen a la espera: sofás cómodos, revistas variadas, fruta, papel blanco, lápices de colores...

³ Hablar es una forma de nombrar un texto sin paradas, que saltaba de párrafos de forma, aparentemente inconexa. No hablaba con nadie, aunque te nombrara o, dijera “Sabías que...”. No esperaba respuesta alguna.

Si bien el profesorado había consentido para que A introdujera su consola en los diferentes talleres, porque él sí respondía a incluirse en el taller-mientras conservara la consola con él-, los demás chicos no pudieron regularse de esta manera y las consolas comenzaron a invadir los espacios convirtiéndose en fuente de malestar y desencuentro, amenazando la estructura misma del centro.

La repetición hizo su presencia pero, el malestar del adulto cedió a la palabra, y las reuniones de equipo tomaron en su agenda esta dificultad. Las preguntas, más allá de las quejas, aparecieron para orientarnos en las posibles respuestas: observamos el papel de intercambio para los chicos como una fortaleza para la intervención, pero, también, la debilidad que suponía dejarla en el lugar y tiempo de la llegada para la regulación de la vida en el centro. Parecían ofrecernos una posibilidad de trabajar sobre el vínculo entre ellos, pero a condición de permitir introducir el objeto consola en la dinámica del centro.

Como respondiera Freud en la carta enviada a Einstein (1932), todo lo que promueve el desarrollo de la cultura trabaja contra la guerra. Y, bien podríamos decir que la “guerra” se había instalado en el corazón mismo de la estructura organizativa del centro. Pero, la violencia que había surgido procedía de los niños o de la institución. ¿Acaso no estaban diciéndonos que podríamos utilizar una herramienta nueva para trabajar en el centro y, ofertar una nueva modalidad para que el sujeto pueda alojar sus invenciones? Por un lado está A, y, por otro lado están algunos niños que quieren como A.

La respuesta debía incluirse en la organización misma del centro.

Si el Centro de Día se asienta sobre la estructura de la lógica de los Talleres como espacios y tiempos para tratar el malestar ¿qué mejor que darle un taller al objeto? Pero, cómo, cuándo, para qué, quién.

Herbart, J.F., promotor de la Pedagogía científica, nos dejó una orientación fundamental para la creación de los talleres educativos (Compayre, 2005), el agente debe estar causado por los contenidos que en la clase se imparten para poder transmitir el deseo de aprenderlos. Y, así ofrecer al niño la posibilidad de ocupar un lugar como sujeto de la

educación. Esta orientación fue la que sirvió para seleccionar a los adultos que tomarían a cargo el taller. Y, así, me vi inmersa, por interés propio, en la creación del taller de consolas. Sin embargo, y, aunque el taller sería pensado, organizado y coordinado por un adulto concreto, el equipo está advertido de que la forma en la que se estructura la respuesta a la demanda no es sin consecuencias para el niño, constituyéndose el equipo mismo en herramienta para la puesta en marcha del mismo. No se trata de arreglárselas uno solo, tomando a su cargo la respuesta a un problema de violencia. Tampoco es colocarse en una relación dual con el compañero que ha presentado el problema, porque ello implicaría quedar atrapado en el impasse imaginario con él. Más bien, se trata de la política de la institución: es autorizarse en el campo de la institución donde se trata de *hacer todo su lugar al sujeto, es decir, la de no fallar ninguna ocasión para reconocer y sostener al sujeto de la enunciación en cada uno de los enunciados que producen los niños* (Peckel y Halleux, 2003).

La frase “*tenemos derecho a decidir también sobre lo que nos gusta*”, había sido escuchada, pero, cómo responder a este derecho aún necesitaba de un trabajo. Los que trabajamos con niños con patologías psiquiátricas graves y nos dejamos orientar por el psicoanálisis estamos advertidos de la interpretación que puede darse a una respuesta precipitada que no tenga en cuenta al sujeto mismo, como diría Virginio Baio, *una respuesta sin hacer campo*, puede precipitar la violencia y no su pacificación.

Cuando la práctica da de ese hecho una posición central al sujeto, resulta de ello una consecuencia inesperada. Hace inexistir la violencia (Peckel y Halleux, 2003). Porque, en el corazón mismo de la violencia está justamente la amenaza para el sujeto de perder su lugar.

Es posicionarse como un elemento cualquiera de la red. Cada adulto está encargado de hacer campo.

1.2. La Gestación

Realizar una oferta que no obture al sujeto incluía que la inclusión uno por uno.

Tomar la palabra de cada uno de los niños, las relecturas de compañeros que tienen más experiencia en el trabajo y, las reuniones de equipo,

cobraron todo su peso en este tiempo para todos y cada uno de los adultos integrantes del centro. Y, si bien, yo encarnaría la función de adulto que responde para la construcción del taller, no por ello se debe confundir con el trabajo de todo un equipo que sostiene y garantiza su funcionamiento. La fortaleza del Centro de Día está en el trabajo en equipo que lo sostiene, en la conversación continua, no exenta de dificultades, que nos orienta. Pedagogía y Psicoanálisis, cada cual desde su objeto y sus límites, están al servicio de estar atentos a los detalles del sujeto. Aunque ambas disciplinas se sostienen en distintos objetos, ambas conocen de la necesidad del consentimiento del sujeto para su práctica.

Como primera estrategia de intervención se decidió que me incluyera en el espacio de Buenos Días. Además pedí introducir revistas sobre contenidos de los juegos y uso de las consolas, materiales que me permitieran situar el conocimiento de juegos y consola fuera.

El objetivo sería dar la posibilidad a la circulación de la palabra sobre este tema en un tiempo y un espacio regulado y estar atenta a sus dichos.

El primer efecto en los niños, la sorpresa.

Algunos comenzaron a expresar sus quejas, a realizar sus demandas. Podríamos atrevernos a decir que también este mismo tiempo de gestación se ubicó como taller, un taller de palabra particular, aunque, con una forma grupal. Taller que se instituiría como respuesta al límite del tiempo del Buenos Días. No les daba tiempo decir y, estuvieron dispuestos a modificar este espacio. Este cambio fue bien acogido por el resto de los compañeros. Y, para el nuevo horario se contemplaron diferentes cuestiones que tuvieron en cuenta tanto la organización del centro como las propuestas de los niños sobre sus deseos de otros talleres, cuándo incluir este nuevo taller.

El taller tomó otro espacio y otro tiempo tras recibir el permiso una vez realizadas las propuestas y llegando al consenso con los niños que querían realizarlo.

La participación de los chicos era libre pero, una vez comenzado el taller, la puerta quedaba cerrada hasta el día siguiente.

Dar a cada niño su tiempo para expresarse sin censura, por rara o descabellada que pudiera parecer la sugerencia, fue permitiendo un tiempo para que la transferencia se instalara y, las consecuencias no se hicieron esperar; la regulación del objeto consola fue abordable. También A aceptó dejar su objeto consola a lo largo de este tiempo que llamamos entre todos, “El Taller de Preparación para la Obtención del Taller de Consolas”.

Mientras el niño es mantenido en una posición de objeto no puede volverse tratable, no está en condición de sujeto tratable. La aplicación de este principio rector nos ayuda, una y otra vez, a retirarnos de posiciones que en nada favorecer ni al campo educativo, ni al campo de la terapéutica.

La palabra escrita fue introducida en forma de cartas a la Jefatura que encarnó la función del tercero regulador u Otro de la Ley al que dirigir las propuestas una vez estuvo aceptada. Cartas cuyo contenido respondía a sugerencias sobre cómo realizarlo, cuándo, con qué materiales, etc. Este tiempo permitió construir al adulto como mediador-garante de su lugar como sujetos, uno por uno. Cada chico participaba cómo podía, con ese estilo mandón que les suele caracterizar; pidiendo que pusiera que tal juego lo pedía solo para sí. Y otras cuestiones afines. A no quiso consola porque no quería jugar con otra que no fuera la suya. Y, aunque sus soliloquios estaban presentes, los niños pudieron aceptarlos como forma singular de su decir. Así, en ocasiones, me pedían incluir algo que él repetía y, fue grato constatar como él mismo permitía esta inclusión.

En ocasiones era necesario dividir la intervención en cada uno de los enunciados del niño. Poco a poco, los niños fueron aceptando las diferencias, se iban incluyendo como sujetos en sus dichos, tomando a su cargo algunas cuestiones, *mi cabeza me dice todo el tiempo que...*

Una año después, A incluiría en su discurso, “Qué tiempo aquellos! ¿Te acuerdas de cuando hicimos para tener el taller de consolas?”.

Los chicos pudieron soportar una espera acotada. La Jefatura fue respondiendo despacio, pudiendo felicitarles por proponer (tener ideas para el trabajo), dar explicaciones sobre las posibles consecuencias culturales del taller, porque, no había que

olvidar para qué acudían allí: tener amigos, jugar en el patio del colegio, etc.

El paso al acto cedió su presencia. El intermedio de la palabra oral y escrita antes de la acción tomó cuerpo en este taller. Podríamos aventurarnos a decir que la palabra se volvió menos persecutoria y, el uso de la inteligencia, parafraseando a I. Luzuriaga (1998), se puso al servicio de la vida. Los chicos podían entrar a otros talleres sin consolas, pero con ellas.

1.3. El Alumbramiento

La Jefatura concedió un primer ensayo, en el que los chicos, junto con los terapeutas del taller se comprometerían a comunicarle después de cada jornada el resultado, admitiendo sugerencias, modificaciones, etc. La palabra tuvo, desde el comienzo un lugar privilegiado, nada amenazante por los efectos que se fueron observando. Esta fue la posición del adulto en el taller ocupar la posición del garante de cada sujeto en relación al taller. Adultos regulados que en momento alguno encarnan la posición de la Ley, que quedaba fuera, lejos, encarnada en las Jefaturas, pero sometido a ella y, una más entre los adultos que trabajan en el Centro de Día, cuyo trabajo tiene en cuenta al otro compañero porque sabe de sus efectos en la dinámica del sujeto mismo.

Cada cual desde su particularidad hacía sus aportaciones⁴. Así, el taller comenzaba con la carta respuesta de la Jefatura y, terminaba también con otra carta, ahora de los chicos. La escritura se sostuvo desde este circuito epistolar. De esta manera, si los chicos preguntaban en otro taller, eran remitidos al tiempo y al espacio acordado y, a borrarse en referencia a ese tema, porque eran otros los encargados, e, incluso, si algún chico se mostraba muy inquieto, se le podía dar permiso para ir y volver y, saber si había llegado el correo, por ejemplo. También pudo regularse esta cuestión, informando a los niños que el correo llegaba a la secretaría a tal hora y, lo traía el conserje en el intervalo de tanto tiempo. La carta sólo era leída en el espacio y el tiempo del Taller. Todo un circuito social, regulado por los tiempo, los espacios, las funciones

(jefes, secretaria, conserje, maestra, terapeuta, etc.), se re-introdujo alrededor del taller, como un elemento más de la red institucional.

No todos los chicos querían el mismo juego, cada uno tenía sus propios intereses en el taller, no había más común que el de que se realizara. Así lo tomamos. Un lugar para estar unos al lado de otros, jugando cada uno.

Por ello, en las cartas incluimos la configuración espacial del taller de consolas con lugares individuales y uno grupal, en la que nos reuníamos para hacer el tiempo de la lectura y la escritura de las cartas.

A se colocó desde el papel que se le dieran a su entrada y que hacía serie con el significante “superdotado” con el que la familia lo nombrara. Deambulaba de un chico a otro para decirle cómo debía hacer, aunque no le preguntaran, incluso les quitaba la consola cuando observaba que no lo estaban haciendo bien, produciéndose un desencuentro que ponía en peligro la supervivencia del Taller. Tomar las palabras del chico e introducir con ellas un “*no-siempre el guía*” produjo una nueva clama. El cuerpo de A *tiene derecho a estar sentado y jugar, como los demás compañeros del taller*. Fueron palabras bien recibidas por él y por los chicos. Fue tomando cuerpo la idea de traer las guías de los juegos para que los chicos tuvieran la posibilidad de encontrar otras ayudas, incluido A. Esto lo agradó mucho que respondió “*dejadme jugar a mi aire. Me estoy quedando retrasado*” fue su manera de incluirse en la serie de los compañeros.

Esto fue lo que se sostuvo, cada cual, en el taller jugaba a su aire.

Se inició otro tiempo para la reconfigurar el taller.

Si A se levantaba sin ser llamado, se introdujo una forma de respuesta particular para él que le permitió enunciar que se confundía si hablaban en voz alta. Poco a poco el silencio tuvo presencia y la entonación de la pregunta cobró el significado para ofrecerse a una posible respuesta. *¿La forma de decir es una pregunta X? Es importante no confundir las palabras que preguntan.*

⁴ U, por ejemplo, comentará en un tiempo posterior la posibilidad de realizar partidas los niños contra los mayores, dando lugar a una construcción colectiva.

Los chicos fueron incluyendo a otros como ayuda y, esto descolocó a A que se nombraba como el *único guía persona*, porque las guías en papel eran libros, y pertenecían a otra categoría.

Observamos como el significante “único” ocupaba en lugar persecutorio para él. Aquí fue la intervención de otro niño la que abrió otras significaciones posibles cuando lo nombró como primer guía, explicándole que como él también tenía derecho a seguir jugando podía delegar en otros que ya conocieran el juego sobre el que se pedía la ayuda. El sería siempre “el primero”, porque había aprendido antes, pero eso no le obligaba a responder siempre, como “único”. *Primero* lo introducía en la serie, *único* lo excluía. Esta observación fue aceptada y, de nuevo A se pacificaría, pudiendo decir *no al único*, separándose de esta significación mortífera para él.

Sin embargo, otro elemento apareció en la escena, la espera cuando se producía un *no* a la petición de ayuda. Aprovechando las características de las consolas se les propuso dejar el juego en estambay y, mientras, como era el tiempo del juego, jugar con un adulto a un juego que permitiera la conexión en red con otras consolas del taller. Esta forma de juego se había introducido entre los adultos previamente y, algunos niños habían realizado preguntas al respecto, acercándose a mirar quien de los adultos ganaba, pidiendo incluso jugar por alguno de ellos. Sin embargo la respuesta era un *no*, porque ellos había dejado de este tiempo. Una nueva demanda por parte de algunos chicos permitió construir otro tiempo en el taller, una modalidad de juego al final del mismo, haciendo dos equipo, niños contra mayores y, se pidió encarecidamente a A que formara parte del equipo de los niños. Su consentimiento no fue inmediato y, su inclusión permitió rodear de nuevo la posición de objeto a la que se sentía dejado si el equipo no quedaba en posición de ganador. *No juego me hacéis ser un perdedor*. Poder separar ser un perdedor de no saber aún manejar el juego dio como resultado que el mismo A, hiciera una petición muy bien acogida por sus compañeros, *por qué no les dejáis el juego para que aprendan*. Regulada la petición a través de las cartas produjo un nuevo efecto, el tiempo de los préstamos para los niños que quisieran mejorar sus conocimientos habría deberes. También se propuso con otros compañeros del centro, permitir el acceso en el taller de

informática para buscar los link de las páginas de ayuda, etc. Pero con la condición de que los contenidos fueran trabajados en el taller de consolas.

El tercer tiempo se fue constituyendo como el tiempo de conectarse por equipos. Los niños salían del mismo charlando de la paliza que nos habían dado a los adultos, de los deberes que tenían pendientes, etc. En este momento dimos por concluida la fase de gestación del taller.

2. La oferta: el Taller-Consolas

La estructuración del Taller tomó su forma y, el taller se constituyó como tal tomando el nombre Taller de Consolas.

El tiempo del mismo se dividió en tres momentos:

- En el comienzo, se leería la carta de la Jefatura y se escribiría la respuesta. Ello hizo posible retomar los sucesos anteriores. Antes y después tomaron otra significación para la escritura de las cartas.
- En el medio, se podría realizar el juego individual.
- Al final, se conectarías las consolas para jugar por equipos, niños contra adultos.

El armazón del taller se realizó siguiendo cada particularidad, sosteniendo para cada niño su lugar como sujeto singular.

El Taller se mantuvo hasta finalizar el curso y, los niños fueron hablando de logros en la relación social. Expertos en otro tipo de conocimientos que, a su manera, favorecían incluirse en el lazo con el otro, cada cual a su manera, porque para el ser humano no hay otra forma. El proceso de socialización no está de entrada ni puede obligarse, ni aparece como resultado del desarrollo evolutivo.

3. Conclusiones

¿Qué es para el Centro de Día un Taller?

El taller debe responder de la buena manera a la elaboración del niño.

El taller es un instrumento simbólico al servicio del sujeto, más allá del niño; que es sostenido por el adulto que quiere crearlo, porque es desde su

deseo que toma a cargo la actividad, pero que *aloja el saber del psicótico, y no el del adulto y, se inscribe como uno más en la red de un trabajo orientado por ofrecer los lugares para que el sujeto pueda construirse.*

Un montaje que se sostiene en una programación, pero que no se fundamenta desde ella. Si que, bien se sirve del encuadre de la programación, busca la invención particular de cada sujeto para encontrar un lugar en la existencia humana.

Cherara (2000) señala: *Uno no hace un proyecto clínico con los niños, sino que uno los deja venir y después sigue la construcción. Uno toma nota de las construcciones que el chico ha hecho, por eso el proyecto no está desde el inicio, sino que el proyecto se puede ubicar retroactivamente una vez que el chico se ha puesto a construir.*

Tampoco pueden formar parte de un protocolo generalizable para todos y como estructura fija para la puesta en marcha de dispositivos afines.

¿Qué es entonces lo que podemos generalizar de estas experiencias particulares?

Devuelvo la palabra a quien tiene más experiencia y que nos ha ayudado tanto al dejar constancia escrita del trabajo. *El taller será un espacio donde se esté atento a todo aquello que el niño trae, siendo permeable a su demanda. Para decirlo simplemente se trata de ser un humilde y servicial portero que ante el menor pedido se mostrará predispuesto a abrir la operación al sujeto a requerimiento del niño, atento a dejarle la iniciativa, ajustándonos a ese saber entregado que el niño ha de construir vía nosotros (Cherara, 2000). Así se podrá apreciar y poner, en su justa diferenciación, que tener el mismo comportamiento no indica que se haga la misma operación lógica.*

Para A fue un tiempo y un espacio para separarse de Otro que lo aislaba.

Contacto:

María Verdejo Nuño • Centro de Día La Ola. Bizkaia
verdejo.maria@gmail.com

Bibliografía:

1. Miller, J.A. y Minler, J.C. (2004). *¿Desea ser usted evaluado?* Colección Ítaca. Miguel Gómez Ediciones.
2. Luzuriaga, I. (1998). *La inteligencia contra sí misma. El niño que no aprende.* Madrid. Biblioteca Nueva.
3. Aichhorn, A. (2006). *Juventud Desamparada.* Barcelona. Editorial Gedisa.
4. Peckel, B. y Halleux, B. (2003). *Hacer inexistir la violencia.* Cuadernos de Psicoanálisis ICF 28. Bilbao. Ediciones Eolias.
5. Cherara, A.D. (2000). *Mateando. Algunas reflexiones sobre el montaje de talleres en el trabajo con niños en una institución.* Madrid. Revista Carretel 3.
6. Compayre, G. (2005). *Herbart. La educación a través de la instrucción.* Editorial Mad, S.L., 2005.

Canarias: Una aproximación al desarrollo de la ley de la situación de dependencia en el ámbito de la salud mental

Canary Island: An approach of development of the law in the situation of the dependence in the field of mental health

Francisco Rodríguez Pulido; Roberta Pérez Pérez; Ana Isabel Robles Santos; Katya Aranzumendi Rodríguez; Carmen Raquel Hernández Hernández; Cecilio Hernández Sotomayor; Juan Ojeda Ojeda.

Resumen: En este artículo describimos, la necesidad de la implicación de los servicios sanitarios, y las jefaturas autonómicas de salud mental en el desarrollo de la ley de dependencia, así como, la estrategia desarrollada por el Equipo Comunitario Asertivo (ECA), para reducir los efectos de los sistemas de baremación. Asimismo la posición de la ACN en los borradores de decreto, que el Gobierno de Canarias, ha puesto sobre la mesa para la constitución del Sistema Canario de Atención a la Dependencia (SICAD). La Estrategia de Salud Mental del SNS y la ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia reconocen la implicación de los servicios sanitarios mediante los mecanismos de coordinación interdepartamental, en el ámbito de la salud mental, es mas que incorrecta la posición de mirar a otro lado. Es mas, si bien una de las misiones de la ley es cambiar, mediante la creación de un sistema estable de provisión de recursos, para pasar de un modelo de cuidados informales a otro de acudados profesionales que faciliten la autonomía, lo cierto, a cuatro años de vigencia de la ley, es que se ha promovido lo que en la ley figura como excepcional: las prestaciones económicas vinculadas al cuidado familiar. Las Consejerías de Bienestar Social y las Conserjería de Sanidad, para el ámbito de la salud mental, deben promover espacios de encuentro y de ayuda mutua, para favorecer prestaciones y servicios integrados y continuos.

Palabras claves: ley, dependencia, autonomía personal, sanidad, servicios sociales, canarias, salud mental, trastorno mental grave. Recuperación.

Summary: This article describes the need for the involvement of the health services and regional headquarters in the development of the dependence law and the strategy developed by the Assertive Community Team (ECA) to reduce the effects of passmark. Also, the position of the Canarian Neuropsychiatry Association (ACN) in the draft decree, with the Government of the Canary Islands, has proposed to establish the Canary System of Dependence Unit (SICAD). Mental health Strategy of the National Health Service (SNS) and the law of the promotion of personal autonomy and care for dependent people, recognize the involvement of health services through interdepartmental coordination mechanisms. The involvement of health services in the field of mental health is more than wrong position to look the other way. Also, if one of the missions of the law is change by creating a stable system of resource of provisions to move from a model of informal's care



to another of professional's care to facilitate the autonomy, the fact is four years of rules of law that is has promoted the law the exceptions that it was set, economy benefits related to family care. The department of social welfare and health counseling for the mental health field, should create spaces of meeting and mutual helps to promote integrated and continuous services and benefits.

Key words: Law, dependence, personal autonomy, health, social services, canary islands, mental health, severe mental illness, recovery.

Introducción

La conocida popularmente como ley de la dependencia (1) en su gestación y desarrollo, desde diferentes perspectivas, ha sido una ley la cual ha generado enorme controversia. En el periódico *El País* (2), salía la noticia que el Tribunal de Cuentas investigará de oficio si los fondos que transfiere el Gobierno a las comunidades para la aplicación de la Ley de Dependencia se están efectivamente usando para ese fin y si las comunidades aportan el dinero al que están obligadas. Afirma la citada noticia que, tres años después de que entrara en vigor la norma no hay forma de saber ninguna de las dos cosas. Asimismo, el Parlamento Español -un año después de publicación de la ley en el Boletín oficial del Estado- constituyó una comisión de expertos, donde después de un análisis del desarrollo de la ley, se cuestiona desde la sostenibilidad de la financiación hasta los procedimientos de baremación, (3). Las sociedades científicas como la AEN, también ha realizado, sin dejar de apoyar la ley, diferentes pronunciamientos críticos sobre su desarrollo, interpretación y aplicabilidad. (4). Nuestro grupo, también en otras publicaciones (5) hemos desarrollado de forma analítica, las oportunidades, las amenazas, las debilidades y las fortalezas de la ley de dependencia, muy vinculadas a la frialdad o calidez de la implicación de los servicios sanitarios (5).

No obstante, en este artículo que lo deseamos transmitir, la estrategia desarrollada por el Equipo Comunitario Asertivo (ECA) de Tenerife dependientes del Servicio Canario de la Salud, para reducir los efectos de los sistemas de baremación, partiendo de la participación de estos recursos, en el proceso que van desde las valoraciones a los dictámenes. Asimismo, nuestra posición como miembros de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental (ACN), a los borradores de decreto, que el Gobierno de Canarias, ha puesto sobre la

mesa, aun no aprobados, para su discusión por el tercer sector, que permitirá la constitución del Sistema Canario de Atención a la Dependencia (SICAD).

Estrategia en Salud Mental

El 11 de diciembre de 2006 los objetivos de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) fueron aprobados por el Consejo Interterritorial. En esta estrategia de consenso (6) en Salud Mental, sin ficha financiera y sostenidas en un marco de valores y principios, en donde se detallan los objetivos, las recomendaciones e indicadores de evaluación y seguimiento. Se establecen seis líneas estratégicas. Una de sus líneas estratégicas, se refiere a la Coordinación Intra-institucional e Interinstitucional. Dentro de esta línea de actuación se plantean varios objetivos específicos: a) Implantar en la Comunidades Autónomas mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel institucional e interinstitucional, que garanticen la atención integral de las personas; b) las CCAA establecerán un marco general que determine la implicación y el papel de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las Personas en Situación de Dependencia en las personas con dependencia por enfermedad mental. Para llevar a cabo esta coordinación se recomienda crear una Comisión de Coordinación Interdepartamental entre las Consejerías de Sanidad, Servicios Sociales, Trabajo, Educación, Vivienda, Justicia, Economía y Hacienda, así como con el Ministerio del Interior y otras que pudieran estar implicadas. Esta Comisión sería para 1. Integrar las políticas en Salud Mental; 2. Asesorar en la elaboración del Plan de Salud Mental autonómico.

En este sentido que apunta la Ley señalar que hasta hoy, en el caso de Canarias, la Consejería de Sanidad no ha promovido en el ámbito de la salud mental, ninguna Comisión Intersectorial

de Coordinación Interdepartamental para favorecer el desarrollo del Sistema Canario de Promoción de las situaciones de Dependencia.

Asimismo, en la Estrategia en otras de sus líneas estratégicas en relación a los trastornos mentales, específicamente para las personas con trastornos mentales graves, se proponen dos tipos de planes de atención individualizada: el Plan Integrado de Atención para los pacientes con Trastorno Mental Grave, y el Acuerdo Terapéutico para los pacientes con Trastorno Mental Común.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal

Por otro lado, la Ley 39/ 2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en la exposición de motivos quedan señalados su misión y sus objetivos estratégicos, entre los que cabe señalar.

- La atención a este colectivo de población.
- Revisión del sistema tradicional de atención (apoyo informal).
- Adecuada capacidad de prestación de cuidados.
- Un marco estable de recursos y servicios para la atención.
- Desarrollo de los SS.SS. de las Comunidades Autónomas con la colaboración del tercer sector.
- SS.SS.de calidad, garantistas y plenamente universales.
- Responder a la necesidad de atención a las situaciones de dependencia y a la promoción de la autonomía personal, la calidad de vida y la igualdad de oportunidades.

Asimismo la propia ley reconoce la Participación de los Servicios Sanitarios a nivel institucional, reclamando: a) las CC.AA. establecerán los procedimientos de coordinación socio-sanitaria, creando en su caso, los órganos de coordinación que proceda; b) Desarrollo coordinado entre los servicios sociales y de salud de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación; c) El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las CC.AA. con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores y hospitalización compleja; d) Se elaborará un Programa Integrado de Atención (PIA) tras efectuar un estudio y análisis del expediente, determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades, con la participación previa consulta y en su caso elección entre las alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidad tutelar que le represente; e) Creación de los denominados Servicios de Promoción de la Autonomía Personal.

Como veremos la creación de un marco estable de recursos y servicios que signifique una revisión del sistema tradicional de atención, alejado de los apoyos informales, se convierten en la misión estratégica de la Ley. Ahora bien si analizamos los datos publicados en el observatorio del SICAD sobre las prestaciones y servicios (7) ofrecidos para el conjunto del país, contradice significativamente esta misión, reforzándose hasta ahora en la aplicación de la ley, el sistema que desea transformar.

Modelo de atención en Salud Mental en Canarias

La atención a la salud mental forma parte de la red de atención especializada del Servicio Canario de la Salud. Existen siete áreas sanitarias. Los Recursos están ordenados de forma sectorizada y territorial. Los Cabildos Insulares, a diferencia de otros periodos, no tienen competencias en materia sanitaria, sino sociales relativas a la discapacidad. La Jefatura Regional de Salud Mental forma parte de la Dirección de Programas Asistenciales de la Consejería y gestiona las acciones con las Gerencias hospitalarias a través de los Planes de Gestión Convenida. Los Órganos de Participación son: Comisión Asesora Regional de Salud Mental y los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC).

La planificación, supervisión, seguimiento y evaluación de los recursos destinados a las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) corresponde al CIRPAC. En este órgano insular participan

la Administración Pública Canaria y las organizaciones no gubernamentales. Cada uno de estos organismos cuenta con un responsable técnico en Salud Mental, que es el director del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP). Las acciones desarrolladas (2005-2010) han sido a través de los Planes Insulares de Rehabilitación (PIRP) que fueron posteriormente integrados parcialmente y financieramente en el Plan de Atención a la Discapacidad (PAD). La financiación del PAD por la Administración Pública de Canarias será: 1/3 por la Consejería de Sanidad, 1/3 Consejería de Bienestar Social y 1/3 los Cabildos Insulares. Los Ayuntamientos colaboran facilitando infraestructuras. Desde agosto 2003 las competencias en SS.SS. relativas a la discapacidad la ostentan los Cabildos Insulares a través del IASS. La gestión de los recursos de rehabilitación es a través de gestión indirecta del IASS con el tercer sector pero aceptando el liderazgo del CIRPAC y la Dirección técnica del PIRP.

La puerta de entrada a los recursos de rehabilitación será la Red de Salud Mental: Unidades de Salud Mental, que en el caso de Tenerife, también participa el Equipo Comunitario Asertivo (ECA). Se hace directamente y con trabas administrativas mínimas. El desarrollo de la red de rehabilitación es desigual entre islas y el modelo de atención entre las partes implicadas tiene matices diferenciadores entre las islas.

Ahora bien desde finales del 2010 no están vigentes los Planes sectoriales. El Plan de Atención a la Discapacidad (PAD) ha dejado de tener vigencia. Recientemente se ha firmado un convenio entre el Gobierno de Canarias y los Cabildos insulares como fórmula de transito y encaje entre un PAD no vigente y la LD no desarrollada. El papel de los CIRPAC, adscritos a la Direcciones de Áreas dependientes de la Consejería de Sanidad, vinculado a las políticas sanitarias dirigidas a la planificación y supervisión de las personas con trastornos mentales graves, se forma alarmante han ido quedando colgadas y a la espera de las futuras intenciones de la Consejería de Bienestar Social y de la sensibilidad de la Consejería de Sanidad.

En relación a la ley de dependencia, no ha habido consultas al CIRPAC sobre los decretos de constitución del SICAD en marcha, ni ha sido invitados los Directores de los PIRP a participar como miembro

de las Comisiones Técnicas de la Consejería de Bienestar Social, ni la Consejería de Sanidad, en el ámbito de la salud mental, ha promovido ninguna iniciativa o espacio de intercambio con la Consejería de Bienestar Social. Aunque existe una actitud positiva de la Consejería de Bienestar Social a la participación ya que la ACN y FEAFES Canarias siendo ambas organizaciones invitada a formar parte de las comisiones del Tercer sector.

Perfiles y Prestaciones

La información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD) según la situación a 1 de mayo 2011, ofrecida por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), para el conjunto de las situaciones de dependencia, el número de solicitudes es de 1.605.109 lo que representa el 3,4% de la población española. Es imposible con el sistema de registro actual disponer de información relativas a la situación de dependencias vinculadas a enfermedad mental.

El perfil de las personas que solicitan la valoración son mujeres (65%) y en edad superior a los 80 años e (53.24%, 854.616 hb) y entre los 64 y 79 años de edad (26, 17%; 420.115 hb).

El número de dictámenes emitidos es de 1.467,725 (91.44%) lo que representa el 3.12% de la población de las CC.AA. De estos dictámenes, el 13.07 (191.812), no tiene reconocido ningún grado, si bien este porcentaje se eleva al 20% en comunidades como la Rioja y Ceuta y Melilla. Aunque cada uno de los grados y niveles presentan porcentajes muy aproximados entre sí, en comparación con el grado 1 y nivel 2, el 19.0 de las personas han sido valoradas en el grado III nivel 1, seguido de un 17.14% en el grado II, nivel 1.

El número de personas con prestaciones reconocidas es de 735.652, o sea, menos de la mitad de las personas que lo solicitaron, siendo la ratio de prestaciones por persona beneficiaria de 1.21. Las personas beneficiarias con prestaciones en relación a la población, es de 735.652, o sea una ratio de 1.5.

El 1.61% (14.306) recibe no una prestaciones de dependencia sino se benefician de los servicios de prevención de la dependencia o de la autonomía personal. Más de la mitad de las personas

que reciben una prestación -es la significativamente ofrecida- es la prestación vinculada al cuidado del entorno familiar, aun 46.89%, a 416.913 personas beneficiarias, siguiéndole de lejos (14.41%) la atención residencial. El 56,13% de las personas beneficiarias de las prestaciones tienen más de 80 años de edad, y el 21,31% entre 65-79 años, siendo el 67% de estas mujeres. Este comportamiento en la asignación de prestaciones ocurre en todas las Comunidades Autónomas, excepto en Madrid, donde la tendencia es a la inversa, con más asignación residencial, (24.72%) frente a un 18.16% vinculada a prestaciones económicas al cuidado familiar, probablemente vinculado al sector privado.

En definitiva para el conjunto del país observamos que el perfil de la persona beneficiaria es una mujer mayor de 80 años, residente en una localidad de más de 50.000 habitantes, valorada en situación de dependencia con un grado III, perceptora de una pensión de viudedad de la seguridad social. Tiene una renta media situada entre uno y dos íprem y es titular de patrimonio inmobiliario, fundamentalmente vivienda habitual. Las prestaciones vinculadas a los cuidados del entorno familiar, aún siendo la prestación más frecuente en el sistema, hay diferencias en función de los grados y niveles reconocidos, siendo el que presenta una menor frecuencia el grado III nivel 2. Según el Ministerio, hay circunstancias específicas de España como el porcentaje de personas residentes en el mundo rural, propiedad de la vivienda habitual, convivencia en el entorno familiar, que explicarían estos resultados.

Obviamente no podemos extraer datos relativos a las situaciones de dependencia relacionadas con la población beneficiaria por enfermedad mental porque aun hoy el Ministerio nos desglosa la información según la naturaleza de la dependencia. No obstante, la población de nuestro sector, probablemente no sigue los perfiles epidemiológicos señalados en esta información generalista oficial, si bien, si en cuanto, a los tipos de prestaciones recibidas. Podríamos concluir que la aplicación LD no está vinculada a ideologías partidarias sino a la disponibilidad de recursos propios de la administración o del grado de desarrollo del tercer sector en cada comunidad autónoma.

En Canarias se han solicitado a 1 de mayo del 2011, 36.877, que representa el 2,30% de las solicitudes del conjunto del país. El número de dictámenes es 30.806, o sea, el 83.54% de las solicitudes. De estos, la población beneficiaria de prestaciones es el 83.28%, o sea, 25.655. El número de personas beneficiarias con prestaciones en relación a la población de las comunidades, es de 10.376, o sea, el 0.49% de la población. El 47,04% (14.490) de los dictámenes reconoce Grado III de dependencia y un 28,06% (8.644) un Grado II. y un 8,18% un Grado 1 nivel 2. Un 8,49% de dictámenes no se reconocen ningún grado.

En relación a las personas beneficiarias con prestaciones, hasta el 1 de mayo del 2011, es de 10.376. El 52,3 de las prestaciones económicas vinculadas al cuidado familiar, siguiéndole con un 25% y 20% respectivamente, la atención residencial y el centro de día/noche. En todas las Comunidades Autónomas, también en Canarias, domina las prestaciones económicas del cuidado familiar, a excepción Madrid, donde la presencia del sector privado a canalizado la demanda asistencial vinculada a la tercera edad

Según la información del SAAD, el número de PIAS resueltos en la Comunidad Canaria, en relación al número de solicitudes presentadas es sensiblemente muy bajo, lo cual lleva a pensar que hay un alto número de personas esperando a recibir los servicios y prestaciones de la Ley, es decir, aunque ya han sido valorados aun no cuentan con la prestación o servicio asignado. En este sentido cabe mencionar la crítica que se hace en la memoria anual de 2009 por parte del Diputado del Común, Sr. Alcaide, (8), destaca la inadecuada aplicación en las islas de la Ley de Dependencia, pues afirma que “ la Consejería de Bienestar ha empleado 25 meses de media en la tramitación del diagnóstico y las ayudas, cuando por Ley debería haberse hecho en 6 meses”. Sentenciando que “es conocido, tras el transcurso de tres años desde la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que la implantación de este sistema en Canarias no ha sido modélica, generándose desde el comienzo un retraso excesivo en los tiempos de tramitación de los expedientes, lo que ha dado lugar a la desazón de muchos solicitantes del reconocimiento de los servicios y las prestaciones del sistema”.

Implicación del Equipo Comunitario Asertivo

c. Valoraciones

Desde el mismo día de la publicación del baremo, la mejora de este, por las limitaciones que ha presentado respecto a determinados grupos de personas con trastorno intelectual o trastorno mental, ha sido una exigencia de amplios sectores. No obstante, esta revisión ya estaba prevista en la disposición adicional cuarta del Real Decreto de baremo recogiéndose una vez que el Consejo Territorial realizara una evaluación de los resultados obtenidos. Así recientemente ha sido publicada en el *Boletín Oficial* (10) el nuevo baremo. En el análisis crítico del Grupo de expertos del Parlamento reconocían que los problemas asociados al reconocimiento de la situación de dependencia, destacan cuatro grandes cuestiones: a) la idoneidad del baremo b) el propio proceso de valoración c) las diferencias observadas en el proceso de valoración y sus plazos de resolución y d) el incumplimiento de las previsiones de personas reconocidas como dependientes.

Nuestro grupo no obstante, en una reciente publicación (9) como una posición respecto a la idoneidad del baremo y su resolución, señalando que, una de las contradicciones principales del baremo es la confusión de la valoración entre los dominios en lo que la persona puede hacer, conocido como competencia, más propio de los trastornos vinculados a problemas físicos y lo conocido como rendimiento: lo que la persona hace realmente, más vinculado a los trastornos mentales graves, porque la capacidad funcional no se superpone completamente con el rendimiento en el mundo real. Esta disparidad entre estos constructos puede deberse a las características del individuo o a factores ambientales. Entre las características personales que pueden influir en el rendimiento en el mundo real, más allá de la influencia de la capacidad funcional, están la confianza, la motivación, la voluntad de asumir riesgos y la capacidad de autoevaluación. Se ha demostrado que la autoevaluación está especialmente afectada en la esquizofrenia, por una sobreestimación de las habilidades o subestimación que puede llevar a la falta de voluntad para realizar esfuerzos en situaciones en las que se podría conseguir el éxito. Muchas escalas de resultados funcionales están diseñadas para recoger información autodeclarada. Por lo

tanto la medición de la competencia y el rendimiento está sometida a numerosa variabilidad y si además, los valoradores no tienen los conocimientos y las habilidades de una determinada especialidad, se añade otro posible sesgo de infraestimación en los resultados de las valoraciones individuales. Por ello nos pronunciamos por reunir siempre la mayor información posible.

Por eso diseñamos desde el PIRP/PAD/ECA una estrategia propia de más implicación desde los servicios sanitarios especializados. Esto lo comunicamos a los responsables de los servicios de salud mental, en el I encuentro regional celebrado en la isla del Hierro en 2009 (11). Es decir, decidimos como estrategia de servicio de rehabilitación comunitaria del PIRP/PAD de Tenerife, que en vez de explicar las injusticias del baremo oficial, - que por muchas correcciones que se hicieran todas resultarían inexactos en sus mediciones objetivas- la estrategia más eficiente era sumergirnos en realizar, en los servicios especializados en rehabilitación comunitaria, informes de salud complementarios (material 1) para que acompañasen a los informes de salud del médico de atención primaria. Estos informes específicos de salud mental, no debían informar solo desde la perspectiva de la valoración de la psicopatología, sino de lo esencial era la valoración del funcionamiento de las personas en las actividades de la vida diaria, así como un conocimiento global y de sus entornos. Precisamente queríamos corregir en la acción práctica, el informe médico, que hasta ahora, no suelen dar cuenta de la situación de dependencia sino de las enfermedades que requieren tratamiento.

Así mismo, otro elemento táctico de nuestra estrategia, ha sido, estar presente- previa autorización- algún miembro del ECA, en el momento de la valoración, por los equipos de valoración de la Consejería de Bienestar Social. Nosotros consideramos que no existe un profesional capaz de valorar todo tipo de situaciones de dependencia pues todas las situaciones para su observación, captación y ponderación necesita reunir no solo todas las fuentes de información posible, sino también conocer a la persona evaluada a ser posible en diferentes situaciones y tiempo. Además si la mayoría de las personas que son evaluadas ocupan un recurso los profesionales más próximos serían

los más adecuados. Esta iniciativa, a pie de terreno, ha sido bien admitida por todas las partes, y ha sido de utilidad y bien valorada por todos.

En la siguiente tabla presentamos, por un lado, el número de informes sanitarios y sociales

presentados por el Equipo Comunitario Asertivo de Tenerife, de acuerdo a la metodología descrita, y el grado de dependencia solicitado y por el otro, las resoluciones de la Consejería de Bienestar Social, al respecto.

ECA Tenerife Servicio Canario de Salud		Resoluciones Consejería bienestar social		
Nº Informes y Grados solicitados		Grado y nivel Ley dependencia		
Grado I	9	Grado I	Nivel I	17
			Nivel II	11
Grado II	81	Grado II	Nivel I	35
			Nivel II	18
Grado III	54	Grado III	Nivel I	37
			Nivel II	5
Total informes presentados	144	Nº resoluciones desestimadas		7
		Nº total resoluciones		130
Nº prestación solicitada (Recurso:)	ECA alojamiento: 144	Nº dictamen PIAS		43
		Prestación reconocida		43

Fuente: Elaboración propia.

De un total de 144 informes presentados en salud mental correspondientes a los recursos vinculados al PIRP/PAD/ECA de Tenerife, se han resuelto 130 con resoluciones de grado y nivel. Podríamos decir, en líneas generales, analizada la muestra, vemos que la tendencia es que se reconozca el grado solicitado por los equipos sanitarios, en este caso ECA, y donde puede haber más variabilidad es el nivel otorgado, si bien apreciamos últimamente una discrepancia en torno al grado, cuando en una persona es informada en el grado III nivel 1, lo resuelven como grado II, nivel 2. Asimismo, solo en 7 casos, se ha desestimado la solicitud presentada, en donde no se explica los motivos. Intuimos que en 3 de estos casos ha sido desestimado porque las personas se encuentran en empleo ordinario.

Asimismo en relación a las prestaciones y/o servicios solicitados por el Equipo Comunitario Asertivo (ECA), de las 144 prestaciones de carácter residencial solicitadas la asignación de 43 prestaciones de carácter residencial en los PIAS

y de los 47 solicitudes de Centro de Día, no tenemos ninguna solicitud reconocida en el PIAS. En la baja asignación de prestaciones resueltas, solo se reconoce una sola prestación, cuando la mayoría de las personas que atendemos en el ECA disfrutan en la actualidad de al menos dos prestaciones.

Como vemos, por los datos de nuestro equipo, aun escasos por el ritmo de resoluciones, si bien en las resoluciones efectuadas de los PIAS disponibles, se reconoce como preferencial los servicios la atención residencial, y aunque la mayoría de las personas que conforman la carga asistencial del ECA, compatibilizan más de un servicio, en los PIAS resueltos hasta este momento, no se recogen esta situación real, reconociéndoles oficialmente solo una de las prestaciones. De no corregirse esta situación, podría situarse a las personas en una ilegalidad y en una reducción de prestaciones. Esperamos que se abran procedimientos de revisión al respecto de estos expedientes para compatibilidad con lo real.



Constitución del SICAD

Desde la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría (ACN), hemos manifestado como principios esenciales de cualquier toma de decisiones respecto a la implementación, desarrollo y constitución del SICAD, que:

1. Cualquier iniciativa o medida debe servir para consolidar los recursos actualmente existentes en nuestra comunidad autónoma, desarrollados a través del PAD, y destinados a las personas con discapacidad por trastornos mental grave.
2. Ninguna persona que actualmente disfruta de alguna plaza, financiada por el PAD o convenios interadministrativos, a través de una prestación con financiación pública, debe verse perjudicada por la implementación y desarrollo del nuevo sistema.
3. Cualquier medida o iniciativa debe estar considerada en su dimensión de favorecer la autonomía personal.
4. Cualquier medida o iniciativa debe tender a ofertar servicios y atención profesionalizada y suficientemente acreditada por los organismos públicos señalados a tal efecto.
5. Cualquier medida o iniciativa debe favorecer la transversalidad de las acciones conjuntas entre las administraciones, los procedimientos, los profesionales, y las familias. Asimismo debe favorecerse la eficiencia y la calidad en la gestión de las prestaciones y servicios.
6. Cualquier medida o iniciativa debe contemplar la diversidad de la naturaleza de las situaciones de dependencia que origina los trastornos mentales graves favoreciendo prestaciones y servicios coherentes con esta naturaleza.

En Canarias la constitución, su desarrollo legislativo, del Sistema Canario de Atención a la Situaciones de Dependencia (SICAD, esta aún en fase de consulta y discusión. Por iniciativa de Consejería de Bienestar Social, se constitución de una comisión de consulta con el tercer, donde la ACN, fue invitada a participar. Se han puesto en la mesa de trabajo, tres cuestiones fundamentales relativas a:

1. Intensidades de protección de los servicios y los criterios para determinar las compatibilidades y las incompatibilidades entre las prestaciones de atención a la dependencia.
2. Capacidad económica de la persona beneficiaria y participación en el coste de las prestaciones y servicios.
3. Procedimiento de accesibilidad a los servicios.

En este sentido se han trabajado y consultado, hasta el momento, los dos primeros proyectos de decreto referidos a las dos primeras cuestiones señaladas. El proyecto relativo a la accesibilidad a los servicios aún no se nos ha entregado redacción alguna. Ninguno ha sido, hasta ahora, publicado oficialmente.

Desde los miembros del ECA Tenerife que formamos parte de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría hemos analizado críticamente estos proyectos realizando aportaciones a los mismos.

En relación al proyecto de decreto por el que *“se establece las intensidades de protección de los servicios y los criterios para determinar las compatibilidades y las incompatibilidades entre las prestaciones de atención a la dependencia del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en el ámbito de la CC.AA. de Canarias”* hemos realizado sugerencias sobre todo relativas al encaje de recursos y servicios en la actualidad existentes en relación a prestaciones que la ley señala, así como, a los órganos competentes para definir las compatibilidades y las incompatibilidades.

En cuanto a la *“creación de un órgano competente, para resolver sobre las compatibilidades y las incompatibilidades entre los servicios y prestaciones en cada caso particular, previa propuesta del órgano encargado de la elaboración de la propuesta del programa individual de atención de la persona beneficiaria del carácter principal y, en su caso, complementario de los servicios y prestaciones propuestos, será la Dirección General competente en materia de dependencia”*, queremos señalar, -sin dejar de reconocer el papel relevante y legal que la ley le otorga a la Dirección General- que en los casos de dependencia por TMG, habría que Incorporar a representantes de los CIRPAC de

cada isla, como órgano consultor y definir con claridad su composición definitiva.

Si bien este proyecto de decreto, determina que los *“los servicios de atención carácter prioritario respecto a las prestaciones económicas salvo que el SICAD no pueda dar respuesta”*, la acción práctica, véase la información señalada, no se corresponde con esta sentencia recogida en el citado borrador. Así mismo se establece que *“las personas no podrán ser titulares, simultáneamente de más de dos prestaciones de servicio”* -hasta el momento actual sólo en los PIAS se ha estado concediendo un servicio- y se operara *“una reducción sobre el servicio que haya que tener un carácter complementario y de menor intensidad (Criterios de intensidad)”*. Habría que clarificar como se va a realizar y bajo que criterios y quieros determinarían cual es la plaza complementaria y que papel juega los Planes Integrados de Atención elaborado por los servicios sanitarios especializados. A modo de reflexión respecto a los PIAS ya resueltos, en los que hasta el momento sólo se ha concedido una prestación o servicio, las dudas que se plantean son: ¿Por qué no vienen concedidos los dos servicios que ya están siendo utilizados por los usuarios y que son compatibles según este Proyecto de Decreto? Cómo se revisarán? Quién debe promover esta revisión? Qué documentación será preciso presentar?. Y es que el propio Diputado del Común de Canarias en su informe del 2009 (8) señala que uno de los problemas más importantes con los que se han encontrado numerosos solicitantes de los servicios y prestaciones contemplados en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, es el *“de la convalidación del servicio que venían disfrutando con anterioridad a la entrada en vigor de esta Ley, en el marco de los programas sociosanitarios de Canarias, bien de atención a personas mayores, bien de atención a personas con discapacidad”*. Asimismo habría que estudiar y cerrar donde donde encajan los programas de empleo o la atención en domicilio propio en el actual marco legal de la ley de dependencia.

Por otra parte, la Consejería de Bienestar Social, ha sometido a consulta al tercer sector el segundo borrador de proyecto de decreto por el que *“se establecen los criterios para determinar la capacidad económica de la persona beneficiaria del sistema para la autonomía y atención a la dependencia y su participación económica en el*

coste de las prestaciones de atención a la dependencia en la comunidad autónoma de canarias y para concretar las prestaciones económicas del sistema”.

En este sentido, y una vez leída, la citada propuesta de la Consejería de Bienestar Social, hemos sugerimos modificaciones o aclaraciones, en diferentes capítulos legislativos, que evitaremos citar, por criterios didácticos. Por ejemplo, somos partidarios de introducir con claridad la deducción del cómputo de las prestaciones de naturaleza y finalidad análogas. Es decir, que figure en el texto legal, que al final del cómputo se deducen dichas prestaciones. Asimismo en relación a que *“las personas beneficiarias participarán en el coste del servicio de Atención Residencial permanente en función de su capacidad económica y del coste de este servicio, conforme a la capacidad económica anual de la persona beneficiaria es superior al indicador de referencia del servicio de Atención Residencial en cómputo anual, la persona beneficiaria participará en el coste del servicio aportando mensualmente el 90% del indicador de referencia del servicio de Atención Residencial, en cómputo mensual”*, consideramos que, por la situación económica de la sociedad canaria: con altas tasas de desempleo y con una franja de población de alto riesgo de exclusión social, así como siendo la mayoría de las personas en situación de dependencia por enfermedad mental de bajos ingresos económicos y teniendo en cuenta que la disponibilidad económica es fundamental para el proceso de recuperación de su autonomía personal, estimamos que en la CC.AA. de Canarias no deben aplicarse los topes máximos establecidos por el Consejo Interterritorial (90%). Asimismo, mantener estos topes supondría una línea de ruptura de lo mantenido hasta ahora en los Planes sectoriales vigentes (P.A.D.). Por ello proponemos, que la persona beneficiaria participe en el coste del servicio aportando mensualmente el 70% del indicador de referencia del Servicio de Atención Residencial en cómputo mensual. Por otro lado, con la aplicación del Decreto del indicador de referencia vinculado al coste del servicio en el mercado, se produce una variación sustancial en relación a los Planes sectoriales vigentes, cuyo indicador de referencia estaba vinculado a la capacidad económica del usuario.

Asimismo mantener el otro criterio de *“cuando la capacidad económica anual de la persona*

beneficiaria es inferior o igual al indicador de referencia del servicio de atención residencial en cómputo anual, se le garantizará a la persona beneficiaria un importe mínimo de ingresos mensuales para gastos personales equivalente al 20% del indicador de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) mensual. Una vez deducido este importe de su capacidad económica mensual, la persona beneficiaria participará económicamente en el coste del servicio aportando mensualmente la diferencia restante” consideramos que, por las razones expuestas en el apartado anterior y con la finalidad de mantener la capacidad económica de las personas y no empeorar su situación actual, se propone que se garantice un importe mínimo de ingresos mensuales para gastos personales equivalente al 30% del IPREM. Asimismo si bien el proyecto recoge que *“cuando la persona beneficiaria carezca de capacidad económica o ésta es inferior al 20% del IPREM mensual, quedará exenta de participar en el coste del servicio mientras no cambien sus circunstancias económicas”* proponemos que la medida deberá contemplarse para todo el catálogo de servicios de la ley. Nos parece un elemento protector para evitar la situación de riesgo o de exclusión social.

En relación a la participación económica en el coste del servicio de centro de día y de noche, sugerimos clarificar si los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) que realizan programas de rehabilitación y recuperación de la autonomía están exentos de pago por las propias leyes sanitarias. Los actuales usuarios de CO no tienen obligación de copago, y advertimos del riesgo de la introducción del copago en estos servicios puede favorecer por parte de las familias las opciones de PE del cuidado familiar y quedar los dispositivos con baja ratio de usuarios. Proponemos, no aplicar el copago a los usuarios que en la actualidad reciben atención en los CRPS y CO, por su carácter sanitario en el primer caso y por la aplicación Disposición Transitoria Primera, en el segundo caso. Asimismo, en relación a la participación económica en el coste del servicio de ayuda a domicilio, habría que clarificar si la actual atención a domicilio encajaría como Atención Domiciliaria Especializada o como Servicio de Prevención de la dependencia, al ser los usuarios calificados su dependencia probablemente de Grado 1.

No se puede concretar una cantidad mensual porque dependerá de cada caso concreto, teniendo en cuenta la capacidad económica y las horas concedidas.

En esta línea sumatoria de participación económica de la persona beneficiaria en supuestos de reconocimiento de más de un servicio, entendemos que los que ya están recibiendo más de un servicio seguirán con la misma situación según la Disposición Transitoria Primera. Nos gustaría que se clarificara este aspecto. Ahora bien, en la práctica, está ocurriendo que en muchos de los PIA actualmente resueltos en el campo de la atención a la dependencia relacionada con trastornos mentales graves, solo se reconoce una sola prestación o servicio, generalmente residencial. Pero la realidad es que muchas personas vienen disfrutando de varios servicios, que según esta propuesta de decreto que informamos, serían ahora compatibles. Por lo que proponemos que, para evitar recortes en la prestaciones, y no perjudicar los derechos individuales, que se arbitre un procedimiento para revisar y actualizar los PIAs de estas personas, que estén sujetas a la compatibilidad. Asimismo, en los casos de usuarios con más de un servicio reconocido se les sigue manteniendo el 20% del IPREM (106 euros mensuales) para gastos personales, esto nos parece insuficiente –probablemente estas personas tendrán un perfil de múltiples necesidades- para realización en contextos reales de la recuperación de su autonomía personal. En cuanto a los usuarios de Atención en domicilio propio especializada no queda tan claro, habría que estudiar cada caso concreto teniendo en cuenta su capacidad económica y el número de personas que conviven en el domicilio familiar.

Señalar también que en las cuantías de los indicadores de referencia, en relación *al indicador de referencia relativo al servicio de transporte*, consideramos que su reconocimiento no debe limitarse a situaciones de dependencia vinculadas a dificultades en la movilidad física, ya que entendemos que el objetivo de este indicador es facilitar la accesibilidad a recursos y prestaciones. En este sentido, debido a la orografía de nuestras islas con sistemas de transporte público deficitario, sobre todo en zonas rurales, el ciudadano tiene un coste añadido para sus desplazamientos

a los recursos disponibles. Por lo que consideramos que este servicio también debe considerarse individualmente para todas aquellas personas con enfermedad mental grave en situación de dependencia con bajos ingresos económicos.

En cuanto al régimen transitorio para personas que a la entrada en vigor del Decreto sean beneficiarias de algún servicio o prestación del sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, nos parece adecuado que a *“las personas a las que se les reconozca derecho a las prestaciones de centro de día, noche o atención residencial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y que a la entrada en vigor del presente Decreto estuvieren siendo atendidas en centros públicos, concertados de la misma clase y participen en el coste del servicio, mantendrán el régimen de participación que tenían, sin perjuicio que la persona interesada solicite la revisión de su aportación conforme a los criterios establecidos en este Decreto, siendo de aplicación la opción que resultara más favorable a aquella”* Nos parece que se garantiza la situación actual a todos los usuarios incorporados a los recursos, aunque les da opción a mejorarla si procede. Habría pues que clarificar si en las situaciones que prestaciones de carácter residencial actualmente gratuitas, no existe copago, se mantendrían, al igual, Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Atención en Domicilio Propio, Centros Ocupacionales y Empleo.

En definitiva a sabiendas que el copago se instaura, como política de eficiencia del Estado del Welfare, nos parece que habría que lograr un equilibrio entre la participación económica de los actuales beneficiarios de los servicios y los posibles beneficiarios futuros, garantizando la gratuidad de los servicios para aquellas personas con rentas mínimas. Y la consideración que las personas, en la cartera de prestaciones del SNS, tienen derecho a la rehabilitación, de manera gratuita. Por lo tanto, mantenemos la opinión que la atención de rehabilitación en los CRPS sea gratuita (12).

Estamos a la espera que se vuelva a convocar la comisión del tercer sector, ya que solo hemos tenido dos reuniones y solo se nos presentaron los dos primeros proyectos de decreto. Esperamos que se nos comuniquen los resultados del debate

abierto y no haya sido solo un gesto electoral. Seguro que en el próximo otoño habrá sustanciosas novedades.

Recomendaciones

A nosotros nos parece que cualquier línea de trabajo que pretenda consolidar los recursos actuales y preparar el futuro, con modelos interdepartamentales y políticas transversales, debe tener en cuenta la experiencia acumulada, haciéndose imprescindible una serie de recomendaciones en el caso de la construcción del SICAD:

- Cualquier iniciativa o medida debe servir para consolidar los recursos actualmente existentes en la Comunidad Autónoma de Canarias, desarrollados a través del PAD y destinados a las personas con discapacidad por trastornos mentales graves.
- Ninguna persona que actualmente disfruta de alguna plaza financiada por el PAD o convenios interadministrativos, a través de una prestación con financiación pública, debe verse perjudicada por la implementación y desarrollo del nuevo sistema.
- Cualquier medida o iniciativa debe estar considerada en la dimensión de favorecer la autonomía personal.
- Cualquier medida o iniciativa debe tender a prestar servicios y atención profesionalizada y suficientemente acreditada por los organismos públicos correspondientes.
- Cualquier medida o iniciativa debe favorecer la transversalidad de las acciones conjuntas entre las administraciones, los procedimientos, los profesionales y las familias. Así mismo debe favorecerse la eficiencia y la calidad en la gestión de las prestaciones y servicios.
- Cualquier medida o iniciativa debe contemplar la diversidad de la naturaleza de las situaciones de dependencia que originan los trastornos mentales graves, favoreciendo prestaciones y servicios coherentes con esta naturaleza.
- Complejidad competencial: necesidad de clarificación de las competencias institucionales referidas a Ayuntamientos y Cabildos.

- Cualquier medida o iniciativa deberá participar las sociedades científicas y las ONG de familiares, el movimiento de primera persona y las Fundaciones Tutelares.
- Necesidad de incorporación de los CIRPAC al proceso de constitución del Sistema Canario de Atención a la Dependencia (SICAD).

Contacto:

Francisco Rodríguez Pulido.
fpulido15@yahoo.es

Bibliografía

1. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia BOE núm. 299 de 15 de diciembre de 2006.
2. Carmen Moran. El Tribunal de Cuentas investigará la financiación de la Dependencia. Madrid - El País, Sociedad, 02/03/2010.
3. Grupo de expertos Parlamento. Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia Segunda parte: Documento técnico de apoyo para la elaboración de las recomendaciones. Septiembre de 2009.
4. La AEN y la aplicación de la “Ley de la Dependencia”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2010; 30 (107): 533-549.
5. Rodríguez Pulido F. Sanidad, salud mental y la ley de dependencia, En Rodríguez Pulido F. La recuperación de las personas con trastornos mentales graves: Modelo de red de redes. Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife. Cabildo Insular Tenerife. 2010; 319-325.
6. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006 Ministerio de Sanidad y Consumo. Sanidad 2007.
7. Información Estadística del SAAD. Situación a 1 de Enero del 2001. www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/presentacionest2010.pdf.
8. EL Diputado del Común. Parlamento de Canarias. Implantación del SAAD en Canarias. Informe Anual 2009. www.diputadodelcomun.org.
9. Francisco Rodríguez Pulido. El reconocimiento de la situación de dependencia en las personas con trastorno mental grave. En Rodríguez Pulido F. La recuperación de las personas con trastornos mentales graves: Modelo de red de redes. Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife. Cabildo Insular Tenerife. 2010; 329-335.
10. Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero (BOE de 18 de febrero). Baremo de valoración de la situación de dependencia. www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/valdep/index.htm.
11. I Jornadas de Responsables de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Canarias. El Hierro, 17 y 18 de marzo de 2009. Servicio regional de Salud Mental. Servicio Canario de la Salud. www.ascane.info
12. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222 16 septiembre 2006.

- Aceptado: 6-6-11.

Material 1



Informe especializado de salud mental en la valoración de la dependencia de

D/DÑA. con fecha de nacimiento de años de edad, residente en, recurso dependiente del ECA, presenta un diagnóstico de de carácter crónico de años de evolución, con un grado de minusvalía del %. El grado de dependencia que presenta es el de (Ver Anexo I).

La naturaleza de la discapacidad tiene carácter permanente y es derivada de la enfermedad que presenta, ocasionándole la pérdida de la autonomía mental y personal y precisando la actuación de otras personas para realizar las actividades propias en el seno de la comunidad.

La persona valorada requiere el apoyo indispensable de otra u otras personas para llevar a cabo, de una forma adecuada, las tareas en su entorno habitual, o bien que no es capaz de realizarla de ninguna manera sin apoyo. Este desempeño negativo está derivado de la situación de dependencia por problemas de funcionamiento mental. El usuario presenta alteraciones perceptivas-cognitivas y falta de iniciativa y capacidad de ejecución para realizar determinadas tareas de forma coherente y con comprensión de su necesidad. Ello representa un alto nivel de dificultad para el desempeño de las tareas que a continuación se mencionan para las que requiere ayuda de otra persona:

- **En la valoración de “comer y beber”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo de (Ver Anexo II) con una frecuencia de (Ver Anexo III) para: Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos, cortar o partir la comida en trozos, usar cubiertos para llevar la comida a la boca o acercarse el recipiente de bebida a la boca, dentro o fuera del domicilio.
- **En la valoración de “higiene personal relacionada con la micción y defecación”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo de (Ver Anexo II) con una frecuencia de (Ver Anexo III) para: [el acto de indicar su necesidad, elegir y acudir a un lugar adecuado, manipular la ropa, adoptar o abandonar la postura adecuada, limpiarse antes y después] dentro o fuera del domicilio.
- **En la valoración de “lavarse”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo (Ver Anexo II) con una frecuencia de (Ver Anexo III) para: [abrir y cerrar grifos, lavarse las manos acceder a la bañera, ducha o similar, lavarse la parte inferior del cuerpo, lavarse la parte superior del cuerpo] dentro o fuera del domicilio.



- **En la valoración de “otros cuidados corporales”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo de
..... (Ver Anexo II) con una frecuencia de (Ver Anexo III) para: *[peinarse, cortarse las uñas, lavarse el pelo, lavarse los dientes]* dentro o fuera del domicilio.
- **En la valoración en “vestirse”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo de
(Ver Anexo II) con una frecuencia de (Ver Anexo III) para: *[reconocer y alcanzar la ropa y el calzado, calzarse, abrocharse botones o similar, vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo, vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo]* dentro o fuera del domicilio.
- **En la valoración en “mantenimiento de la salud”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo
(Ver Anexo II) con una frecuencia de (Ver Anexo III) para: *[solicitar asistencia terapéutica, aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas de carácter farmacológico o de asistencia a los servicios especializados, evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio, evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio, pedir ayuda ante una urgencia]*. Sin apoyo, no evitaría los riesgos relacionados con la promiscuidad sexual, el consumo de tóxicos, dietas inadecuadas, no ejercicio físico, etc.
- **En la valoración de “cambiar y mantener la posición del cuerpo”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo
(Ver Anexo II) con una frecuencia de (Ver Anexo III) para: *[cambiar de tumbado a sentado en la cama, permanecer sentado, cambiar de sentado en una silla a estar de pie, permanecer de pie, cambiar de estar de pie a sentado en una silla, transferir el propio cuerpo mientras se está sentado, transferir el propio cuerpo mientras se está acostado, cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado]*.
- **En la valoración de “desplazarse dentro del hogar”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo
..... (Ver Anexo II) con una frecuencia de (Ver Anexo III) para: *[realizar desplazamientos para vestirse, realizar desplazamientos para comer, realizar desplazamientos para lavarse, realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado, como: abrir la puerta, contestar el teléfono, etc., realizar desplazamientos entre estancias no comunes, acceder a todas las estancias comunes del hogar]*. El usuario presenta *[aislamiento social, desorientación o pérdida de contacto con la realidad]*. También presenta falta de iniciativa y desconocimiento por una interpretación inadecuada de los estímulos, lo que conlleva a una dificultad especial en el mantenimiento de su salud por un no desplazamiento o desplazamiento inadecuado.
- **En la valoración de “desplazarse fuera del hogar”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo
..... (Ver Anexo II) con una frecuencia de (Ver Anexo III) para: *[acceder al exterior, realizar desplazamientos alrededor del edificio, realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos, realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos, realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos, realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos]*.
Incurrir en riesgo por *[caídas, cruces indebidos, desorientación, aislamiento, etc.]*.
- **En la valoración de “tareas domesticas”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo
(Ver Anexo II) con una frecuencia de... (Ver Anexo III) para: *[preparar comidas, hacer la compra, limpiar y cuidar de la vivienda, lavar y cuidar la ropa.]*

- **En la valoración de “tomar decisiones”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo

(Ver Anexo II) con una frecuencia de (Ver Anexo III) para: *[Decidir sobre la alimentación cotidiana. Dirigir los hábitos de higiene personal. Planificar los desplazamientos fuera del hogar. Orientar sus relaciones interpersonales con personas conocidas. Orientar sus relaciones interpersonales con personas desconocidas. Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano. Disponer de su tiempo y sus actividades cotidianas. Resolver el uso de servicios a disposición del público].* Puede ejecutar físicamente la acción pero necesita apoyo de otras personas para conocer y comprender los hechos y sus circunstancias y evaluar los efectos de su decisión.

En resumen: la persona informada presenta dificultades en la mayoría de las dimensiones valoradas, con dificultades en el desempeño vinculadas a su trastorno mental, necesitando supervisión la mayoría del tiempo y de un entorno facilitador como es el del recurso de (piso supervisado, mini residencia, atención en domicilio propio) que en la actualidad disfruta y el programa de rehabilitación del

En S/C de Tenerife, a de de 2009.

Fdo. Dr. Psiquiatra ECA, Servicio Canario de la Salud.

Anexo I Grado de dependencia

Grado I: Dependencia moderada: Necesita ayuda para varias actividades al menos 1 vez al día o ayuda de tipo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Grado II. Dependencia severa: Necesita ayuda para varias actividades varias veces al día pero no requiere apoyo extenso para su autonomía personal o ayuda de tipo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Grado III. Gran Dependencia: Necesita ayuda para varias actividades varias veces al día por pérdida total de autonomía. Necesita apoyo indispensable y continuo.

Anexo II - Tipo de apoyo

1. **Supervisión:** Conlleva la estimulación verbal o gestual a la persona valorada mientras ésta ejecuta por sí misma la tarea a fin de que la desarrolle adecuadamente, así como la orientación en la toma de decisiones.
2. **Física Parcial:** Comprende la colaboración física con la persona valorada en la ejecución parcial o completa de la tarea. Ésta incluye la preparación de elementos necesarios para la realización de la tarea por sí mismo.
3. **Sustitución Máxima:** Comporta que la persona valorada no puede ejecutar por sí misma la tarea completa de ningún modo.
4. **Apoyo Especial:** Consiste en cualquiera de los apoyos anteriormente descritos cuando su prestación en el desarrollo de la tarea resulta obstaculizada por la interferencia determinante de condiciones excepcionales de salud de la persona valorada.

Anexo III - Frecuencia de apoyo

Se identificará considerando el número de ocasiones en que la persona valorada necesita apoyos personales cuando ésta deba realizar la tarea. La graduación se determina del siguiente modo, de acuerdo con los intervalos que propone la escala genérica de la CIF (OMS, 2001):

1. Casi nunca • 2. Algunas veces • 3. Bastantes veces • 4. Mayoría de las veces • 5. Siempre

Emociones y cognición social en bulimia nerviosa

Emotions and social sensitivity in bulimia nervosa

María Herrera Giménez¹, Silvestre Martínez Benítez², José Manuel López Navarro³

¹Psiquiatra. Doctora en Medicina y Cirugía. Hospital General Universitario Morales Meseguer.

²Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico Román Alberca. El Palmar, Murcia.

³Psiquiatra. Hospital General La Fundación. Cieza. Murcia.

Resumen:

Objetivos: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se consideran de etiología multifactorial, con una fisiopatología desconocida en la que está implicados múltiples factores, entre los que se incluyen los socioculturales, psicológicos y fisiológicos. En el curso de la enfermedad se observan cambios en estructuras y funciones cerebrales.

Método: Los estudios neuropsicológicos revelan alteraciones en dominios cognitivos, en comparación con estudios de individuos sanos. Mediante una prueba probamos la diferencia en la cognición social entre sujetos sanos y sujetos con bulimia nerviosa.

Resultados: El principal resultado de nuestro estudio es que pacientes con bulimia nerviosa muestran alteraciones en la cognición social en comparación con sujetos sanos.

Discusión: Estos resultados proporcionan evidencias del rol de las emociones y la cognición social en la enfermedad. La sintomatología clínica cursa con alteración de las funciones neuropsicológicas, que deben ser consideradas en el tratamiento de la enfermedad.

Palabras clave: bulimia nerviosa, emociones cognición social.

Abstract:

Introduction: Eating disorders are common, demanding and in many cases life threatening diseases. The etiology is still unclear. Many kinds of factors may be involved, including sociocultural, psychological and physiological factors. Within the course of the disease several changes in brain structure and function can be observed.

Method: Neuropsychological studies have revealed an impairment in several cognitive domains, compared with those studies of healthy individuals.

Result: The main result of our study is that patients with bulimia nervosa show decision making alterations compared with wee-matched healthy comparison subjects.

Discussion: Emotions and cognition social are important in bulimia nervosa. Clinical symptoms of bulimia nervosa are related to neurocognitive functions, which might be considered in treatment of the disease.

Key words: bulimia nervosa, emotions, social sensitivity.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se han convertido en las últimas décadas en un importante foco de interés para la investigación básica y clínica. En la actualidad, se consideran de etiología multifactorial, con una fisiopatología desconocida en la que están implicados múltiples posibles factores. En general se asocian a cierto grado de disfunción neuropsicológica acompañados de anormalidades neurobiológicas¹. Steiger y colaboradores² postulan la hipótesis de que las dificultades para controlar los impulsos deben contribuir a la génesis de grandes atracones de comida, existiendo, por tanto, un enlace entre déficits en la función ejecutiva y la existencia de atracones o purgas.

En la BN hay un déficit de funciones cognitivas específicas, como la disminución de la atención y la disfunción en varios subcomponentes de la función ejecutiva, que se ha relacionado con alteraciones en la serotonina³.

En 1978, Pemack y Woodruff⁴ describen la “Teoría de la mente” como la capacidad de atribuir estados mentales de uno mismo a otras personas, siendo esta habilidad el principal camino con el que damos sentido o podemos predecir el comportamiento de otras personas. Esta definición de teoría de la mente es muy similar al término empatía. Así, se ha propuesto que la habilidad para procesar información acerca del estado emocional de otra persona se basa en la habilidad para procesar información sobre el propio estado emocional. Esta función depende del hemisferio derecho, específicamente de las estructuras giro frontal superior y medio del lóbulo frontal derecho y de la amígdala⁵.

Investigadores en neuropsicología han desarrollado una prueba de percepción facial denominada “*Reading the mind in the eyes*” que tiene una gran importancia en el campo de la cognición social, ya que mide la capacidad de ponerse en el lugar del otro⁶, y es muy sensible a su déficit⁷. En esta prueba, el sujeto debe detectar el estado mental y emocional del otro a partir de la expresión de su región ocular.

Sujetos y metodo

El objetivo de este trabajo es estudiar los procesos de cognición social y emocional que, como se

ha indicado más arriba, parecen encontrarse alterados (al menos en lo referente a la emoción) en este tipo de pacientes. Para este propósito empleamos la tarea *reading the mind in the eyes*.

Nos planteamos la hipótesis de que el procesamiento de emociones en pacientes diagnosticadas de bulimia, estudiado mediante la percepción emocional está alterado.

Sujetos: La muestra esta compuesta por 19 mujeres que cumplían criterios de diagnóstico de bulimia nerviosa según DSM-IV TR, con edades comprendidas entre 17 y 31 años ($M=23$, $DT=4,24$), seleccionados de varios Centros de Salud Mental de la Región de Murcia.

Dentro de los criterios de selección se incluía la ausencia de adicciones a cualquier tipo de sustancia, ausencia de enfermedades sistémicas que pudieran afectar al sistema nervioso y que las pacientes seleccionadas presentaran un CI normal. Todas las pacientes seleccionadas se encontraban en fase de seguimiento de su enfermedad desde un mínimo de 2 años.

El grupo de control estaba compuesto por 28 mujeres sanas, con edades comprendidas entre 19 y 34 años ($M=22$, $DT=3,44$), estudiantes de la Facultad de Psicología, que participaron de forma voluntaria en el estudio (recibiendo créditos en una de sus asignaturas por su participación).

En ambos grupos los sujetos que accedieron a participar en el estudio dieron su consentimiento informado estando los procedimientos de acuerdo con la declaración de Helsinki.

Método: *Tarea de percepción emocional: “Reading the mind in the eyes”*

Mediante esta tarea el sujeto debe detectar el estado emocional del otro en base a la expresión de la región ocular.

A cada uno de los participantes se le presenta una serie de 36 de fotografías, una en cada ensayo. Cada fotografía representa la región ocular de diferentes sujetos, masculinos y femeninos, de diversas edades. En la parte superior de la pantalla del ordenador aparece la fotografía y en la parte inferior de la pantalla aparecen cuatro opciones, siendo una de ellas la correcta. Estas cuatro opciones

son cuatro adjetivos que describen lo que el sujeto de la fotografía está pensando ó sintiendo, y de estos cuatro adjetivos, uno de ellos es el correcto.

En cada ensayo, los sujetos deben elegir uno de los cuatro adjetivos, al final de los 36 ensayos de cada uno de los participantes se recogerá el número de ensayos correctos, así como el tiempo medido en segundos que se ha tardado en realizar los cada uno de los ensayos.

Resultado

El análisis de las respuestas correctas mostró que las pacientes bulímicas rendían peor que los sujetos de control, $t(45)=-8,04$, $p<0,0001$. Tal y como se muestra en la **figura 1**, las pacientes bulímicas ($M=0,39$, $DT=0,13$) presentaban una proporción de respuestas correctas menor que los sujetos de control ($M=0,65$, $DT=0,09$).

Figura 1. Proporción de respuestas correctas en la tarea de percepción emocional.

Respecto a la latencia de respuesta, las pacientes bulímicas presentaron una menor latencia ($M=3,20$, $DT=1,20$) que el grupo control ($M=6,54$, $D=1,21$), $t(45)=-9,30$, $p<0,0001$.

Por último, realizamos un análisis de correlación entre el tiempo de latencia y la proporción de respuestas correctas, encontrando una correlación positiva significativa, $r=0,743$, $p<0,0001$ (**Figura 2**).

Conclusiones

En la prueba de reconocimiento de emociones a través de la mirada encontramos una diferencia significativa en los resultados entre las pacientes bulímicas y los sujetos del grupo de control, siendo las pacientes bulímicas las que peor rendimientos obtienen. Platek y colaboradores⁸ ya

postulan en 2004 que la empatía y la comprensión de los estados mentales de otras personas están muy relacionadas con el procesamiento de emociones de uno mismo. Como referíamos anteriormente, las pacientes bulímicas destacan por sus grandes dificultades temperamentales y gran inestabilidad afectiva, siendo, por tanto, extrapolable su dificultad para controlar y conocer sus propias emociones a la dificultad de cognición social y empatizar con las emociones de los demás sujetos.

Estas pacientes presentan un déficit destacable, a la luz de nuestros resultados, en la percepción e interpretación de expresiones faciales emocionales. No obstante, la aparición de una alta correlación positiva entre la proporción de respuestas correctas y la latencia de respuesta podría también indicar que las respuestas más rápidas podrían estar relacionadas con un menor análisis de la información emocional y, por lo tanto, un aumento de los errores. Sería interesante que la investigación futura clarificara este punto, ya que es importante conocer si en las pacientes bulímicas, los déficits en la percepción emocional están relacionados con una disfunción en el procesamiento de la información emocional o con una mayor impulsividad a la hora de realizar sus respuestas.

Debemos considerar, por último, algunas limitaciones de nuestro estudio. En primer lugar, hay que destacar que el número de sujetos de la muestra experimental es bajo, por lo que se puede ver comprometida la generalización de nuestros datos a la población general. En segundo lugar, la ausencia de medidas fisiológicas o cerebrales limitan un tanto el alcance de nuestros resultados.

Contacto:

María Herrera Giménez

Hospital General Universitario Morales Meseguer • Calle Marqués de los Velez s/n • 30009 Murcia

Avenida de la Libertad nº 6 bloque II piso 1º C • 30009 Murcia

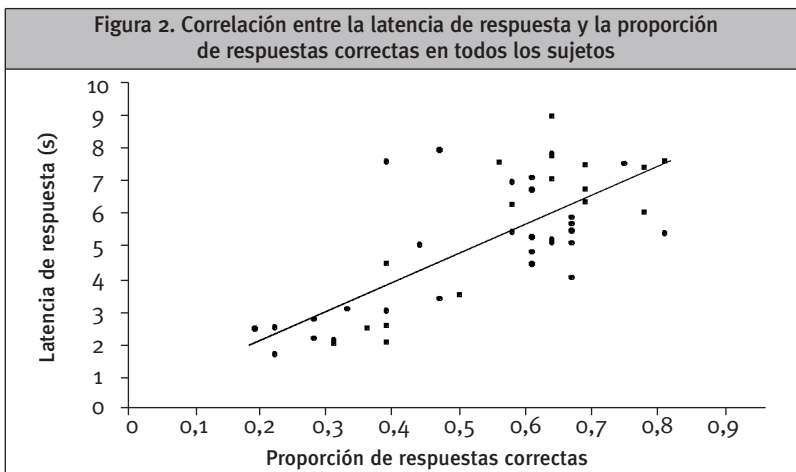
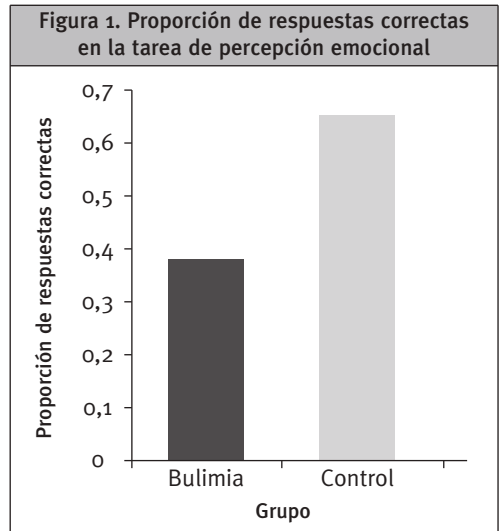
mariapsiqui@hotmail.com

Tel. 660 163 246.

Bibliografía

- ¹ Kaplan-Sadock. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Capítulo 23: trastornos de la conducta alimentaria. 739-755. Novena edición. Ediciones Waverly Hispánica. Madrid.
- ² Steiger H, Lehoux PM, Gauvin L. Impulsivity, dietary control and the urge to binge in bulimic syndromes. *Int J Eat Disord*. 26: 261-274. 1999.
- ³ Brand M., Franke-Sievert C., Jacoby G., Markowitsch H.J. Neuropsychological correlates of decision making in patients with bulimia nervosa. *Neuropsychology* 21, 6: 742-750. 2007.
- ⁴ Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a "theory of mind"? *Behaviour and brain sciences* 1978. 4;515-526.
- ⁵ Shaw P; Bramham E; Lawrence J; Morris J; Baron-Cohen S; David S. Differential effects of lesions of the amygdala and prefrontal cortex on recognizing facial expressions of complex emotions. *Journal of cognitive neuroscience* 17:9, 1410-1419. 2005.
- ⁶ Baron-Cohen S., Wheelwright S., Hill J., Raste Y. The reading the mind in the eyes. Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Child psychiat.* 42.2: 241-251. 2001.
- ⁷ Platek S; Keenan J.P; Gallup G; Mohamed F.B. Where am I? The neurological correlates of self and other. *Cognitive brain research*. 19: 114-119. 2004.
- ⁸ *Ibidem*.

• Aceptado: 08/06/11



Intervención precoz en la Depresión Bipolar: Inferencias de un estudio descriptivo

Early intervention in Bipolar Depression: Inferences from a descriptive study

Jacqueline Mayoral van Son, Psiquiatra^{1,2}. Teresa Moreno Calle, Psiquiatra^{1,2*}. Jesús Artal Simón, Psiquiatra¹. Elsa Gómez Ruiz, Psicóloga¹. Patricia Caballero, Psicóloga Clínica¹. Sara González, Psicóloga Clínica¹. Concepción Villacorta, Trabajadora Social¹. Jose Luis Vázquez-Barquero, Jefe de Servicio de Psiquiatría del HUMV, Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Cantabria^{1,4}.

1. Programa Jano, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria.
2. CSM Torrelavega, Hospital Sierrallana, Cantabria.
3. Red Salud Mental Bizkaia, Osakidetza.
4. Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria.

Resumen: La Depresión Bipolar sigue siendo una entidad clínica que supone una gran carga para las personas que la padecen y complica el curso y pronóstico del Trastorno Bipolar. El objetivo de este trabajo es describir las características de la Depresión Bipolar en la muestra de personas afectas de un Trastorno Bipolar de inicio reciente, durante un año de seguimiento.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo a un año de seguimiento en 66 pacientes incluidos en un programa de atención a las fases iniciales del Trastorno Bipolar del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Se recogieron variables clínicas y sociodemográficas.

Resultados: El 10.2% de la muestra cumplía criterios de episodio depresivo y el 3.3% presentaba sintomatología depresiva subsindrómica al inicio y al cabo de un año de seguimiento. A lo largo del seguimiento la mayoría de los virajes experimentados por los sujetos fueron virajes depresivos.

Conclusiones: La depresión bipolar se presenta con frecuencia en las fases iniciales del trastorno. Se necesitan más estudios para evaluar la influencia de la intervención precoz de la depresión bipolar en el pronóstico a largo plazo.

Palabras clave: Depresión, Trastorno Bipolar, Intervención Precoz.

Abstract: Bipolar Depression represents a great burden for individuals suffering from Bipolar Disorder, worsening the long term outcome and prognosis. The aim of this study is to describe the features of Bipolar Depression in a sample of people in early stages of Bipolar Disorder, during a one-year follow up period.

Method: A descriptive study was carried out in 66 patients included in a clinical and research program focused in the intervention in the early phases of Bipolar Disorder at University Hospital Marqués de Valdecilla. Clinical and sociodemographical variables were recorded.

Results: 10.2% fulfilled criteria for a major depressive episode, whereas 3.3% showed subsyndromal depressive symptoms both at baseline and one year. During the follow up most of mood switches were depressive.

Conclusions: Bipolar Depression appears frequently in the early phases of Bipolar Disorder. More research is needed to clarify the influence of its early detection and intervention in the long term outcome.

Key words: Depression, Bipolar Disorder, Early Intervention.

Introducción

El Trastorno Bipolar es uno de los graves problemas de salud pública. En los estudios de la OMS sobre morbilidad, el trastorno bipolar, ocupa el sexto puesto entre todos los trastornos médicos (1). La enfermedad bipolar produce una gran discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen por su carácter crónico y recidivante, así como alta mortalidad por sus elevadas tasas de suicidio que, en algunos estudios, superan el 20% (2).

La manía ha recibido tradicionalmente una mayor atención en el estudio del Trastorno Bipolar, quedando la depresión bipolar relegada a un segundo plano hasta los últimos años, extrapolándose los resultados de los ensayos clínicos de depresión unipolar a las depresiones bipolares, sabiendo, hoy en día, que existen características particulares que las diferencian así como actitudes terapéuticas diferentes respecto a la depresión unipolar.

Los clínicos tienden a reconocer la manía más fácilmente y generalmente la depresión bipolar se encuentra infradiagnosticada o mal diagnosticada como depresión unipolar. La naturaleza bipolar de una depresión puede ser difícil de establecer, sobre todo cuando nos encontramos ante un primer episodio depresivo (depresión *pseudounipolar*).

Algunos autores como Akiskal han sugerido ciertos criterios que contienen factores predictivos de bipolarización como presentar una historia familiar de trastorno bipolar, hipomanía inducida por tratamiento, depresión con hipersomnia y ralentización motora, depresión psicótica, inicio en el postparto, inicio temprano antes de los 25 años (3).

Además, el trastorno bipolar tipo II, a pesar de haber sido denominada en ocasiones como

“trastorno bipolar leve”, constituye una patología grave, por su frecuencia de episodios y su dificultad de diagnóstico (episodios hipomaniacos escasamente detectados) que retarda el inicio de un tratamiento adecuado, por lo que se ensombrece el pronóstico con mayor probabilidad de aceleración de ciclos (4).

Asimismo, a pesar del reciente interés por los distintos aspectos del trastorno bipolar, la Depresión Bipolar sigue siendo uno de los problemas clínicos con necesidades menos cubiertas y uno de los procesos menos estudiados desde el punto de vista de investigación rigurosa y de ensayos terapéuticos controlados (5).

Características clínicas de la Depresión Bipolar

La Depresión Bipolar sigue siendo una entidad clínica infradiagnosticada, tanto por el hecho de no detectarse el componente bipolar en los episodios afectivos previos, como por la falta de síntomas específicos del cuadro clínico de Depresión Bipolar. Todo esto nos lleva a que muchos pacientes no sean identificados y por tanto no reciban el tratamiento adecuado, empeorando la evolución del trastorno con mayor riesgo de virajes, aceleración de ciclos y consecuentemente un mayor sufrimiento para el paciente.

Aun así, se han descrito elementos característicos de los cuadros depresivos bipolares como el retardo motor, la afectación cognitiva, el inicio precoz, los síntomas psicóticos, el inicio en el puerperio, y los síntomas atípicos (6).

La fase depresiva del trastorno bipolar es una forma de depresión difícil de diferenciar de la depresión unipolar, si no se ha identificado un episodio maníaco o hipomaniaco previo.

La descripción clásica de los estados depresivos bipolares (7), destaca una disminución o lentificación del afecto y la conducta. De los tres grandes grupos sintomáticos principales- humor, cognición y percepción, actividad y conducta- según estos autores, el humor es el síntoma que menos varía. El humor es pesimista, desesperanzado, con sentimientos de inutilidad e incapacidad de experimentar placer, con frecuencia aparece irritabilidad y ansiedad. Los pacientes refieren dificultades de atención y concentración, lentificación del pensamiento y se observan déficits de funciones cognitivas como memoria, atención, fluidez verbal, aprendizaje y función ejecutiva (8, 9), y aparece un mayor retardo psicomotor.

Si bien es difícil diferenciar una depresión unipolar de la bipolar fijándonos sólo en aspectos clínicos, existen algunas características que nos pueden ayudar a distinguirlas. La depresión Bipolar suele tener un comienzo en edad más temprana que la unipolar (adolescencia), el inicio suele ser más brusco y es frecuente que aparezcan episodios en el puerperio, presentan mayor número de episodios así como menor duración de los mismos. Estos pacientes suelen tener antecedentes familiares de enfermedad bipolar y pueden haber presentado episodios hipomaniacos tras tratamiento antidepressivo. Es más frecuente hallar retardo psicomotor e hipersomnia (6, 10).

Relevancia de intervención precoz en Depresión Bipolar

El trastorno bipolar tiene un severo impacto en la vida de los pacientes y sus familias, incluyendo las relaciones sociales, la realización de trabajo y asunción de responsabilidades. Estudios demuestran que 12 meses después de una hospitalización por un episodio de la enfermedad, el 61% de los pacientes presentaban recuperación sindrómica, mientras que sólo el 36% de los pacientes alcanzaron la recuperación funcional (11).

El recuperar la calidad de vida y el nivel de funcionamiento premórbido es de primordial importancia para el paciente bipolar y por tanto, el principio que guíe el estudio y tratamiento de este trastorno.

¿Y por qué describir o estudiar la depresión bipolar en las primeras fases del Trastorno? Consideramos importante dedicarnos a este aspecto de la enfermedad bipolar por la gran implicación clínica y repercusión a nivel funcional, social y familiar que va a tener la fase depresiva a lo largo de la vida de los pacientes que presentan un T. Bipolar.

Sabemos que los síntomas depresivos en el T. Bipolar tienen un impacto más negativo en la vida del paciente que los maníacos. La carga que produce la depresión bipolar es mayor que la de la manía, ya que los pacientes pasan más tiempo en fase depresiva, teniendo más dificultades en el trabajo, vida social y familiar; y un incremento del riesgo de suicidio tanto en fase sindrómica como subsindrómica. Ya en 1990 Goodwin y Jamison establecieron que el riesgo de morir por suicidio en la población Bipolar a lo largo de su vida era del 10-20%.

Estudios longitudinales de adultos con trastorno bipolar han señalado que los pacientes se encontraban predominantemente en fase depresiva, entre 3-4 veces más tiempo que en fase maniaca en el T. Bipolar tipo I y hasta 39 veces más tiempo en fase depresiva que hipomaniaca para el T. Bipolar tipo II (12), incluso en medios altamente especializados y con tratamientos intensivos.

Además, la depresión bipolar se asocia a un mayor riesgo de no respuesta o pérdida de respuesta a antidepressivos, de viraje a manía y aceleración de ciclos, de riesgo suicida, abuso de alcohol comórbido, así como a un mayor número de hospitalizaciones (13, 14).

También se ha descrito en la literatura que, a mayor número de episodios depresivos previos más probabilidad de padecer futuros episodios de la enfermedad, con un mayor riesgo de ciclación rápida y por tanto un peor ajuste social y un aumento de riesgo de intento de suicidio grave (15). Estos autores realizaron un estudio naturalístico en el que reclutaron 258 pacientes de la Stanley Foundation Network, que se siguieron prospectivamente durante 1 año. Los pacientes incluidos eran pacientes graves y observaron que: el 27% se encontraban sintomáticos la mayor parte del año, un 40% estaban intermitentemente enfermos a lo largo del año y sólo un

33% presentaban síntomas mínimos o se encontraban asintomáticos (16). Otros autores señalan que los pacientes con T. Bipolar se encontraban eutímicos el 50% del tiempo durante un año o más, el 41% del tiempo estaban deprimidos y sólo un 6% con síntomas maníacos (17).

Actualmente se tiene especial interés no solo por el nivel sindrómico de la enfermedad sino por los periodos subsindrómicos (18). En un estudio realizado por el grupo de Paykel y Scott en Inglaterra, con 204 pacientes y un seguimiento a 18 meses, (los pacientes eran pacientes Bipolares con un curso largo de enfermedad con una mediana de 11 episodios previos, 5 depresivos, 4 maníacos) se observó que estos pacientes pasaban alrededor de 3 veces más tiempo con síntomas depresivos que maníacos y además se encontraban una media del 47% de los meses asintomáticos, un 20% con síntomas leves o menores, un 23% con nivel subsindrómico, y un 10% con síntomas mayores (medido mediante la escala LIFE), hallando que, los síntomas subsindrómicos constituyen un elemento clínico considerable a lo largo del tiempo y, encontrándose los pacientes menos de la mitad del tiempo libres de síntomas (19).

Por tanto, estos resultados de alta prevalencia de síntomas subsindrómicos interepisódicos en el T. Bipolar (predominantemente depresivos), que producen una gran disfunción social, nos obligan a tener una mayor vigilancia en la práctica clínica. De ahí la importancia del paradigma de intervención en las fases tempranas, de modo que, al realizar un estudio e identificación en las fases iniciales del trastorno y sobre todo de las fases depresivas que suelen estar subestimadas o mal etiquetadas como depresión unipolar, se intentará realizar un tratamiento precoz y conseguir una mejor evolución para intentar lograr un mayor tiempo un estado libre de síntomas y un menor grado de discapacidad.

Los objetivos de nuestro estudio fueron describir las características de la Depresión Bipolar en nuestra muestra de personas afectas de un Trastorno Bipolar de reciente aparición, tanto a nivel inicial como al año de seguimiento para intentar encontrar concordancias y/o diferencias que puedan ser específicas de pacientes con un curso temprano de la enfermedad respecto a la literatura previa.

Material y métodos

Sujetos

Para realizar el estudio se reclutó una muestra de 66 pacientes incluidos en un Programa específico de atención a las fases tempranas del Trastorno Bipolar (Programa Jano).

Programa Jano de Fases Tempranas de T Bipolar

El estudio y tratamiento de las fases tempranas del trastorno bipolar así como su detección precoz constituyen aspectos de vital importancia en la práctica psiquiátrica actual. En respuesta a estas necesidades, el Servicio de Psiquiatría del HUMV ha creado el *Programa de Intervención sobre las Fases Iniciales del Trastorno Bipolar-JANO*. Se trata de un programa asistencial protocolizado que ofrece una atención clínica especializada y de alta calidad para todos los sujetos que presenten un primer episodio o un curso de evolución del trastorno inferior a diez años. Con la aplicación de protocolos asistenciales de intervención a corto y medio plazo que combinen estrategias terapéuticas dirigidas tanto a los pacientes como a sus familiares. Adicionalmente, el programa incluye un proyecto de investigación en diferentes aspectos relacionados con el trastorno bipolar desarrollado en la Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria (UIPC).

En este proyecto se estudiaron los pacientes reclutados desde el inicio del Programa en Enero del 2006 hasta Septiembre de 2010.

La muestra de pacientes incluidos durante ese periodo fueron 66, los pacientes fueron referidos desde las USM de Cantabria, vía ambulatoria o desde el Servicio de Urgencias HUMV y hospitalización. 68 Pacientes fueron derivados pero se excluyeron 2 pacientes en la evaluación inicial.

Los pacientes cumplían los siguientes criterios de inclusión: Edad comprendida entre 16-55 años; presentar un Primer Episodio Maníaco, hipomaniaco o mixto. Cumplir criterios diagnósticos DSM-IV_TR Trastorno Bipolar tipo I o T. Bipolar tipo II con un tiempo máximo evolución de 5 años tras el primer episodio maníaco, hipomaniaco o mixto y/o un tiempo máximo 10 años desde el primer episodio depresivo documentado. Se excluyeron los

pacientes que presentaban Patología orgánica cerebral, Retraso Mental o Síndrome de dependencia a sustancias según criterios DSM IV.

Todos los pacientes fueron informados de forma oral y escrita de las características del Programa en el momento de la inclusión y firmaron el Consentimiento informado.

Recogida de datos

Los datos que presentamos corresponden a los datos generales (que incluyen datos sociodemográficos, clínicos, somáticos y antecedentes psiquiátricos) de los pacientes, obtenidos en la visita inicial así como los datos de las evaluaciones psicopatológicas sobre sintomatología depresiva de la visita inicial y del seguimiento al 3^o mes y al año.

La sintomatología depresiva se evaluó utilizando instrumentos psicométricos como La Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton de 17 ítems (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS), los ítems correspondientes a sintomatología depresiva de la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) y el ítem Gravedad de la Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI).

La presencia de sintomatología depresiva subsindrómica se describió como una puntuación en la HDRS mayor de 7 y menor de 14.

El análisis estadístico se realizó con el SPSS versión 14.0, análisis descriptivos de frecuencias.

Resultados

Nuestra muestra final estaba compuesta por 66 pacientes con una distribución por sexos de 52% hombres y 48 % mujeres y con una edad media de 34.21 años.

22 de los pacientes fueron incluidos en el programa vía ingreso hospitalario mientras que los 44 restantes fueron incluidos desde la vía ambulatoria. Características Clínicas (basales y previas): (Tabla 1).

El 85% de los pacientes incluidos en nuestro estudio cumplían criterios diagnósticos de T. Bipolar tipo I (DSM-IV_TR).

En el momento de la inclusión sólo 7 pacientes (10.2%) presentaban sintomatología que cumplía

criterios de episodio depresivo, un 59.3% presentaron un episodio de manía, el 5.1% cumplía criterios de episodio hipomaniaco y un 25.4%, es decir un cuarto de la muestra, se encontraba en eutimia en el momento de la inclusión.

Las variables continuas se muestran en la tabla 2.

La media de edad en el momento de la inclusión en el programa fue de 34.21 años (sd 10.94), pero habían transcurrido 14.28 meses desde el inicio de la sintomatología (sd 20.10).

La media de episodios depresivos previos a la inclusión en el programa fue 1.95. El 29.1% de los pacientes de nuestra muestra no habían presentado ningún episodio depresivo previo, 21,8% 1 solo episodio depresivo previo y el 32.7% 2 episodios depresivos previos. El 16,4% (9 pacientes) presentaron 3 o más episodios depresivos previos. Nuestra muestra se caracteriza por un bajo número de episodios afectivos y sobre todo por haber presentado pocos episodios depresivos previos a la inclusión en nuestro estudio. El 6.1% de los pacientes habían realizado un intento autolítico antes de su inclusión en el programa.

En el momento de la valoración inicial, el 8.2% de la muestra presentaba criterios de episodio depresivo con una puntuación en la HDRS mayor o igual a 14 puntos, mientras que el 3.3% de la muestra presentaba sintomatología depresiva subsindrómica, con una puntuación en la HDRS entre 8 y 13 puntos. En la valoración psicopatológica a un año, los porcentajes de sintomatología depresiva a nivel síndromico y subsindrómico en la muestra permanecieron invariables. Los ítems de depresión de la BPRS puntuaban ausente o muy leve en más del 80% de la muestra.

Nuestros pacientes, sin embargo presentaban sintomatología maniaca florida que se refleja en la puntuación de la YMRS en la visita inicial. (Tabla 3).

En los primeros 3 meses de seguimiento 5 pacientes experimentaron una recaída depresiva (de un total de 6 recaídas), 2 protagonizaron una recurrencia de la sintomatología depresiva (de un total de 3 recurrencias). Los 5 virajes de fase que ocurrieron en los primeros tres meses fueron virajes depresivos. Respecto a los intentos autolíticos, en los 3 primeros meses de seguimiento se produjo una tentativa de suicidio.

Sin embargo, entre los 3 primeros meses y el año de seguimiento, las tasas de recaídas, recurrencias y virajes depresivos fueron menores, con una recaída (de un total de 3 recaídas de cualquier polaridad), una recurrencia (de un total de 6), y 2 virajes (de un total de 4). En este período no hubo evento relacionado con el suicidio.

Discusión

Este estudio presenta hallazgos similares a otras muestras de Primeros Episodios Bipolares en edad y otras variables sociodemográficas (20). Sin embargo, la heterogeneidad en la presentación inicial del Trastorno y la historia natural del mismo, con largos periodos de eutimia de años de duración tras los primeros episodios, complica la generalización de los hallazgos encontrados en estudios de población con un primer episodio maniaco o de episodios afectivos con síntomas psicóticos, ya que en la mayor parte de los casos el primer episodio es del polo depresivo y en muchas ocasiones pasa desapercibido. Por ello, en el Programa Jano decidimos incluir no sólo primeros episodios, sino ampliar el concepto de intervención precoz a personas que habían padecido algún episodio con anterioridad, pero se encontraban en las fases iniciales del trastorno. Dado que en el momento del diseño del programa no existía según nuestro conocimiento ningún otro programa similar, se fijó por consenso entre los componentes del equipo el límite de tiempo de evolución de diez años desde el primer episodio depresivo y cinco años desde el primer episodio maniaco.

La frecuencia de episodios depresivos previos a la inclusión en el programa y a lo largo de un año de seguimiento es menor al compararlo con los datos de la literatura previa, siendo necesario un estudio controlado en nuestro medio para confirmar estos indicios.

El 6.1% de los pacientes habían realizado un intento autolítico antes de su inclusión en el programa, disminuyendo drásticamente la frecuencia de los mismos durante el seguimiento posterior, lo que contrasta con la frecuencia de pacientes que hacen intentos suicidas tras una primera hospitalización en los siguientes dos años (11%) en muestras de primeros episodios psicóticos tanto afectivos como no afectivos (21).

Otro hallazgo llamativo es la elevada proporción de virajes depresivos dentro del total de virajes. Esa elevada frecuencia de la polaridad depresiva del viraje probablemente se relacione con la elevada proporción de polaridad maniaca en el momento de inclusión en el programa.

Los síntomas depresivos son claramente predominantes en el cuadro clínico bipolar, estableciéndose que los pacientes presentan la tercera parte del tiempo síntomas depresivos sindrómicos o subsindrómicos, sin embargo, si detectamos el trastorno en las primeras fases hallamos bajo número de episodios depresivos como podemos observar de los datos obtenidos en nuestra muestra, lo que nos permite intervenir desde el inicio para mejorar la evolución y reducir el tiempo que los pacientes pasan en fase depresiva tanto sindrómica como subsindrómica.

Lo más trascendente es que, además de ser la fase más prolongada y que más sufrimiento provoca en los enfermos con trastorno bipolar, es también la más capaz de producir mortalidad por suicidio y discapacidad, por tanto, se podría disminuir este riesgo con la intervención precoz.

En nuestra muestra hallamos menor frecuencia de número de episodios depresivos previos, nivel sindrómico/subsindrómico depresivo, menor tasa de hospitalizaciones por episodios depresivos, intentos de suicidio y ciclación que en población bipolar habitual probablemente debido al corto curso de la enfermedad. A pesar de contar con las limitaciones del pequeño tamaño muestral, nuestro estudio plantea interrogantes, abre un campo novedoso y sobre todo prometedor para poder entender la complejidad del trastorno desde sus fases más tempranas. Recalcamos la importancia de la "Detección Precoz" que nos va a permitir una intervención temprana y así disminuir la carga que supone la depresión bipolar a lo largo de la vida de los pacientes.

Se necesitan más estudios de la Depresión Bipolar en fases tempranas para intentar encontrar predictores que nos ayuden a disminuir su alto impacto en el trastorno y las tasas elevadas de morbilidad y mortalidad a las que se asocia.

Contacto:

Programa JANO

Unidad de Investigación de Psiquiatría de Cantabria (UIPC) • Planta 12^ª Residencia Cantabria

Avda. Cardenal Herrera Oria s/n • 49011 Santander. Cantabria

tertmc@yahoo.es

Bibliografía

1. Ustun TB, Chisholm D. Global "burden of disease"-study for psychiatric disorders. *Psychiatr Prax* 2001 Jul;28 Suppl 1:S7-11.
2. Woods SW. The economic burden of bipolar disease. *J Clin Psychiatry* 2000;61 Supp 13: 38-41.
3. Akiskal HS, Walker P, Puzantian VR, King D, Rosenthal TL, Dranon M. Bipolar outcome in the course of depressive illness. Phenomenologic, familial, and pharmacologic predictors. *J Affect Disord* 1983 May;5(2):115-28.
4. Vieta E, Gasto C, Otero A, Nieto E, Vallejo J. Differential features between bipolar I and bipolar II disorder. *Compr Psychiatry* 1997 Mar-Apr;38(2):98-101.
5. Frye MA, Gitlin MJ, Altshuler LL. Unmet needs in bipolar depression. *Depress Anxiety* 2004; 19(4):199-208.
6. Mitchell PB, Malhi GS. Bipolar depression: phenomenological overview and clinical characteristics. *Bipolar Disord* 2004 Dec; 6(6):530-9.
7. Goodwin FK, Jamison KR, editors. *Manic Depressive Illness*. New York: Oxford University Press; 1990.
8. Martínez-Aran A, Vieta E, Colom F, Reinares M, Benabarre A, Gasto C, et al. Cognitive dysfunctions in bipolar disorder: evidence of neuropsychological disturbances. *Psychother Psychosom* 2000;69(1):2-18.
9. Martínez-Aran A, Vieta E, Colom F, Torrent C, Sánchez-Moreno J, Reinares M, et al. Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome. *Bipolar Disord* 2004 Jun;6(3):224-32.
10. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Moller H, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000 Sep;59 Suppl 1:S5-S30.
11. Strakowski SM, Keck PE, Jr., McElroy SL, West SA, Sax KW, Hawkins JM, et al. Twelve-month outcome after a first hospitalization for affective psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 1998 Jan;55(1):49-55.
12. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002 Jun;59(6):530-7.
13. Ghaemi SN, Rosenquist KJ, Ko JY, Baldassano CF, Kontos NJ, Baldessarini RJ. Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression. *Am J Psychiatry* 2004 Jan; 161(1):163-5.
14. Olfson M, Das AK, Gameroff MJ, Pilowsky D, Feder A, Gross R, et al. Bipolar depression in a low-income primary care clinic. *Am J Psychiatry* 2005 Nov;162(11):2146-51.
15. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995 Nov;152(11):1635-40.
16. Nolen WA, Luckenbaugh DA, Altshuler LL, Suppes T, McElroy SL, Frye MA, et al. Correlates of 1-year prospective outcome in bipolar disorder: results from the Stanley Foundation Bipolar Network. *Am J Psychiatry* 2004 Aug;161(8):1447-54.
17. Joffe RT, MacQueen GM, Marriott M, Trevor Young L. A prospective, longitudinal study of percentage of time spent ill in patients with bipolar I or bipolar II disorders. *Bipolar Disord* 2004 Feb;6(1):62-6.
18. Kennedy N, Abbott R, Paykel ES. Longitudinal syndromal and sub-syndromal symptoms after severe depression: 10-year follow-up study. *Br J Psychiatry* 2004 Apr;184:330-6.

19. Paykel ES, Abbott R, Morriss R, Hayhurst H, Scott J. Sub-syndromal and syndromal symptoms in the longitudinal course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2006 Aug; 189: 118-23.
20. Tohen M, Zarate CA, Jr., Hennen J, Khalsa HM, Strakowski SM, Gebre-Medhin P, et al. The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: prediction of recovery and first recurrence. *Am J Psychiatry* 2003 Dec;160(12):2099-107.
21. Verdoux H, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, van Os J. Predictors and outcome characteristics associated with suicidal behaviour in early psychosis: a two-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatr Scand* 2001 May;103(5):347-54.

• Aceptado: 8-6-11.

Tabla 1. Características Clínicas basales y previas	
Variables	n(%)
Diagnóstico	
T.B I	51 (85)
T.B II	7 (11,7)
T.B ne	1 (1,7)
Nivel Sindrómico	
Manía	35 (59,3)
Depresión	6 (10,2)
Eutimia	15 (25,4)
Nivel Funcional	
Sin dificultad	17 (28,8)
Con dificultad	42 (71,2)
Episodio más reciente	
1º Episodio	11 (18,6)
Hipomanía	5 (8,5)
Manía	30 (50,8)
Mixto	1 (1,7)
Depresivo	12 (20,3)
Síntomas depresivos	
No episodio depresivo	36 (65,5)
Síntomas melancólicos	14 (21,2)
Síntomas mixtos	1 (1,8)
Intentos suicidio	
Si	4 (6,1)
No	62 (93,9)

TB Trastorno Bipolar; ne, no especificado

Tabla 2. Variables Continuas	
Variables	Media (DS)
Edad (años)	34.21 (10.94)
Edad diagnóstico (años)	32.91 (11.00)
Meses desde dco	14.28 (20.10)
Nº Ep. Maniacos	1.12 (0.71)
Nº Ep. Depresivos	1.95 (3.06)
Nº Hosp Psiquiátricas	1.07 (1.21)
Nº Hosp Ep. Depresivos	0.12 (0.40)

Tabla 3. Escalas psicométricas basal y año 1	
Escalas	Media (DS)
BPRS Total	
Basal	35.3 (11.1)
Año	25.92 (3.30)
BPRS Depresión	
Basal	1.65 (1.35)
Año	1.76 (1.42)
HDRS Total (17)	
Basal	3.93 (5.4)
Año	2.80 (4.68)
CGI grav	
Basal	3.33 (1.56)
Año	1.57 (1.08)
YMRS Total	
Basal	9.82 (10.18)
Año	0.75 (2.08)

BPRS, *Brief Psychiatric Rating Scale*; HDRS, *Hamilton Depression Rating Scale*; CGI, *Clinical Global Impression*; YMRS, *Young Mania Rating Scale*

Las adicciones sin sustancia en estos últimos 40 años

Addictions without substances within the last 40 years

Fernando Pérez del Río
Doctor en Psicología.

Resumen: Se realiza una revisión de estos últimos cuarenta años de las adicciones sin sustancia desde una perspectiva sociopsicológica. Se explica cómo los diferentes períodos históricos y la cultura del momento influyen en las adicciones de una forma determinante.

Palabras clave: Drogas. Adicciones. Ludopatía. Sexo. Compras. Internet.

Summary: A revision of addictions without a substance within the last forty years is carried out following a sociopsychological point of view. We explain how the different historical periods and the culture of the moment, have an influence in the addictions in a determinant way.

Key words: Drugs. Addictions. Addiction to gambling. Sex. Compulsive shopping. Internet.

Introducción

El excedente de malestar en la sociedad termina encontrando una válvula de escape particular en forma de síntomas. De alguna manera, podríamos decir, que cada época genera sus particulares efectos secundarios; cada época conjuga su propio surco e historia acentuando algunas enfermedades y suprimiendo otras.

“Se sabe desde la antropología que el individuo tiende a expresar las situaciones de malestar por su medio de formas aceptables y significativas para su propia cultura,” (1). “El concepto de enfermedad en una sociedad determinada y, por tanto, del objeto sobre el que se legitima al sistema sanitario a intervenir en él y sobre el que los ciudadanos se sienten legitimados a solicitar dicha intervención es un fenómeno de construcción social” (2).

A continuación veremos cómo algunas décadas han sido más propicias que otras para el desarrollo de las adicciones sin sustancia.

Años 60

Después de las guerras mundiales nos encontramos ante una generación posbélica, saturada de ideologías de uno y otro pelaje. Un largo período que finalizó su ciclo tras la firma de la bienvenida Declaración Universal de los Derechos Humanos el *10 de diciembre de 1948*. Un abrazo a escala internacional que deja la ventana abierta a cualquier tipo de aire fresco que tuviera que ver con la posibilidad de prosperar, vivir un poco mejor y atesorar derechos. Y ciertamente fue así, a partir de ese momento para muchos países occidentales, abundaría la prosperidad, el bienestar, los derechos y los avances científicos.

Quizá los años 60 sea la década más estudiada tras la segunda guerra mundial y de la que más se ha escrito; no pocos libros definieron esta década como años de trasgresión y de ruptura. Una década donde se inició en algunos países la denominada revolución sexual, el movimiento *psíquedélico*, una década que daba la bienvenida a las libertades, al gusto por la autonomía. En cuanto al disfrute aparece la “evasión”, no es de extrañar que la sustancia de aquel entonces fuera la *dietilamida de ácido lisérgico* (LSD). Podemos encontrar películas como *The Trip*, El Viaje EEUU (1967) de Roger Corman. *Psych-Out*, Pasaporte a la locura EEUU (1968) de Richard Rush. O la famosa *Easy rider*, Buscando mi destino EEUU (1969) de Dennis Hopper.

“En 1964 ensayistas y pensadores como *Timothy Leary* o *Herbert Marcuse* hablaban con horror de la gente que se reconoce a sí misma en sus mercancías, encuentra su alma en su auto, en su tocadiscos, en su equipo de cocina [...]. Son años donde se propone una revolución, una revolución contra los tecnócratas” (3). Para muchos el mayo del 68 fue la última revolución humanista de los países occidentales.

Pero en cuanto al “*síntoma social*” podemos decir que el movimiento y las protestas de los años 60 se dirigieron hacia el exterior. El “síntoma” fue expresado hacia afuera, hacia los políticos, hacia las rancias costumbres. El malestar fue expulsado en manifestaciones, fue proyectado en panfletos que se difundían zigzagueantes por las calles. Esta manera de expresar el malestar no volverá ocurrir de esta forma; en cuanto a las adicciones sin sustancia, década tras década, como veremos, los síntomas serán internos.

Años 70

Refiriéndonos a Europa, a primera vista son las décadas de los años 70 y 80 del siglo XX cuando la sociedad comienza a ofrecernos un contexto apropiado donde pueden florecer y desarrollarse síntomas que tienen relación con los impulsos. El paisaje en la década de los años 70 empieza a ser un campo abonado para los trastornos relacionados con el control y con los impulsos, síntomas que tienen relación con la acumulación de objetos y con la expectativa de disfrutar de esa repetitiva acumulación.

En relación a lo que nos concierne, es difícil establecer puntos de inflexión donde poder apuntalar claramente un hecho y, sin duda, es una ardua tarea encajar los fenómenos sociológicos con los procesos psicológicos. También podemos destacar otras dificultades por ejemplo, en una década podemos identificar unos elementos en un país, pero estos bien podrán ser diferentes en otro.

Pero en general, “la sociedad de hiperconsumo arranca a finales de los años setenta” (4). Podríamos decir que es una década donde la gente completa sus casas. Los hogares empiezan a estar equipados, así que cada familia disfruta de su coche, de su tele, de su nueva lavadora. Para llegar a este punto, hay que subrayar que en las décadas anteriores subieron los salarios, lo que facilitó este empuje. Autores como (Rocheffort, 1995), sostiene que ese equipamiento es el inicio de la sociedad individualista.

Otra variable importante a tener en cuenta, es que en aquellos años se agudiza el éxodo del campo a la ciudad, que va parejo a la decadencia de la tradición educativa donde se daba importancia a la autoridad, en este sentido “las figuras del padre y de la madre irán difuminando progresivamente sus perfiles, dejarán de ser nítidos y formarán combinaciones acordes con la personalidad de quienes las encarnen, sean varones o mujeres” (6). El estilo en ocasiones, excesivamente autoritario, -sí nos referimos a la larga historia de la autoridad del padre-, pasa a ser algo secundario, anticomercial, pues no está de más pensar que los límites no favorecen al mercado.

En aquella década se hacen más explícitas las dudas sobre cómo educar y empiezan a entrar en juego muy lentamente, y de forma tímida, las recomendaciones de los psicólogos y pedagogos. La educación se comienza a acomodar a la satisfacción.

Queda un poco más lejos la cultura campesina, local, que choca con la cultura del crédito que cada vez es más importante y necesaria a la hora de obtener los objetos adecuados.

Un eslabón a la cadena de argumentos es que comienza una pequeña y lenta fragmentación de los productos, más individualizados, y surgen más tipos de marcas. Una tendencia aún pequeña que continuará agudizándose hasta la actualidad.

Otro elemento determinante es la reforma psiquiátrica, que podemos situar en los años 70, en aquellos años, entre otros cambios, se decide “vaciar” los manicomios; tras este volantazo, la mirada de los clínicos sale de los muros del sanatorio y se dirige a la sociedad, los alienados dejan de ser el centro de atención, y a partir de entonces los trastornos de tipo neurótico, que cada día son más, tendrán mayor atención sanitaria.

“La elección individual reina de forma indiscutible y la duda, la ansiedad y la inseguridad son el precio a pagar por esa sensación de disponer de múltiples opciones. Con esta libre elección del individuo al amparo de la sociedad de consumo surgen patologías mentales que son fruto de esa libertad como los trastornos de la alimentación, las adicciones con o sin sustancia [...]. El nuevo paradigma de la práctica de la medicina (y la salud mental) junto con los desarrollos de los sistemas asistenciales implicaban un cambio radical: el enfermo y la enfermedad es buscado activamente en la comunidad, incluso antes de su existencia” (7).

Años 80. La ludopatía

En esta década, el pensamiento existencialista y el surrealista, y otras corrientes de posguerra se han terminado por agostar. Acaso estos movimientos se necesitaron para digerir tanta barbarie ocurrida en el siglo XX, y de una u otra manera fueron útiles para reconciliarnos con nosotros mismos, caso del existencialismo, o para “escaparnos” en otros momentos como fue el caso del surrealismo; fuera por un motivo u otro estas corrientes son sustituidas por la nueva tradición que consolida no tener ídolos ni tabúes.

Encontramos razones para suponer que también quedaron lejos y olvidadas las carencias de las generaciones anteriores, las historias y desasosiegos de los racionamientos de algunos padres y tantos abuelos. No cabe duda de que el recuerdo de la escasez también va cayendo en el olvido.

Se produce para poseer; así, la posesión de objetos se generaliza a todos los niveles. En esta década los objetos se valoran, se exponen por todas partes y se promocionan, se coleccionan por tipos, se ordenan por marcas o colores. El lema que cobró vida en estos tiempos con más fuerza que nunca, ya que era mayoritariamente

posible, fue: *que mi hijo tenga lo que yo no tuve*. Ya no es indigno, ni inmoral, gastar por gastar, o dicho de otra forma, cada vez hay menos culpabilidad por gastar dinero en cosas que no sean imprescindibles. Hay que destacar que en aquellos años empezaba a sobrar algo de dinero y se podía gastar con mayor holgura.

Con todas estas mimbres, debe entenderse con facilidad, que es precisamente en estos años cuando se instaura oficialmente el diagnóstico de *ludopatía*, aprobado en 1980 y agregado al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales *DSM* en 1983.

Una válvula de escape como es el jugar a cambio de algo, es elevada a categoría de trastorno mental por la comunidad científica. Un trastorno incluido dentro del control de los impulsos que tiene que ver con la idea tan sobrevalorada del dinero, con la acumulación y con la posibilidad de obtener más cosas.

Pese a que la ludopatía era un trastorno recién catalogado, sabemos que existió siempre. Pero ahora encontramos un nuevo paisaje urbano: personas que se quedan hieráticas durante horas frente a nuevas y deslumbrantes máquinas tragaperras, con sus luces de colores y sonidos de feria. Encontramos una nueva forma de “hipnosis”; una nueva fascinación y un nuevo malestar, ya que ahora son personas catalogadas oficialmente como enfermas. Un dato que debemos recordar es que el 75% de las personas que padecen de ludopatía han pensado suicidarse a causa de los problemas que les ha generado el juego (8).

En cuanto a las sustancias psicoactivas y, a modo de apunte, empezamos a encontrar una nueva marginación asociada a las adicciones que tiene su eclosión con la epidemia de la heroína. En esta década se fusionan fuertemente ambos conceptos, marginación y drogas. Los años 80 se caracterizan por un gran desconocimiento de las drogas en España, lo que obliga por ejemplo que los primeros terapeutas tuvieran que ir a formarse al extranjero.

Años 90. Sexo y compras

Comienza una década que incluso a pesar del altibajo de la crisis, sigue apostando por la velocidad y la producción; y va consolidando paso a

paso un estilo bien apuntalado que se hace llamar “*modelo de bienestar*”. Lo cual conlleva que en los años 90 el crédito sea más necesario y por consiguiente aumente el endeudamiento de las familias.

La tendencia al individualismo se va robusteciendo pero con nuevos matices, en algunos casos, dicho individualismo llega a modificarse convirtiéndose en una especie de libertad intocable, (9) “*¡Ya nadie nos puede decir que no disfrutemos a cada rato! Nadie se puede inmiscuir en nuestra intimidad. La intimidad es sagrada*”. A este respecto evocamos que en los años 90 cobra fuerza la llamada cultura *cannábica* que pivota sobre la idea de los derechos individuales del propio cuerpo: “*Yo soy libre de hacer lo que quiera con mi cuerpo*”.

A renglón seguido, en los años 90 no deja de sorprender el furor por el conocimiento de la parte emocional de uno mismo y la posibilidad de saber regular o, mejor dicho “autorregularse” emocionalmente; regulación que finalmente se consideró parte de la inteligencia. Se trata de entender esa parte emocional que nos hace más inteligentes para posteriormente interaccionar de manera más óptima y eficaz con los demás. Cabe decir que esta corriente estuvo bien acompañada por la edición de libros *best seller* que ayudaron a encarar de la mejor manera posible esa desconocida parte emocional.

Este nuevo interés por lo emocional pronto es aprovechado por los mercadólogos. No está de más pensar que esa producción de objetos en serie ahora se vincula a la experiencia emocional que pueda transmitir el objeto. Es decir, el producto ha de asociarse en la vertiente que más convenga para su mejor venta; en este caso, la intención es que se desee desde la parte emocional que todos tenemos. Así, los publicistas y mercadólogos empezaron a exponer la gran importancia del afecto asociado al objeto. Pero sobre todo la idea era cubrir, o mejor dicho regular (con objetos) las necesidades emocionales de las personas. Lo afectivo toma las riendas y asimismo, resulta entendible y singular que los años 90 fuera la década donde *el adicto al sexo* y *el adicto a las compras* se dieran más a conocer, incluso se hicieran populares. La psicopatologización de la sociedad dio un paso más con

este nuevo trastorno denominado “adicto al sexo”, que desbancó, en este caso, al mito cultural de don Juan y sus muchas variantes literarias. El personaje de novela es acorralado por la psicopatología.

La moda de este nuevo trastorno es acompañada en Estados Unidos por la publicación del libro *Sex addiction. Case Studies and Management* (1995).

A los ojos de Lipovetsky “el aumento de la producción y el consumo de pornografía comenzó en serio en los años ochenta. Pero como en otras ocasiones no es hasta una década después cuando nos llega el exceso [...]. La obligación de parecer libre, gozar al máximo, estar a la altura de lo que se espera en el comportamiento erótico [...]. Desde los años 90, ha habido un aumento del consumo de metanfetaminas cristal, un estimulante sintético que se utiliza sobre todo en ciertos medios homosexuales masculinos para celebrar maratones sexuales”.

Y por los mismos caminos, no pudiendo ser de otra manera, se pone de moda oficialmente el éxtasis, que se asocia al deseo, al amor, la droga de lo emocional. Ya no se tratará de tener “visiones” como ocurrió en los sesenta. Por su parte, la heroína, más asociada al “malestar,” se va retirando poco a poco después de haber tocado techo.

En esta década se patologizan problemas que nos alejan del modelo de *bienestar* como el *moving*. En cuanto a las drogas, dejan de estar incrustadas en lo visionario o en lo marginal, pasan a estar asociadas al tiempo de ocio, a la diversión de los fines de semana. Comienza a despuntar el poli-consumo, encontramos más personas que empiezan a consumir indistintamente diferentes sustancias. Se consume con variedad, según proceda la ocasión.

En esta década también sale del armario haciéndose popular otro nuevo trastorno que a día de hoy no ha sido incluido en el *DSM*, pero es de sobra conocido por la sociedad, el *adicto a las compras*. Se definió como: *shopping disorder, pathological spending, dressing disorder, shopaholics*, etc. Para Severini (1985) “a mediados de los años 80, los centros comerciales eran uno de los lugares en que los adolescentes de Estados Unidos pasaban más tiempo”, años después, en la década de los 90 esta generación de

adolescentes ya tienen más recursos económicos y más posibilidad de consumir.

En cuanto al abuso de las compras, se depura su elaboración teórica y se realizan toda suerte de estudios. Christenson (1994) señala la comorbilidad como factor a tener en cuenta en este trastorno: los trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias y los trastornos en la alimentación. Otro autor, Schlosser (1994), corrobora estos datos ese mismo año, casi a la par, afirmando que la comorbilidad psiquiátrica en más del 60% son los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, el abuso o dependencia de sustancias y trastornos en la alimentación. Lejoyeux y Adès (1995), por su parte, nos hablan de la compra compulsiva como conducta asociada a la depresión, el 8% de los pacientes deprimidos presentaba síntomas de compra compulsiva. Como el lector habrá podido apreciar son todos estudios de los años 90.

En este caso el consumo es la horma del zapato para algunas personas; el sucedáneo y la variedad de objetos que se pueden adquirir para poder adormecerse o, mejor dicho, anestesiar, es casi infinita. Esta vez el síntoma es el autotratamiento paliativo de comprar que sirve de acicate para reducir el malestar emocional, el vacío del que se es presa, la angustia de cada uno, etcétera.

Algunas personas se debaten entre la ansiedad y la depresión; son los denominados “turboconsumidores”. Este proceso se divide en dos: el subidón de las compras y el episodio posterior de la depresión; y así sucesivamente en una especie de síroco de ida y vuelta (14). Quizá el fin de siglo pasado pudiera resumirse en este texto del filósofo alemán Sloterdijk (2007): “Comprar significa convidar cosas a la ligera a casa, como invitados por una única vez, a los que se saluda, utiliza y nunca se vuelve a mirar”. Desde entonces, y una vez al año, cuando comienzan las rebajas, un oportuno artículo del clínico avisado y atento a la comunicación sale en la prensa recordándonos la existencia del trastorno.

En los años 80 la teorización de la ludopatía dejó un marco teórico sólido que serviría posteriormente para fundamentar otros trastornos similares y como consecuencia, podemos decir que los años 90 fueron *el boom* de estos trastornos.

Los nuevos criterios diagnósticos de la ludopatía, fueron utilizados para alojar estos nuevos trastornos; esta forma pragmática de desarrollar y exponer un nuevo trastorno ha sido muy criticada puesto que en muchos casos consistía básicamente en quitar la palabra *juego* y cambiarla por *sexo*, *compras*, etc.

Hasta aquí he intentado expresar lo esencial de la década, pero al finalizar los años 90 también es cierto que se debe incluir una nueva transición, un nuevo cambio de ciclo. Empiezan a desarrollarse las tecnologías, se comienza a hablar de la cultura del *tamagochi*, y, tímidamente, comienza a detectarse un nuevo problema que tiene que ver paradójicamente con algo tan deseable como la comunicación.

En aquellos años recuerdo encontrarme con mis primeros casos relacionados de una u otra manera con las tecnologías de la información y la comunicación. Algunas personas demandaban ayuda, puesto que en pocos días se habían gastado todo su sueldo en las líneas 906, en las llamadas *party lines*. Personas que se gastaban medio millón de las antiguas pesetas en llamadas telefónicas, que consumían su salario en hablar por teléfono con videntes y futurólogos.

Año 2000. Internet

El gasto y el dinero ya no es la clave de bóveda como en décadas anteriores. Entrados en el siglo XXI, ya no se trata tanto de almacenar, ya no se trata de hacer acopio de esas series infinitas de objetos y datos ¿Para qué almacenar canciones si las puedes oír en Internet sin necesidad de descargarlas en el ordenador? Pese a esto, hoy sabemos que la mitad de los niños españoles afirma “recibir más de lo que piden” (16).

En esta década ya pasada impera lo ecológico, se impone lo saludable dentro del mismo riel del culto al cuerpo y como consecuencia, se empieza a hablar de la obsesión por comer cosas saludables, la *ortorexia*. Pero no solo la salud es importante, sino adelantarse a la enfermedad. Se impone todo lo que tenga que ver con prevención de la salud, y prevención de cualquier cosa.

Debemos admitir también que en los albores del siglo XXI, encontramos una avalancha de nuevos deportes para estimular cualquier capacidad y



prevenir el deterioro, la cultura del *trainer*, el famoso aparato *Brain Training*, para las matemáticas y cálculo *Maths Training*, *Wii music*. Se fomenta la mejora de las capacidades y competencias personales.

En este recién iniciado siglo XXI se impone el *zapping* para todo. Estamos ante un nuevo paisaje de prosperidad económica; se propagan cantos de sirena a todo lo que sea rápido y ahorre tiempo. Otro eslabón en la cadena son la alergia y angustia que surgen precisamente ante la falta de tiempo; el quererlo todo enseguida se impone con fuerte intensidad.

Hay dinero, pero más que producir en serie y almacenar se trata de individualizar el producto y el servicio, por ejemplo proliferan las construcciones de *chalés* personalizados con medidas de seguridad individualizadas. Se vende lo práctico, lo útil, el apartamento de una habitación. Y en cuanto a las familias, se impone el hijo rey. Se pone de moda el tratamiento *spa* con recorrido ajustado a la necesidad del cliente.

Avanza lo lúdico. No es extraño encontrarse datos como el siguiente: “el 37% de los empleados admite navegar constantemente por la Red mientras trabaja” (17).

En el año 1935 Russell, nos ofreció su interesante “visión” en relación *al tiempo de ocio*: este autor dijo que “el tiempo libre es esencial para la civilización, y, en épocas pasadas, sólo el trabajo de los *más* hacia posible el tiempo libre de los *menos*. Y con la técnica moderna será posible distribuir el ocio sin menoscabo para la civilización...”. Se agrega el hecho de que ciertamente así ha sido, pero, en buena lógica, estos cambios sociales no solo se han producido en torno *al tiempo de ocio*. El aumento del poder adquisitivo parejo al aumento de tiempo libre es un nuevo campo fértil. La utilización de objetos para consumo como acertadamente vaticinara Russell, por ejemplo, ya no es exclusiva de los “*más*”. Las clases sociales bajas y medias ya pueden obtener los mismos estudios y poseer los mismos objetos que las clases sociales medias e incluso altas.

El sueño ya no es la libertad, sino la satisfacción (19). Lo verdaderamente importante es estar satisfecho con uno mismo (20).

La cultura de la fragmentación sigue su marcha a modo de rodillo, y también sigue afectando a la psicología que se hace cada vez más proclive a la intervención individualizada. Apuntar que, a un nivel más general, la multiplicación y parcialización de los trastornos mentales aumentó de 106 categorías de trastornos en el *DSM-I*, a 357 en el actual *DSM-IV*.

Paradójicamente, esta fuerte tendencia en alcanzar el modelo de *bienestar* se da de bruces con lo que se está denominando acertadamente la psicopatologización de la sociedad.

En la anterior década se dio importancia a la inteligencia emocional y a la acumulación, hoy esto ya no es tan importante; ahora, por el contrario, pasa por ser significativo vivir experiencias.

Lo importante es la experiencia vivida y no estar en el aburrimiento; en esta década se estila regalar un viaje, incluso regalar un viaje en globo.

Aparecen los espacios virtuales como *Second life* que al cabo de varios años dejaron de tener importancia, aunque hay que reconocer que fueron la antesala de las redes sociales como *facebook*. Ahora todos somos una parte de los descubrimientos del *gran hermano* que antaño nos asustara, y orientamos nuestra energía a compartir información en las nuevas redes sociales logrando unas posiciones más igualitarias, fugaces, y también más democráticas. “Los contactos persona a persona acaban con el poder del crítico, de la compañía discográfica, de la galería de arte, la institución. Un aire de anarquía controlada va instalándose como reacción al descrédito de los gobiernos, los políticos, las viejas organizaciones y sus directivos piramidales” (21).

El exceso de presente llega a su máxima expresión con el entretenimiento del circo-espectáculo de la vida en directo. Un *reality show* personalizado, menos pasivo que antaño. Cada cual con su *webcam* para obtener y ofrecer información rápida y permanente. Se impone la llamada Generación *kids online*, o la denominada Generación YO S.L.

Lo importante es que se hable de uno, ser conocido independientemente del contenido y de lo que se diga. Lo importante es estar comunicado e informado.

El individualismo de antaño se convierte “en ocasiones” en un individualismo a ultranza, lo individual ejerce un efecto fascinador. Por ejemplo en la música encontramos al músico solitario de *Rap*, *Hip Hop*, la generación del sampler o el *Dj* solitario que prescinde de cualquier cosa que tenga que ver con un grupo. Encontramos el *tuning* que personaliza el objeto. El consumidor experto, el consumidor investigador en Internet que posee innumerables datos de los productos. “La mayoría de los encuestados, el 85%, manifiesta tener dos, tres o más televisores en casa” (22).

En definitiva, se fomenta la información; el comprador consumidor tiene poco de ingenuo, son personas menos maleables salvo por la argolla del sobreendeudamiento.

Pese al aumento del individualismo, la persona demanda al grupo, necesita a los otros como constante, es decir, no estamos ante un individualismo aislado. Se individualiza el coche pero se queda con el grupo para ver los demás coches tuneados. Uno está frente al ordenador buscando grupos de personas semejantes, se agrega a grupos en *facebook*. Pese a la fragilidad de la relación y el vínculo como explicó Zygmunt Bauman (2006) en su libro *Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*, se busca al grupo.

En la pasada década el deseo es encontrar ese teléfono competente que por fin lo tiene todo, sonidos articulables que se pueden renovar y ser exclusivos, prácticos, tener una relación más especial con determinadas personas según la tarifa y la urgencia. Hacer la compra desde tu móvil.

En cierta manera, en esta década la válvula de escape está en las nuevas tecnologías; lo que prima es estar en la Red, *on-line*, autopromocionarse y venderse a uno mismo o a tu empresa, establecer relaciones desde tu casa y ahorrarte el transporte. Sin ser realismo mágico, vivir entre “telecomunicaciones”. En los albores del s., XXI lo que se valora, incluso se considera una necesidad, es estar conectado y ubicado de continuo en cualquier momento y situación.

En este principio de siglo, en buena lógica, se instala la moda del abuso de las nuevas tecnologías, la *adicción a Internet*, la *tecnofilia*. Y se pone sobre la mesa el debate relacionado con la supuesta existencia de la “adicción a Internet”,

un debate intenso y complejo. ¿Este nuevo pseudotrastorno es merecedor de atención sanitaria?

Hemos encontrado a personas que han abusado de forma desordenada de la red, que tiene como consecuencia una nueva forma de servidumbre. El hago lo que me da la gana como furor desbocado y descontrolado ahora se aplica a las tecnologías.

A medida que transcurría la década los juegos de ordenador pasaron a poder compartirse, el juego de ordenador, que antaño podía suponer una experiencia aislada, con el paso de los años se convirtió en un juego para compartir. Por todo ello, al disfrutarse en grupo, los juegos de ordenador pasaron a entenderse como algo que sirve para compartir, y de alguna manera dejaron de estar bajo sospecha.

Una de las dificultades es acotar hasta qué punto pueden generar problemas las nuevas tecnologías, hasta qué punto tienen el potencial de generar dependencia. Uno de los problemas consiste en que estas tecnologías cambian a más velocidad que los estudios que puedan desarrollar los clínicos. Otra dificultad es la poca casuística. Es difícil estudiar a personas que tienen como características la volatilidad y el eclecticismo. Por primera vez se alzan voces críticas contra la consolidación de una nueva entidad clínica como pudiera ser la adicción a Internet. Esto deriva en que en el periodo 2000 - 2010 encontremos libros que intentaron poner orden a este furor por la sucesión de adicciones. ¿Cuáles son los soportes que pueden generar una dependencia y cuáles no?

Por ello, la primera década del s. XXI asistió a la publicación de libros como: Adès, J., Lejoyeux, M. (2001). *Las nuevas adicciones. Internet, sexo, juego, deporte, compras, trabajo, dinero*. Barcelona: Kairós; Fernández, A. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: Tea; Pérez, F. y Martín, I. (2007). *Nuevas Adicciones ¿Adicciones Nuevas?* Guadalajara. Intermedio ediciones. Y libros colectivos como Echeburúa, Labrador, Becoña (2009). *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. Madrid: Pirámide.

En esta década no solo se revisaron las nuevas adicciones, y no solo se debatió intensamente si era más ajustado decir “adicción a Internet” o “abuso de Internet,” también hubo otros temas.

Como consecuencia del tipo de sociedad, se inventan nuevos síndromes, trastornos o pseudo-trastornos relacionados con la velocidad y las prisas. Encontramos, por ejemplo, el incipiente trastorno denominado *Hurry-Sickness*, o cerebro disperso; encontramos el síndrome del cerebro que no se concentra o *scatter-brained*.

Incluso el síndrome de *Peter Pan*, jóvenes deseosos de intimidad y emocionados con la construcción de un alter ego, encuentran la variante moderna del “nunca jamás” en los espacios virtuales como *Second Life*. Estos trastornos podrían ser explicados mejor por una enfermedad o un trastorno de personalidad ya descrito con anterioridad, pero cada década necesita sus síntomas, o mejor dicho, cambia la envoltura del síntoma.

Como pequeñas reacciones, surgen movimientos que promulgan ir un poco más despacio; bien conocido es el movimiento lento *slow*. Frente a la emoción fuerte la comida lenta y ecológica a ser posible, las ciudades lentas, el gusto por descansar con los amigos en una casa rural.

En cuestión de adicciones a sustancias, la primera década del s. XXI nos ha dejado, en primer lugar, la mayor epidemia de cocaína de la historia de España. Personas que podrían cubrir con un plus de estimulación sus inhibiciones, sus fatigas, su insatisfacción. “Un carácter de huida hacia delante” (23).

También nos dejó la moda del auto-cultivo del cannabis en áticos y garajes. Lo natural tiene cada vez más importancia.

La crisis de 2008

Efectivamente, como es de recibo, las sustancias son una excelente vía de escape para huir de los problemas. En ese sentido, en una época de crisis como la actual, es de esperar que aumente el consumo. Siendo así, no sería atrevido decir que aumentarán las personas con este tipo de dificultades; pero también se debe tener en cuenta otra suerte de factores que se acoplan a este hecho, como por ejemplo la influencia de haber recorrido un camino, donde año tras año se ha ido impartiendo prevención. Esto supone, sin pretender sentar cátedra alguna, que muchas personas conocen mejor los riesgos y saben

cómo protegerse, tienen más recursos para batirse con el problema de las drogas.

Sin duda la sociedad está mucho más preparada e informada que antes, y esto también hay que tenerlo en cuenta. Quizá otra pregunta interesante es: ¿Qué hubiera pasado de no existir la prevención?

A todo esto podemos sumar otro hecho; estar en crisis predispone a las personas a mantener otra actitud más austera; en este sentido podemos pensar que se consumirán menos drogas, legales o ilegales.

Hoy, con la crisis, nos encontramos ante un nuevo período donde podemos realizar con poca dificultad nuevas hipótesis, de lo que prevenimos que ocurrirá. Dicho esto, si tuviéramos que aventurar una respuesta, y tras descerrajar algunos pros y contras, es fácil suponer que se utilizarán sustancias más baratas o bajará el precio de las caras. El caso es que ahora, lo que sí podemos suponer es que cambien las sustancias; es decir, más que aumentar o disminuir el consumo general de sustancias, lo que probablemente ocurrirá es que unas sustancias compensen a las otras.

En cuanto al precio de las drogas, sabemos que en estos últimos diez años ha bajado entre un 10% y un 30%, según el último informe OEDT (2009). Esta bajada también es anterior a la crisis. Recordamos que el agricultor que cultiva la droga solo se lleva el 2% aproximadamente del precio final, según este mismo informe.

Cuando una persona tiene problemas, puede afrontar los problemas, hacer un esfuerzo extra, o también puede esconderse. Sin duda, durante estos años hemos vivido el apogeo del crecimiento y hemos favorecido posturas contrarias a la cultura de la cartilla de racionamiento. Durante esta década de furor económico y hasta el día que se empezó a hablar de las hipotecas *subprime*, hemos vivido una década donde cualquier cosa que tuviera que ver con los límites era considerado como trivial, incluso contracultural, el “todo vale” se ha consolidado. Hasta que el “límite” a la repetición de la adicción ha sido impuesto desde fuera en forma de crisis económica.

2010-2020

En cuanto a las sustancias sin droga, *Internet*, *sexo*, *compras*, por primera vez después de 40 años, no tenemos nada nuevo, no hay una nueva fórmula adictiva que se haya puesto de moda. Esto es lo realmente nuevo y sorprendente.

Sabemos que los síntomas cambian de envoltura, es decir, las adicciones cambian de máscara. Las adicciones poseen una capacidad de adaptación sorprendente, se ajustan a modo de camaleón a las circunstancias, se adhieren a los tipos de sociedades, a la cultura. Si tuviera que aventurar una respuesta en torno a qué adicción y moda se dará en esta década, diría que quizá se hablará más de las consecuencias de las redes sociales.

Pero las verdaderas claves de esta década serán ayudar más eficazmente si cabe a las personas que padecen problemas adictivos y precisan realmente de ayuda especializada y a la par, no patologizar más la sociedad. “En todo intento de clasificación hay algo inherente al mote y a la ofensa muy difícil de evitar” (25).

Para lo cual, aunque no sea tarea nada fácil, sería útil y moderno diseñar un diagnóstico común que aglutinara estos problemas y así, dar la espalda al furor glamuroso por poner de moda trastornos adictivos cada poco tiempo, cuando realmente y salvo matices, siempre hablamos de lo mismo.

Correspondencia:

Proyecto Hombre Burgos. Acogida
C/Pedro Poveda Castroverde Nº 3 • 09007 Burgos
fernando@proyectohombreburgos.com
Tel. 947 48 10 77 • Fax 947 48 10 78

Bibliografía

- (1) Desviat M. Síntoma, signo e imaginario Social. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría* 2010; Vol. XXX. Nº 105: 125-133.
- (2) Ortiz A, de la Mata I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Átopos* 2004; Vol.2. Nº 1.10: 15-22.
- (3) Escotado A. *Historia general de las drogas*, 4 ed. Madrid: Espasa Calpe; 2001.
- (4) Lipovetsky G. *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de consumo*. Barcelona: Anagrama; 2007.
- (5) Rochefort R. *La société des consommateurs*. París: Odile Jacob; 1995.
- (6) Flaquer Ll. *La estrella menguante del padre*. Barcelona: Ariel; 1999.
- (7) Ortiz A, de la Mata I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Átopos* 2004; Vol.2. Nº 1.10: 15-22.
- (8) Asociación Ajupareva. Memoria de la asociación. Valladolid; 1998.
- (9) Cortina A. Jóvenes valores y sociedad del siglo XXI. *Proyecto* 2007; Nº 63: 27-38.
- (10) Severini W. The Mailling of America: An Inside Look at the Great Consumer Paradise, *Morrow*, 1985; 349 -350.
- (11) Christenson, G. et al. Compulsive buying: descriptive characteristics and Psychiatric comorbidity. *J. Clinic Psychiatry* 1994; 55: 1: 5-11.
- (12) Schlosser et al. Compulsive buying: Demography, phenomenology, and comorbidity in 46 subjects. *General hospital psychiatry* 1994; 16: 205-212.
- (13) Leroux M. Adès J. *Las nuevas adicciones. Internet, sexo, deporte, compras, dinero*. Barcelona: Kairós; 2003.
- (14) Lipovetsky G. *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de consumo*. Barcelona: Anagrama; 2007.



- (15) Sloterdijk P. *En el mundo interior del capital. Para una teoría filosófica de la globalización*. Madrid: Biblioteca de ensayo. Siruela; 2007.
- (16) Urra J. *El pequeño dictador: cuando los padres son las víctimas. Del niño consentido al adolescente agresivo*. Madrid: Plaza edición; 2006.
- (17) Di Sabatino J. A e-mail probe triggers firings. *Computerworld* 2000; 34,28: 1-2.
- (18) Russell B. *Elogio de la ociosidad*, Barcelona: Edhasa; 1989.
- (19) Palomera V. Los desinsertados y sus objetos 2009; accesible en: URL: www.blogelep.es
- (20) Veblen T. (1970). *Théorie de la classe de loisir*, París: Gallinard; 27. (trad. esp.: *Teoría de la clase ociosa*, Madrid: Alianza; 2004.
- (21) Verdú V. El porvenir de la catástrofe. *El país semanal*. 2009 febrero 22; 54-59.
- (22) Lara F, Gómez M, Pérez F, Garrote G, Rodríguez M. *Uso y abuso de las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación). En la población escolarizada burgalesa, 10 a 18 años. Relación con otras variables psicosociales*. Burgos: VB; 2009.
- (23) Lacan J. Seminario “La transferencia”. Sesión XXV; 14 de junio de 1961.
- (24) OEDT. *Informe anual. El Problema de las Drogodependencias en Europa*. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías. 2009.
- (25) Colina F. *De locos, dioses, deseos y costumbres: crónica del manicomio*. Valladolid: Pasaje de las letras; 2007.

- Recibido: 7-4-11.
- Aceptado: 24-5-11.

Fidelidad y compromiso en la relación de pareja (El trinomio fidelidad, compromiso y monogamia)

Fidelity and Commitment in relationship

Carlos Sirvent. Psiquiatra.

Fundación Instituto Spiral.
Oviedo y Madrid.

Resumen: *El artículo analiza el trinomio fidelidad-compromiso- monogamia empezando por unas reflexiones del autor sobre la dialéctica del compromiso y su patología en las relaciones de pareja siguiendo con una revisión bibliográfica actualizada de los conceptos desarrollado.*

A continuación se presenta un estudio de investigación social (cerrado en junio de 2011 donde se muestra la percepción y actitud de la sociedad frente a temas como la fidelidad sexual y social y el compromiso en las relaciones de pareja

Concluye el trabajo con una propuesta de discusión sobre la mixtificación de los conceptos fidelidad-monogamia- compromiso

Palabras clave: Compromiso. Infidelidad. Fidelidad. Monogamia. Relaciones de pareja.

En la literatura de consulta, la defensa a ultranza de la fidelidad y el compromiso la establecen con mayor frecuencia ideólogos, religiosos y moralistas. La ciencia, en general, abunda en la contradicción infidelidad social vs sexual. En una sociedad como la actual apenas se vislumbran las ventajas evolutivas (económicas) del compromiso, puesto que la mujer de hoy ya no necesita la figura ancestral del varón para alimentar a sus hijos. Lo que antes desunía ahora une y a la inversa. Argumentos pro-reproductores o de inversión marital se despojan de sentido porque la situación social a su vez es diferente. La mujer no necesita el compromiso del varón para su supervivencia económica. Si está junto a el es porque quiere, no porque lo necesite.

Además la mujer puede regular a voluntad su capacidad de procreación, lo que ha puesto en crisis el concepto de fidelidad sexual. Todavía permanece el lastre atávico-cultural y moral,

pero las actitudes cambian y los comportamientos más aún. Lo anterior confirma lo endeble de las tesis evolucionistas, primando los motivos adaptativos sobre los propiamente evolutivos. Sin embargo, evolución y progreso se han dissociado. Avanzamos en tecnología, pero social y económicamente parece que se está involucionando. Los dos primeros decenios del siglo XXI han estado marcados en Europa en general y en España en particular por un mapa político-social conservador de acusada impronta ultraliberal (pese a su demostrada y denostada influencia en la crisis económica) donde la xenofobia y la intolerancia social han neutralizado un previsible progreso social que al final se ha visto menguado, aunque están surgiendo voces discrepantes (el movimiento social de los llamados *Indignados* y poco más).

Argumentos políticos que sustentan la monogamia y la fidelidad: cuanto más cerrada es la unidad

de convivencia, la célula familiar, más manejable es una sociedad en general. Los argumentos superyoico, admonitorios que refuerzan los fundamentos de la familia tradicional, cohesionan también la sociedad haciéndola más receptiva a consignas verticales. La crisis económica lo impregna todo: cuando parecía que estábamos en franca carrera hacia la definitiva liberación de la mujer, la recomposición de la pareja occidental ha sufrido un punto de giro inesperado. La crisis económica no solo ha menguado el poder adquisitivo de las personas, sino que la tasa de separaciones ha caído (no así los conflictos que la originan) lo que está perpetuando unas relaciones rotas de hecho. Además, por idéntica razón, ha disminuido el número de matrimonios. En su defecto, los casados se ven abocados a vivir en el domicilio paterno, compartiendo espacio y perdiendo intimidad. Los imperativos económicos provocan los tres fenómenos descritos: *no separación, no boda o si enlace* pero viviendo con y a costa de los padres, lo que está provocando una especie de neoformación de la convivencia en pareja connotada por la crisis económica y la no menos importante crisis social.

En mi opinión todo ello desnaturaliza las relaciones y cronifica la sensación de impotencia por falta de recursos económicos en cónyuges de matrimonios rotos que no puede separarse. En el polo opuesto se ubican los que desean unirse y disfrutar de autonomía pero no pueden consumarlo por la aludida falta de recursos. Al final se convierten en parejas dependientes situacionales, lo que mengua el autoconcepto y queda sin esperanzas. En otras palabras, la penuria une tanto a los buscadores del compromiso (candidatos a casarse) como a los que persiguen la disolución del vínculo (candidatos a separarse). Las circunstancias socioeconómicas obstaculizan el movimiento pendular compromisario-anticompromisario.

¿Se podría hablar con propiedad de una “patología del compromiso” en la relación de pareja? Si. En sus polos antitéticos están la actitud “hipercompromisaria” y la “anticompromisaria”. Examinémoslas.

Los “hipercompromisarios” son aquellos que basan la naturaleza del vínculo en el pacto compromisario subsumiendo todo lo demás a dicho

pacto. Quienes anteponen el compromiso (irracionalmente, como acuerdo marital) a cualquier otro atributo de unión en la pareja quedando los demás atributos (comunicación, cariño, intimidad, etc.) en un segundo plano. Sería el ejemplo de los matrimonios concertados (propios de sociedades islámicas y tribales), también en nuestro medio se observa, sobre todo en el ámbito rural y en aquellas parejas de firmes convicciones compromisarias (por ejemplo, católicas) donde el mensaje es “lo que ha unido Dios no lo separe el hombre”.

Los “anticompromisarios”. Donde prima la preservación de la intimidad individual mediante una evitación a ultranza del proyecto de vida en pareja a expensas del compromiso. Valga el ejemplo gráfico de los “eternos solterones” que aunque amen a su pareja no quieren desposarse porque valoran su privacidad (que no su intimidad). Puede ser total o parcial. Total: se rehúye frontalmente el proyecto de vida juntos aunque se compartan espacios de convivencia. Parcial: cuando no se rehúye la convivencia, incluso se convive parcialmente (fines de semana juntos, verse todos los días, etc.) pero no cuaja la relación en un acuerdo compromisario. Sería el ejemplo de los eternos noviazgos que no se deciden a convivir pero que tampoco se separan. (Se cita como ejemplo anticompromiso el caso de Lee Marvin con Michelle Triola que sentó jurisprudencia como pareja de hecho).

Antecedentes histórico-evolutivos

Hagmann, Michael (2) se pregunta por qué los primeros padres humanos proporcionaban alimentos a sus parejas a cambio de fidelidad. Se ha sugerido que la existencia de estas sociedades, plantea interrogantes acerca de si la familia nuclear, con una pareja fiel, surgió como resultado del cambio de alimentos por fidelidad. La antropóloga Kristen Hawkes sostiene que otros modelos evolutivos, como la mitigación de la feroz competencia entre machos por el acceso a las hembras, explican mejor el origen de la monogamia. Durante mucho tiempo, diferentes antropólogos sugirieron que la monogamia surgió en nuestros primeros ancestros como parte de un pacto tácito, en el que los hombres comprobaban fidelidad al llenar la olla de la familia tratando de evitar invertir recursos en el hijo de

otro hombre. Desde este punto de vista, la negociación de género fue una adaptación clave que dio inicio a la evolución sexual.

Cuando Hawkes oyó hablar de las sociedades primitivas aisladas en las que la paternidad es a menudo desdibujada, empezó a preguntarse si otros modelos podrían explicar mejor la existencia de acuerdos familiares tan diversos. Observó a las tribus Ache de Paraguay Oriental, y en los Bari de Colombia y Venezuela donde la creencia de que un niño puede tener varios padres (un fenómeno conocido como *paternidad divisible*) es muy común. Según sostiene el antropólogo Stephen Beckerman alrededor de un 24% de los niños de Bari y el 63% de los niños de Ache tienen más de un “padre”, y todos ellos ofrecen alimentos y protección a los niños. Estos niños tienen ventaja en lo referente a su supervivencia, según informa Beckerman, señalando que el 80% de los niños con padres secundarios sobrevive hasta los 15 años, en comparación con sólo el 64% de los niños con un sólo padre. Por lo tanto, la paternidad divisible es un dedo en el ojo a la hipótesis de la negociación. Beckerman dice que esto pone de manifiesto que la certeza de la paternidad no es necesaria en algunas culturas humanas, y por tanto no puede haber sido un elemento crucial en la evolución de los humanos modernos.

Y si no fue el aprovisionamiento por parte del hombre, entonces ¿qué impulsó los acuerdos monógamos? Hawkes tiene su propia teoría: La monogamia surgió a partir de “negociaciones entre hombres” acerca del acceso a las hembras, para reducir los altos riesgos de la lucha directa. Varios antropólogos están de acuerdo con la crítica de Hawkes. La idea de que la monogamia se basa exclusivamente en la necesidad de aprovisionamiento por parte de los varones es demasiado simple, asegura Frank Marlowe.

Frecuencia del comportamiento de infidelidad

Los estudios de investigación social sobre infidelidad son tan abundantes como poco concurrentes. Según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) el 46% de varones había tenido alguna relación extraconyugal frente al 17% de las españolas (datos de 1995). Para Camacho M., 2004 (1) en España algunas estimaciones señalan

que alrededor del 27% de las mujeres y el 37% de los varones heterosexuales tuvieron una aventura extramatrimonial en los primeros diez años de casados. Sin embargo la mayoría de las personas consideran a la monogamia como el estado ideal. Afirma el mismo autor que en el 60% de las parejas existe o ha existido infidelidad y el 45% de las mujeres y el 70% de los hombres son infieles o lo han sido en algún momento de su vida. La mayoría de los varones que han tenido relaciones extramatrimoniales, en un 56% de los casos, dicen estar completamente felices con sus matrimonios, pero no dejarían pasar la oportunidad de tener sexo si se les presentara. Para Sexole, el primer estudio sobre conductas y preferencias sexuales de usuarios de internet en España, las mujeres son más infieles que los hombres (50% frente al 44%) y también más apasionadas; un 65% exterioriza más las emociones en el momento del clímax, frente a un 27%.

Causas del comportamiento de infidelidad

Siguiendo a Cabrera S (3), E. Glantz (1999), la infidelidad ocurre por diferentes factores. Entre los aspectos de tipo sexual se encuentran “la privación sexual, la búsqueda de aventura, la curiosidad sexual, la insatisfacción sexual, el aburrimiento, la falta de novedad, pasión e intimidad.” Respecto a los aspectos biológicos relacionados con la infidelidad menciona “la herencia mamífera a consecuencia de la cual, los hombres no han logrado asimilar la norma monogámica.” Los factores psicosociales tienen son una “la venganza por la actividad extramarital del cónyuge, su falta de lealtad, la insatisfacción emocional, la búsqueda de independencia, el tipo de personalidad, de educación, religión, lugar de residencia, valores y actitudes”.

Pitman y Wagers (2005) (4) describen su trabajo terapéutico con personas o parejas, ya sea tras una infidelidad o antes de su ocurrencia y los riesgos que esta acarrea para la monogamia y los desafíos que supone la recuperación de la infidelidad. Los peligros para la monogamia incluyen mitos culturales acerca de la infidelidad y el matrimonio, que pueden ser compartidos no sólo por la “gente de la calle/gente corriente” sino también por sus terapeutas mal informados. Los riesgos agravantes de la fidelidad son componentes fisiológicos

de la atracción emocional y física que contribuyen a la desorientación cognitiva y afectiva. Los terapeutas pueden promover la fidelidad y la recuperación de la infidelidad, asistiendo a las tareas fundamentales de modelar la compasión, desmascarando los mitos sobre la infidelidad, enfrentando a los sujetos con sus propias decisiones promoviendo la cercanía emocional y ayudando a los individuos a comprender tanto sus propias actitudes como aquellas aprendidas por su pareja, que les alejan de mantener un matrimonio fiel.

Infidelidad sexual vs. emocional

En un estudio de García P., et als (2001) (8), las diferencias entre sexos reflejan una respuesta emocional de mayor intensidad en las mujeres con tendencia en los hombres a manifestar una preocupación menor por la infidelidad emocional y la percepción de amenaza a su autoestima ante la infidelidad sexual, con mayor sensación de peligro para la continuidad de la relación por parte de las mujeres ante la infidelidad emocional. Los datos mostraron el patrón descrito por Davis Buss (2000) (9) en lo referente a las mujeres, pero no en lo que concierne a los hombres, por lo que no se verifica la primera hipótesis de nuestro estudio. La mayoría de las mujeres sí eligieron la infidelidad emocional como la más estresante (67.2% vs 32.8%), mientras los hombres se preocuparon casi en la misma proporción por la infidelidad emocional como por la infidelidad sexual (51.6% vs 48.3%). Sin embargo, la percepción de infidelidad entre los hombres y las mujeres es diferente, para el 50% de las mujeres el cibersexo no es infidelidad (el 80% de los hombres piensa igual). Un 81% de las mujeres confiesa que coquetea con sus compañeros de trabajo, y dos de cada tres aseguran que tienen pensamientos sexuales con ello. Según una encuesta de Sigma Dos, un 20% de las mujeres españolas declara que no engaña a su pareja “pero estaría dispuesta a hacerlo si tuviera la oportunidad”. Según una encuesta realizada por el Instituto DYM el 20% de las españolas de entre 18 y 35 años han sido infieles alguna vez.

Fisher H. (2007) (11), dice que la primera etapa relacionada con el apareamiento es el deseo o necesidad de gratificación sexual; aquí son los estrógenos y andrógenos los encargados de generar esta conducta. La siguiente etapa es el amor romántico o enamoramiento, que puede

definirse como el proceso de atención a una pareja en particular para el apareamiento, existiendo además la necesidad de unión sentimental con dicha pareja; aquí se observa un aumento de dopamina (DA) y norepinefrina (NE) y disminución de la serotonina (5-HT). Finalmente hay una etapa de apego de pareja con el fin de cuidar las crías, donde se observa la construcción y defensa de una madriguera, se comparten los deberes de la crianza y existe comodidad y unión sentimental; aquí son dos neuropéptidos los encargados de esta conducta: la oxitocina (OT) y la arginina de vasopresina (AVP).

Maureira concluye que las conductas como el amor romántico y la fidelidad poseen una clara base neurobiológica donde los neurotransmisores como la DA, NE, 5-HT y los neuropéptidos AVP y OT se conjugan para generar la experiencia del amor de pareja. Los avances en neuroimagen, biología molecular y genética permitirán determinar las regiones y circuitos cerebrales involucrados en la monogamia y la fidelidad, además de entregarnos las bases genéticas que abren las puertas para entender las conductas de un tipo u otro, si bien aún nos encontramos lejos de poder explicar todo el complejo proceso de la atracción romántica y la cooperación en la crianza de la prole.

Robert Wright, afirma que la infidelidad está inscrita genéticamente en nuestro código instintivo. Buss y Wright coinciden al explicar que la naturaleza dotó a todos los seres humanos de un gen de la infidelidad que tiene mucho que ver con la Ley de Conservación de las Especies. Según esto, el hombre debería tener el mayor número posible de relaciones con varias y distintas mujeres para garantizar el tener un número considerable de hijos y perpetuar a la especie. En el mundo animal, la característica primordial es la poligamia. Sin embargo y a pesar de sus investigaciones, el mismo Wright manifestó que no existe ninguna coacción genética sobre lo que el ser humano no tenga control. “Los genes, digan lo que digan, nunca decidirán por nosotros si deseamos o no ser infieles”. Coincidiendo con esta idea Caruso agrega: “el hombre es, por naturaleza, un ente cultural”. La carga genética, entonces, puede dar (quizá) una luz sobre la tendencia genética a ser infieles, pero no explica el porque algunas personas caen en esta práctica y otras no, lo que nos lleva de vuelta a la encrucijada.

El binomio compromiso-infidelidad

Mitchell S. (5) indica que el romance prospera con la novedad, el misterio y el peligro, y es dispersado por la familiaridad. El amor duradero es -por tanto- una contradicción de términos. Históricamente en la mayoría de las culturas ha habido una clara separación entre lo doméstico y lo erótico. Las personas casadas, frecuentemente por acuerdo mutuo, con la meta de procrear y mantener una vida de familia alcanzan “derechos” maritales legales. De esta manera. Eros era entonces reprimido o buscado en otro lugar. Actualmente, con grandes expectativas acerca de la sexualidad y del modelo de amor solidario, queremos combinar lo doméstico y lo erótico en una persona. Los seres humanos ansían tanto la seguridad como la aventura, lo familiar y lo nuevo. Así que cuando las relaciones de pareja son predecibles y puestas a prueba con negociaciones, obligaciones, responsabilidades, tratos contractuales y demandas de nuestra necesidad de libertad y espontaneidad se vuelven más reprimidas. Quizás esto explique por que las parejas son particularmente vulnerables a las aventuras durante los años que tienen hijos, cuando los matrimonios sin apoyo de sus familiares y las obligaciones hacia la comunidad les abruman. Cuanto más estrecha sea nuestra construcción del matrimonio y la vida familiar, mayor será nuestra urgencia por encontrar la libertad en algún otro lugar. Mitchell no habla directamente sobre affairs, se refiere a las dificultades de manejar esta división entre lo previsible y lo nuevo. Esta implícito en lo que dice que cuando manejamos mal nuestras contradicciones encogiendo el deseo, creamos paradójicamente las condiciones ideales para una transgresión sexual.

Swidler A, 2001(6) sostiene además que el mito tradicional americano del amor como compromiso de por vida y sacrificio de uno mismo se está erosionando, cediendo paso en su lugar a una noción emergente del amor basada principalmente en el crecimiento individual. Las representaciones ficticias de las relaciones amorosas representan normas culturales, costumbres e ideales.

Buss, D. M., (7) también tiene una respuesta evolucionista a por qué, con una tasa tan elevada de divorcios, los seres humanos siguen

empeñados en casarse. Los niños de hogares estables son los que tienen una mayor probabilidad de prosperar. Como es natural, una familia con dos padres puede ser más inestable y desgastarse más que una con un solo padre, pero el matrimonio contribuye a asegurar que una ruptura del compromiso y la subsiguiente separación de los cónyuges no será una decisión que se adopte caprichosamente. En realidad, la mayoría de las sociedades tienen costumbres y leyes que complican de un modo u otro el acto de la separación.

Evolución del compromiso

A propósito de la teoría del intercambio social del Thiebaut y Kelley (1952) (“los seres humanos actúan con otros seres humanos en el pleno reconocimiento de que sus actos serán de alguna manera recompensados”) Sternberg, (1989 y 200) (12) y (13) aduce que es una forma más específica de la teoría de la reafirmación aplicada a las relaciones interpersonales. Parte de la base de que el individuo pretende maximizar las recompensas y minimizar los castigos. En consecuencia, experimentará una mayor intimidad y una menor atracción hacia quienes le ofrecen más recompensas y menos castigos. En un estudio realizado por Sternberg en New Haven sobre diferentes estratos sociales destinado a averiguar lo que es y no es importante en una relación interpersonal, identificó diez grupos principales de características que resultaban significativas a largo plazo.’ Los participantes fueron ochenta adultos de edades comprendidas entre los diecisiete y sesenta y nueve años, con una media de treinta y un años. En orden *descendente* de importancia, estos grupos son los siguientes: *comunicación íntima/apoyo, comprensión/valoración, tolerancia/aceptación, flexibilidad/moldeabilidad, valores/capacidades, familia/religión, finanzas/quehaceres domésticos, atracción física/romance apasionado, agrado/amistad, y fidelidad*. Conviene observar que tanto la intimidad como la pasión y el compromiso -a través de la fidelidad- son relevantes a largo plazo.

A raíz de dicho estudio definieron cuatro atributos de las relaciones interpersonales cuyo peso específico aumenta en el transcurso de tres períodos temporales sucesivos: compartir los valores, voluntad de cambiar como respuesta mutua,

voluntad de tolerar los defectos de la pareja y coincidencia del credo religioso. El segundo y el tercero tienen un especial interés, porque ponen de manifiesto la importancia de la flexibilidad en una relación. Para que las cosas vayan viento en popa, disponemos de una doble alternativa: cambiar para adaptarnos mejor a las características de nuestra pareja, o esperar que ésta acepte determinados rasgos de nuestra conducta como «nuestra forma de ser» y como algo que es imposible modificar.

Existen tres atributos que pierden importancia en los tres segmentos de tiempo: el interés mutuo, la relación con los padres y la capacidad -¿deseo?- de escucharla con atención. No es difícil entender por qué, en términos generales, el segundo atributo es el que posee una menor significación. Con frecuencia los padres intentan meter baza, tener siempre algo que decir cuando una relación adquiere visos de seriedad. Pero en la práctica, una vez consolidada, el impacto paternal disminuye. La importancia decreciente del interés mutuo sugiere que, con los años, los miembros de la pareja tienden a encontrar intereses externos. Por otro lado, los autores encontraron cinco atributos cuya importancia iba en aumento a corto y medio plazo, pero que posteriormente perdían significación: el atractivo físico, la capacidad para hacer el amor, la capacidad para empatizar, la conciencia de los deseos de la pareja y la expresión de afecto. Sólo uno de ellos decrecía al principio y luego aumentaba: la coincidencia en el nivel intelectual.

Investigación sobre percepción relacional de la pareja

Presento de forma extractada los resultados de una investigación sobre percepción relacional de la pareja concluida en junio de 2011. Para no abrumar con datos exhaustivos he seleccionado solo los más relevantes. El cuestionario y las tablas al completo pueden consultarse en www.institutospiral.com (Departamento de Investigación Clínica).

El estudio se realizó a partes iguales en las ciudades de Madrid y Oviedo. La muestra la formaban 211 personas elegidas al azar entre los 17 y 65 años con 95 mujeres y 116 varones. Antes de cerrar las preguntas se había efectuado un pre-test semiestructurado.

Se distribuyeron para el análisis tres franjas de edad: de 17 a 29 años (37 sujetos, 17,5%), de 30 a 49 años (117 sujetos, 55,5%) y más de 50 años (57 sujetos, 27,0%). De dicho grupo tenían pareja un 43,2% de la primera franja de edad, un 67,5% de la segunda y un 73,7% de la tercera.

Franjas de edad	Frecuencia	Porcentaje
de 17 a 29	37	17,5%
de 30 a 49	117	55,5%
> = 50	57	27,0%
Total	211	100,0%

Grupo edad	Sexo		Total
	Mujer	Varón	
de 17 a 29	21	16	37
de 30 a 49	54	63	117
> = 50	20	37	57
Total	95	116	211

Grupo edad	Pareja		
	No	Sí	Ns/Nc
de 17 a 29	56,8%	43,2%	0,0%
de 30 a 49	31,6%	67,5%	0,9%
> = 50	24,6%	73,7%	1,8%
Total	34,1%	64,9%	0,9%

He agrupado los resultados más relevantes en tres categorías de datos:

1. Por sexo.
2. Por edad.
3. Por sexo y edad (por separado).

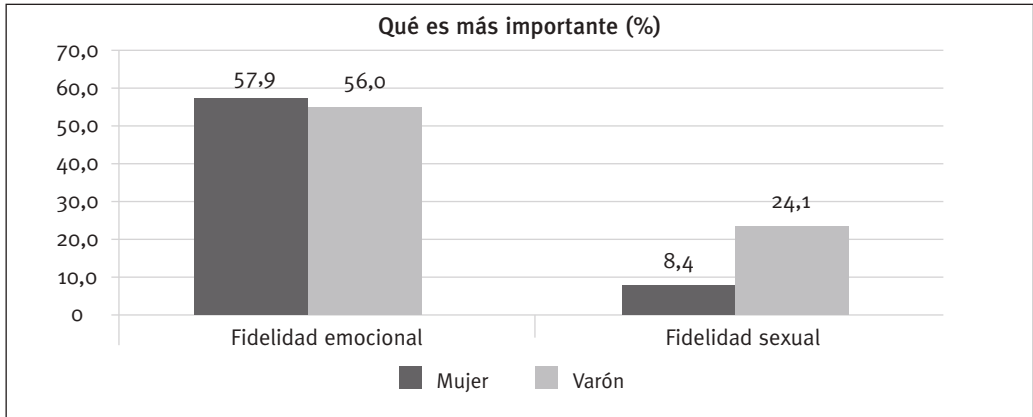
Para visualizar mejor los resultados se exponen solo las gráficas, incluyendo las tablas al final para quien las desee consultar.

Resultados relevantes por sexo

1. Que es más importante, la infidelidad sexual o la emocional

Los resultados confirman las tesis evolucionistas. Ambos sexos valoran principalmente la fidelidad social (57,95 y 56%), pero los hom-

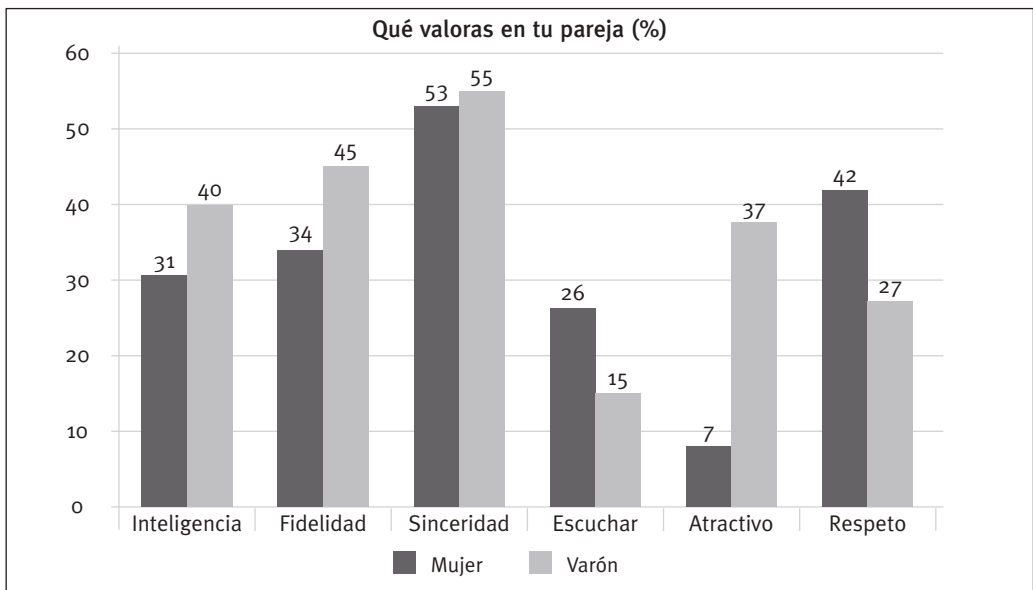
bres valoran mucho más la fidelidad sexual (24,1% frente a 8,4%).



2. ¿Qué cualidad valoras más en tu pareja?

Se pidió a los participantes que eligieran de un listado de 8 cualidades las 3 que más apreciaran. La sinceridad y la fidelidad (junto con el respeto en las mujeres) fueron las más valoradas. Destaca

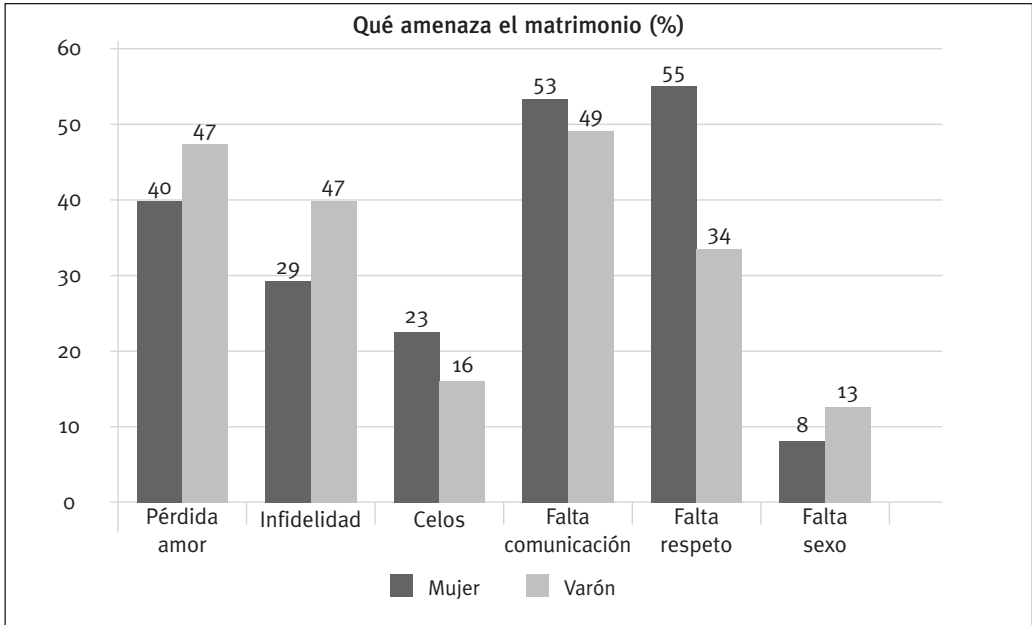
poderosamente el atractivo físico como cualidad más importante para los varones (37,7% frente al 7%), lo que avala los postulados de Buss.



3. ¿Qué amenaza el matrimonio?

Las mujeres opinan que la principal amenaza para el matrimonio es la falta de respeto (55%), lo que no es compartido por los varones que relegan dicha amenaza al 4º lugar (34%). Sin embargo los hombres valoran mucho la infidelidad

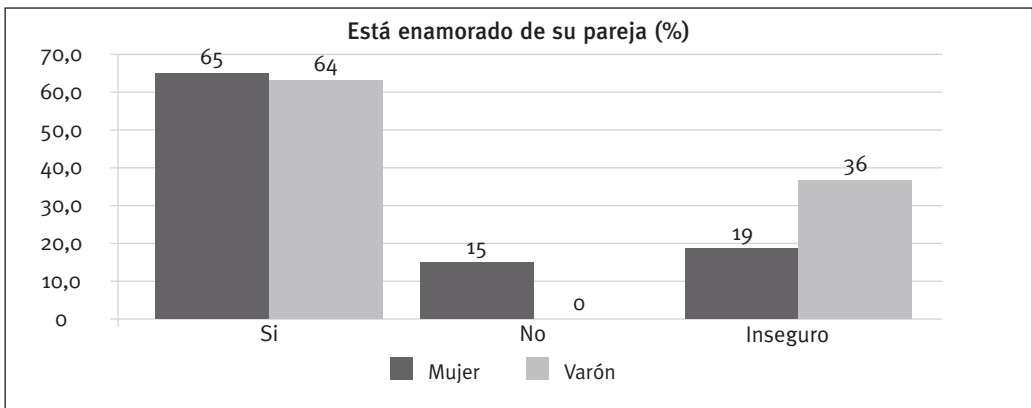
(47%), aspecto este al que las mujeres -a su vez- conceden mucha menos importancia (29%). Hombres y mujeres coinciden en señalar la pérdida del amor y la falta de comunicación como elementos destacados.



4. ¿Está enamorado/a de su pareja?

Aunque el porcentaje de respuestas afirmativas es similar, sorprende que ningún varón asegure no estar enamorado. Nada menos que un 15% de

mujeres dice no estar enamorada de su pareja (¿son ellas más francas?).

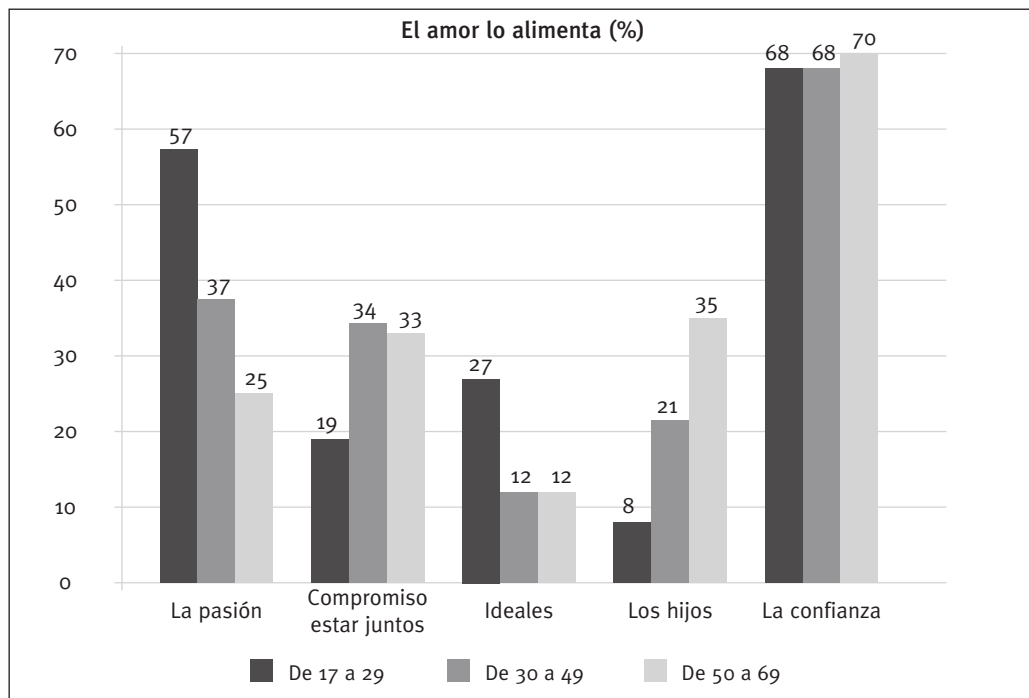


Resultados relevantes por franjas de edad

5. ¿Qué alimenta el amor?

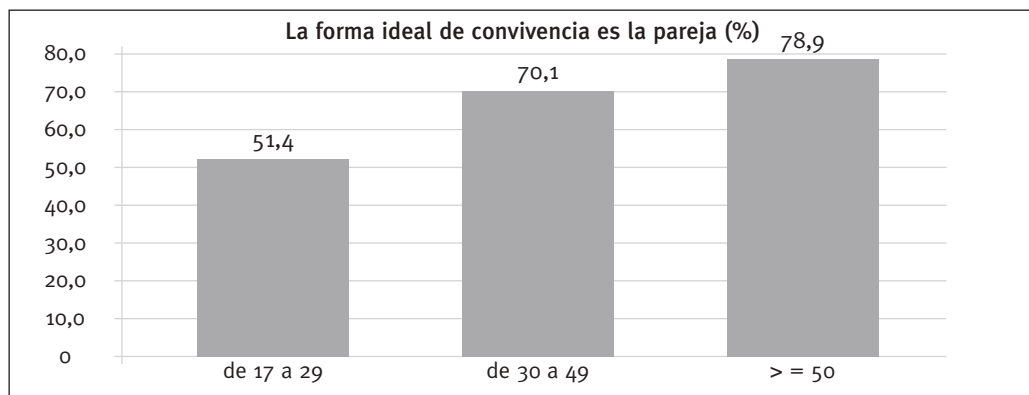
Los sujetos de todas las edades señalan la confianza como el atributo que más alimenta el amor. Las principales discrepancias estriban en la importancia relativa que se le concede a la

pasión y los ideales (mucho mayor en los jóvenes). La creencia de que el compromiso de estar juntos y los hijos incentivan amor es directamente proporcional a la edad.



6. ¿La pareja es la forma ideal de convivencia?

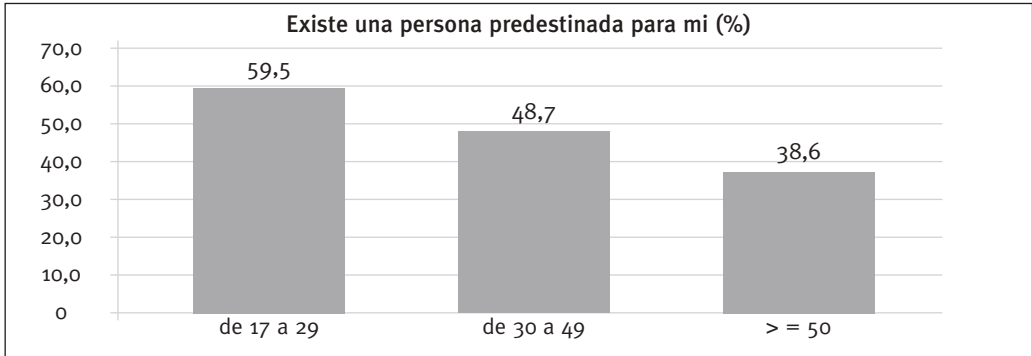
La gráfica es bien ilustrativa. Según avanza la edad mayor importancia cobra la creencia de que la pareja es la forma ideal de convivencia.



7. ¿Existe una persona predestinada para mi?

Esta pregunta esconde un mito del pensamiento mágico (como el del príncipe azul). Una creencia

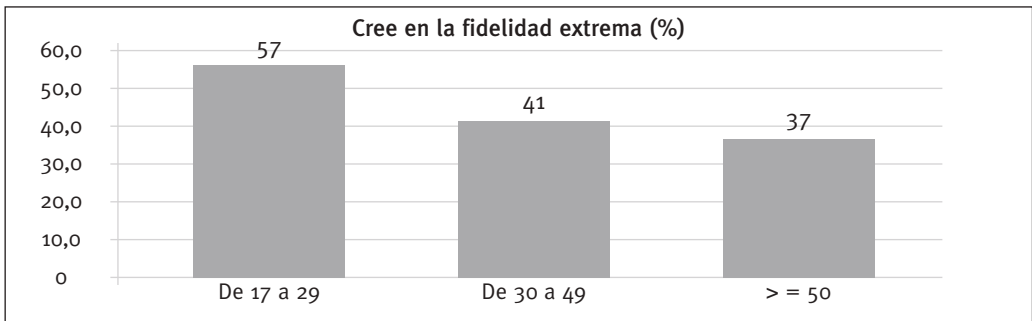
que se va desmontando con la edad tal y como se observa ilustrativamente en la gráfica.



8. ¿Cree en la fidelidad extrema?

Las respuestas a esta pregunta confirman que los jóvenes son más radicales al respecto. Sorprende, pues pudiera parecer que estas edades sean más tolerantes y abiertas. En definitiva, parece que la

fidelidad es cuestión de amor propio, y la infidelidad es percibida como un atentado al yo y en consecuencia proscrita por los jóvenes (en edad de autoafirmación).



Resultados relevantes según franjas de edad y sexo

9. ¿Por qué rompería la relación?

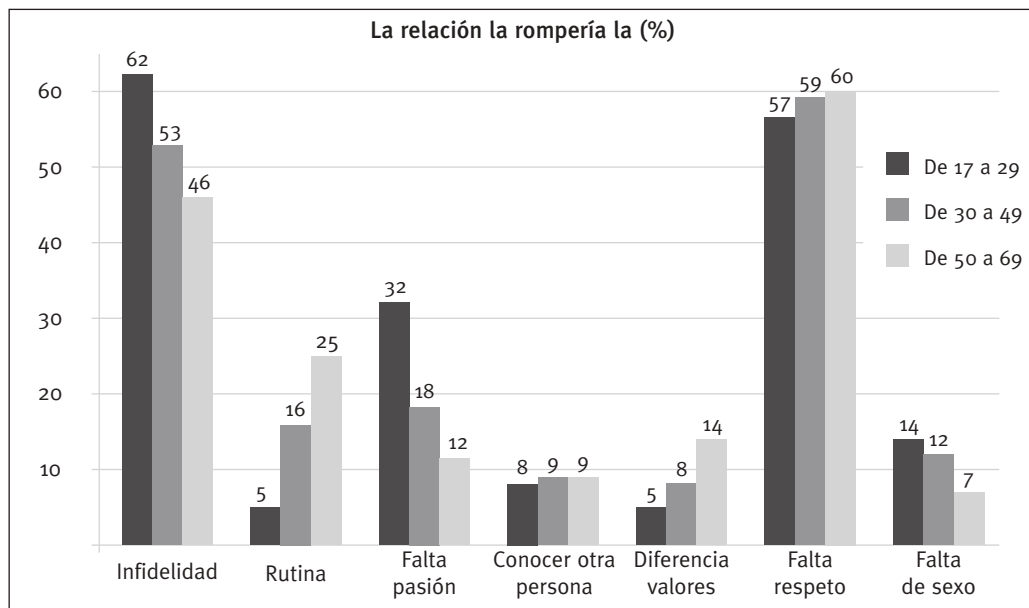
Se pedía a los participantes que seleccionaran dos de las 8 opciones posibles (seleccionadas

de una exploración pre-test). Estos fueron los resultados.

Según edad

Todas las edades consideraron la infidelidad y la falta de respeto como causas principales de ruptura. La falta de pasión y de sexo era más importante

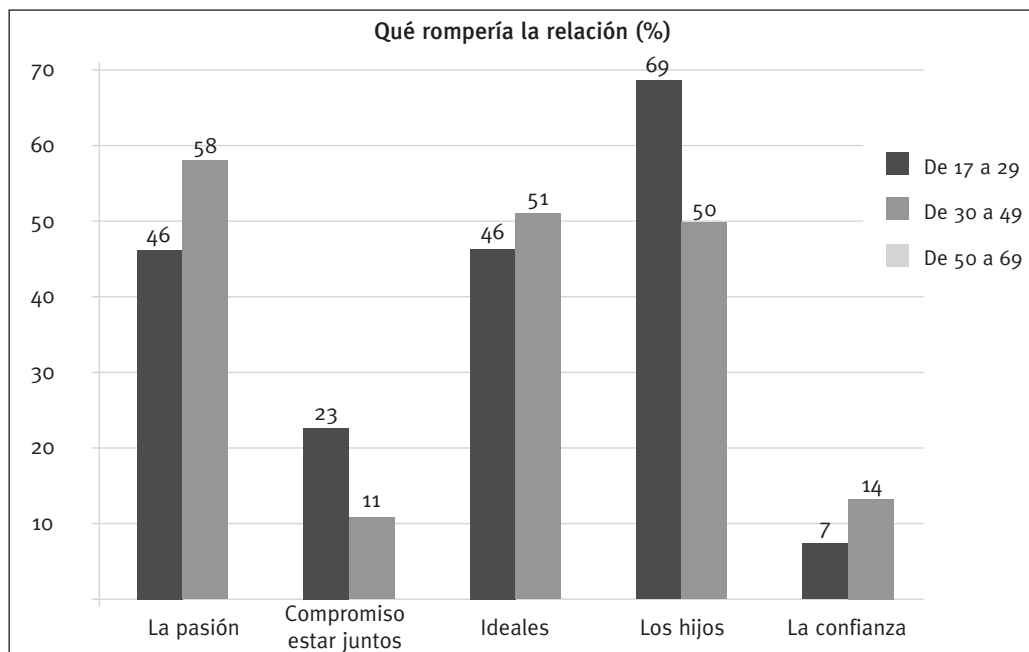
para los más jóvenes, y la rutina como causa de importancia creciente según avanza la edad.



Por sexo

Las causas de ruptura son similares a las respondidas en el apartado “amenazas para el matrimonio” con remarcables diferencias como la importancia que cobran aspectos ausentes en aquel apartado como la pérdida del amor (40% y 47%

en mujeres y hombres) y los celos (23% y 16% en mujeres y hombres). Se mantienen en parecidos términos la infidelidad, la falta de respeto y la falta de comunicación como causas de ruptura.



10. Fidelidad sexual y emocional (su pareja es exclusivamente para Vd.)

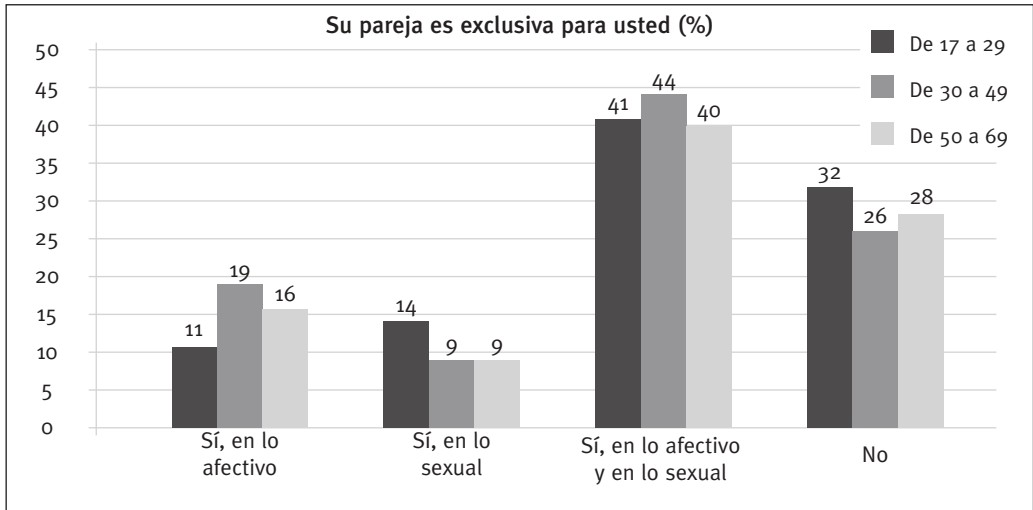
Se pedía a los participantes que seleccionaran dos de las 8 opciones posibles (seleccionadas

de una exploración pre-test). Estos fueron los resultados.

Por edad

Hay una distribución bastante homogénea. El 70% o más de todas las franjas de edad afirman

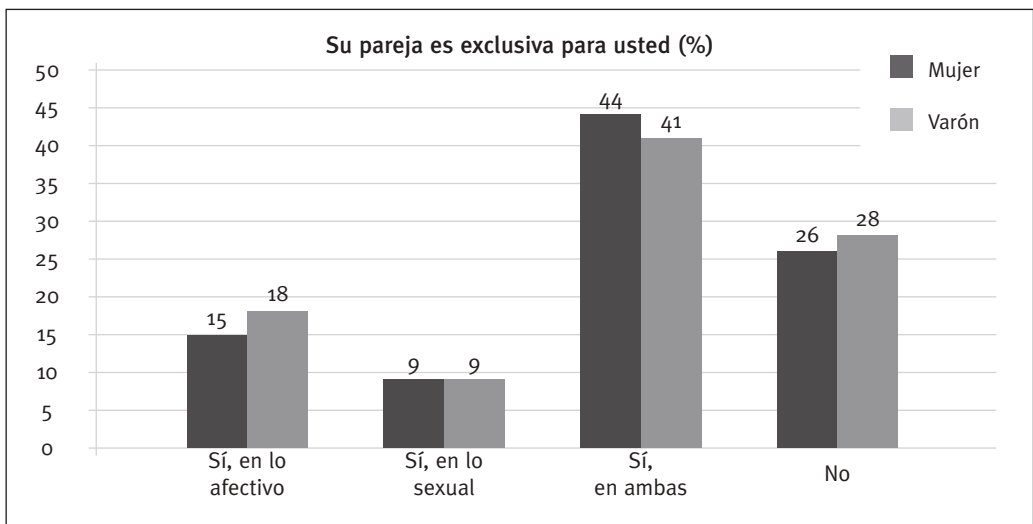
que la pareja es exclusiva en lo sexual, en lo afectivo o en ambas cosas.



Por sexo

La concordancia aquí es máxima, más del 75% de ambos sexos afirman que la pareja es exclu-

siva en lo sexual, en lo afectivo o en ambas cosas.

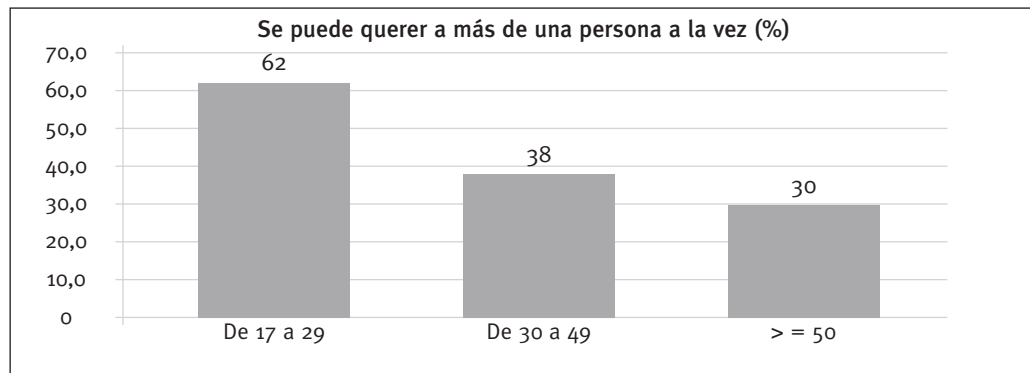


11. ¿Se puede querer a más de una persona a la vez? (referida a la relación de pareja)

Por edad

Las diferencias aquí son enormes. Los más jóvenes responden en un 62% que sí se puede querer simultáneamente a más de una persona. Las

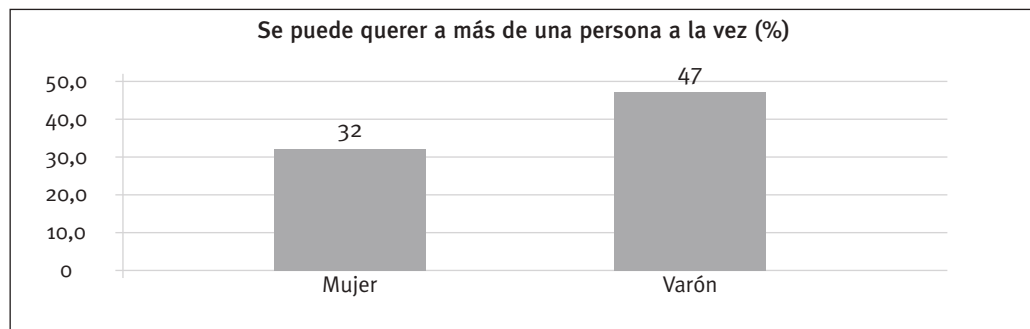
cifras se invierten para los de más edad (un 30%) y los de edades intermedias (un 38%).



Por sexo

Las diferencias entre hombres y mujeres son notables. Las mujeres rechazan el amor simultáneo (un 68%) mientras que los hombres lo aceptan en

mucha mayor medida (un 47%). Son datos que abundan en las tendencias monogámicas de la mujer y poligámicas del hombre.



Discusión

Las ciencias sociales en pleno abordan el binomio fidelidad-compromiso: la filosofía, la psicología, la religión, la sociología, la ética y la antropología dan sus propias definiciones de ambos conceptos. La monogamia sería el trasunto evolutivo de la fidelidad y el compromiso. Lo natural (que no lo aceptado) es la *fidelidad social* y la *infidelidad sexual*. Esto es algo que no sorprende a ningún profesional de las ciencias humanas y sociales pero que sigue sin ser asimilado por el conjunto de la sociedad. Admitiendo la clásica diferencia entre fidelidad sexual y social (o emocional), parece que

en el reino animal predomina la infidelidad sexual, representando la fidelidad social un mecanismo de recíproca salvaguarda que en muchas ocasiones tiene fecha de caducidad. Así pues, la pregunta lógica no es el por qué de la fidelidad sino *por qué no ser infiel*. Lo natural es ser infiel sexualmente pero no lo frecuente ni lo aceptado, aunque cada vez se aproximan más las cifras. Es decir; empleando el clásico ejemplo de que la caries es frecuente pero no natural (lo natural es una dentadura sana), la infidelidad es natural pero no normal. Los argumentos contra la infidelidad en virtud de lo expuesto se efectuarían “contra natura”.

Las convenciones sociales de orden moral desvían arteramente la atención hacia el binomio infidelidad-monogamia o fidelidad-monogamia que son conceptos independientes. La división fidelidad sexual vs emocional algo aclara. Otros binomios mixtificados son fidelidad- compromiso, infidelidad -antidependencia y compromiso- monogamia. En mi opinión la pregunta evolutiva no es ¿por qué somos infieles? sino ¿por qué somos fieles?, o, lo que es igual ¿cual es el origen de la fidelidad y el compromiso? y no a la inversa. Un fiscal tiene que demostrar la culpabilidad del reo par-

tiendo de la presunción de inocencia. Yo parto de la presunción de que tanto la fidelidad como el compromiso representan *potenciales de comportamiento* que responden a expectativas sociales monogámicas. Notemos que la mayor parte de investigaciones se refieren a la infidelidad sexual. Los datos aquí presentados considero que ofrecen una aproximación válida a la percepción fenomenológica y actitud social de la fidelidad, la infidelidad, la monogamia y el compromiso.

Contacto:

Carlos Sirvent • Fundación Instituto Spiral en Oviedo y Madrid.

sirvent@institutospiral.com • C/Marques de Valdeiglesias 2 • 28004 Madrid

Bibliografía referenciada

- (1) Martín J C *Fidelidad e Infidelidad en las Relaciones de Pareja. Nuevas respuestas a viejos interrogantes*. ISBN: 987-02-0588-7. Editorial Dunken. 2004. Buenos Aires.
- (2) Hagmann, M. *More Questions About The Provider's Role*. Science, 02/05/99, Vol. 283 Issue 5403, p777.
- (3) Cabrera S. R. *INFIDELIDAD*. Lima (Perú) En <http://es.scribd.com/doc/319943/INFIDELIDAD>
- (4) Teaching fidelity. By: Pittman, III, Frank S.; Wagers, Tina Pittman. *Journal of Clinical Psychology*, Nov2005, Vol. 61 Issue 11, p 1407-1419.
- (5) Mitchell, S. *Can Love Last? The fate of romance over time*. (2003) W.W.Norton & Co, New York.
- (6) Swidler A. *Talk of Love. How Culture Matters*. 2001 The University of Chicago Press.
- (7) Buss, D. M. *The Evolution of desire: Strategies of human mating* (1994). NuevaYork: Basic Books.
- (8) García P., Gómez L., Canto M. Reacción de celos ante una infidelidad: diferencias entre hombres y mujeres y características del rival. 2001. Universidad de Málaga. *Psicothema* Vol. 13, nº 4, pp. 611-616.
- (9) Buss, D., Shackelford, T. K., Kirkpatrick, L A., Choe, J.C., Lim, H. K., Hasegawa, M, Hasegawa,

- T. y Bennet, K. (1999). Jealousy and the nature of beliefs about infidelity: Test of competing hypothesis about sex differences in the United States, Korea and Japan. *Personal Relationships*, 6, 125-150.
- (10) Maureira F Bases biológicas de la monogamia y la fidelidad (2011) *Rev Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, Santiago de Chile 2011; 7; 1: 59-68.
- (11) Fisher H. *Anatomía del amor*. (2007) Ed Anagrama.
- (12) Sternberg R. *El triángulo del amor*. (1989) Ed Paidós.
- (13) Sternberg R. *La experiencia del amor*. (2000) Ed Paidós. Cambridge University Press.

Bibliografía consultada y no referenciada

- (14) Barash D., Lipton J.E., *El mito de la monogamia* (2003). Editorial Siglo Veintiuno.
- (15) Pronk, TM (Pronk, Tila M.); Karremans, JC (Karremans, Johan C.); Wigboldus, DHJ (Wigboldus, Daniel H. J.) *How Can You Resist? Executive Control Helps Romantically Involved Individuals to Stay Faithful*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100 (5): 827- 837 May 2011.
- (16) Kluwer, ES (Kluwer, Esther S.); Karremans, J (Karremans, Johan) *Unforgiving Motivations Following Infidelity: Should We Make Peace*

- With Our Past? *Journal Of Social And Clinical Psychology*, 28 (10): 1298-1325 Dec 2009.
- (17) Meier, A (Meier, Ann); Hull, KE (Hull, Kathleen E.); Ortyl, TA (Ortyl, Timothy A.) Young Adult Relationship Values at the Intersection of Gender and Sexuality. *Journal Of Marriage And The Family*, 71 (3): 510-525 Aug 2009.
- (18) McAlister, AR; Pachana, N; Jackson, CJ Predictors of young dating adults' inclination to engage in extradyadic sexual activities: A multi-perspective study. *British Journal Of Psychology*, 96: 331-350 Part 3 Aug 2005.
- (19) Johnson, AK; Barnacz, A; Constantino, P; Triano, J; Shackelford, TK; Keenan, JP Female deception detection as a function of commitment and self-awareness. *Personality And Individual Differences*, 37 (7): 1417-1424 Nov 2004.
- (20) Drigotas, SM; Safstrom, CA; Gentilia, T An investment model prediction of dating infidelity. *Journal of Personality And Social Psychology*, 77 (3): 509-524 Sep 1999.
- (21) Shackelford, TK; Buss, DM. Anticipation of marital dissolution as a consequence of spousal infidelity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14 (6): 793-808 Dec 1997.
- (22) Shackelford, TK; Buss, DM Cues to infidelity *Personality And Social Psychology Bulletin*, 23 (10): 1034-1045 Oct 1997.
- (23) Shackelford, TK; Buss, DM. Betrayal in mateships, friendships, and coalitions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22 (11): 1151-1164 Nov 1996.
- (24) Green E, Clémence A. Discovery of the faithfulness gene: A model of transmission and transformation of scientific information. *British Journal of Social Psychology*. September 2008;47 (3):497-517.
- (25) Wells M. *Relationship Rescue*. Essence (Time Inc.) April 2007;37(12):124-126.
- (26) Cotton W. Social and Sexual Relationships of Lesbians. *Journal of Sex Research*. May 1975;11(2):139.
- (27) Pittman I, Wagers T. Teaching fidelity. *Journal of Clinical Psychology*. November 2005;61 (11):1407-1419.
- (28) Netting N, Burnett M. Twenty Years Of Student Sexual Behavior: Subcultural Adaptations To A Changing Health Environment. *Adolescence*. Spring 2004 2004;39(153):19-38.
- (29) Scharff D, Scharff J. Using Dreams in Treating Couples' Sexual Issues. *Psychoanalytic Inquiry*. June 2004;.24(3):468-482.
- (30) Uller T, Johansson L. Human Mate Choice and The Wedding Ring Effect. *Human Nature*. September 2003;.14(3):267-276.
- (31) Sills J. Love At Work. *Psychology Today*. March 2007;.40(2):64-65.
- (32) Xiaoru L, Kaplan H. Role Strain and Illicit Drug Use: The Moderating Influence Of Commitment To Conventional Values. *Journal of Drug Issue*. Fall2001 2001;.31(4):833-856.
- (33) Rosenblatt P, Budd L. Territoriality and Privacy In Married And Unmarried Cohabiting Couples. *Journal of Social Psychology*. October 1975; 97(1):67.
- (34) McAnulty R, Brineman J. Infidelity in Dating Relationships. *Annual Review of Sex Research*. December 2007;18:94-114.
- (35) Missildine W, Feldstein G, Punzalan J, Parsons J. S/he Loves Me, S/he Loves Me Not: Questioning Heterosexist Assumptions of Gender Differences for Romantic and Sexually Motivated Behaviors. *Sexual Addiction & Compulsivity*. March 2005;12(1):65-74.
- (36) Washington W. The Ex Factor. *Essence* (Time Inc.). March 2008; 38(11):200-203.
- (37) Marano H. Unconventional Wisdom. *Psychology Today*. March 2011; 44(2):36-37.
- (38) Mcanulty R D, Brineman J M Infidelity in Dating Relationships Annual Review of Sex Research(2003).
- (39) Kelley, H. H., Berscheid, E., Christensen, A., Harvey, J. H., Huston, T. L, Levinger, G., McClintock, E., Peplau, L. A., & Peterson, D. R. (1983). *Close relationships*. New York: Freemann.

¿Induce a error el principio de causalidad?

Misleading to the principle of causality?

Ander Retolaza. Psiquiatra.

Red de Salud Mental de Bizkaia.

“La razón por la que la física ha dejado de buscar las causas es que en realidad no existen. La Ley de causalidad como mucho de lo que se da por bueno entre los filósofos, es una reliquia de una época pasada que sobrevive, como la monarquía, porque se supone erróneamente que no hace ningún daño”. (B. Russell).

Resumen: ¿Por qué nos preguntamos sobre el por qué de las cosas? ¿Por qué tiene que ocurrir una cosa porque otra haya ocurrido antes? ¿Es siempre así? ¿Qué quiere decir antes o después en determinados ámbitos de la ciencia? ¿Cómo establecemos o medimos las secuencias temporales? ¿Y las causales? ¿Cambian las cualidades de un objeto en observación por el simple hecho de ser observado? ¿Afecta esto en algo a nuestras teorías sobre el trastorno mental?

Palabras clave: Principio de causalidad; Causalidad física; Causalidad filosófica; Causalidad en biología, Modelo Bio-psico-social

Abstract: Why do we ask about the cause of the things? Why anything has to occur as the result of other thing that has occurred before? Is it always like that? What's the meaning of the words after or before in particular regions of the science? How we establish or measure up the time sequences? And the causal sequences? Are the qualities of an object changed by the simple fact of being observed? Are ours theories about the mental disorder affected by this events?

Key words: Principle of causality, Physical causality; Philosophical causality; Biological causality; Bio-psycho-social model

1. Introducción

En la vida común la idea de causalidad se nos aparece como una parte fundamental de la experiencia humana. El hecho de buscar relaciones entre las cosas, y particularmente entre las *acciones* y sus *consecuencias*, viene a ser como el modo humano de entender el mundo y adaptarse al mismo y figura de una manera sustancial en el aprendizaje del niño. La repetición, el reiterar determinadas acciones y confirmar lo que ocurre tras ellas, es un mecanismo esencial de nuestra manera de aprender. Sin embargo el concepto de causa, tanto en el lenguaje común como en el literario e, incluso a veces, en el científico (o, en

sentido estricto, en el que quiere aparecer como tal) se usa con demasiada laxitud.

Es el de la ciencia moderna el ámbito de experiencia en el que más dificultades se le imponen a una idea simple de causalidad. Y, tal vez, sea el de la religión, por lo menos en sus manifestaciones más tradicionales, aquél en el que todavía la idea tiene mayor predicamento. Después de todo, para empezar, tenemos que explicarnos de alguna manera cómo fue el origen del mundo conocido y de nosotros mismos como especie. Y para hacerlo parece ineludible encontrar algún tipo de principio, material o inmaterial, que pusiera todo en movimiento.

Entre las ciencias biológicas el principio de causalidad es un viejo conocido y muchos de nuestros antecesores han tenido que pelearse con él a la hora de encontrar explicaciones plausibles a muy diversos fenómenos, desde el origen y evolución de las especies (genética versus ambiente) hasta la causas (inmediatas o últimas) del enfermar humano y la mejor manera de combatirlo. Sin ir más lejos, en el territorio de la salud mental (al que algunos prefieren llamar simplemente psiquiatría, y otros psicología, a fin de acotar el territorio y evitarse pantanos epistemológicos), llevamos tiempo debatiendo, sin llegar aparentemente a ninguna conclusión definitiva, sobre las causas biológicas, psicológicas o sociales del malestar, trastorno o enfermedad mental (que cada uno se quede con el término más de su gusto) que afecta a muchas personas. La solución, al menos provisional, parece que ha venido del consenso y del pacto de no agresión entre las partes. El llamado modelo multicausal unas veces, o bio-psico-social, otras, y plasmado de una manera ejemplar en el famoso esquema de niveles diseñado por Engel (1913-1999), resume de una manera muy gráfica el estado actual de la cuestión. Ello no impide que cada una de las partes aspire a la victoria definitiva y siga planteando la posibilidad de explicaciones y modelos causales, más o menos excluyentes, definitivos, últimos o, con mayor humildad, de mayor peso dentro de un espacio pluricausal, hoy por hoy compartido con incómodos compañeros.

En las siguientes páginas no intentaremos dar ni quitar la razón a ninguno de estos modelos explicativos. Cada uno tiene sus razones, que entendidas dentro de su dominio teórico (o sea, dentro de sus límites epistemológicos) y su consecuente aplicación técnica, han contribuido a solucionar muchos problemas prácticos y mejorar la vida de bastantes pacientes en el ámbito de la asistencia psiquiátrica (o psicológica) de nuestros días. Lo que se intentará, más bien, es delimitar un espacio previo, relacionado con nuestra manera de pensar y ver las cosas que, sin mayor pretensión, quiere propiciar una visión crítica de nuestros hábitos cotidianos de pensamiento. Después de todo debemos empezar a aceptar que no tenemos ni idea de cómo es la realidad de las cosas y que sólo disponemos de modelos teóricos (es decir de esquemas de

representación mental) que intentan explicar algunos aspectos de la misma y que no deben ser confundidos con ella. Quizá esta visión escéptica ayude a ver con una cierta dosis de desconfianza cualquier tipo de versión definitiva sobre la naturaleza del trastorno mental, aunque esa versión sea la que más nos guste a cada uno.

Jerarquía de sistemas (niveles de organización)	Ciencias de referencia
Biosfera	<i>Ciencias sociales</i>
Sociedad	
Cultura-Subcultura	

- Comunidad
- Familia

Pareja	Psiquiatría-Psicología
Persona (experiencia y conducta)	
Sistema Nervioso	<i>Ciencias biológicas</i>
Organos y sistemas	

- Tejidos

Células	
Organelas	
Moléculas	<i>Ciencias físico-químicas</i>
Átomos	
Partículas subatómicas	

Teoría General de Sistemas. Adaptada de Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. American Journal of Psychiatry, 1980; 137: 535-544.

Así que empezamos por el principio. La pregunta es: ¿Por qué tiene que ocurrir una cosa porque otra haya ocurrido antes?

En cuanto empezamos a analizar las cosas con un poco de profundidad se nos aparecen como más complicadas de lo que creíamos. Nuestros más antiguos y doctos sabios, esos que pertenecen al mundo que denominamos clásico, nos

ilustran al respecto. Dejémosnos llevar de la mano por algunos de ellos. Para Aristóteles existen los cuatro tipos de causa que señalamos a continuación:

Causa material: el mármol para una estatua, la existencia del miocardio y su necesidad de riego sanguíneo para el infarto de miocardio.

Causa eficiente: la mano del escultor para la estatua, el trombo para el infarto.

Causa formal: el canon de belleza para la estatua, la necesidad de nutrientes para el infarto.

Causa final: depende de posiciones *a priori*: el deseo de aumento de la belleza en el mundo para la estatua, la necesidad de que existan cardiólogos para el infarto.

Tipos de causa en Aristóteles.

Quizá algunas de estas causas no nos parezcan las más relevantes, o las que más nos interesan a cada uno a la hora de analizar y explicar los fenómenos que nos preocupan, pero el análisis que con esta descripción se nos ofrece ayuda a ir separando el trigo de la paja. De entrada una cuestión interesante se nos revela en la que Aristóteles refiere como *causa final*. Resulta que algunas causas (teóricas) podrían relacionarse con ciertos fines (prácticos) que nos proponemos en determinados ámbitos de la vida. Por ejemplo de la pretensión de curar, sanar o aliviar a las personas de sus padecimientos físicos o mentales, podría derivarse una cierta manera de analizar los fenómenos morbosos y sus causas que, tal vez, no sería la misma si nuestras pretensiones fueran otras, como por ejemplo, explicar la evolución de las especies. Tradicionalmente la *teleología* (la pretensión finalista de las cosas, el postular un para qué) se ha intentado aislar de toda teoría científica seria, que desde una perspectiva positivista debe interrogarse ante todo sobre el por qué. Ésta ha venido siendo una actitud científica relevante hasta nuestros días, especialmente en el mundo de la física. Sin embargo, cuando consideramos el ámbito de la biología las cosas no se presentan del mismo modo. Sin una cierta dosis de teleología, no es fácil plantear ni entender algunas aportaciones de

la teoría de la evolución, por ejemplo, incluida la evolución de la mente humana. Sin ir más lejos, y aunque sólo sea una manera con la que el autor intenta ilustrarnos, Richard Dawkins, en su famoso libro *El Gen Egoísta*, consigue hacernos entender muchos aspectos de genética y comportamientos evolutivos de diversas especies desde la perspectiva finalista de un gen (o grupo de genes) que intenta (casi conscientemente) sobrevivir y perpetuarse a través de la evolución. Lo más importante a los efectos de lo que nos estamos planteando aquí, es que el modelo explicativo teleológico funciona y sirve al autor para entender y exponer muy diferentes hechos procedentes de la observación y la experimentación como si estos hechos pretendieran un fin por sí mismos. ¿Realmente lo pretenden o es que el concepto mismo de evolución no puede ser entendido sin un para qué?

Evidentemente varios si no todos los tipos de causalidad que Aristóteles nos plantea se solapan. Por otro lado, y como venimos diciendo, no es infrecuente encontrar esta visión finalista en Biología, pero planteada de forma incorrecta, como se observa en expresiones como las que siguen: “El sistema inmunológico está para defender al individuo de ataques externos”. ¿Está sólo para esto? “La Evolución culmina con la aparición del *homo sapiens*” ¿No sería un error de la propia evolución, a todas luces evidente, considerar a nuestra especie como la última cima evolutiva? Un problema importante de las perspectivas teleológicas es que pueden derivar en interpretaciones de este estilo, siempre contaminadas de ribetes de cariz mitológico o sagrado, más propias de la religión que de la ciencia. No en vano algunos de los sesgos y errores que se relacionan con un mal entendimiento del principio de causalidad, derivan probablemente de ciertos planteamientos que, desde un principio, tuvieron su origen en las elucubraciones de la teología. La necesidad de aceptar la existencia de dios (o más bien la imposibilidad de negarla) obligaba a relacionar indisolublemente origen y fin del mundo (causa y finalidad) con el sentido, es decir, la dirección en la que iba un universo creado por dios. Principio y fin de las cosas, Alfa y Omega.

En la relación de causa podemos distinguir varios elementos, tal y como se expone en la siguiente tabla:

Elemento inicial (A) o causa: su definición depende del modelo. Pueden ser causas:

- a. Acciones intencionales (p.e. administración de un tratamiento). Son las más claras.
- b. Acciones no intencionales: por ejemplo, naturales (lluvia), hechos (fumar).
- c. Atributos (sexo), constructos (inteligencia). Dado que no se definen en función de cambios, a veces en lugar de causas se habla de *determinantes*. Por ejemplo, determinantes biológicos de la conducta humana.

Elemento final (B) o efecto que se define en términos de cambio con respecto a:

- a. La situación previa.
- b. Lo que hubiera pasado si no hubiera ocurrido la causa. Es la que plantea más problemas en el diseño experimental: necesidad de control.

Relación entre ambos: Algunos autores la definen exclusivamente como *funcional* en el sentido de función matemática.

Elementos de la relación causal.

La relación entre el elemento causal (A) y el elemento final (B), además de funcional-matemática, como lo es, por ejemplo, para Bertrand Russell, puede ser definida, según lo hacen otros autores, también como condición. La relación condicional puede ser:

1. Necesaria y suficiente: Si A, entonces B y si B, entonces A.
2. Necesaria y no suficiente: Si A, entonces B o no B y si B, entonces A.
3. No necesaria y suficiente: Si A, entonces B y si B, entonces A o no A.
4. No necesaria y no suficiente: Si A, entonces B o no B y si B, entonces A o no A.

Relación condicional.

El cuarto caso es el más difícil de establecer por su ambigüedad, pero es el más frecuente en las ciencias biológicas.

2. La causalidad entre los filósofos

Empecemos por el llamado Principio de Razón Suficiente. Este principio tiene antecedentes a lo largo de la historia de la filosofía. Pero generalmente se atribuye a Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716), quien lo formula en diversas ocasiones a lo largo de su obra:

“...que *jamás ocurre algo sin que haya una causa* o al menos una razón determinante, es decir, algo que pueda servir para dar razón a priori de por qué algo existe y por qué existe de esta manera más bien que de otra manera”. Teodicea, I, 44.

“Nuestros razonamientos están fundados sobre dos grandes principios: el de contradicción..., y el de la razón suficiente, en virtud del cual consideramos que ningún hecho podría hallarse ser verdadero o existente, ningún enunciado verdadero, sin que haya una razón suficiente por la que ello sea así y no de otra manera, si bien estas razones las más de las veces no nos puedan ser conocidas”. Monadología, §31-32.

Principio de razón suficiente.

Entre los antecedentes más claros del principio de razón suficiente está la propuesta de Tomás de Aquino (1224-1274), que en la segunda de sus Cinco Vías para demostrar la existencia de Dios se había basado en un principio muy similar, al que llamó principio de *causalidad eficiente*. Más o menos resumida expondremos su argumentación en las siguientes líneas:

1. Nos consta por experiencia que hay en el mundo sensible un orden determinado entre las causas eficientes, pues todas están subordinadas esencialmente entre sí para la producción de un efecto común.
2. Pero no se da, ni es tampoco posible, que una cosa sea causa de sí misma, ni en el orden del ser ni en el de la operación, pues en tal caso habría de ser anterior a sí misma, y esto es imposible.
3. Ahora bien, esa serie de causas eficientes, subordinadas esencialmente entre sí, no se puede prolongar indefinidamente, porque siempre que hay causas eficientes subordinadas, la primera es causa de la intermedia, y

ésta causa de la última. Cada una de estas causas actúa por influjo de las causas que la preceden. Y así tenemos que, suprimida una causa se suprime su efecto. Por consiguiente, si no existiese una causa primera, tampoco existiría la intermedia, ni la última. Si se prolongase indefinidamente la serie de causas eficientes, no habría causa eficiente primera y, por tanto, no habría efecto último, ni causa eficiente intermedia, cosa falsa a todas luces. Por consiguiente, es necesario que exista una causa eficiente primera.

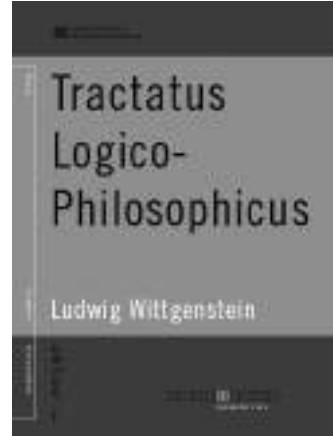
4. Esta causa eficiente primera, que no es causada por ninguna otra, a la que están subordinadas todas las demás causas; es decir, esta causa eficiente incausada es llamada por todos Dios. Luego Dios existe.

Curiosamente el Tomismo no acepta que una cosa material, animal o humana sea origen (causa) de sí misma, pero sí un ser (Dios) que lo sea. Y no ve en ello ninguna contradicción lógica. Sin embargo en la historia de la filosofía ha habido autores más escépticos que han avanzado muchas de las que hoy son (o debieran ser) nuestras posiciones modernas. Por ejemplo siguiendo a Hume (1711-1776), pero con un lenguaje más actual, podemos encontrar algunas características de la relación causal:

- a) *Temporalidad*: la causa precede al efecto.
- b) *Dirección*: la relación va de la causa al efecto.
- c) *Asociación*: entendida como cuantificación de la constancia de la relación.

Pero demos un salto en el tiempo y veamos el planteamiento radicalmente crítico que sobre el principio de causalidad expuso un filósofo de nuestra época como fue Ludwig Josef Johann Wittgenstein (1889-1951), uno de los padres de la filosofía analítica, que tanta influencia ha tenido en las teorías sobre la ciencia actuales. Según el análisis que este autor efectúa en su obra más conocida (*Tractatus Logicus Philosophicus*), el mundo es totalmente contingente. Es un agregado de estados de cosas independientes entre sí. Lo que experimentamos como conexiones entre sucesos, es decir el *nexo causal* es una superstición. La causalidad no es una ley presente en la naturaleza, sino

la forma en que son formuladas las proposiciones de la ciencia: “*No es obligatorio que algo tenga que ocurrir porque otra cosa haya ocurrido. Sólo hay una necesidad lógica. Toda la visión moderna del mundo se basa en el espejismo de que las llamadas leyes de la naturaleza explican los fenómenos de la naturaleza*”. (Tractatus 6.37-.371).



Según esta concepción la causalidad es sencillamente una necesidad de tipo lógico, necesaria para nuestro pensamiento, pero ajena al mundo natural. El nexa causal no es *nunca* un hecho observable, sino inferido a partir de los datos disponibles y, por lo tanto, sujeto a revisión cuando nuevos datos contradigan o amplíen la información a nuestro alcance. Esta visión de Wittgenstein, a primera vista tan contraria a nuestra intuición inmediata del mundo y sus fenómenos, no es nueva en la historia de las ideas. Más bien al contrario tiene una larga historia que conviene rastrear. Ya hemos mencionado a David Hume quien había sometido a profunda crítica la noción de causalidad.

¿Qué significa la causalidad para el pensamiento? Hume opina que todo parte de un cambio observado en la naturaleza de las cosas, de un movimiento, una acción. Un suceso es pensado de una manera tan unida a otro suceso, en conexión temporal o espacial con él, que éste último se nos aparece como necesaria consecuencia del primero. ¿Cómo podemos entender como *necesaria* una conexión semejante? De ninguna manera, responde Hume. Nada nos autoriza a ello. Esta conexión no es, ni mucho menos, obligatoria. La

representación mental de una causa sólo podría entenderse como necesaria en caso de que correspondiera a una *impresión* causal. Hume llama impresión a aquello que se nos da como un hecho y está presente en nosotros por medio de la *percepción*, provenga ésta del exterior o del interior del sujeto. Se trata pues de un dato que sólo puede provenir de la *experiencia sensible*, de los sentidos. Está claro que ninguna representación causal tiene este origen.

Todo lo que uno puede percibir, además de las cualidades de las cosas, es la coexistencia y la sucesión de determinadas sensaciones. Se puede contemplar cuantas veces se quiera un proceso, por ejemplo una bola de billar en reposo que es impulsada al movimiento por otra que choca con ella. Si me limito estrictamente a lo percibido, lo único que veo es que a un proceso le sigue otro. Lo que la percepción me muestra es una mera sucesión de acontecimientos, una *secuencia* de hechos, no una *consecuencia*. Se trata más bien de un orden sucesivo, no de una necesidad natural. Por supuesto si observo una y otra vez la misma relación entre dos estados de cosas (dentro de un nexo temporal y espacial definido) se me impone la idea de que ambas tienen una relación causal implícita a ellas mismas y, además, necesaria. Sin embargo esta relación sólo puede ser deducida, mediante un mecanismo lógico de orden interno al sujeto, presente en el observador, pero no obligatoriamente en el suceso observado. Según Hume se trata de una compulsión psicológica que no es objetiva y funciona como un *mero hábito*, una costumbre. Nuestra expectativa de que al suceso A le sigue el suceso B, se basa en el hecho de que, hasta ahora, siempre ha ocurrido así y, por lo tanto, deducimos que en el futuro seguirá ocurriendo lo mismo. Se trata de un tipo de creencia basado en la repetición de las observaciones y válida para un uso práctico cotidiano, pero en absoluto incontrovertible. ¿Cuántas veces es necesario observar un fenómeno de estas características para alcanzar la seguridad absoluta de que la próxima vez será exactamente igual a la anterior? No hay respuesta a esta pregunta.

Estamos en el terreno de la *inducción* y de los problemas que ésta plantea a la ciencia. A diferencia de la deducción, que sigue mecanismos lógicos y se rige por reglas precisas (principio de

contradicción, principio de tautología) la inducción no pertenece *sensu estricto* al mundo de la lógica, que sólo funciona bien cuando es deductiva. Un buen ejemplo de estas dificultades, y que era muy del gusto de Bertrand Russell, es el del *pavo inductivista*. Se trata de una sencilla historia. Un joven pavo, sin gran experiencia previa de contacto con humanos, es adquirido por una familia e introducido en un corral junto con otras aves. Nuestro pavo observa cómo día tras día es alimentado de forma segura por sus amos y, además de una manera no sólo muy nutritiva sino también muy de su gusto. Observa así mismo cómo su alimentación es superior en cantidad y calidad a la del resto de las aves del corral. Con el correr de las semanas se da cuenta también de que su cuerpo va adquiriendo un aspecto magnífico. Deduce de todo ello que quizá sea un poco superior al resto de las aves y comienza a pavonearse de ello. Todo se interrumpe de manera brusca el día de Navidad cuando nuestro pavo comprueba en su propia carne cómo le cortan el cuello, lo despluman y finalmente lo introducen en la cazuela. Obviamente el pavo había hecho una deducción errónea a partir de algunos acontecimientos de los que como mucho se podía inducir una probabilidad. El problema de toda inducción es simple: ¿Cuántas veces es necesario reiterar un experimento para asegurar que podemos derivar de él un axioma de la ciencia? ¿Cómo podemos estar seguros de que A es la causa de B?

Inmanuel Kant (1724-1804) desarrolló y amplió la visión de Hume sobre la noción de causalidad. Acabamos de señalar cómo este último negaba toda validez objetiva al principio de causalidad, situándolo en el lado subjetivo del sujeto que observa un fenómeno natural. Kant concede plena validez a este punto de vista. Como Hume, entiende que la idea de un nexo causal nunca puede derivarse de la percepción, sino que procede del propio entendimiento humano. Y sin embargo concede que esta noción vale de una forma universal y necesaria para toda experiencia. Deduce que ello es posible debido a la propia estructura de nuestro entendimiento que estampa sus formas en la materia prima proporcionada por la sensibilidad. De esta manera aparece siempre presente en la experiencia humana. Recuérdese que Kant, en su exploración sobre los límites y las capacidades del entendimiento humano (expuesta en su *Crítica de la Razón Pura*)

desarrolló el concepto de formas de *sensibilidad interna*, como formas *a priori* de este entendimiento, es decir propias del mismo y previas a toda experiencia sensible. Entre ellas situaba no sólo las nociones de tiempo y espacio, sino toda una serie de categorías (de cantidad, de cualidad, de relación, de modo) entre las que la relación de causa-efecto ocupa un lugar destacado. Así pues, como Hume, sitúa a la causalidad en el lado subjetivo de la experiencia de conocimiento. Pero esta subjetividad no tiene nada de arbitraria, sino que deriva de la estructura de nuestro entendimiento fundamentalmente basada en el lenguaje y sus reglas.

3. La causalidad en la física

Al igual que hemos visto que ocurría en la filosofía hasta la época de la Ilustración, en la física clásica se asumía que todos los eventos están causados por otros anteriores y que dicha causalidad es expresable en términos de leyes de la naturaleza. Dicha pretensión llegó a su punto más alto con Pierre-Simon Laplace (1749-1827), quien afirmó que si se conoce el estado actual del mundo con total precisión, uno puede predecir cualquier evento en el futuro. Esta perspectiva se conoce como determinismo o más precisamente como *determinismo causal*.

Aunque el determinismo de Laplace parece correcto respecto a las ecuaciones aproximadas de la física clásica, la teoría del caos ha añadido algunas complicaciones a este planteamiento. Muchos sistemas presentan una fuerte sensibilidad a las condiciones iniciales, lo que significa que, en ciertos casos, situaciones iniciales muy similares pueden conducir a comportamientos muy diferentes a largo plazo. Eso sucede por ejemplo con el tiempo atmosférico. Hasta fines de los años 80 del pasado siglo era habitual usar superordenadores en la predicción del tiempo. Estas máquinas podían calcular en apenas media hora un pronóstico aceptable del tiempo para el día siguiente en todo un hemisferio. Pero, aunque cada día se realizaban pronósticos para los siguientes diez días, los resultados de la predicción a partir del cuarto o quinto día diferían sensiblemente de lo previsto por el ordenador.

Más allá de la imposibilidad práctica de predicción causada por el comportamiento caótico de

los sistemas clásicos, está el hecho de que en la mecánica cuántica se nos presenta junto con una evolución determinista de los acontecimientos (recogida en la ecuación de Schrödinger), una evolución no-determinista recogida en otros postulados. En la *Mecánica Relativista*, de acuerdo con los postulados comunes de la física newtoniana, la causa precede al efecto en el tiempo. Sin embargo, en la física moderna, el concepto más simple de causalidad ha necesitado ser clarificado. Por ejemplo, en la teoría de la relatividad especial, el concepto de causalidad se mantiene y el significado de *preceder en el tiempo* sigue siendo absoluto y no depende del observador. No pasa lo mismo con el concepto de simultaneidad cuando los eventos no están relacionados causalmente, que en este caso sí pasan a depender del observador. Consecuentemente, el principio relativista de causalidad dice que *la causa precede a su efecto para observadores inerciales*. Esto implica que, en términos de la teoría de la relatividad especial, una condición necesaria para que A sea causa de B, es que *B sea un evento que pertenece al cono de luz de A* (en términos de distancias espacio-temporales se dice que A y B están separados por un intervalo temporalloide). A pesar de lo que nos han mostrado algunas obras de ciencia ficción, en los supuestos bajo los cuales la teoría de la relatividad especial es adecuada para describir el mundo, resulta imposible no sólo influir en el pasado, sino también en objetos distantes mediante señales que se muevan más rápidas que la velocidad de la luz.

Sin embargo, se sospecha que, aún con todas estas sutilezas, el principio de causalidad sigue siendo un concepto válido de toda teoría física realista. Así, parece que la noción de que los eventos pueden ser ordenados en causas y efectos es necesaria para prevenir ciertas paradojas del mundo que conocemos. La base de la causalidad física son los procesos energéticos que están gobernados por el principio físico de la conservación de la energía. El principio de causalidad postula que todo efecto (todo evento) debe tener siempre una causa. El hecho de que, en idénticas circunstancias, una causa tenga siempre un mismo efecto se conoce como *principio de uniformidad*. Se usa para la búsqueda de leyes definidas, que asignan a cada causa su correspondiente efecto. Este principio refleja un

comportamiento mecánico de la naturaleza, que hasta el Siglo XX se había aceptado e interpretado en un sentido determinista. No obstante, a principios de este siglo Heisenberg introdujo su principio de incertidumbre, que modificaba profundamente el principio de causalidad clásico.

Heisenberg y otros padres de la mecánica cuántica introdujeron un modelo de átomo que renunciaba a la visión clásica de un compuesto de partículas y ondas. Se concluyó que estaba condenado al fracaso cualquier intento de establecer analogías entre la estructura atómica y nuestra intuición sobre objetos macroscópicos. La formulación matemática de la teoría de Heisenberg se llamó inicialmente *mecánica matricial*, porque requería del uso de matrices del álgebra lineal clásica. Esta formulación resultó complementaria de la mecánica ondulatoria del físico austríaco Erwin Schrödinger.

Usando esta mecánica, los niveles de energía u órbitas de electrones se describen en términos *probabilísticos*. En general, de una misma causa no se deriva siempre un mismo efecto, sino que existe una variedad de posibles efectos. Sólo se puede predecir (aunque, en principio, con una fiabilidad determinista total) la probabilidad de que, cuando la causa se produzca, ocurra cada uno de los efectos. Este comportamiento resulta extraño para nuestra experiencia ordinaria. Su explicación la podemos resumir en algunos puntos, que deben aceptarse como postulados avalados por miles de observaciones experimentales.

Existen propiedades observables de la materia que no se pueden medir simultáneamente. Por ejemplo, la posición y la velocidad de una misma partícula (como es el caso del electrón) sería un ejemplo de este tipo. Para ilustrar esa situación con un análogo clásico burdo, piénsese que, si un microscopio es lo suficientemente sensible como para hacer visible un electrón, deberá enviar una cantidad mínima de luz u otra radiación apropiada sobre él, que lo haga visible. Pero el electrón es tan pequeño que este mínimo de radiación (digamos, un fotón) es suficiente para hacerle cambiar de posición apenas lo tocara, de modo que en el preciso instante de medir su posición, alteraríamos ésta. Supongamos que hemos medido una de estas propiedades observables, de tal manera que conocemos con precisión su valor.

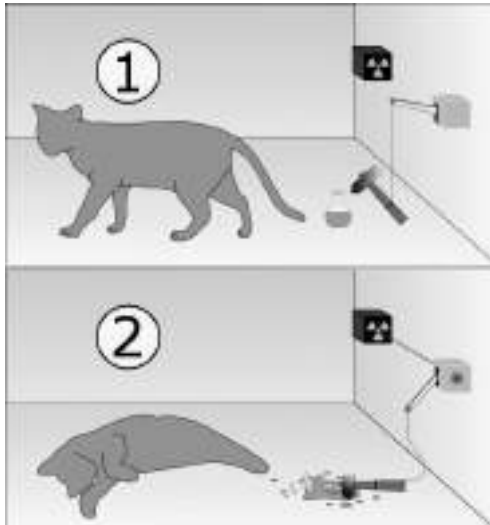
Cuando un instante después midamos la segunda propiedad, obtendremos uno de los posibles valores de esta segunda propiedad, pero no podemos predecir antes cuál. Sólo se puede predecir la probabilidad con la que cada uno de los valores posibles serán obtenidos.

Para algunos autores, desde el punto de vista filosófico, esto supone renunciar al principio de causalidad. Podemos hallar dos sistemas físicos que han sido preparados exactamente del mismo modo, pero tales que, al medir una misma propiedad de ambos, obtenemos un resultado distinto en cada caso. No existe ninguna causa por la que hayamos obtenido los resultados diferentes. La Naturaleza no es determinista. Sin embargo, sí se pueden determinar con precisión las probabilidades de obtener las posibles medidas. Y como los objetos macroscópicos están formados por números gigantescos de partículas, las predicciones probabilísticas cuánticas acaban siendo, estadísticamente hablando, totalmente precisas, lo que hace de la Mecánica Cuántica una teoría extraordinariamente exacta.

La interpretación descrita de la mecánica cuántica es la que se ha impuesto con el tiempo, y se le llama *interpretación de Copenhague* en honor de la escuela del físico danés Niels Bohr. Inicialmente, la renuncia al principio de causalidad en esta interpretación no fue aceptada por muchos físicos, incluyendo a Einstein, quien afirmó: "*Dios no juega a los dados*". De hecho, el propio Einstein, en colaboración con otros, ideó un experimento en el que las conclusiones de la interpretación de Copenhague parecían absurdas. Bohr mostró que, aunque muy extrañas, estas conclusiones no lo son. Experimentos de este tipo fueron llevados a cabo a finales del siglo XX y han confirmado la interpretación de Copenhague.

Sin embargo, esta interpretación se enfrenta todavía a la llamada *paradoja del gato de Schrödinger*. Recordemos que Schrödinger, como Einstein, fue uno de los padres de la Mecánica Cuántica. Esta paradoja, que afecta a la definición de lo que es un proceso de medida (la distinción entre la materia observada y la mente del observador), no ha podido ser aún explicada de forma satisfactoria. El gato de Schrödinger o *paradoja de Schrödinger* es un experimento imaginario, concebido en 1935 por el

físico Erwin Schrödinger para exponer uno de los aspectos aparentemente más extraños de la mecánica cuántica. Schrödinger nos propone un sistema formado por una caja cerrada y opaca que contiene un gato, una botella de gas venenoso, una partícula radiactiva con un 50% de probabilidades de desintegrarse en un tiempo dado y un dispositivo tal que, si la partícula se desintegra, se rompe la botella y el gato muere.



Al depender todo el sistema del estado final de un único átomo que actúa según las leyes de la mecánica cuántica, tanto la partícula como la vida del gato estarán sometidas a ellas. De acuerdo a dichas leyes, el sistema gato-dispositivo no puede separarse en sus componentes originales (gato y dispositivo) a menos que se haga una medición sobre el sistema. Se dice que el sistema gato-dispositivo está en un entrelazamiento. Siguiendo la interpretación de Copenhague, mientras no abramos la caja, el sistema, descrito por una función de onda, tiene aspectos de un gato vivo y aspectos de un gato muerto, por tanto, sólo podemos predicar sobre la potencialidad del estado final del gato y nada del propio gato. En el momento en que abramos la caja, la sola acción de observar modifica el estado del sistema tal que ahora observamos un gato vivo o un gato muerto. Esto se debe a una propiedad física llamada *superposición cuántica* que explica que el comportamiento de las partículas a nivel subatómico no puede ser determinado

por una regla estricta que defina su función de onda. La física cuántica postula que la pregunta sobre la vida del gato sólo puede responderse *probabilísticamente*. La paradoja ha sido objeto de una gran controversia (tanto científica como filosófica), al punto que Stephen Hawking ha dicho: «cada vez que escucho hablar de ese gato, empiezo a sacar mi pistola», aludiendo al suicidio cuántico, una variante del experimento de Schrödinger.

Las consecuencias del principio de incertidumbre se constatan en todas las partes de la microfísica, y acaban resultando asombrosas cuando se extrapolan al universo en su conjunto. Así, desde los tiempos de Einstein, en 1930, se sabía que el principio de incertidumbre también llevaba a la imposibilidad de reducir el error en la medición de energía sin acrecentar la incertidumbre del tiempo durante el cual se toma la medida. De hecho, al principio, Einstein creyó poder utilizar esta tesis como trampolín para refutar el principio de incertidumbre, pero también Bohr mostró que la tentativa de Einstein era errónea. A partir de los años 70 del pasado siglo se han producido especulaciones acerca de que el Universo comenzó como una pequeña, pero muy masiva, partícula virtual que se expandió con extrema rapidez y que aún sigue expandiéndose. Según este punto de vista, el Universo se formó de la Nada y podemos preguntarnos acerca de la posibilidad de que haya un número infinito de Universos que se formen (y, llegado el momento, acaben) en esta Nada.

En resumen, el principio de incertidumbre afectó profundamente al pensamiento de físicos y filósofos. También ejerció una influencia directa sobre la cuestión filosófica de causalidad, la relación entre causa y efecto. Pero sus implicaciones para la ciencia no son las que se suponen a menudo. Se puede leer que el principio de incertidumbre anula toda certeza acerca de la naturaleza, y muestra que, al fin y al cabo, la ciencia no sabe ni sabrá nunca hacia dónde se dirige, que el conocimiento científico está a merced de los caprichos imprevisibles de un universo donde el efecto no sigue necesariamente a la causa. Pero, tanto si esta interpretación es válida desde el ángulo filosófico como si no, el principio de incertidumbre no ha modificado un ápice la actitud del

científico ante la investigación. Y esto por varios motivos.

La incertidumbre también existe a un nivel clásico. Por ejemplo, incluso si nos olvidamos de posibles efectos cuánticos, no se puede predecir con certeza el comportamiento de las moléculas individuales en un gas. Sin embargo, estas moléculas acatan ciertas leyes termodinámicas, y su conducta es previsible sobre una base estadística. Estas predicciones son infinitamente más precisas que las de muchos economistas de prestigio o las de las compañías aseguradoras, que planifican su actividad (y obtienen beneficios) calculando con índices de mortalidad fiables, aunque les sea imposible predecir cuándo morirá un individuo determinado.

Ciertamente, en muchas observaciones científicas, la incertidumbre es tan insignificante comparada con la escala correspondiente de medidas, que se la puede descartar para todos los propósitos prácticos. Uno puede determinar simultáneamente la posición y el movimiento de una estrella, o un planeta, o una bola de billar, o incluso un grano de arena con exactitud absolutamente satisfactoria. La incertidumbre entre las propias partículas subatómicas no representa un obstáculo, sino una verdadera ayuda para los físicos. Se la ha empleado para entender el modelo atómico (que resultaba inestable desde el punto de vista no cuántico), esclarecer hechos sobre la radiactividad, sobre la absorción de partículas subatómicas por los núcleos y otros muchos acontecimientos subatómicos. En ello se emplea una economía lógica y una dosis de razonabilidad muy superior de lo que hubiera sido esperable sin ella.

Es cierto que el principio de incertidumbre o, en general, la física cuántica, se enfrenta a la paradoja no resuelta del problema de la medición (el gato de Schrödinger). Pero ésta tiene sus orígenes en la distinción entre mente y materia, determinismo y libre albedrío, y profundiza en ella como nunca antes habían imaginado los filósofos, o, al menos, la mayoría de ellos. El principio de incertidumbre significa que el universo es más complejo de lo que se suponía, pero no irracional.

No obstante hay que recordar que el principio de indeterminación apunta hacia una limitación sobre el tipo de experimentos realizables, no se refiere a la sensibilidad del instrumento de medi-

da. Una consecuencia importante de la relación de indeterminación es que este principio muestra un cambio drástico en nuestra forma de ver a la Naturaleza, puesto que se basa en un conocimiento exacto basado sólo en probabilidades y en la imposibilidad verdadera de superar un cierto nivel de error respecto a un grado de exactitud científica, debido a que este nivel de error se relaciona de una manera directamente proporcional con la velocidad de la luz, que es inalcanzable.

Esto, demuestra exactamente que no existe el determinismo científico, tal y como Laplace lo había formulado. La indeterminación no es solo algo relacionado con la medición, sino que intrínsecamente las partículas tienen cierto nivel de misterio cuántico. Incluso una medición *ideal* tendría indeterminación, porque la posición de la partícula es sólo la probabilidad de obtener una cierta medición, no una cantidad absoluta.

4. La causalidad en biología

Con lo expuesto hasta aquí podremos afrontar mejor la situación que se nos plantea a la hora de conocer e investigar sobre los fenómenos de la biología en general y del trastorno mental en particular. Expondremos ahora algunos modelos de causalidad que han sido planteados en el ámbito de la biología a fin de poder entender y explicar las dificultades derivadas de una correcta interpretación de los datos procedentes de la observación clínica y de la experimentación. En Biología podemos encontrar los siguientes modelos causales:

Modelo de Koch-Henle (sugerido por Koch a propósito de la tuberculosis y paradigmático en el estudio de enfermedades infecciosas). Más que un modelo es un conjunto de reglas de decisión que asumen los principios siguientes:

- El microorganismo debe encontrarse siempre en los casos de enfermedad.
- El microorganismo deberá poder ser aislado en cultivo, demostrando ser una estructura viva y distinta de otras que pueden encontrarse en otras enfermedades.
- El microorganismo debe distribuirse de acuerdo con las lesiones y ellas deben explicar las manifestaciones de la enfermedad.

- El microorganismo cultivado deberá ser capaz de producir la enfermedad en el animal de experimentación.

Modelo de Bradford Hill. Más conocido como criterios de Bradford Hill, aunque estrictamente no se trata criterios. Es un modelo paradigmático en el estudio de enfermedades no infecciosas, y básico en todo el moderno desarrollo e interpretación de resultados de los ensayos clínicos aleatorizados. Es importante destacar que asume los principios de la relación causal condicional de tipo 4 señalada más arriba. Los criterios o principios que incluye son los siguientes:

- Fuerza de la asociación, medida con los índices estadísticos apropiados.
- Consistencia entre distintos observadores, en diferentes lugares, tiempos y circunstancias.
- Especificidad de las causas.
- Temporalidad.
- Gradiente biológico en la relación dosis-respuesta.
- Plausibilidad biológica.
- Coherencia con otros conocimientos previos.
- Evidencia experimental.
- Analogía con otras relaciones causales.

Modelo de Rothman. Con más contenido teórico que los anteriores, contempla las relaciones multicausales. Fue desarrollado en el ámbito de la epidemiología y es el más adaptado a los métodos estadísticos multivariantes, como son los que resultan más útiles en el ámbito del estudio de los trastornos mentales y sus tratamientos.

Define causa como todo acontecimiento, condición o característica que juega un papel esencial en producir un efecto (por ejemplo una enfermedad). Distingue entre:

Causa componente: causa que contribuye a formar un conglomerado que constituirá una causa suficiente.

Causa suficiente: conjunto de causas que producen un efecto.

Causa necesaria: ver más adelante.

- Ninguna de la causas componentes es superflua.
- No exige especificidad. Un mismo efecto puede ser producido por distintas causas suficientes.
- Una causa componente puede formar parte de más de una causa suficiente para el mismo efecto. Si una causa componente forma parte de todas las causas suficientes de un efecto se la denomina *causa necesaria*.
- Una misma causa componente puede formar parte de distintas causas suficientes de distintos efectos.
- Si existen dos causas componentes de una causa suficiente se considera que tienen una *interacción* biológica, es decir ninguna actúa por su cuenta. El grado de interacción puede depender de otras causas componentes.

Características del modelo de Rothman.

5. La causalidad en el ámbito psicológico y psiquiátrico: conclusiones

Probablemente, tras las páginas anteriores, estamos en mejores condiciones para discutir algunas relaciones de causa-efecto en el terreno de las teorías psicológicas y/o psiquiátricas. Partiendo del generalmente aceptado esquema de Engel, que ya hemos expuesto al inicio y que reconoce una pluricausalidad bio-psico-social para la mayor parte de los trastornos psiquiátricos, iremos revisando diversos supuestos más o menos aceptados y algunas evidencias provenientes de diversas investigaciones.

Comencemos por las teorías biológicas. Para empezar diremos que no está demostrado que la variación de los niveles de ningún neurotransmisor (por ejemplo, el déficit de serotonina en la hendidura sináptica) sea la causa de ningún trastorno psiquiátrico (por ejemplo, la depresión). Lo que ha sido puesto en evidencia mediante la experimentación es que hay una asociación entre ambos fenómenos y que corregir ese déficit de serotonina puede tener efectos beneficiosos sobre los síntomas depresivos. El que ambos fenómenos (déficit de serotonina y síntomas depresivos) aparezcan relacionados, no nos da derecho a pensar que el uno sea consecuencia

del otro. De hecho ambos podrían deberse a un tercer factor (otro neurotransmisor) o, incluso, relacionarse con una cadena de acontecimientos no necesariamente siempre neuroquímicos. ¿Puede una psicoterapia eficaz tener efectos beneficiosos sobre los niveles de serotonina? Hay quienes piensan que sí y no parece descabellado el considerarlo como una posibilidad real. Después de todo tampoco somos espíritus puros. Hay evidencia de que las psicoterapias pueden modificar el cerebro haciéndolo más funcional. Existen investigaciones en este área que muestran cómo en el caso de trastornos de diverso tipo (obsesivo compulsivo, trastorno límite de personalidad, trastornos fóbicos o la misma depresión, entre otros) y tras terapias cognitivo-conductuales e interpersonales, se podían apreciar significativos cambios neurológicos en diversas zonas cerebrales. Lo que la investigación ha demostrado es la reversibilidad de algunos procesos cerebrales o neuroquímicos, poniendo de manifiesto cómo los resultados de algunas psicoterapias son equiparables a los obtenidos mediante tratamientos de base neuroquímica. Para más información en este campo se pueden consultar algunas páginas de Internet, por ejemplo el informe *Evidence Is in: Psychotherapy Changes the Brain* (autor Joan Arehart-Treichel) publicado por la APA, o el de Joshua Roffman: *How Does Psychotherapy Change the Brain: What Neuroimaging Has Taught us About Psychotherapy* publicado en Psychiatry Academy del Massachusetts General Hospital en 2005.

Mucho más cerca podemos encontrar similares planteamientos. El Centro Vasco para el estudio del cerebro y el lenguaje, dirigido por Manuel Carreiras, en 2009, publicó en la revista Nature, un estudio del que se desprendía que, con el aprendizaje de la lectura, varias áreas del córtex cerebral desarrollaban mayor densidad de cuerpos neuronales. También evidenciaron un aumento de densidad en los axones interhemisféricos del cuerpo calloso. Relacionaron estos hallazgos con el menor tamaño de estas áreas que suele verse en personas afectas de dislexia. La mayoría de los autores interpretan que el déficit neuronal es la causa de la dislexia, sin embargo la propuesta de Carreiras y su equipo invertía la relación causa-efecto. Para ellos las diferencias cerebrales halladas en los disléxicos no son

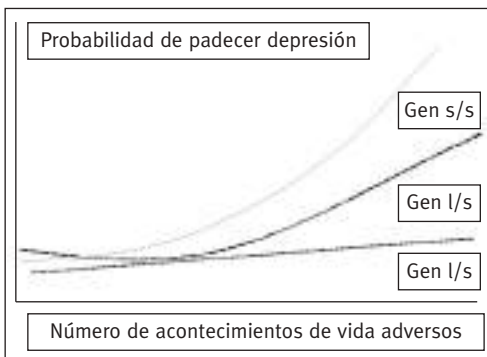
la causa, sino la consecuencia, de sus dificultades en el aprendizaje de la lectura.

Por otro lado, las teorías genéticas se han convertido en el paradigma actual de la psiquiatría biológica. ¿Qué se hereda? En el terreno psiquiátrico, como en otros ámbitos de la medicina, en los que la expresión de los genes está mediada por complejos factores, parece que en la mayor parte de las ocasiones se hereda una predisposición a adquirir una enfermedad, por ejemplo, la esquizofrenia, no la enfermedad en sí. Existe por otro lado una indudable interacción que afecta a una mutua influencia gen-gen, pero también ambiente-gen. Uno de los más conocidos es el caso, otra vez, de la depresión.

Los endofenotipos, o si prefiere, las expresiones genéticas de los sistemas neurales implicados en la depresión, han suscitado especial interés en el estudio de la patogénesis de este trastorno y su tratamiento. Una particular atención ha sido focalizada en el *polimorfismo funcional*, que mediante variaciones en las secuencias de ADN podría alterar la expresión o funcionamiento final de algunos productos genéticos. Sin embargo el entusiasmo generado hace unos años en lo relativo a poder asociar la depresión mayor con el polimorfismo encontrado en el alelo (corto vs largo) del gen transportador de la serotonina (5-HTTLPR) y su consiguiente respuesta a los fármacos ISRS, no ha podido ser suficientemente confirmado. Los sucesivos estudios y meta-análisis desarrollados no han logrado replicar los iniciales hallazgos. Pero lo que no ha podido ser evidenciado de una manera específica en el terreno de la depresión puede resultar de importancia para avanzar en nuestro conocimiento sobre la respuesta al estrés. Como acabamos de mencionar, lo que la evidencia actual sugiere al respecto es que el polimorfismo 5-HTTLPR estaría asociado con los *rasgos neuróticos de las personas* y su respuesta al estrés de una manera genérica, de tal modo que su variabilidad modificaría la *respuesta al estrés* de los sujetos, más que provocar de forma directa la depresión.

Entre la población homocigota (31% de las personas), que posee ambas versiones largas del alelo del gen, se evidencia una mayor resistencia a la depresión y una tendencia a no desarrollarla incluso ante la presencia de estresores

importantes. Entre la población heterocigota (51% de la población), con un alelo corto y otro largo del gen, se observa una mayor vulnerabilidad en el caso de que aparezcan acontecimientos de vida estresantes. Finalmente entre la población homocigota con ambos alelos cortos del gen (17% de la población) la presencia de depresión resulta mucho más frecuente que en las dos situaciones anteriores. Pero lo importante es que, en ausencia de estresores, no se evidencia una expresión del gen por sí mismo, es decir, no hay sintomatología depresiva evidente. Mientras que, en presencia de los mismos, serían los genes los que marcarían la probabilidad de padecer sintomatología depresiva. Estos hallazgos (Caspi y otros, 2003) constituyen la que, hasta la fecha, es la mejor evidencia disponible de la interacción entre genes y ambiente en el campo de los trastornos mentales.



Relación entre el Gen transportador de la serotonina, acontecimientos adversos de vida y probabilidad de padecer un episodio depresivo.

A otros autores les ha llamado la atención el hecho de que genes capaces de provocar o, al menos aumentar considerablemente la probabilidad de que una persona padezca una enfermedad grave (por ejemplo, la esquizofrenia), sigan teniendo capacidad de expresión efectiva a lo largo de la evolución de la especie humana y no hayan sido desechados a lo largo de la misma como una especie de estorbo o desecho genético. Una explicación plausible reside en que aquello que puede ser fatal para un individuo aislado (una enfermedad grave, como la esquizofrenia) puede contener una oportunidad evolutiva de interés para la especie (capacidad de tener nuevas experiencias sensoriales, creatividad interpretativa en un medio hostil, aumento

de probabilidades de supervivencia en entornos paradójicos o de gran incertidumbre, etc...). Situar el problema del lado del interés del individuo (algo a lo que nos lleva el hábito democrático y la consideración hacia los derechos de las personas) puede hacer que desviemos nuestra atención de aquello de lo que en realidad se ocupa la biología evolutiva, que es de la especie, su conservación y adaptación al medio. *Nature and Nurture*. La vieja oposición entre naturaleza (herencia) y ambiente (crianza) parece que aún pueda depararnos algunas sorpresas.

Por su parte las teorías de matriz psicogenética (causalidad de tipo psicológico) también presentan sus dificultades para explicar razonablemente algunas cosas, al menos si son adoptadas de una manera dogmática y exclusivista, como explicación definitiva. Para empezar ¿Qué es la mente? ¿Se sitúa siempre en el interior de las personas, vale decir en el cerebro? ¿Dónde están sus límites? Individuo, pareja, familia, grupo. Todos estos ámbitos han sido y son objeto de trabajo psicoterapéutico (muchas veces de eficacia probada) y de teorías explicativas a veces muy convincentes y originalmente construidas. Sin embargo parece evidente que toda la información necesaria para relacionarse con el medio (externo e interno) debe residir en el cerebro y, por lo mismo, debe tener algún tipo de relación con sus funciones.

El efecto de observar ¿influye en las manifestaciones del sujeto observado, vale decir en el paciente? El observador en psicoterapia o en una supervisión ¿introduce efectos nuevos en el hecho observado? Es decir, ¿se comporta el paciente de manera diferente según quién esté presente? ¿Cambia el objeto observado?, ¿cambia el sujeto? ¿Es esto bueno, malo o neutro a los efectos de la eficacia psicoterapéutica? Se trata de un viejo debate en el mundo de la psicoterapia en la que se ha venido observando una clara evolución, en el sentido de introducir cada vez más elementos añadidos a la relación diádica que los primeros psicoterapeutas modernos (los psicoanalistas) consideraron la matriz de la terapia y de cualquier teoría posible sobre el sujeto. Por otro lado ¿qué es un hecho observacional en psicología o en psiquiatría? Lo que podemos observar siempre es una conducta (expresada en lenguaje, en acciones u omisiones), pero no al

sujeto que siempre es inferido a través de aquéllas. En sentido estricto el sujeto (objeto central de preocupación para algunas teorías sobre la mente) es una suposición, es caja negra (como la de los aviones). Y, de forma similar al electrón, nunca es observable de manera directa. A lo sumo puede ser intuido o deducido.

Por otro lado hay aproximaciones psicológicas al comportamiento humano que, en gran medida han renunciado a la explicación causal. En la teoría sistémica, en terapia familiar, por ejemplo, es frecuente considerar una serie de acontecimientos influyéndose mutuamente de una manera circular, de tal forma que no podamos saber cuál fue el primero. Y ello no comporta mayor dificultad de actuación terapéutica siempre que sea posible interrumpir de alguna manera esa secuencia de hechos con efecto patógeno. Se trata de marcar un punto nodal a partir del cual sea más fácil intervenir. El círculo sistémico y la puntuación implican, pues, trabajar sin una teoría causal.

También hay aspectos en algunas psicoterapias que retan de una manera central a los conceptos de *antes* y *después*, tal y como los concebimos en el lenguaje común. Eva Illouz es una autora que ha trabajado en profundidad este tema desde la perspectiva de la narrativa y la retroactividad en psicoterapia. Escuchemos lo que nos dice:

“La principal característica de las narrativas terapéuticas es que la meta del relato dicta los hechos que son seleccionados para contar la historia así como los modos en que esos hechos -en tanto componentes de la narrativa- se conectan. Metas narrativas tales como la “liberación sexual”, la “autorrealización”, el “éxito profesional” o la “intimidad” dictan el escollo narrativo que me impedirá alcanzar mi meta, lo que a su vez dictará a qué hechos del pasado de mi propia vida deberé prestar atención y la lógica emocional que ligará esos hechos (por ejemplo, “debería tener una vida con intimidad; pero no experimento esa intimidad; eso es porque todos los hombres con los que estoy son distantes; los hombres con los que estoy son distantes porque yo los elijo así; elijo a hombres distantes porque mi madre nunca se ocupó de mis necesidades. ¿Cómo puedo saber que mis necesidades no

eran satisfechas entonces? Porque ahora no son satisfechas”). En este sentido la narrativa terapéutica es retrospectivamente puesta en intriga o “escrita hacia atrás”: el “final” de la historia (mis aprietos presentes y mi mejoramiento futuro) da inicio a la historia”.

Según lo aquí expuesto y que parece muy verosímil: ¿Dónde la causa y dónde el efecto en algunas formas de psicoterapia? ¿De dónde surge el sentido de lo ocurrido? ¿De atrás hacia adelante o viceversa? ¿Del presente al pasado? ¿Y todo ello condicionado por un futuro deseable? Aquello que quiero ahora, condiciona aquello que pasó y le presta sentido. Entonces ¿qué pasa si mañana quiero otra cosa? Por lo que parece que tendré que reescribir mi historia y contármela de otra manera. Y que no me pregunten quién soy. Yo soy el que desea.

Y finalmente la sociogénesis. Algunos dudan de que este tipo de explicaciones o teorías sean realmente terreno propio de la psiquiatría o de la psicología, que se encargarían más bien de las personas concretas y sus procesos biológicos y/o psicológicos. Sin embargo existen la psicología y la psiquiatría social. Ciertamente, casi siempre, parece difícil entender muchos fenómenos individuales, de nivel micro o meso, si no somos capaces de entender el macro (el ámbito social o cultural, en sus diversas expresiones, en el que los humanos vivimos inmersos). Sin embargo a la hora de organizar el conocimiento se plantea de nuevo el problema de los límites ¿dónde empieza lo social y acaba lo psicológico? ¿desde dónde entendemos y explicamos aquello que ocurre en un grupo terapéutico de tamaño mediano o en uno grande? ¿Y algunas de las cosas que ocurren en la sociedad, entendida ésta en su más amplio sentido?, ¿se rigen todos estos procesos por las mismas o parecidas leyes?

Como mínimo desde Freud existe una preocupación por el estudio de algunos fenómenos sociales, aplicando a ellos teorías de corte psicológico, o incluso biológico, para intentar explicárselos. Un caso típico es el comportamiento de las masas cuyo análisis ha interesado a diversos autores, especialmente a partir de la experiencia nacional socialista o la comunista en el pasado siglo. De esta preocupación se han derivado algunas hipótesis y teorías bastante interesantes e

incluso reveladoras, que han contribuido a cambiar nuestros puntos de vista sobre algunos temas. Asuntos tales como los suicidios en grupo o en cadena, relacionados con determinadas creencias o acontecimientos y algunos aspectos de lo que llamamos estados de trance (individual o colectivo) tan asociados a la histeria, por ejemplo, tienen siempre un marcado carácter colectivo y cultural que no debemos olvidar. La influencia ambiental de este último tipo de fenómenos es tan evidente que no ha pasado desapercibido cómo sus manifestaciones han venido variando (en el sentido de cambiar de forma, disminuir o casi desaparecer) a medida que las sociedades, por lo menos las occidentales, han evolucionado en sus sistemas de vida y creencias a partir de la segunda guerra mundial. Otro caso es el fenómeno del liderazgo, sus posibilidades y límites, relacionados con la buena (o mala) gobernanza, la dirección y el control de masas sociales (en el caso de la política), o la organización y mantenimiento de grupos de interés y/o trabajo (en el caso del moderno mundo empresarial o deportivo). La publicidad, no muy diferente en sus mecanismos intrínsecos, de las técnicas de propaganda y persuasión políticas, no tendría el desarrollo que tiene en nuestras sociedades postmodernas si este tipo de conocimiento no hubiera avanzado sensiblemente. Y sabemos que aquí la psicología (aunque no solo ella) tiene bastante que decir.

Pero un individuo o grupo concreto puede no responder en sus comportamientos o en su respuesta a una determinada técnica ambiental, a aquello que esperábamos que ocurriera, incluso si es el caso que eso que se esperaba ocurre la mayoría de las veces. De otra manera seríamos deterministas en el peor sentido de la palabra. Sabemos que la respuesta al internamiento, al ingreso en un hospital de día o en una comunidad terapéutica, por ejemplo, puede ser muy diferente en diferentes personas hasta el punto de contraindicar este tipo de situaciones (cuya característica primordial es la de generar un microambiente supuestamente terapéutico con el que poder ayudar a los pacientes) en determinados casos. Al igual que la genética interactúa con el ambiente, éste condiciona solo de manera relativa y probabilística, pero no absoluta, el comportamiento de los individuos, o puede hacerlo de manera muy diferente entre unos y

otros. Por lo tanto el contexto no puede explicarlo todo y, a veces, la aplicación incontrolada de algunos principios ambientalistas en la práctica terapéutica con casos concretos puede contribuir a hacer olvidar las capacidades de los individuos o a someter a éstos, sin mayor consideración, a principios de orden general que les son ajenos y pueden generar situaciones de clara iatrogenia, dado que primero han contribuido a nublar los puntos de vista y las prácticas asistenciales de algunos profesionales.

Por otro lado en casi todas las situaciones el contexto social, los cambios sociales, con los hábitos e ideas (o ruptura de hábitos e ideas) que les vienen asociados son los que condicionan aquello a lo que un grupo humano considera o no patológico. La civilización humana ha conocido prácticas sociales más o menos normalizadas (canibalismo, incesto, pedofilia) en muy diversas culturas en el pasado, que ahora mismo nos horrorizan. La admiración que profesamos a la cultura griega en cuanto origen de nuestras ideas y hábitos democráticos o científicos, por ejemplo, no es óbice para que sepamos que en aquella sociedad se practicaba sexo con menores como una forma (entre otras) de iniciación a la vida adulta. Cuando los cambios sociales se aceleran, se establecen condiciones que pueden provocar la aparición de nuevas situaciones capaces de favorecer (o perjudicar) el trato que se acepta como bueno para la personas con trastorno mental. Para algunos analistas de la historia de la psiquiatría, la aparición durante la Revolución Francesa de una nueva concepción de los derechos humanos contribuyó de una forma más poderosa que los avances científicos de la época a cambiar la situación de los alienados. La figura de Pinel liberando de cadenas a los locos de Bicêtre o la Salpêtrière es la mejor metáfora al respecto. Tampoco es ajena a esta idea la situación creada en los años posteriores al final de la segunda Guerra Mundial en la que el cuestionamiento de los manicomios y asilos psiquiátricos en Europa y Estados Unidos contribuyó a la aparición de la psiquiatría comunitaria y, con ella, a nuevas formas de enfoque del trastorno mental y su tratamiento. Así pues, parece claro que los cambios (democráticos o no) posibilitan también variaciones críticas en las ideas y formas de asistencia que no provienen de la técnica (o al menos no solo de ella).

Además la organización social y sus necesidades dan forma a situaciones más o menos estables o cambios colectivos que están en el origen de lo que comúnmente se concibe sobre qué es enfermedad y qué no lo es. En la Guía para el usuario del GHQ (1988) David Goldberg, un psiquiatra especialmente interesado en los trastornos menores y el trabajo con Atención Primaria, desde la perspectiva de un servicio público como el National Health Service del Reino Unido, escribe: *“Es evidente que en distintas culturas, e incluso dentro de la misma cultura en diferentes momentos, se remiten al psiquiatra distintos tipos de pacientes. Por ejemplo, puesto que en Estados Unidos hay un número relativamente grande de psiquiatras, tienen la posibilidad de que se les remitan pacientes con trastornos menores, que probablemente no serían vistos por un psiquiatra en un país en vías de desarrollo. A finales del siglo XIX, los “alienistas” cuidaban un grupo de pacientes mucho más restringido que los que cuidan los psiquiatras actualmente en el British National Health Service”*.

Esta cita refleja claramente de qué estamos hablando. Otro buen ejemplo lo constituyen las entidades que entran o salen de las nosografías psiquiátricas en función de lo que socialmente se considera normal o patológico. La notable influencia del lobby gay ha contribuido a sacar a la homosexualidad, considerada durante mucho tiempo como un trastorno en las sociedades occidentales, de las nosografías psiquiátricas. En la misma línea, pero en dirección contraria, está el caso del trastorno por estrés postraumático, que ha cobrado importancia creciente en las clasificaciones internacionales a partir de la Guerra de Vietnam como consecuencia, primero, de las presiones de los veteranos de guerra en USA y, después, de las asociaciones pro derechos de la mujer, que vieron en este diagnóstico una importante oportunidad para poner de manifiesto las consecuencias del maltrato y la violencia de género y, así, poder organizar sus posiciones frente a esta situación. No se trata de negar la bondad de estos sucesos desde una perspectiva democrática o en relación a los derechos de las personas. Lo que aquí se quiere subrayar es la condición de debilidad epistemológica en la que sitúan a la psicopatología, que debe abrirse paso como posible ciencia positiva, sometida a estos vaivenes culturales. Y, sin

embargo, una psicopatología mínimamente estructurada, que no renuncie a la aspiración etiopatogénica y, que probablemente, también deba ser fruto de un cierto consenso profesional y/o social, es un instrumento absolutamente necesario e ineludible para hacer posible una psiquiatría útil.

Otro aspecto de la importancia del entorno (vale decir del contexto) se podría formular a través de preguntas como las siguientes: ¿es importante la organización asistencial a los efectos de mejorar el resultado de las intervenciones? ¿Cómo hemos de considerar la realidad de la clínica?, ¿como una praxis individual en la que un sujeto (psiquiatra, psicólogo) entra en una relación especial (terapéutica) con otro sujeto (paciente)?, ¿o más bien como un ejercicio colectivo en el que un grupo de profesionales, en una época determinada, pone en práctica un conjunto de conocimientos y habilidades en beneficio de sus pacientes? Desde esta segunda perspectiva, que es seguramente la que marca el tipo de práctica asistencial que es dominante en un momento determinado: ¿es importante el tipo de estructura asistencial, de organización donde un cuerpo de conocimiento teórico y práctico puede ser puesto (o no) en marcha? Lo que aquí se quiere defender es que la estructura de la organización asistencial, donde unas prácticas como la psiquiatría o la psicología pueden ser ejercidas, tiene una gran importancia en los resultados derivados de esas prácticas, en el tipo de formulaciones teóricas y preocupaciones epistemológicas que de todo ello se derivan. La complejidad del actual conocimiento necesario para una buena praxis en el ámbito psicológico-psiquiátrico, implica que diversos profesionales desde diversas disciplinas y modelos de trabajo deben ejercer su tarea de una manera estructurada como un todo y debidamente coordinada. No existe una sola figura profesional o perfil de conocimiento único que, por sí mismo, se baste para dar cuenta del conjunto de prácticas necesarias para un adecuado desarrollo de nuestra labor diagnóstica o terapéutica. Tampoco un lugar privilegiado (hospital u otro cualquiera) al que le sea dado en exclusiva lo fundamental de esta tarea. A día de hoy se ha hecho evidente que debemos organizar nuestra praxis en una estructura reticular (una red de asistencia) en la que poder inscribir y poner en relación los distintos lugares, saberes, profesiones y prácticas indispensables para el ejercicio de una clínica ligada a

un buen hacer. Allí donde es posible poner en marcha esta red, y si la articulación de la misma logra ser funcional, debe de ponerse de manifiesto una mejora asistencial. También debe abrirse paso un nuevo espacio de observación y estudio que amplíe y corrija los puntos de vista anteriores. Lo que con esto se afirma es que el tipo de organización asistencial, el contexto estrictamente sanitario en el que la clínica es ejercida, favorece unos determinados modos y formas de trabajo que deben derivarse de la misma. El contexto de trabajo, para bien o para mal, marca las actividades que se desarrollan en el mismo.

Si queremos exponer la potencial virtualidad de un modelo como el de Engel, en el que las relaciones entre lo biológico, lo psicológico y lo social son su aspecto dominante, quizá no encontremos mejor ejemplo que el de nuestro (aún dificultoso) conocimiento sobre la personalidad y sus patologías. Atendiendo a lo que actualmente sabemos, las teorías más desarrolladas que dan cuenta de este asunto (la formación de la personalidad, los trastornos y problemas de la misma) deben tener en cuenta la interacción entre estos tres ámbitos. Para empezar no cabe duda de los aspectos hereditarios y genéticos que condicionan nuestro carácter, personalidad o modo de ser. Además lo que sabemos sobre la maduración de las estructuras cerebrales, incluso en épocas postnatales, pone en relación la base biológica de la personalidad con la ambiental. Las fases de infancia temprana y el desarrollo hasta la pubertad, con las experiencias vitales que las caracterizan, constituyen un elemento añadido de carga (background) que va limitando, o especializando, el repertorio de modos (patológicos o no) con los que una persona se relaciona con su medio. Consideramos que la personalidad está formada, es decir más o menos cristalizada en una estructura determinada y que excluye otras posibles, hacia el final de la pubertad. Pero ahí no acaba la cosa, porque sabemos que determinados ambientes sociales facilitan o inhiben la expresión de determinadas personalidades. No tiene las mismas consecuencias tener rasgos esquizoides o fóbicos (depende del grado, claro) si uno se dedica a pastorear cabras en la soledad del monte que si es profesor de matemáticas y tiene que enfrentar un aula repleta de estudiantes. En situaciones de desestructuración social, como a veces son las que se derivan de

la guerra, las personalidades antisociales encuentran un caldo de cultivo y expresión “normalizado” frente a lo que es habitual en condiciones de estabilidad y control democrático.

Para acabar podemos hacernos eco de la sospecha que Foucault expresó sobre la psicopatología. Vino a entenderla no mucho más que como una especie de formación discursiva o manera de hablar entre expertos. Sabemos que prácticamente todas las ciencias positivas, cuando alcanzan un estado de desarrollo suficiente, poseen un cuerpo de conceptos y expresiones semánticas, que se supone que expresan a aquéllos en términos cada vez más precisos. Si bien parece cierto que toda ciencia positiva tiene su jerga propia que hay que aprender a utilizar cuando se es experto en ella, también ocurre que este uso terminológico específico se constituye, por sí mismo, en manifestación pública, ante los demás, de esa pericia (*expertise*). Si toda ciencia tiene su jerga experta, no sería cierto, a la inversa, que toda jerga específica sea expresión de una ciencia, al menos de una ciencia positiva. Lo que Foucault quiso poner de manifiesto con esta sospecha es que la psicopatología podría ser una *pseudociencia*. No dijo que su intento fuera vano, que no sirviera para nada o que no pudiera dar lugar a una ciencia. Lo que dijo es que, como la economía, como la historia natural, la psicopatología podría funcionar de otra manera. Podría constituir un cuerpo relativamente autónomo de saber, organizado en torno a unos enunciados, que se articulan entre sí, y que conforman unos modos y maneras según las cuales se establece cómo integrar a lo ya dicho todo enunciado nuevo. Pero, para este autor, *saber* no equivale necesariamente a *ciencia*. De lo que se trata es de estudiar la adecuada relación entre ambas categorías y de construir criterios para verificar cuándo una determinada disciplina atraviesa los sucesivos umbrales de positividad, de epistemologización, de cientificidad y de formalización, propios de las ciencias desarrolladas.

“Ocuparse del funcionamiento ideológico de una ciencia para hacerlo aparecer o para modificarlo, no es sacar a la luz los presupuestos filosóficos que pueden habitarla; no es volver a los fundamentos que la han hecho posible y que la legitiman: es volver a ponerla en discusión como formación discursiva; es ocuparse no de las contradicciones formales de sus proposiciones, sino

del sistema de formación de sus objetos, de sus tipos de enunciaciones, de sus conceptos, de sus elecciones teóricas. Es reasumirla como *práctica entre otras prácticas*". Desde esta perspectiva el grado de verdad o falsedad (mejor diríamos de verosimilitud) que pueda derivarse de cualquier psicopatología posible, debe ser juzgado a partir de las prácticas que genera en relación con el paciente, con su familia y con otros colegas, del tipo de clínica que inspira y de la utilidad, que derivada de ello, se obtenga para el diagnóstico y tratamiento. Toda otra cosa no iría mucho más allá de una especie de divertimento para eruditos y diletantes.

Ya es hora de terminar estas anotaciones. Con ellas no se ha pretendido otra cosa que poner en evidencia la complejidad de aquello que la psiquiatría o la psicología tienen delante. No se ha querido, en modo alguno, renunciar a lo que en algo más de dos siglos hemos ido aprendiendo sobre la locura y la enfermedad mental, que es bastante, sino poner en cuestión cualquier presunta teoría que se nos quiera presentar como definitiva o exclusiva. El peligro que tenemos que combatir se llama reduccionismo y nos acecha desde muchos frentes, y en primer lugar, como un hábito de pensamiento relacionado con la causalidad lineal y simplista. Gran parte de nuestro saber psiquiátrico o psicológico es empírico y, hoy por hoy, no resulta fácil formularlo desde una epistemología unitaria y cohesionada. Ni siquiera sabemos si alguna vez será posible disponer de una teoría con estas características. Pero lo que sí sabemos es que, bien empleado, el conocimiento disponible puede ser de suma utilidad para muchos de nuestros pacientes. Cualquier ciencia posible sobre eso que llamamos mente solo podrá avanzar desde un sano escepticismo capaz de poner en cuestión el saber heredado y de someter a verificación y contraste en el único terreno en que ello es posible, en el de la clínica, cualquier supuesto teórico o práctico que seamos capaces de formular. Definitivamente el cerebro o la mente son un poco más complicados de lo que nos habíamos imaginado al principio. Pero siempre nos quedará la esperanza de poder nos aferrar al sentido del humor. En su libro *El mundo de Sofía*, dedicado a explicar a jóvenes estudiantes los fundamentos y la historia de la filosofía, Jostein Gaarder hace decir a uno de sus personajes: *Si el cerebro del ser humano fuera*

tan sencillo que lo pudiéramos entender, entonces seríamos tan estúpidos que tampoco lo entenderíamos. Más que una paradoja, parece tratarse de un buen aviso para quienes navegamos por las procelosas aguas de la psiquiatría (¿o era la psicología?).

6. Referencias

1. Engel, GL. (1977). "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine". *Science* 196:129-136.
2. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 1980; 137: 535-544.
3. Jhon Heaton, Judy Groves: Wittgenstein for Beginners. Icon Books Ltd. Cambridge, 1994. Trad. Esp. Wittgenstein para principiantes. Era Naciente SLR. Buenos Aires, 1999.
4. Hans Joachim Störig: Kleine Weltgeschichte der Philosophie. Kohlhammer GmbH. Stuttgart-Berlin-Köln, 1990. Trad. Esp. Historia Universal de la Filosofía. Tecnos. Madrid, 1995.
5. Richard Dawkins: The Selfish gene. Oxford University Press, 1976. Trad. Esp. El Gen egoísta. Salvat Editores (9ª Edición), 2002.
6. Caspi A, Sugden K, Moffit TE y otros: Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 2003; 301: 386-9.
7. Carreiras M y cols. An anatomical signature for literacy. *Nature*, 2009, 461 983-986.
8. Illouz E.: Saving the modern soul: Therapy, emotions and the culture of self -help. University of California Press. Trad. Esp. La salvación del alma moderna: terapia, emociones y la cultura de la autoayuda. Ed. Katz. Madrid, 2010.
9. Foucault M: L'archéologie du savoir. Gallimard, 1969. Trad. Esp. *La Arqueología del saber*. Madrid. Siglo XXI (5ª Edición), 1978.
10. Wikipedia. Entradas: Principio de causalidad; Causalidad física; Causalidad filosófica; Causalidad estadística; Causalidad en biología, Mecánica relativista; Mecánica cuántica.

• Recibido: 26-2-11.

• Aceptado: 2-5-11.

Formación Continua en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XI)

Psicofarmacología, 3ª entrega.

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

Presentación

Con esta 3ª entrega damos por terminado el repaso a algunos aspectos introductorios en **psicofarmacología**. En próximos números de la revista *NORTE de salud mental* serán abordados los aspectos básicos en neurobiología y neuropsicofarmacología, temas concluyentes para integrar y aprehender las bases de los mecanismos farmacodinámicos de acción en el SNC. También abordaremos aspectos clínicos de máximo interés, el manejo de psicofármacos en poblaciones especiales: el paciente difícil. Terminaremos con un repaso al muy importante asunto del manejo de los psicofármacos en poblaciones médico-quirúrgicas específicas (enfermedad renal, hepática, cardíaca, endocrina, respiratoria y neurológica) y en situaciones vitales clave (gestación, puerperio, lactancia, infancia, adolescencia y tercera edad).

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

Preguntas

Interacciones medicamentosas

Pregunta 93: La Asenapina puede ver incrementados sus niveles plasmáticos de modo significativo al interactuar con:

- A) Carbamazepina.
- B) Paroxetina.
- C) Cimetidina.
- D) Valproato.
- E) Fluvoxamina.

Pregunta 94: El *Hypericum Perforatum* (Hierba de San Juan) muchas veces utilizado por pacientes y con el desconocimiento médico puede inducir alteraciones en los niveles de otros fármacos comúnmente coadministrados porque el *Hypericum* tiene un efecto:

- A) Estimulante de la dopamina β hidroxilasa.
- B) Inductor hepático sobre el citocromo P-450.
- C) Bloqueante del CYP D2 A6.
- D) Estimulante de la MAO.
- E) Estimulante de la COMT.

Pregunta 95: La asociación de un ISRS y diclofenaco -un AINE- puede dar lugar a :

- A) Incremento de eficacia ansiolítica del ISRS.
- B) Sangrado intestinal más intenso.
- C) Bloqueo del efecto antiagregante plaquetario del diclofenaco.
- D) Acidosis metabólica hiperclorémica.
- E) Bloqueo pupilar en midriasis.



Interacciones entre psicofármacos y terapia electroconvulsiva (TEC)

Pregunta 96: ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el empleo de diferentes fármacos durante la TEC es falsa?

- A) No se recomiendan el uso concurrente de litio y TEC.
- B) La combinación de TEC y antipsicóticos parece segura.
- C) Se recomienda no suspender los ISRS durante la TEC.
- D) No se deben emplear antidepresivos tricíclicos durante la TEC.
- E) El empleo de BZD no afecta a la eficacia de la TEC.

Pregunta 97: ¿Cuál de los siguientes sustancias que se emplean en terapia electroconvulsiva se utiliza para prevenir lesiones osteomusculares secundarias a la convulsión?

- A) Tiopental sódico.
- B) Succinilcolina.
- C) Metohexital.
- D) Propofol.
- E) Atropina.

Pregunta 98: ¿La hiperventilación con oxígeno antes de la aplicación del estímulo eléctrico?

- A) Incrementa el umbral convulsivo.
- B) Acorta la duración de la crisis.
- C) Disminuye el umbral convulsivo.
- D) Prolonga la duración de la crisis.
- E) Disminuye el umbral convulsivo y prolonga la duración de la crisis.

Respuestas

Pregunta 93, respuesta correcta: E

Comentario: Asenapina, un antipsicótico de 2ª generación, se comercializará en España durante el año 2011 con el nombre de Sycrest por laboratorios Lunbeck.

Excepto en el caso de fluvoxamina ninguno de los principios activos señalados causó alteraciones

clínicamente relevantes en la farmacocinética de asenapina en los ensayos de fase II y III.

Bibliografía: Manual de Psicofarmacología. Salazar M.A., Peralta C., Pastor F.J. Ed Médica Panamericana 2ª ed 2011, pag 281-284.

Pregunta 94, respuesta correcta: B

Comentario: El hipérico o Hierba de San Juan es una planta herbácea de la cual se emplea la sumidad florida. Se utiliza desde hace más de 2000 años y entre sus usos tradicionales figuran depresión, insomnio, ansiedad y enuresis. Popularmente el extracto oleoso se ha utilizado por vía tópica como vulnerario -planta o sustancia con propiedades para curar heridas- y en el tratamiento de quemaduras. Actualmente se emplea como antidepresivo y a nivel experimental ha demostrado actividad frente al virus del SIDA.

Contrariamente a lo esperado, dada la similitud de actividad farmacodinámica sobre la serotonina del hipérico y de los ISRS, los preparados a base de hipérico pueden estimular el metabolismo hepático a nivel de diferentes tipos de isoenzimas del citocromo P-450 y de la glucoproteína P transportadora de fármacos, lo cual sería la causa de la reducción observada en los niveles plasmáticos de algunas medicaciones como ciclosporina, indinavir, warfarina, fenprocumón, teofilina y digoxina, etinilestradiol, noretindrona

Bibliografía: Manual de Psicofarmacología. Salazar M.A., Peralta C., Pastor F.J. Ed. Médica Panamericana 2ª ed 2011, pag 357-360.

Pregunta 95, respuesta correcta: B

Comentario: El primer estudio epidemiológico en que se sugirió la hipótesis de que el uso de los ISRS pudiera incrementar el riesgo de sangrado fue el realizado por De Abajo et al (1999).

La serotonina está implicada en el proceso de hemostasia. La serotonina de las plaquetas no es sintetizada por éstas, sino tomada del plasma por receptores 5 HT2 plaquetarios. Después de almacenarse en gránulos intraplaquetarios que constituyen la principal fuente de reserva de serotonina a nivel periférico. En la primera fase del proceso hemostático, hemostasia 1ª, interviene la serotonina. La serotonina es un activador plaquetario

débil pero en presencia de ADP, adrenalina y colágeno, potencia significativamente la agregación plaquetaria. Se han sugerido varios mecanismos por los que los ISRS podrían aumentar el riesgo de hemorragia: bloqueando la recaptación de HT de plasma, impidiendo el almacenamiento plaquetario o agotando las reservas intraplaquetarias.

Las alteraciones más frecuentemente descritas son de intensidad leve-moderada: equimosis, petequia, púrpura, epistaxis, sangrado intestinal, riesgo quirúrgico incrementado de sangrado y sangrado urinario.

La revisión de datos sugiere que el empleo de ISRS se asocia a un incremento de la incidencia de sangrado digestivo 3 veces mayor respecto a los grupos control. Pudiendo llegar a ser 15 veces mayor el riesgo si se asocia un AINE -diclofenaco-.

Bibliografía: Manual de Psicofarmacología. Salazar M.A., Peralta C., Pastor F.J. Ed. Médica Panamericana 2ª ed 2011, pag 634-636.

Pregunta 96, Respuesta correcta: E

Comentario: Las BZD aumentan el umbral convulsivo y acortan la duración de la convulsión disminuyendo la eficacia y eficiencia de la TEC, por lo que su uso se debe evitar o minimizar, siempre que sea posible. Las guías actuales no recomiendan el uso concurrente de litio y TEC, ya que cabe la posibilidad de convulsiones prolongadas e incremento de las alteraciones cognitivas. Existen datos que apuntan a que paroxetina y fluoxetina alargan la convulsión, aunque se han asociado de forma segura con la TEC. Se recomienda no suspender los ISRS durante la TEC, dado que sería preciso un periodo muy prolongado de abstención de los ISRS para no tener complicaciones por retirada, y en la práctica clínica esto puede ser complicado. La APA (2001) sugiere que los pacientes no deben recibir antidepressivos tricíclicos durante el tratamiento con TEC, al no haberse demostrado un beneficio definido en el uso combinado. Los pacientes con problemas cardíacos en tratamiento con estos antidepressivos tienen más riesgo de complicaciones cardíacas.

Bibliografía: González-Pinto Arrillaga A.M., López Peña P., Zorrilla Martínez I. Interacciones entre psicofármacos, fármacos anestésicos y terapia electroconvulsiva. En: Salazar, Peralta,

Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág 111-117.

Pregunta 97, Respuesta correcta: C

Comentario: La succinilcolina es el relajante muscular que se utiliza para prevenir lesiones osteomusculares secundarias a la convulsión. Es de acción rápida, corta duración y gran intensidad. Propofol, tiopental sódico y metohexital son los inductores anestésicos. Son también de acción rápida y corta duración. En algunos casos se utilizan anticolinérgicos como la atropina para las asistolias o bradicardias provocadas por la reacción vagal y los diferentes psicofármacos empleados durante la TEC.

Bibliografía: González-Pinto Arrillaga A.M., López Peña P., Zorrilla Martínez I. Interacciones entre psicofármacos, fármacos anestésicos y terapia electroconvulsiva. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág 111-117.

Pregunta 98, Respuesta correcta: E

Comentario: Se ha intentado mejorar la eficacia de la TEC mediante el empleo de diferentes técnicas y fármacos. La hiperventilación con oxígeno antes de la aplicación del estímulo eléctrico disminuye el umbral convulsivo y prolonga la duración de la crisis. También se han empleado agentes que aumentan la duración de la convulsión sin reducir el umbral convulsivo y con disminución de la cantidad de energía necesaria para inducir la convulsión. Entre ellas destacan las metilxantinas, como la cafeína y la teofilina. Otras posibles sustancias proconvulsivas son los estimulantes del SNC, yohimbina, hormona tiroidea y pentilenetrazol.

Bibliografía: González-Pinto Arrillaga A.M., López Peña P., Zorrilla Martínez I. Interacciones entre psicofármacos, fármacos anestésicos y terapia electroconvulsiva. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág 111-117.

Gaëtan Gatian De Clérambault: Clérambault y la atomización de la alucinación

Clérambault and atomization of hallucination

Kepa Matilla Díez

Psicólogo.

Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

Resumen: En este trabajo, de la mano de una de las más eminentes figuras de la psiquiatría clásica, analizamos la que posiblemente sea la más destacada aportación al diagnóstico diferencial de la psicosis, el Síndrome de Clérambault. Su importancia como fenómeno cualitativamente diferenciador entre alienación y normalidad ha dejado su impronta en la historia de la psiquiatría. Este descubrimiento no es ajeno a la vida y condiciones de trabajo del autor. Clérambault, venerado por unos y olvidado por otros, es un antecedente en la concepción estructural de la patología mental. Sus esfuerzos continuos por atomizar la alucinación, por reducirla a su más mínima expresión, a su esencia como índice de la psicosis, son fundamentales para orientarse en la clínica diaria.

Palabras clave: Clérambault, automatismo mental, alucinación, psicosis alucinatoria crónica.

Abstract: In this paper, from the hand of one of the most eminent figures of the classical psychiatry, we analyze what is possibly the most outstanding contribution to the differential diagnosis of psychosis, Clérambault's Syndrome. Its importance as qualitatively differential phenomenon between alienation and normalcy has left its imprint on the history of psychiatry. This discovery is not foreign to the life and working conditions of the author. Clérambault, venerated by some and forgotten by others is an antecedent in the structural conception of the mental pathology. His continuing efforts to atomize the hallucination, to reduce it to its minimal expression, to its essence as an index of psychosis, are fundamental for guidance in clinical practice.

Key words: Clérambault, mental automatism, hallucination, chronic hallucinatory psychosis.

1. Reconocimiento de Clérambault

Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934) no es alguien que pase desapercibido: el más lúcido representante de la psiquiatría clásica francesa (Pichot), el más grande psiquiatra de Francia en los últimos años¹, la figura psiquiátrica más grande de comienzos del siglo XX en Francia (Ey)², la figura más morbosa de la psiquiatría³, y se ha llegado a decir de él que en el orden de la psicosis, sigue siendo absolutamente indispensable (Lacan)⁴.

Paul Bercherie, prestigioso historiador de la psiquiatría, comenta:

“Un estilo lapidario, fascinante por su concisión y eficacia, un verdadero genio de la observación analítica, el gusto y el talento para las grandes síntesis y visiones de conjunto, una cultura psiquiátrica enciclopédica y constantemente presente en su mente, un carisma personal evidente, aumentado por un sentimiento seguro de su superioridad, tales

son los elementos que nos quedan para comprender la fascinación que ejerció Gaëtan Gatian de Clérambault sobre sus contemporáneos [...] Treinta años antes hubiera sido el par de Kraepelin, pero [...] Clérambault llegaba demasiado tarde: verdadero anacronismo viviente, el último y el más brillante sin duda de los clásicos, comenzaba su obra en la hora de los cuestionamientos⁹⁵.

Eminencia de la psiquiatría de su época, hacía gala de una afición muy particular, el gusto por las telas y los pliegues de las ropas de las mujeres del norte de África. Las numerosas fotografías que tomó para tratar de dar forma esta pasión, nos dan el índice de un inusitado interés por el detalle. Con el tiempo, la originalidad de esta curiosa práctica se convirtió en un curso que impartió como profesor en la Escuela de Bellas Artes de París.

2. Rasgos de su vida^{6, 7, 8}

Clérambault nace en una familia aristócrata. Según parece, descendía por vía paterna de la madre de Descartes. A los cinco años tiene su primera relación importante con la muerte. Su hermana mayor de siete años de edad, muere. El impacto es tremendo, permanece en cama durante dos años como consecuencia de una profunda melancolía.

En 1890, con dieciocho años, comienza los estudios de derecho influido al parecer por el deseo de su padre (muchos miembros de la familia eran magistrados). Dos años después, una vez finalizados, decide estudiar medicina. Se orienta hacia la psiquiatría y obtiene el internado en los Asilos del Sena. En 1899 se doctora con una tesis sobre el Otematoma⁹, donde demuestra que los hematomas en los oídos de los alienados no son signos de degeneración sino el fruto de golpes auto y heteroinflingidos (desvincula la alucinación de las vías sensitivas periféricas).

Entre 1900 y 1903 realiza la residencia, y finaliza en la *Enfermería Especial*. Allí colabora como interno en la redacción de dos casos en una publicación de su médico jefe Paul Garnier. Dicho texto trata sobre las *histéricas acusadoras*¹⁰. En 1905 le nombran adjunto en la Enfermería, con el título de *Médico certificador*.

A partir de aquí y durante toda su vida, dedica a eso su actividad profesional, a realizar diagnósticos y certificados.

En 1908 publica su primer artículo sobre *La pasión erótica por las telas en la mujer*¹¹, que se completará con otro en 1910¹². En estos dos artículos Clérambault deja ya muestras de su espléndido sentido para la descripción de cuestiones que para cualquier clínico pasarían desapercibidas, algo que será una constante en su vida. En estos dos artículos retrata a cuatro mujeres histéricas con un largo historial de robos e internamientos psiquiátricos y penitenciarios. Él se centra en la descripción de un acto muy particular, el robo de telas, de sedas concretamente. Estas pacientes sufren un verdadero impulso irrefrenable por robarlas para masturbarse con ellas. El placer sólo se produce si la tela es robada. Se trata pues de una especie de fetichismo en la mujer, «sucedáneo fetichista en la mujer» lo llama, cuestión ésta que hasta entonces no se había contemplado.

En 1910 y 1913 realiza dos viajes a Túnez. Allí comienza el estudio del drapeado o de los pliegues de las telas de la ropa de las mujeres del norte de África, su otra gran pasión. Culminará este estudio en Marruecos entre 1918 y 1919, cuando permanezca en este país en calidad de médico militar. Queda aquí de nuevo fascinado con las telas que envolvían a las mujeres, pero esta vez, tratará de fijar el movimiento de los pliegues utilizando la fotografía. De esta manera, se va dando forma a lo que posteriormente ha sido denominado como un verdadero «culto a la mirada» en nuestro autor.

Algunos dicen que podría haber tomado unas 40.000 fotografías, si bien otros plantean que posiblemente sean 4.000. La realidad es que tan sólo se conservan 400. En ellas destacan el blanco de las telas y la plasticidad de los pliegues.

Una vez en París, en 1920, es nombrado médico jefe de la Enfermería Especial. Comienzan entonces y hasta 1934 sus famosas lecciones clínicas de los viernes y las presentaciones de enfermos de los lunes. Su interés clínico desde ese momento se cierce sobre dos ámbitos: el estudio en profundidad de los fenómenos iniciales de la psicosis y la concepción de las psicosis

pasionales. Su otra gran pasión, las telas, toma la forma de un curso de etnografía en la Escuela Normal Superior de Bellas Artes de París, curso que imparte durante tres años (1923-1926) y donde estudia el drapado árabe principalmente. Se dice que el interés de sus alumnos por ese curso era espectacular, y que el maestro se presentaba ante ellos con una maleta llena de muñecas vestidas con telas que utilizaba para ilustrar lo que pretendía transmitir.

3. La importancia del lugar de trabajo

Clérambault desempeñó su labor como psiquiatra en la *Enfermería Especial de la Prefectura de Policía*, un «miserable y sombrío reducto», en palabras de Henri Ey, donde se atendían las urgencias psiquiátrico-policiales y demás cuestiones médico-legales de París¹³. Para ser más precisos en su caracterización, diremos que Dupré llamaba a este lugar -también conocido con el expresivo nombre del *dépôt* (depósito)- «el cuartel general de la locura».

La *Enfermería* se encontraba en pleno centro de París, en *Île de la Cité* -cerca de Notre-Dame- en un edificio anexo al Palacio de Justicia, en la margen derecha del Sena. Concretamente, en la denominada *torre puntiaguda* de la Conserjería (en la actualidad la *Enfermería* se ubica en las proximidades del Hospital de *Sainte-Anne*, al sur de París). Era un pequeño recinto medieval sombrío con once celdas para hombres y siete para mujeres. Al año pasaban entre dos mil y tres mil enfermos, siendo que en un mismo día no había más de veinte. Se trataba de un lugar de paso necesario para los delitos, crímenes y alteraciones del orden donde se sospechara la existencia de signos de alienación. Los sujetos que pasaban por el *dépôt* eran fundamentalmente marginales, locos delirantes, vagabundos, maleantes, violentos, prostitutas, suicidas, agitadores y, en general, todo tipo de gente de mal vivir. De vez en cuando solía colarse entre ellos algún incauto extranjero que no dominaba la lengua.

El personal era más bien escaso y se componía de un médico jefe, dos adjuntos y dos residentes, circunstancias que obligaban a decidir sobre el futuro inminente de los pacientes prácticamente en la primera entrevista y de manera necesariamente acelerada¹⁴.

Estas condiciones asistenciales moldearon la práctica que se llevaba a cabo en aquel lugar tan particular. Una práctica determinada por la urgencia del diagnóstico y del discernimiento entre la locura y la razón que finalizaba con la producción de un escueto y denso informe denominado el «certificado», donde se especificaba la derivación al manicomio o a prisión.

La fama que en tiempos de Clérambault adquirió la *Enfermería Especial* hizo que se consagrara el culto a la práctica del «certificado» entre los profesionales atraídos por la palabra de nuestro autor. En este pequeño informe se resumía de manera muy precisa la *fórmula del delirio* (Garnier) y los rasgos mínimos que declinan la balanza entre la locura y la razón, o a veces, la simulación. Por esta razón se desarrolló el interés de Clérambault por dar con los mecanismos generadores de la psicosis, porque su práctica diaria exigía su conocimiento.

Las características de dicha práctica provocaron una profunda admiración por parte de los adjuntos y residentes que querían pasar tiempo de su formación en aquel lúgubre lugar. La *Enfermería* se convirtió en un enclave deseado por muchos estudiantes. Pero además, había que añadir la fascinación que ejercía la particular figura del maestro.

“Era un espectáculo -comenta Ey- bastante extraño y muy emocionante el de sus conferencias del viernes, donde su magnífico espíritu clínico se desplegaba en el lugar más exiguo, más sombrío y más antiguo [...] Su verbo prodigioso, la concisión sustantiva de su pensamiento, la perfección de sus fórmulas, el arte de «manipular» a los enfermos y el de vestir sus gestos, sus palabras, en las líneas más exactas y rígidas de sus famosos certificados, parecidos a estatuas, deslumbraban el espíritu de los jóvenes oyentes. Cautivaba por un verdadero genio clínico, por sus excepcionales dotes de observación y perspicacia [...] Un hombre tan digno de estima y admiración, aislado por su propio genio”¹⁵.

La lista de médicos jefes de la *Enfermería* anteriores a Clérambault nos da una muestra magnífica de lo que este laboratorio de observación significaba para el estudio de la alienación.

Cuando se abrió en 1850 fue Lasègue quien se ocupó de la jefatura médica -recordemos que suya es la primera y una de las más brillantes descripciones de la paranoia, además de haber servido a las demás como modelo. En 1883 le sucedió su alumno Legrand du Saulle, quien también describió de manera magnífica el delirio de persecuciones. Luego vendrían Garnier (1886) y Dupré (1905) con sendos trabajos importantes para la clínica.

Las condiciones legales que derivaron en la creación del *dépôt* también han sido estudiadas por los historiadores. El Código Penal francés de 1810 contenía un artículo, el Art. 64, donde se especificaba que no había crimen ni delito si en ese momento el acusado no disponía de la plenitud de sus facultades mentales. Esta ley provocó el aumento de los casos de simulación así como los recursos destinados a detectarla. Por otra parte, la ley del 30 de julio de 1838 decía en su Art. 24 que los alienados no podían ser ubicados en prisiones. Una consecuencia de ello es la necesidad de crear lugares diferenciados para atender las urgencias médico-legales, donde además hubiera un profesional encargado de discriminar a los alienados del resto de criminales, figura que no se crea oficialmente hasta 1850. Es así que se crea este espacio intermedio entre lo psiquiátrico y lo policial. Muy en boga en la época por todas las discusiones que se sucedieron sobre la responsabilidad del alienado, la necesidad de criterios de diferenciación para la psicosis y todo el problema de la locura parcial -verdadero límite de la visión médica en psiquiatría.

4. La obra de Clérambault

De Clérambault normalmente se conoce el síndrome que lleva su nombre. Desde la psiquiatría del otro lado del atlántico este síndrome suele hacer referencia a la erotomanía. Pero el *Síndrome de Clérambault* también tiene otra acepción, aquella que el autor denominó como *Síndrome de automatismo mental* y que fue su otro gran campo de investigación. La importancia de este síndrome, que Clérambault hacía equivaler al *mecanismo generador de la locura*, anticipa la concepción de las estructuras clínicas en psiquiatría. Su presencia era la clave en la dilucidación de la locura, por lo que dirigía las entrevistas con sus pacientes hasta la obtención

de este minúsculo fenómeno sobre el que apoyaba la decisión diagnóstica y la posterior derivación. El automatismo mental se convierte así en un elemento fenomenológico que permite dividir gran parte de casos de manera estructural, debido a que su presencia enmarca el fondo de psicosis sobre el que se desarrollan síntomas de índole diversa (obsesiones, déficit de atención, conducta alimentaria, etc.).

Para comprender el pensamiento psiquiátrico de nuestro autor conviene tener en cuenta tres características de su método que son, su gusto por reducir todo a la última expresión, la importancia que otorga a los pequeños signos y la atención que concede a los inicios de las patologías (de esta característica se puede derivar una clínica opuesta a la desarrollada por Kraepelin basada en el interés de este último por los estadios finales, las consecuencias que se pueden extraer para el tratamiento psicoterapéutico son sumamente importantes)¹⁵.

5. Excursus sobre la alucinación

Es a Ball (1880)¹⁶, a quien se suele atribuir la definición clásica de la alucinación como «percepción sin objeto». Sin embargo, diversos autores concuerdan en que ya por aquella época se trataba de una definición muy popular y, sin duda, mucho más antigua¹⁷. Es así que en clásicos anteriores, como por ejemplo Jean-Pierre Falret, podemos encontrar alusiones a dicha definición en la enseñanza oral que atribuye a su maestro Esquirol. En el tratado de este último aparece la siguiente definición que se acerca a una tal concepción: “Un hombre que tiene la convicción íntima de una sensación actualmente percibida, cuando ningún objeto exterior capaz de excitar esta sensación ha llegado a sus sentidos, se encuentra en un estado de alucinación: *es un visionario*”¹⁸.

Esta es la definición por antonomasia y, por ello, la que predomina en las clasificaciones internacionales actuales. Sin embargo, conviene decir que los clásicos no se detuvieron en esta concepción y desarrollaron una línea de pensamiento que culmina en una visión novedosa y muy precisa del concepto de «alucinación». El cénit de esta orientación que atraviesa a los clínicos más finos de toda la psiquiatría lo constituye el *Síndrome de automatismo mental* de nuestro autor.

Tras la definición que popularizó Esquirol, el siguiente paso en la concepción de las alucinaciones lo dio Baillarger en 1846, oponiendo las *alucinaciones psicosenoriales* y las *alucinaciones psíquicas*. Este autor trató de ir un poco más allá de la sensorialización, concluyendo que los sujetos con alucinaciones psíquicas no tenían la sensación objetiva, sino que más bien oían el *pensamiento*¹⁹. Debemos matizar además que el peso aquí recae sobre lo relacionado con el oído, o más precisamente con la voz.

Esta división fue totalmente determinante puesto que las alucinaciones que verdaderamente importaban para él en la alienación mental eran las alucinaciones psíquicas. No tardarían los investigadores en desvelar, una vez desprendidos de la sonorización, un aspecto tan fundamental como era el de su vinculación con el lenguaje. El lenguaje cobraba vida propia y era el alienado el que evidenciaba como nadie que el lenguaje se imponía más allá de la voluntad de cada cual. Ya no era tan importante que se percibiera algo que no estaba, sino que más bien tenía que ver con una cuestión relacionada con el propio automatismo del lenguaje. Cobraban importancia la automatización, la autonomía y la imposición del lenguaje.

Posteriormente, fue Ségla quien hizo hincapié en este aspecto verbal de la alucinación, sacándola del campo de la patología de la percepción para ubicarla en el campo de la patología del lenguaje²⁰. Como lo recuerda Lantéri-Laura²¹, la idea de que el lenguaje se le escapa al sujeto está presente en Ségla, Clérambault y Chaslin, los tres clásicos más importantes, a nuestro parecer, en estas cuestiones.

Sin la sonorización, relacionada con la voz y ubicándola en el campo del lenguaje, el siguiente paso se suele atribuir a Ségla, quien propuso que ciertos alucinados realizan ellos mismos los movimientos articulatorios que son el objeto de la alucinación. Es decir, murmuran lo que dicen oír. No obstante, es cierto que ya antes Baillarger había adelantado que “el alucinado pronuncia realmente las palabras con la boca cerrada como lo hacen los ventrílocuos”¹⁹.

De cualquier forma, Ségla distingue de manera firme las *alucinaciones verbales auditivas* de las

alucinaciones verbales psicomotrices. Es en estas últimas donde se producen los movimientos articulatorios silenciosos que muchas veces los enfermos tratan de evitar introduciendo todo tipo de objetos en la boca para impedir pronunciar aquellas palabras que dicen oír.

La genialidad de Ségla consiste ensanchar el concepto de alucinación, para hacer entrar ahí fenómenos que no tenían cabida dentro de la definición clásica de *percepción sin objeto*²². Así, por ejemplo, si bien sabemos que hay alucinaciones kinésicas donde el sujeto cree estar moviéndose, también hay veces en que realiza él mismo el movimiento sin sentirse dueño de sus actos. Es decir, hay algo que lo mueve, que lo empuja. Este fenómeno, como veremos a continuación, se incluye dentro del concepto de automatismo (motriz) de Clérambault.

Lo que resulta más curioso de todo esto es que la definición de la esencia del concepto de alucinación cambia de manera radical. Se enriquece, da cabida a nuevos fenómenos, pero además, a partir de aquí, grandes autores como Ey propondrán concebir las alucinaciones como fenómenos de influencia y automatismo²³.

Podríamos resumir los pasos realizados hasta el momento: tenemos primero que las alucinaciones que verdaderamente importan en la alienación mental son las auditivas; segundo, que las alucinaciones en sí, no tienen por qué tener una sonorización; tercero, que quizá se relacionen más con el pensamiento y con el lenguaje, que con cualquier objeto presente o no en la realidad; cuarto, que pueden ser los sujetos mismos los que las producen al murmurar las palabras que dicen oír; y quinto, que la esencia de la alucinación posiblemente sea la imposición automática de un fenómeno parasitario. Esto, por supuesto, está en las antípodas de la definición clásica de Esquirol.

6. El automatismo mental

Gran parte de la enseñanza de Clérambault se centra en la dilucidación de la alucinación como imposición automática y fenómeno parasitario. Es ahí donde se ubica su concepto de «automatismo mental» con el que hace brillar su genio, y es ahí “donde su profundo sentido de la síntesis cobra un carácter muy particular”²¹.

Con esa mezcla de mirada sensible a la sensualidad de las telas y mirada aguda del clínico encargado de discernir entre el alienado y el que simula estarlo, dedica su labor profesional a la búsqueda de los mecanismos generadores. Su idea, tras estudiar las locuras simultáneas, es que el delirio como producción secundaria -que diferencia de la psicosis- es un producto intelectual añadido, a tal punto que considera que se puede compartir. Sin embargo, la psicosis, o los mecanismos generadores, son propios de la alienación y esos no se pueden transmitir²⁴. El automatismo mental -al igual que «el postulado» de las psicosis pasionales- como mecanismo generador, no se transmite.

El automatismo mental -también llamado *Síndrome de acción exterior*, *Síndrome de desposesión*, etc.- es la objetivación del pensamiento más elemental y se refiere a la microfenomenología de los primeros momentos de la psicosis. Clérambault lo concibe como un trastorno psíquico, no sensorial, que irrumpe bruscamente y de manera automática, y que no se relaciona con ningún afecto ni con ninguna idea. Es decir, un cuerpo extraño que se presenta en la esfera más íntima del sujeto. Debido a estas características del automatismo mental, se produce una *escisión del yo*. El yo no vive como propia esa neoformación, sino que le provoca un sentimiento de extrañeza y perplejidad. El sujeto es despedazado así de su identidad por la automatización del lenguaje, lo que provoca una ruptura en su propia biografía.

Estos fenómenos iniciales son los que generan y producen aquello que vendrá después. Si bien es cierto que el sujeto puede convivir con ellos durante un tiempo indeterminado incorporándolos al propio espacio de su subjetividad, otras veces determinarán la creación del delirio, que para Clérambault entonces ocuparía un lugar secundario. Efectivamente, según la tradición oral que se ha transmitido de su enseñanza (puesto que en los textos se destaca más bien una continuidad)²⁵, el delirio es una construcción secundaria, una «superestructura» o como dice él: «cuando el delirio aparece, la psicosis es ya antigua»²⁶.

Si bien la psiquiatría clásica habría podido concebir el delirio como consecuencia de la alucinación, Clérambault va más allá reduciendo el delirio y la alucinación al automatismo mental²⁷. Pero en su afán por la atomización le da una

vuelta más y reduce el automatismo mental al *Pequeño Automatismo Mental* (PAM). La diferencia entre uno y otro es que este último es anterior e imperceptible y el automatismo mental es posterior y evidente, puesto que abarca los fenómenos que aparecen cuando la psicosis eclosiona. Entonces es el PAM la esencia, el elemento germinal de las *Psicosis Alucinatorias Crónicas* (categoría clínica francesa creada como alternativa a la «demencia precoz» de los alemanes y que a grandes rasgos abarca los mismos casos).

Años más tarde, al final de su vida, su concepción mecanicista le llevó a concebir de la misma manera la paranoia. Es así que en un impactante texto²⁸ plantea un origen mecánico para los delirios interpretativos siguiendo el modelo del automatismo mental.

En el curso de la psicosis, por tanto, el Pequeño Automatismo Mental evoluciona a lo que Clérambault llama el Triple Automatismo Mental (verbal, sensitivo y motor) y luego al delirio. Esto es lo que se conoce como el *Dogma* y sus presupuestos son los siguientes:

El automatismo mental es el fenómeno inicial. Es el ruido que produce el pensamiento. Pero se trata más bien de un ruido que se siente, más que de un ruido que se oye (entre sus antecedentes se puede ubicar el *eco del pensamiento*).

La alucinación y el delirio son fenómenos tardíos, posteriores al automatismo mental. El delirio le sirve al sujeto para dar un sentido a eso que le pasa, tratando de obturar el vacío de significación y la perplejidad del inicio.

7. Los últimos días de Clérambault

En 1930 la ceguera comienza a acecharle. No sabemos el impacto que esto pudo tener en alguien para quien la mirada encarnaba de manera tan importante la propia subjetividad, pero han sido muchos los que han propuesto esta cuestión como un factor determinante en los acontecimientos que se desarrollarían en los años venideros. En 1934 viaja a Barcelona donde es operado por el Profesor Ignacio Barraquer de una catarata doble. Tras la operación escribe un texto escalofriante, «Recuerdos de un médico operado de cataratas»²⁹, donde describe todo el proceso. La operación es todo un éxito, lamentablemente las cosas vuelven

a empeorar y se empieza a creer que pueda tratarse de un cáncer. A esto se añade una artritis vertebral que le impide prácticamente estar de pié.

La actividad profesional disminuye de manera considerable. En noviembre de 1934 llega a una situación verdaderamente crítica, inquietante. Venía quejándose de no tener una familia, en realidad, no se le conoce ninguna relación sentimental; cuando sus colegas se interesaban por su estado, les contestaba que cómo creían que debía encontrarse alguien que probablemente fuera a quedarse ciego. Es entonces cuando pide ayuda a un amigo para que le busque una habitación en alguna residencia de médicos y alejarse así de su solitaria mansión. Le dice: «hay que sacarme de ahí. Encuéntreme una habitación en una residencia para médicos. Es preciso que salga de aquí».

Cuatro días después de esta conversación. El 17 de noviembre de 1934 en su casa al sur de París, en el 46 de la *rue* Vincent Morris (antigua *rue* Danicourt), en Malakoff, casi ciego y sumido en una profunda melancolía, tras redactar un testamento -para algunos sin duda delirante- en el

que se acusa a sí mismo del robo de un cuadro y deshereda a su familia y amigos, se quita la vida disparándose con su revólver de oficial del ejército en la boca delante del espejo sentado en un sillón.

Los días posteriores al suceso se produce una terrible campaña de prensa que arremetía contra su persona. Cogiendo fuerza en el poder del cargo que ostentaba trataron de humillarlo públicamente. Se insistía en la supuesta perversión que le llevaba a estar rodeado de muñecas de cera. Parece que todo fue producto de un periodista ávido de chismorreos. La cuestión es que esto llevó a crear sobre él «la imagen de un loco que decidía sobre la locura de los demás».

Clérambault se fue dejando únicamente, aparte de su espléndida enseñanza, lo más valioso que poseía, la mirada. En su testamento deja escrito que cede sus ojos para que puedan ser examinados por alguno de sus colegas. Es así, sin poder tener otro fin, como acaba la vida de un hombre que la había dedicado al culto de la mirada.

Contacto:

Kepa Matilla Diez

Complejo Asistencial Universitario de Burgos • Servicio de Psiquiatría.

Hospital Divino Valles • Ctra. de Santander, s/n • 09001 Burgos

Tel. 607 150 976 • kepmatilla@hotmail.com

Referencias bibliográficas

¹ Heuyer G, Ajuriaguerra J, Pígem JM. El síndrome de automatismo mental de Clérambault y su importancia en psiquiatría. *Archivos de Neurobiología* 1997 (1937); 533-566, 533.

² Ey H. Une théorie mécaniciste: la doctrine de G. de Clérambault. En: *Études Psychiatriques*, vol. 1, París: Desclée de Brouwer; 1952. p. 83-102.

³ Esteban R, Carreño J. Para una lectura no morbosa de «Passion érotique des étoffes chez la femme» (1908-1910), de G. G. de Clérambault. *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*. 2006; 127-178.

⁴ Lacan J. De nuestros antecedentes. En: *Escritos 1*, México: Siglo XXI; 1983 (1966). p. 3.

⁵ Bercherie P. *Los fundamentos de la clínica*, Buenos Aires: Manantial; 1983. p. 191.

⁶ Renard É. *Le docteur Gaëtan Gatian de Clérambault. Sa vie et son œuvre (1872-1934)*. París: Le François; 1942.

⁷ Rubens A. *Le maître des insensés, G. G. de Clérambault*. París: Les empêcheurs de penser en rond; 1998.

⁸ Estévez F. *El fenómeno elemental como paradigma del desencadenamiento en las psicosis. Del automatismo mental de Clérambault al fenómeno elemental de Lacan*. Donosti: Universidad del País Vasco; 1999.

⁹ Clérambault GG. *Contribution a l'étude de l'orthématome. Pathogénie, anatomie pathologique et traitement*, Tesis; 1899.

- ¹⁰ Garnier P. Hystériques accusatrices. *Annales d'hygiène publique et médecine légale* 1903; 3^a serie, tomo 1, n^o 4; 337-61.
- ¹¹ Clérambault GG. Passion érotique des étoffes chez la femme. *Archives d'Anthropologie Criminelle* 1908; 174: 439 y ss.
- ¹² Clérambault GG. Passion érotique des étoffes chez la femme (suite). *Archives d'Anthropologie Criminelle* 1910; 200: 583 y ss.
- ¹³ Álvarez JM^a. La escuela del Dépôt y la otra cara de la psicopatología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1988; 23 (67): 477-82.
- ¹⁴ Bercherie P. Presentación, en Clérambault, GG. *Automatismo mental. Paranoia*. Buenos Aires: Polemos; 1995.
- ¹⁵ Álvarez JM^a. Presentación, *Les délires passionnels*. En: Álvarez JM^a, Colina, F. *El delirio en la clínica francesa*. Madrid: DORSA; 1994.
- ¹⁶ Ball B. *Leçons sur les maladies mentales*. París: Asselin; 1880, p. 62.
- ¹⁷ Álvarez JM^a, Estévez F. Las alucinaciones: historia y clínica. *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría* 2001, 1 (1): 65-96.
- ¹⁸ Esquirol JDE. *Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-legal*, t. 1; París: Baillière; 1838, p. 159.
- ¹⁹ Baillarger J. Des hallucinations, des causes qui les produisent et des maladies qui les caractérisent. *Mémoires de l'Académie royale de médecine*; París: Baillière. p. 368; Baillarger J. *Recherches sur les maladies mentales*; t. 1, París: Masson; 1846. p. 378.
- ²⁰ Séglas, J. Préface. En: Ey H. *Hallucinations et délire*. París: Felix Alcan; 1934. p. I-X, p. IV. (Traducción castellana de Ramón Esteban:
- Séglas J. Las alucinaciones y el lenguaje. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 23, n^o 68; 1998 (1934). 673-77.)
- ²¹ Lantéri-Laura G. *Las Alucinaciones*. México: FCE; 1994. p. 101.
- ²² Mazzuca R. *Valor clínico de los fenómenos perceptivos*. Buenos Aires: Eudeba; 1998. p. 95.
- ²³ Sauvagnat F. La cuestión de las alucinaciones verbales en Lacan. *El caldero de la escuela* 2000 nov-dic: 108-117.
- ²⁴ Girard M. Gaëtan Gatian de Clérambault: fragmentos escogidos para un recorrido histórico. En: *Clérambault maestro de Lacan*. Buenos Aires: Nueva Visión; 2000.
- ²⁵ Matilla K. Clínica lacanianiana de los fenómenos elementales en la paranoia. *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*. 8; 2008. p. 221-58.
- ²⁶ Clérambault GG. Psychoses à base d'automatisme (suite), second article. En: *Oeuvres psychiatriques*. París: Frénésie; 1987 (1926).
- ²⁷ Clérambault GG. Discussion du rapport de M. Nayrac sur l'automatisme mental au Congrès de Blois. En: *Oeuvres psychiatriques*. París: Frénésie; 1987 (1926).
- ²⁸ Clérambault GG. Sur un «mécanisme automatique» foncier de certains délires interprétatifs: le pseudo-constat spontané, incoercible. En: *Oeuvres psychiatriques*. París: Frénésie; 1987 (1926).
- ²⁹ Clérambault GG. Souvenirs.

- Recibido: 2-2-11
- Aceptado: 20-5-11

Levántese quien pueda y otros relatos.

Narraciones de una vida de locura



Autor: Raúl Velasco Sánchez

Ed. Grupo GP Ediciones
ISBN: 978-84-938410-4-1
Barcelona, 2011. 120 páginas

Conocimos a Raúl Velasco escribiendo. Escribiendo sobre lo divino y lo humano, sobre la cordura y la locura, sobre aquellas cosas que tu psiquiatra nunca te dijo. Sobre la materia de la que estamos hechos.

Los relatos que se materializaban a través de él, para nuestro regocijo, tenían la virtud de expresar todos aquellos conflictos, paradojas, dilemas y miserias, que rodean al profesional de la salud mental que no se conforma con aceptar los dogmas e imposiciones del sistema en el que se encuentra instalado. Su uso del humor hace de este libro un rato de lectura ameno. Su inteligencia lo hace un rato de lectura provechoso. Y la profunda humanidad que impregna el libro, lo hace imprescindible para todo aquel que como nosotros, está disconforme con los actores, las explicaciones y los métodos de un sistema que en ocasiones se revela como absolutamente perverso.

Esa profunda humanidad que mencionábamos antes, emana de la vida de los protagonistas de cada relato, donde la biología, la neurología o la genética, son tan secundarias, que no tienen un papel, ni un sentido.

Los lectores de este libro se podrán cruzar en su interior con psiquiatras, locos, psiquiatras locos y

lúcidos dementes, también tendrán la oportunidad de visitar la rutina excepcional de personajes anodinos viendo la vida pasar con una intensidad que solo se consigue poniendo las palabras en el lugar adecuado y a veces en el lugar inesperado. Raúl habla del amor, de la amistad, de grandezas y miserias, habla de sí mismo, de sus conflictos, sus cuitas, sus entradas y sus salidas y de los otros, de los que conoce bien y de los que intuye mejor.

También en este libro podrán pasear su pensamiento por el desfiladero del propio pensamiento. Y de cómo este puede asirse a menudo y con elegancia por la más cuerda de las locuras. En definitiva “Levántese quien pueda y otros relatos. Narraciones de una vida de locura” es un libro muy recomendable para los amantes de la locura, la psiquiatría, o mejor, un libro para los amantes de la literatura que quieran asistir al nacimiento de un gran escritor.

Javier Carreño. Psiquiatra y psicoanalista

Jesús Castro. Psicólogo clínico



Triunfo y Fracaso del capitalismo. Política y Psicoanálisis

Compilador: Luís Seguí • Prólogo: Jorge Alemán
Miguel Gómez Ediciones

Colección: Itaca • ISBN: 978-84-88326-84-3
176 páginas • Fecha de edición: 2010-11-1

La cultura humana, decía Freud, (1927) -entendiendo por tal todo aquello que en la vida del ser humano ha superado sus condiciones zoológicas y se distingue de la vida de los animales, y desdénando establecer entre los conceptos de cultura y civilización separación alguna- muestra al observador dos distintos aspectos.

Por un lado, comprende todo el saber y el poder conquistados por los hombres para llegar a dominar las fuerzas de la naturaleza y extraer los bienes naturales con que satisfacer las necesidades humanas, y por otro, todas las organizaciones necesarias para regular las relaciones de los hombres entre sí y muy especialmente la distribución de los bienes alcanzables. Y añadía “estas dos direcciones de la cultura no son independientes una de otra, en primer lugar, porque en la medida en que los bienes existentes consienten la satisfacción de las pulsiones, ejerce una profunda influencia sobre las relaciones de los hombres entre sí, en segundo, porque también el hombre mismo individualmente considerado puede representar un bien natural para otro, en cuanto éste utiliza su capacidad de trabajo o hace de él su “objeto” sexual”.

Sin duda Freud, en este párrafo de su trabajo “El porvenir de una ilusión”, situaba las características de la sociedad capitalista en la que él habitaba, pero las situaba como producto de las características psíquicas, del psiquismo del ser humano, de su pulsionalidad, de la relación que puede llegar a establecer con el otro.

“Experimentamos así la impresión -es una nueva cita del mismo trabajo- de que la civilización es

algo que fue impuesta a una mayoría contraria a ella por una minoría que supo apoderarse de los medios de poder y de coerción.”

Tampoco cabe duda de que para Freud, lo mismo que para Marx, la economía no era una mera relación entre hombres y mercancías, sino entre seres humanos que se mueven en una compleja red del tejido social.

Pero si creo, que hay un punto de partida totalmente diferente a la hora de entender qué es lo que pasa en la sociedad del capitalismo, cómo se llega a ese modo de cultura, a esa forma también de producción. Mas allá de mostrar el carácter “disfuncional”, “de imperfección” de la sociedad capitalista, Freud también planteaba que la cultura, era fundamentalmente un reflejo de la fantasmática, de los fantasmas de los sujetos, de los seres humanos. Y al determinismo social, ambiental de Marx, que consideraba que las dificultades entre los hombres eran producto de la estructura social del capitalismo, su distribución en clases antagónicas, la explotación de una mayoría por una minoría, Freud oponía, el valor que en el malestar humano tenía la pulsión de muerte, pulsión que nos habita a todos, que habita a todos los seres humanos, pulsión que también se caracteriza por el impulso de dominio, de sentimientos ambivalentes hacia el otro, o su destrucción.

Hay algo que propone el capitalismo a lo que el sujeto se adhiere; su sueño, algo que tendría que ver con el brillo, con la infatuación del yo por la posesión de objetos, por una posesión comparativa, que cruza continentes, culturas singulares, creencias, ideales de grupo... algo que el tardo

capitalismo actual ha conseguido globalizar a la perfección, utilizando una efectiva política de marketing sobre sus escenas de satisfacción, y que en el último lugar del continente africano, por ejemplo, donde posiblemente haya solo una TV, u otro medio de comunicación, esta ha sustituido a la transmisión de valores por el grupo familiar. No podemos entender del lado de la necesidad, (en el sentido de los básico) la totalidad de los movimientos migratorios Sur → Norte, quizá el porcentaje de lo necesario quede sobradamente oscurecido por el motor ideal de la posesión de objetos, -en muchas ocasiones inservibles- que pueden obtenerse a través de la vida en los países con un capitalismo desarrollado.

Voy a volver a citar a Freud, “En el malestar en la Cultura”, un trabajo de 1930, cuando señalaba: “No podemos eludir la impresión de que el hombre suele aplicar cánones falsos en sus apreciaciones, pues anhela para sí y admira en los demás el poderío, el éxito y la riqueza, y menosprecia en cambio los valores genuinos que la vida le ofrece”.

Queda muy claro en el edificio psicoanalítico-Freudiano, cómo el ser humano “ensambla” con la cultura capitalista y como este mismo la sostiene a través del tiempo.

Freud era un poco pesimista, fundamentalmente desde que aisló la pulsión de muerte, y aunque no fuera un militante anticapitalista, también a lo largo de su obra se palpa una sólida crítica a un sistema que provoca alienación y pobreza a millones de seres humanos”.

El psicoanálisis Freudiano construyó su base teórica en relación a una dialéctica entre el tener o no, como motor del deseo y la angustia en el ser humano, o sea, esto es lo que pasa a un número importante de seres humanos, pero da una salida a través del análisis personal, una salida que propone elaborar este fantasma para transformarlo en una búsqueda del ser, de lo genuino del ser humano, de su deseo inconsciente que es lo que determina su comportamiento, y sublimarlo, para poderlo enraizar con lo social.

Lacan, otro psiquiatra-psicoanalista francés, que nace en 1901, y que propone un retorno a Freud, pues considera que el psicoanálisis Post-Freudiano se ha desviado de su obra, estudia y analiza también la civilización capitalista.

Hay una diferencia sustancial entre la forma de situar el super-yo, en la civilización que les tocó vivir (Freud fallece en 1939 y Lacán en 1981) -, en cuanto que el primero lo sitúa como un límite -“no más”-, una prohibición, y el segundo, Lacán, como una exigencia al sujeto -“más”, “no parar”, (cada uno de ellos, da mas potencia a estos dos aspectos de lo super-yoico) lo que va a constituirse en la lógica del tardo capitalismo, de sus dirigentes empresariales, de sus grandes teóricos, “crecer”, “producir mas y mas”, “vender mas y mas”, lo que sin duda, es un planteamiento ideológico, es un ideal, es una forma de goce, que entre otras cosas solo puede llevar al sujeto a su más radical alienación.

Voy a contarles una pequeña reseña de un caso clínico.

“Se trata de un joven gerente que atiendo desde hace poco mas de dos años. Acudió por presentar sintomatología depresiva como: decaimiento general, tristeza, alteraciones del sueño, sensación continuada de cansancio, apatía y ansiedad generalizada.

No tardo en asociar sus síntomas y estado general a la crisis por la que pasa su empresa, y que le hacía temer el poder ser despedido, la pérdida de su imagen profesional y estatus social,, un fracaso del que no podría recuperarse”.

La angustia socialmente instalada irá pareja a la evolución de la empresa, hasta que puede salir de la escena, separando su situación de la de la empresa, cuando se da cuenta que su padre, gerente de profesión también, le había transmitido que un éxito sin matices, sin colores, era la única posición digna que uno podía ocupar en su vida.

Describía la cultura familiar como la escena que uno puede enfocar de un fogonero que lleva la máquina de un tren sin parar. Hace falta pues, para poder llegar a esta situación clínica, una subjetivación, un sujeto con una fantasmática determinada, pero también una cultura particular.

Lacan, tampoco fue un militante anticapitalista, pero pensaba que “mejor que renunciaría quien no podría unir a su horizonte como analista la subjetividad de la época”, no era marxista, pero estableció una analogía entre la plus-valía, verdadera



estructura final del capitalismo, y el plus de goce, lo que entendió como la verdad del síntoma. Quizá podríamos decir que son las “verdades” que uno puede localizar en el “fondo” de los dos sistemas, el sistema capitalista y el psiquismo humano, el motor que empuja a un exceso de acumulación de objetos o de satisfacción pulsional, que acabarán produciendo un hastío mortífero, una caída del deseo de vida.

También sin duda, la falta de límite que caracteriza al capitalismo tardío, la falta de límite en sus ganancias, en sus beneficios, en la acumulación de enseres, en la explotación acéfala de los limitados recursos del globo, en su producción, así como también en las dificultades del límite a la satisfacción con las que se encuentra el sujeto de la modernidad, operan del lado de lo mortífero, de lo destructivo, hacia uno mismo y hacia los otros.

Es verdad que la cultura “trabaja” dando sentido a la falta en ser del sujeto humano, velando la angustia de castración -a través de la posesión de objetos, el éxito de poderlos comprar y almacenar, etc.- pues hace velar su propia fragilidad existencial, su propio vacío, pero como decía Freud no “mediante su propio deseo”, sino a través de una cultura que amenaza con arrastrar fuera de sus bordes al que no introyecta sus modos de vivir.

Diría que hay dos cuestiones que caracterizan al capitalismo actual: su dinámica globalizadora, que uniformiza las formas del goce, por encima de las peculiaridades culturales y nacionales, que nos convierte a todos en consumidores reales o potenciales, que nos dice qué tenemos que comer lo mismo, vestarnos igual, satisfacernos de la misma manera, etc., y su falta de límite en cuanto a su propuesta de acumulación de riqueza o su distribución. Creo que podría decirse, que el analista actúa intentando permitir a cada sujeto su singularidad, y no impulsando a uno a parecerse al otro, actúa pues de una forma opuesta al sentido de la globalización.

Bueno, acabo ya, y quisiera hacerlo haciendo un comentario sobre lo que propone el título del libro (por cierto, un libro que me ha gustado mucho). No hay un triunfo, entendido éste como una forma distributiva de la riqueza y el bienestar global del

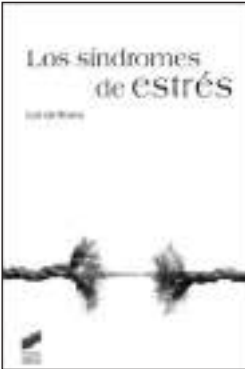
capitalismo, me parece que no se puede hablar de esto si tenemos en cuenta que de los 6.500 millones de seres humanos que habitamos el globo, el 80% vive en situación de pobreza, si bien creo que el capitalismo que se ha gestionado en Europa Occidental, después de la Segunda Guerra Mundial, con gobiernos demócrata cristianos o social-demócratas, ha cumplido una función mas distributiva, y por lo tanto, yo por lo menos lo veo así, de unas características distintas del modelo actual, un modelo transnacional y orientado únicamente por el mandato interno al sistema de crecer, más y más, como decía el paciente del que os he hablado.

Lacán creía “que a pesar de su capacidad regenerativa, de su plasticidad, el destino del capitalismo es su propia autodestrucción, tanto por el agotamiento de los recursos como por la asfixia del deseo, aplastado por la acumulación de objetos.”

Me pregunto si el ser humano será capaz de construir otro sistema económico-político, que no sea tan mortífero para la especie humana. Sin duda, será un reto apasionante para el pensamiento de la izquierda.

Los textos que se presentan tienen la fuerza y el gran mérito de inscribirse en la perspectiva de que en aquellos problemas constitutivos de la transformación del sujeto, que localizó e indagó el psicoanálisis, exista «un saber» aún por descifrar en su verdadero alcance político. Entonces, ¿cómo no darse el «tiempo de comprender» necesario para abordar la experiencia psicoanalítica y la política? Sus autores y autoras: Miguel Ángel Alonso Rodríguez, Joaquín Caretti Ríos, Dolores Castrillo Mirat, Beatriz García Martínez, Antonio García-Santesmases, Andrea Greppi, Francisco Martínez Martínez, Esperanza Molleda Fernández, Luis Rodríguez Abascal, Miguel Roig Prats, Luis Seguí (compilador), José Antonio Zamora Zaragoza, además del Prólogo de Jorge Alemán.

Juan Luis Borda
Gernika, 16 de Mayo de 2011



Los Síndromes de Estrés

Autor: Luis de Rivera

Ed. Síntesis • Madrid, 2010

ISBN: 9788497567107 • 300 páginas

Desde que Hans Selye dio uso científico al término, el concepto de estrés ha ido infiltrando todas las ciencias de la vida. Desde la biología molecular hasta la sociología, pasando por la medicina y la psicología, es difícil encontrar un área en la que no proliferen las investigaciones sobre el tema. En contra de la tendencia hacia una especialización científica cada vez más minuciosa, el estudio del estrés obliga a una perspectiva transversal a través de campos dispares, por lo que este libro adopta un enfoque inevitablemente multidisciplinar. Como no podía ser de otra manera, dada la formación y experiencia del autor, el punto central de apoyo es la clínica humana, de ahí el título de la obra, “Síndromes de Estrés”.

La psicósomática del estrés constituye el núcleo central de la patología médica funcional y de la vulnerabilidad a muchas enfermedades crónicas, como la hipertensión, las coronariopatías y la diabetes. El estrés es también la pieza clave de la psicopatología reactiva, en la que se incluyen síndromes como el trastorno de estrés post-traumático, el desgaste profesional y el acoso psicológico. Este libro muestra el hilo conductor entre todos estos fenómenos y aporta las bases para su diagnóstico y su adecuado tratamiento.

Luis de Rivera lleva más de treinta años investigando los síndromes de estrés y ha contribuido con conceptos psicósomáticos y métodos terapéuticos originales. Su obra se ha realizado en la McGill University y la McMaster University de Canadá y en la Universidad de La Laguna y la Universidad Autónoma de Madrid en España. Actualmente dirige el Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicósomática de Madrid.

Los 17 capítulos de que consta la obra están agrupados en tres partes.

La primera, *los fundamentos*, se inicia con una discusión semántica sobre las diferentes acepciones del término, tanto en su uso popular como en el científico, señalando sus complementariedades y solapamientos de las distintas definiciones fisiológicas y psicológicas. Continúa con el justo tributo a los trabajos pioneros de Cannon, Selye, Mason y Hess, todavía, en gran parte, válidos, seguidos por la revisión de las múltiples contribuciones que llevan hasta la conceptualización actual. Para los que recuerdan la respuesta del *Síndrome General de Adaptación* de Selye y la de *Lucha-Huida* de Cannon, será interesante saber que al menos cuatro respuestas de estrés más (en total, seis) han sido descritas hasta el día de la edición de esta obra. Se revisan también en esta sección los descubrimientos realizados desde la psicología y desde la medicina, con capítulos dedicados al estrés psicológico y social y a la psicósomática del estrés. En este último se revisan los conceptos de adaptación, homeostasis y alostasis, presentando la “ley general de la homeostasis”, que establece la relación entre estrés y enfermedad.

La segunda parte, *la clínica*, empieza con un estudio de la psicopatología reactiva y la clasificación de los síndromes de estrés, distinguiendo entre los *agudos*, producidos por traumas y exigencias improcesables de corta duración, y los *crónicos* producidos por la sobrecarga prolongada de los procesos de defensa y regulación homeostática. Entre los síndromes de estrés agudo se discuten cuadros bien conocidos, como el trastorno por estrés traumático, junto con otros menos habituales en tratados de este tipo, como reacciones psicósomáticas agudas que pueden llegar a la muerte súbita y el recién descrito síndrome de autoestrés, relacionado con los mecanismos psicopatológicos de la ansiedad. Entre los síndromes crónicos se incluyen la depresión secundaria a estrés, la transformación de la personalidad ante estrés extremo y persistente, el desgaste



profesional o “burnout”, los síndromes de acoso laboral o “mobbing”, el síndrome de Estocolmo y el síndrome metabólico. Se incluyen también en esta sección las crisis emocionales, en las que la intervención terapéutica oportuna puede transformar situaciones potencialmente destructivas en estímulos para el progreso personal.

La tercera parte, *las intervenciones*, incluye un importante capítulo sobre “Psicometría del Estrés”, elaborado por el Dr. Manuel Rodríguez Abuín, profesor asociado de psicología clínica y

de la salud de la Universidad Complutense de Madrid y tres capítulos sobre tratamientos, dos de ellos específicos, uno sobre psicoterapia autógena y el otro sobre la “Psicoterapia Secuencial Integradora”.

Termina la obra un apéndice que reúne los instrumentos de medida más utilizados para la detección y cuantificación del estrés en sus diversas manifestaciones.

I.M.



El error de Prometeo

Autor: Manuel Villegas
Herder Editorial • Barcelona, 2011
ISBN: 9788425427633

Francisco estaba trabajando desde hacía años como cocinero en una empresa de servicios para comedores colectivos, con un equipo de más de veinte personas y nunca había tenido sensaciones de asfixia a causa de los vapores de la cocina. Convertido en jefe del equipo, empezó a experimentar ahogos y falta de aire para respirar. Se podría pensar en una reacción sintomática como una forma de rechazo de la responsabilidad inherente a su cargo, desencadenante de su crisis de angustia; pero en su caso el origen de sus ahogos se hallaba en casa, en su mujer, que se había vuelto locamente celosa a causa de su condición como jefe de las chicas que trabajaban con él, amenazándolo con el divorcio y con llevarse al hijo.

Francisco, que era un hombre fuerte, atlético, jugador casi profesional de fútbol, acostumbrado a viajes en avión, se volvió miedoso e incapaz de ir en coche; tuvo que dejar el trabajo y pedir la baja médica: no conseguía tranquilizar a su mujer. Aunque Francisco se ahogaba en la cocina industrial, lo que realmente le angustiaba era el chantaje emocional ejercido por la esposa.

El comportamiento humano se desarrolla en un laberinto de relaciones que en ciertas circunstancias puede desembocar en un callejón sin

salida, quedando la persona atrapada en una trampa, sin recursos suficientes para salir de ella, motivo por el cual llega a enfermar. La ansiedad está causada por la situación de atrapamiento y sirve para remover los fundamentos del sistema, generando una crisis desestabilizadora, que puede llegar a ser destructiva e invalidante, pero que también puede convertirse en una oportunidad para el crecimiento y el cambio.

Cualquier persona puede desarrollar una crisis de ansiedad ante situaciones de particular conflictividad. La naturaleza moral de dichos conflictos salta a la vista si tenemos en cuenta los diversos elementos en juego en cada una de las interacciones humanas: fidelidad, traición, obligación, responsabilidad, deber, deuda, culpa, vergüenza, dominio, sumisión, dependencia, vinculación, sinceridad, engaño, altruismo, gratitud, amor, perdón, celos, venganza, crueldad, indiferencia...

Prometeo consiguió arrebatarse el fuego y la técnica a los dioses para dárselo a los hombres pero se le olvidó dotarlos de un sistema de regulación que les permitiera vivir en paz y armonía consigo mismos y sus semejantes. Tuvo que ser el propio Zeus -nos cuenta Platón en el Protágoras- quien subsanara este error, dotándoles de conciencia moral para el cumplimiento de esta función.

Hoy podemos afirmar que la aparición de la conciencia moral no es el resultado de un don divino sino que sigue un proceso evolutivo de construcción a través de las diferentes etapas del desarrollo psicológico. Este proceso implica un coste en términos psicológicos, dado que combinar los intereses propios con los de los demás no se hace sin generar una cierta tensión estructural en el sis-

tema de regulación moral. El resultado pueden ser trastornos de personalidad o ansioso-depresivos. Este libro presenta las vicisitudes del psiquismo humano desde la perspectiva evolutiva y estructural del desarrollo moral.

I.M.



Melancolía y paranoia

Autor: Fernando Colina
 Madrid, Editorial Síntesis • 2011
 181 págs • ISBN: 9788497567404

Como en obras anteriores, Fernando Colina muestra en *Melancolía y paranoia*, su reciente monografía, la originalidad de su reflexión, la hermosura de su prosa y un tipo de análisis siempre perspicaz e inconformista; tal es su divisa de autor.

Se trata, en esta ocasión, de un ensayo de psicopatología en el que la locura es analizada a partir de dos ejes o trayectorias transversales que conciertan el placer y el sufrimiento: la melancolía y la paranoia. Desde este punto de vista, el eje melancólico hermana la tristeza y los tropiezos del deseo del hombre corriente con la desolación, el auto-desprecio y la tristeza infinita del melancólico; en el eje paranoico, la desconfianza, la interpretación y la sensación de ser perjudicado constituyen formas comunes de existencia, en cuyo extremo se sitúa el delirio paranoico.

El eje melancólico y el eje paranoico dan cuenta de la presencia del deseo y la tristeza, por un lado, y del saber y la interpretación, por otro. De este modo, se defiende un abordaje clínico que permanezca alejado tanto de las diferenciaciones excesivas, donde se pierde la referencia subjetiva, como de la homogeneización abusiva del malestar, que no hace sino dilatar los diagnósticos y hacer cada vez más ambigua la comprensión de los síntomas. Intenta devolver la clínica a sus fuentes humanistas. Entronca su discurso en la tradición de la psiquiatría clásica y, mediante la fenomenología, la hermenéutica, el psicoanálisis

y la historia, aspira a combatir el reduccionismo biológico que hoy se ha apoderado de la teoría.

Interrogar la clínica de este modo, entendiendo la psicopatología como la expresión de dos cadenas ordenadoras de todos los síntomas, nos permite juzgar las psicosis como categorías discontinuas pero también como eslabones de continuidad. Apunta a la doble posibilidad de entenderlas simultáneamente como un trastorno único y múltiple, según se enfoque a través de la óptica de aproximación que garantiza el eje, o desde la perspectiva de separación de unas entidades con otras a lo largo de su recorrido.

Aun tratándose de una visión psicopatológica basada en la continuidad entre normalidad y patología, el autor recalca que este tipo de análisis no es incompatible con las estructuras clínicas o categorías nosológicas. De hecho, el punto de vista estructural predomina en sus publicaciones anteriores, en especial en *Escritos psicóticos* (1996), *El saber delirante* (2001) y *Deseo sobre deseo* (2006). Siempre la originalidad de sus planteamientos.

La locura, el deseo, la melancolía y el lenguaje son los cimientos en los que se asienta la obra de Colina, sin duda singular, atractiva y siempre exigente. Sus múltiples referencias filosóficas, psicoanalíticas y culturales multiplican el efecto cautivador de su prosa, que abre a cada lector sentidos y reflexiones tan distintas y tan vivas.

J. M^a. Álvarez



Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz

Daño Páez, Carlos Martín Beristain, Jose Luis González-Castro, Nekane Basabe, Joseph dec Rivera (Eds.). Fundamentos Editorial

Colección: Ciencia • ISBN: 978-84-245-1236-1
680 páginas • Rústica • Tema: Sociología

El presente volumen analiza el impacto de la violencia colectiva en sus víctimas directas y en la sociedad en general, y el desafío que supone la reconstrucción de las relaciones sociales, las bases de la convivencia y el respeto a los derechos humanos. Participan más de 40 investigadores del ámbito psicosocial de muy diversas universidades de América, Europa y África. Investigadores de Ruanda, Lovaina, Bruselas, París, Tel-Aviv, Texas, País Vasco, Salamanca, UNED, Madrid, Burgos, Bari, Sergipe, Santiago de Chile o Buenos Aires investigan y reflexionan sobre los procesos de justicia y reconciliación, o las aportaciones sobre el impacto de la violencia colectiva en la salud, en el bienestar o las creencias y valores, así como sobre las formas de afrontamiento y crecimiento postraumático. Con el uso de muchos instrumentos a través de estudios en guerras o con víctimas del terror.

El estudio abre con los aspectos más contextuales y amplios de la violencia colectiva para centrarse después en el impacto de esta sobre los afectados: sobre su bienestar psicosocial y sus creencias básicas pero también en la capacidad de resistencia de las víctimas como sujetos activos y algunas reacciones de crecimiento post-traumático.

La tercera parte analiza el papel de la memoria y el perdón: las comisiones de la verdad y reconciliación en contextos de transición política. En este libro se habla de víctimas, de las personas victimizadas, de su reconocimiento, de la igualdad de los sufrimientos, independientemente de quien sea el autor, de la necesidad de una mínimas bases éticas. Se señala también de muchas

cuestiones que están polarizadas, y según pongas los acentos habrá quienes te señalen a “uno u otro lado” pero es necesario aprender, dialogar, comprender el dolor, tener memoria incluyente de diferentes visiones si queremos avanzar hacia la reconstrucción.

Finalmente se presentan algunos estudios sobre la educación para la paz, emociones colectivas y los modelos de trabajo más relevantes dentro del ámbito escolar en la transformación de los conflictos. Con enfoques centrados en los problemas concretos de gran interés para trabajar el altruismo, la solidaridad, la empatía y no llevar el “conflicto” de los adultos a los menores.

Los diferentes capítulos incluyen asimismo los instrumentos de medida de la casi totalidad de constructos psicológicos más importantes para cada uno de los temas analizados. Quizá parezca un texto muy académico, pues se acompaña de una buena revisión académica y textos basados en estudios transculturales y tesis doctorales. Pero aspira a ser herramienta desde la reflexión y la práctica para quienes pretenden acciones preventivas, para la rehabilitación o para la propia investigación social pues son muchas las memorias colectivas a ser consideradas si se quiere pensar en la reconciliación

Todo ello con el objetivo último de desarrollar una «política positiva» que ofrezca los elementos necesarios para la construcción de una cultura de paz.

Iñaki Markez

Agenda

- 16, 17 y 18 de Junio • León
XIV Jornadas Nacionales de la AEN y X Jornadas de la Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental “Encrucijadas de Futuro”.
 - 29 Julio al 1 de Junio • Avilés
VIII Curso de Actualización en Tratamiento Asertivo Comunitario en Salud Mental.
Hospital San Agustín • Centro Cultural Oscar Niemeyer.
 - 18 al 22 de Septiembre • Buenos Aires
15^o Congreso Mundial de Psiquiatría: Our Heritage and Our Future.
MCI Buenos Aires • Avda. Santa Fe 1970, 1^o Piso, Oficina 1.
C1123AAO • Buenos Aires, Argentina.
Phone: +54 11 5252 9801 • Fax: +54 11 4813 0073
wpa-argentina2011@mci-group.com • www.wpa-argentina2011.com.ar
 - 5 al 8 de Octubre • Barcelona
II Congreso Internacional de Patología Dual
www.patologiadual.es/cipd2011/es/
 - 20 al 22 de octubre • Bilbao
III Jornadas sobre derechos humanos y salud mental de la AEN:
Miradas hacia los derechos humanos.
www.ome-aen.org; www.aen.es
 - 20-22 de octubre • Jerez
IX Congreso de la Asociación Andaluza de Profesionales de salud mental-AEN: “*Grupos*”.
-
- 8 al 11 de febrero de 2012 • Granada
Conferencia temática WPA: *La Salud Mental y los profesionales de la Medicina de Familia trabajando juntos.*
Organizan: WPA, WONCA, AEN, Cibersam, semFYC.
 - 6 al 9 de Junio 2012 • Tenerife
XXV Congreso de la AEN:
Subjetividad e identidad de las experiencias: Discursos y Contextos.
www.aen.es • www.congresoaoen12.com
-
- 4-6 de octubre de 2012 • Ourense
IX Jornadas Nacionales AEN de Historia de la Psiquiatría.
“Razón, locura y sociedad. Una mirada a la Historia del siglo XXI”.
Sede de las Jornadas: Centro Cultural de la Diputación de Ourense. www.aen.es

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, 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 adicional

que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

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

Los Originales deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas 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 hasta los seis primeros autores y se agrega la expresión “et al.” si son más.

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

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de 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 (videocassette). ST. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.
- Diccionario y obra de consulta semejantes
Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Trabajos inéditos

- En prensa
Leshner 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.

Solicitud de Ingreso

Para ser miembro de una asociación autonómica, se solicita al tiempo la incorporación a la AEN. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios y Socias que siga a su recepción.

La cuota anual desde 2011 será de 100 euros (profesionales en formación 50%). Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la Revista NORTE de salud mental, libros, Cuadernos Técnicos y otras publicaciones de la AEN, descuentos en Jornadas, Congresos y otras actividades formativas, además de todos los otros derechos que corresponden a los socios y socias de las Asociaciones en sus respectivas Autonomías.

Envíe el formulario a:

Asociación Española Neuropsiquiatría. Magallanes, 1 sótano 2. 28015 Madrid. Tel.: 636 725 599 /
Fax: 91 847 31 82.

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA (AEN) y en la respectiva Asociación de su Autonomía.

D. / Dña. profesional de la Salud Mental,

con título de

que desempeña en (Centro de trabajo)

y domicilio en Población

C.P. Provincia Teléfono Correo electrónico

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Autonómica para lo cual es propuesto por los miembros:

D./Dña.

D./Dña.

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado o asociada.

Nombre Dirección

Banco / Caja de ahorros Sucursal

Cuenta nº Población

Ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente / Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

En el de 20 Firma:

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, 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 adicional

que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

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

Los Originales deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas 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 hasta los seis primeros autores y se agrega la expresión “et al.” si son más.

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

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de 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 (videocassette). ST. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.
- Diccionario y obra de consulta semejantes
Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Trabajos inéditos

- En prensa
Leshner 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.