

Revista de:



Asociación Cántabra de  
Salud Mental  
(ACSM)



Asociación Castellano Mancha  
de Neuropsiquiatría  
y Salud Mental

Associació Valenciana  
de Neuropsiquiatría  
(AEN-PV)



# NORTE

## DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen IX nº 41 Noviembre 2011

N  
O  
R  
T  
E

Volumen IX nº 41 Octubre 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: Lorena Carretero Del Val**

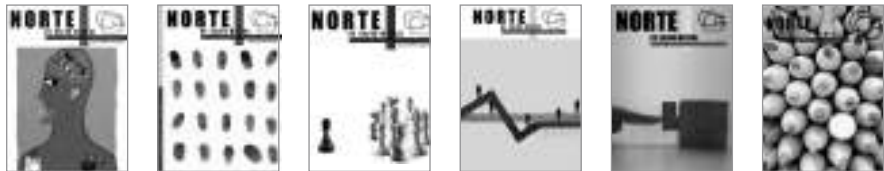
“Billar”. Es una metáfora que refleja el aislamiento que sufren algunas personas por ser o por pensar diferente al grupo. Esta “bola aislada” es importante porque en el momento que alguien la impulsa, es la única capaz de activar al grupo, aquellos que le han dejado de lado, pero que en el fondo sin ella no sabrían vivir.

#### Volumen IX



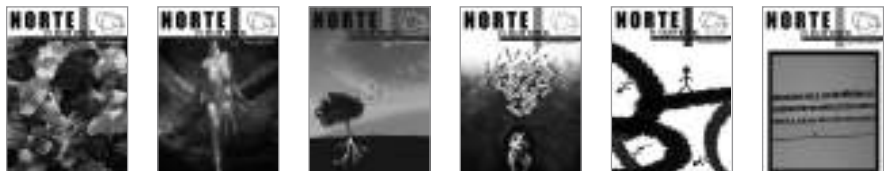
Nº 39      Nº 40      Nº 41

#### 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



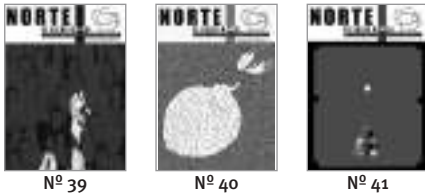
Nº 11      Nº 12      Nº 13      Nº 14      Nº 15

**“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.

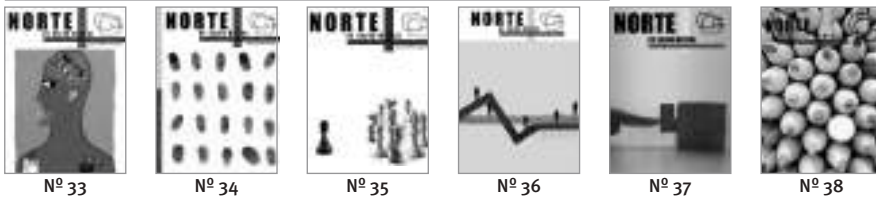
**Autora de portada: Lorena Carretero Del Val**

“Billar”. Es una metáfora que refleja el aislamiento que sufren algunas personas por ser o por pensar diferente al grupo. Esta “bola aislada” es importante porque en el momento que alguien la impulsa, es la única capaz de activar al grupo, aquellos que le han dejado de lado, pero que en el fondo sin ella no sabrían vivir.

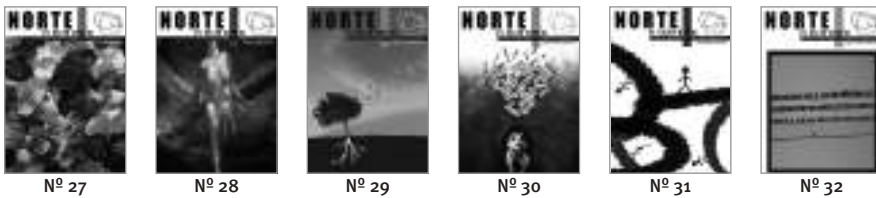
### Volumen IX



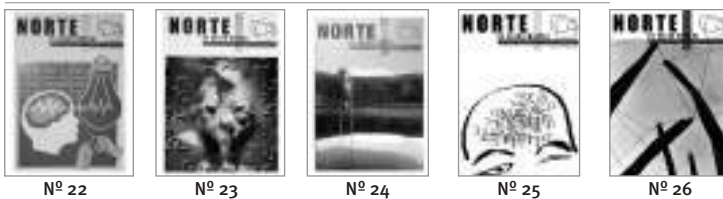
### Volumen VIII



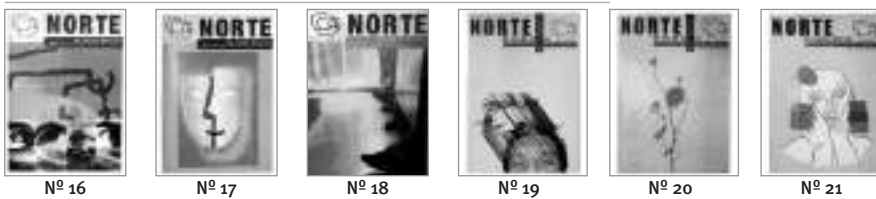
### Volumen VII



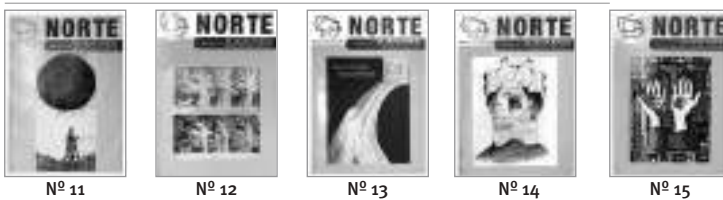
### Volumen VI



### Volumen V



### Volumen IV



## NORTE de Salud Mental

### Director:

Markez, Iñaki

### Consejo Editorial:

Bravo, Mari Fe  
Estévez, Juan  
Lozano, Mari Fe  
Martínez-Azumendi, Óscar  
Martínez de Benito, Roberto  
Sánchez, Ana  
Rodríguez Pulido, Francisco  
Tarí, Antonio  
Vallina, Oscar

### Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba	Elortegi, Izaskun	Hernanz, Margarita A.	Pérez, Fermín
Álamo, Cecilio	Erkizia, Blas	Huertas, Rafael	Pérez-S, Pau
Albi, Inmaculada	Escalante, Carlos A.	Irurzun, Juan Carlos	Polo, Cándido
Álvarez, José M <sup>a</sup>	Escudero, Consuelo	Jimenez Estevez, Juan Fco.	Redero, J. M <sup>a</sup>
Angosto, Tiburcio	Esteban, M. Luz	Laespada, Teresa	Rendueles, Guillermo
Aparicio, Víctor	Esteban, Ramón	Lamas, Santiago	Retolaza, Ander
Arana, Xabier	Fernández Liria, Alberto	Lasa, Alberto	Rodríguez, Beatriz
Arias, Paz	Ferrera, Beatriz	Lázaro, José	Rotelli, Franco
Ayuso, José Luis	Filgueira, José	Levav, Isaac	Sagasti, Nekane
Ballesteros, Javier	Garnica, Eva	Marín, Mónica	Santander, Fernando
Blas Fernández, Luis V.	Gay, Eudoxia	Marqués, M. José	Saraceno, Benedetto
Bravo, Mari Fe	Gracia, Fernando	Marquínez, Fernando	Sepúlveda, Rafael
Berrios, Germán E.	Gil, Eugenia	Martínez, Ana	Serrano, Javier
Caldas d'Almeida, José	Gómez, Chus	Meana, Javier	Soler, M <sup>a</sup> del Mar
Català, Laura	Gómez-Beneyto, Manuel	Medrano, Juan	Susparregui, J. M <sup>a</sup>
Chicharro, Francisco	González Brito, Natalia	Meneses, Carmen	Thornicroft, Graham
Colina, Fernando	González-Pinto, Rodrigo	Mezzich, Juan	Tizón, Jorge Luis
Collazos, Francisco	González Torres, Miguel Á.	Molina, Germán	Torrens, Marta
Comelles, Josep M <sup>a</sup>	Gracia, Fernando	Morchón, J.	Uriarte, José Juan
De la Gandara, Jesús	Guimón, José	Moreno, Ana	Villasante, Olga
De la Rica, José Antonio	Gutiérrez Fraile, Miguel	Munarriz, Mikel	Ylla, Luis
De la Viña, Pilar	Hernández, Mariano	Olabarría, Begoña	Zuazo, José Ignacio
Desviat, Manuel	Hernández Padilla, María	Palacios, Antonio J.	

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

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

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

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](http://psiquiatria.com)
- Psiquiatría Sur
- Repositorio AEN

## NORTE de Salud Mental

### Director:

Markez, Iñaki

### Consejo Editorial:

Bravo, Mari Fe  
Estévez, Juan  
Lozano, Mari Fe  
Martínez-Azumendi, Óscar  
Martínez de Benito, Roberto  
Sánchez, Ana  
Rodríguez Pulido, Francisco  
Tarí, Antonio  
Vallina, Oscar

### Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba	Elortegi, Izaskun	Hernanz, Margarita A.	Pérez, Fermín
Álamo, Cecilio	Erkizia, Blas	Huertas, Rafael	Pérez-S, Pau
Albi, Inmaculada	Escalante, Carlos A.	Irurzun, Juan Carlos	Polo, Cándido
Álvarez, José M <sup>a</sup>	Escudero, Consuelo	Jimenez Estevez, Juan Fco.	Redero, J. M <sup>a</sup>
Angosto, Tiburcio	Esteban, M. Luz	Laespada, Teresa	Rendueles, Guillermo
Aparicio, Víctor	Esteban, Ramón	Lamas, Santiago	Retolaza, Ander
Arana, Xabier	Fernández Liria, Alberto	Lasa, Alberto	Rodríguez, Beatriz
Arias, Paz	Ferrera, Beatriz	Lázaro, José	Rotelli, Franco
Ayuso, José Luis	Filgueira, José	Levav, Isaac	Sagasti, Nekane
Ballesteros, Javier	Garnica, Eva	Marín, Mónica	Santander, Fernando
Blas Fernández, Luis V.	Gay, Eudoxia	Marqués, M. José	Saraceno, Benedetto
Bravo, Mari Fe	Gracia, Fernando	Marquínez, Fernando	Sepúlveda, Rafael
Berrios, Germán E.	Gil, Eugenia	Martínez, Ana	Serrano, Javier
Caldas d'Almeida, José	Gómez, Chus	Meana, Javier	Soler, M <sup>a</sup> del Mar
Català, Laura	Gómez-Beneyto, Manuel	Medrano, Juan	Susparregui, J. M <sup>a</sup>
Chicharro, Francisco	González Brito, Natalia	Meneses, Carmen	Thornicroft, Graham
Colina, Fernando	González-Pinto, Rodrigo	Mezzich, Juan	Tizón, Jorge Luis
Collazos, Francisco	González Torres, Miguel Á.	Molina, Germán	Torrens, Marta
Comelles, Josep M <sup>a</sup>	Gracia, Fernando	Morchón, J.	Uriarte, José Juan
De la Gandara, Jesús	Guimón, José	Moreno, Ana	Villasante, Olga
De la Rica, José Antonio	Gutiérrez Fraile, Miguel	Munarriz, Mikel	Ylla, Luis
De la Viña, Pilar	Hernández, Mariano	Olabarría, Begoña	Zuazo, José Ignacio
Desviat, Manuel	Hernández Padilla, María	Palacios, Antonio J.	

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

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

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

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](http://psiquiatria.com)
- Psiquiatría Sur
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental

Vol IX nº 41, Octubre 2011

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

Realización y Administración:

Ekimen-2000 • Apdo. Correos nº 12 • 48950 Erandio. Bizkaia

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

Autora de la portada: Lorena Carretero

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:

**EUSKO JAURLARITZA**



**GOBIERNO VASCO**

OSASUN ETA KONTSUMO  
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD  
Y CONSUMO

• 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 41. Octubre 2011

<b>Editorial</b>	5
• Indignación y psiquiatría comunitaria. <i>Iñaki Markez.</i>	7
• Preocupación en la psicología clínica por el itinerario curricular. <i>Juan Fco. Jiménez Estévez.</i>	9
<b>Originales y revisiones</b>	11
• “Trastornos mentales” del ámbito socio-laboral: ¿son las personas responsables de su malestar o depende también del contexto? <i>José Miguel Ribé, Margarida Cleris, Jesús Gracia Alfranca.</i>	13
• Morir de amor. <i>Sonia Valiente, Leire Varona, Ibone Orozco.</i>	27
• Maastricht. Monitorización Acumulativa de las Necesidades y modelo holandés de Tratamiento Asertivo Comunitario. Implicaciones para el programa GAZTE. <i>Juan Carlos Irurzun, Leire Martín, Maite Bastida.</i>	31
• Recursos Personales Positivos en la Relación con el Paciente: las Estrategias de Regulación Emocional. <i>Raquel Rodríguez-Carvajal, Bernardo Moreno-Jiménez, Sara de Rivas-Hermosilla, Marta Herrero Lázaro.</i>	38
• El enfermo mental espera respeto del profesional. Varios ejemplos. <i>Juan Gérvas y Mercedes Pérez Fernández.</i>	49
• El exceso de burocracia. <i>Fernando Pérez del Río.</i>	55
• Aplicación de la Clasificación Internacional de la Discapacidad, el Funcionamiento y la Salud (CIF) de la OMS para la evaluación de la discapacidad en pacientes con trastorno mental grave. <i>Micaela Moro Ipola, Luis Solano, Begoña Frades, José Salazar, Josep Pena y Mercedes Asuero.</i>	59
<b>Formación Continuada</b>	73
• Nota Clínica: Alteraciones cognitivas en dos casos de psicosis funcional precoz. <i>Juan Antonio Becerra.</i>	75
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XII). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	79
<b>Historia</b>	85
• Psiquiatría y cine en España durante la dictadura franquista (1939-1975). <i>María Herrera, Pedro Marset, Carmen Llor, Joaquín Cánovas.</i>	87
• La Asociación contra la Toxicomanía (1926-1931). Prevención de salón en vísperas de la II República. <i>Juan Carlos Usó Arnal.</i>	94
<b>Actualizaciones.</b> <i>Olatz Barrenetxea, Iñaki Markez</i>	101
• Manifiesto de derechos humanos. <i>Julie Wark.</i>	103
• Guía. Atención primaria de la salud mental en prisión. <i>GSMP.</i>	104
• El gobierno de las emociones. <i>Victoria Camps.</i>	106
• Agresión y violencia. Cerebro, comportamiento y bioética. <i>Jairo Muñoz-Delgado, José Luis Díaz y Carlos Moreno B.</i>	107
• De las enfermedades melancólicas. <i>André Du Laurens;</i> Del humor melancólico. <i>Jourdain Guibelet.</i>	109
<b>Agenda</b>	111

# Summary

NORTE de salud mental 41. Oct. 2011

<b>Editorial</b>	5
• Indignation and community psychiatry. <i>Iñaki Markez.</i>	7
• Concern in clinical psychology by the curriculum schedule. <i>Juan Francisco Jiménez Estévez.</i>	9
<b>Original and reviews articles</b>	11
• “Mental disorders” of the social-labour area: are people responsible for their discomfort or it depends also on the context? <i>José Miguel Ribé, Margarida Cleris, Jesús Gracia Alfranca.</i>	13
• Deeply falling in love. <i>Sonia Valiente, Leire Varona, Ibone Orozco.</i>	27
• Maastricht. Cumulative needs for care monitor and Dutch model of assertive community treatment. Implications for the Gazte program. <i>Juan Carlos Irurzun, Leire Martín, Maite Bastida.</i>	31
• Positive Personal Resources on Patient Relationship: The Emotional Regulation Strategies. <i>Raquel Rodríguez-Carvajal, Bernardo Moreno-Jiménez, Sara de Rivas-Hermosilla, Marta Herrero Lázaro.</i>	38
• Mental patients expect respect by professionals. A few examples. <i>Juan Gérvas, Mercedes Pérez Fernández.</i>	49
• Excess bureaucracy. <i>Fernando Pérez del Río.</i>	55
• Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to the disability evaluation in severe mental illness patients. <i>Micaela Moro Ipola, Luis Solano, Begoña Frades, José Salazar, Josep Pena, Mercedes Asuero.</i>	59
<b>Continuing Education</b>	73
• Cognitive deficits in two cases of early functional psychosis. <i>Juan Antonio Becerra.</i>	75
• Continuing Education in Clinical Psychiatry: Self Opinion (XII). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	79
<b>History</b>	85
• Psychiatry and cinema in Spain during the pro Franco dictatorship (1939-1975). <i>María Herrera, Pedro Marset, Carmen Llor, Joaquín Cánovas.</i>	87
• Association against Drug Addiction (1926-1931). Preventive policies of lounge just before the Second Republic. <i>Juan Carlos Usó Arnal.</i>	94
<b>Book reviews.</b> <i>Olatz Barrenetxea, Iñaki Markez.</i>	101
• Human rights manifesto. <i>Julie Wark.</i>	103
• Guía. Atención primaria de la salud mental en prisión. <i>GSMP.</i>	104
• El gobierno de las emociones. <i>Victoria Camps.</i>	106
• Agresión y violencia. Cerebro, comportamiento y bioética. <i>Jairo Muñoz-Delgado, José Luis Díaz, Carlos Moreno B.</i>	107
• Discours auquel est traicté des maladies mélancholiques et du moyen de les guarir. <i>André Du Laurens.</i> De l’humeur mélancholique, <i>Jourdain Guibelet.</i>	109
<b>Calendar</b>	111



NORTE de salud mental

Vol IX nº 41, Octubre 2011

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

Realización y Administración:

Ekimen-2000 • Apdo. Correos nº 12 • 48950 Erandio. Bizkaia

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

Autora de la portada: Lorena Carretero

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:

**EUSKO JAURLARITZA**



**GOBIERNO VASCO**

OSASUN ETA KONTSUMO  
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD  
Y CONSUMO

• 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 41. Octubre 2011

<b>Editorial</b>	5
• Indignación y psiquiatría comunitaria. <i>Iñaki Markez.</i>	7
• Preocupación en la psicología clínica por el itinerario curricular. <i>Juan Fco. Jiménez Estévez.</i>	9
<b>Originales y revisiones</b>	11
• “Trastornos mentales” del ámbito socio-laboral: ¿son las personas responsables de su malestar o depende también del contexto? <i>José Miguel Ribé, Margarida Cleris, Jesús Gracia Alfranca.</i>	13
• Morir de amor. <i>Sonia Valiente, Leire Varona, Ibone Orozco.</i>	27
• Maastricht. Monitorización Acumulativa de las Necesidades y modelo holandés de Tratamiento Asertivo Comunitario. Implicaciones para el programa GAZTE. <i>Juan Carlos Irurzun, Leire Martín, Maite Bastida.</i>	31
• Recursos Personales Positivos en la Relación con el Paciente: las Estrategias de Regulación Emocional. <i>Raquel Rodríguez-Carvajal, Bernardo Moreno-Jiménez, Sara de Rivas-Hermosilla, Marta Herrero Lázaro.</i>	38
• El enfermo mental espera respeto del profesional. Varios ejemplos. <i>Juan Gérvas y Mercedes Pérez Fernández.</i>	49
• El exceso de burocracia. <i>Fernando Pérez del Río.</i>	55
• Aplicación de la Clasificación Internacional de la Discapacidad, el Funcionamiento y la Salud (CIF) de la OMS para la evaluación de la discapacidad en pacientes con trastorno mental grave. <i>Micaela Moro Ipola, Luis Solano, Begoña Frades, José Salazar, Josep Pena y Mercedes Asuero.</i>	59
<b>Formación Continuada</b>	73
• Nota Clínica: Alteraciones cognitivas en dos casos de psicosis funcional precoz. <i>Juan Antonio Becerra.</i>	75
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XII). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	79
<b>Historia</b>	85
• Psiquiatría y cine en España durante la dictadura franquista (1939-1975). <i>María Herrera, Pedro Marset, Carmen Llor, Joaquín Cánovas.</i>	87
• La Asociación contra la Toxicomanía (1926-1931). Prevención de salón en vísperas de la II República. <i>Juan Carlos Usó Arnal.</i>	94
<b>Actualizaciones.</b> <i>Olatz Barrenetxea, Iñaki Markez</i>	101
• Manifiesto de derechos humanos. <i>Julie Wark.</i>	103
• Guía. Atención primaria de la salud mental en prisión. <i>GSMP.</i>	104
• El gobierno de las emociones. <i>Victoria Camps.</i>	106
• Agresión y violencia. Cerebro, comportamiento y bioética. <i>Jairo Muñoz-Delgado, José Luis Díaz y Carlos Moreno B.</i>	107
• De las enfermedades melancólicas. <i>André Du Laurens;</i> Del humor melancólico. <i>Jourdain Guibelet.</i>	109
<b>Agenda</b>	111

# Summary

NORTE de salud mental 41. Oct. 2011

<b>Editorial</b>	5
• Indignation and community psychiatry. <i>Iñaki Markez.</i>	7
• Concern in clinical psychology by the curriculum schedule. <i>Juan Francisco Jiménez Estévez.</i>	9
<b>Original and reviews articles</b>	11
• “Mental disorders” of the social-labour area: are people responsible for their discomfort or it depends also on the context? <i>José Miguel Ribé, Margarida Cleris, Jesús Gracia Alfranca.</i>	13
• Deeply falling in love. <i>Sonia Valiente, Leire Varona, Ibone Orozco.</i>	27
• Maastricht. Cumulative needs for care monitor and Dutch model of assertive community treatment. Implications for the Gazte program. <i>Juan Carlos Irurzun, Leire Martín, Maite Bastida.</i>	31
• Positive Personal Resources on Patient Relationship: The Emotional Regulation Strategies. <i>Raquel Rodríguez-Carvajal, Bernardo Moreno-Jiménez, Sara de Rivas-Hermosilla, Marta Herrero Lázaro.</i>	38
• Mental patients expect respect by professionals. A few examples. <i>Juan Gérvas, Mercedes Pérez Fernández.</i>	49
• Excess bureaucracy. <i>Fernando Pérez del Río.</i>	55
• Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to the disability evaluation in severe mental illness patients. <i>Micaela Moro Ipola, Luis Solano, Begoña Frades, José Salazar, Josep Pena, Mercedes Asuero.</i>	59
<b>Continuing Education</b>	73
• Cognitive deficits in two cases of early functional psychosis. <i>Juan Antonio Becerra.</i>	75
• Continuing Education in Clinical Psychiatry: Self Opinion (XII). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	79
<b>History</b>	85
• Psychiatry and cinema in Spain during the pro Franco dictatorship (1939-1975). <i>María Herrera, Pedro Marset, Carmen Llor, Joaquín Cánovas.</i>	87
• Association against Drug Addiction (1926-1931). Preventive policies of lounge just before the Second Republic. <i>Juan Carlos Usó Arnal.</i>	94
<b>Book reviews.</b> <i>Olatz Barrenetxea, Iñaki Markez.</i>	101
• Human rights manifesto. <i>Julie Wark.</i>	103
• Guía. Atención primaria de la salud mental en prisión. <i>GSMP.</i>	104
• El gobierno de las emociones. <i>Victoria Camps.</i>	106
• Agresión y violencia. Cerebro, comportamiento y bioética. <i>Jairo Muñoz-Delgado, José Luis Díaz, Carlos Moreno B.</i>	107
• Discours auquel est traicté des maladies mélancholiques et du moyen de les guarir. <i>André Du Laurens.</i> De l’humeur mélancholique, <i>Jourdain Guibelet.</i>	109
<b>Calendar</b>	111



# EDITORIAL



## Indignación y psiquiatría comunitaria

En estos tiempos de insistentes contiendas partidistas aparecen en escena corrientes de aire fresco que renuevan el claustrofóbico ambiente electoral exigiendo “democracia real” lo que induce a reflexionar sobre esa democracia verdadera enarbolada en las protestas. Casi todos los regímenes políticos se dicen democráticos, pero será el grado de participación social efectiva en la toma de decisiones públicas lo que marque los límites. Participación que no cae del cielo, sino que depende de la existencia de unas instituciones que la propicien y de una ciudadanía activa e implicada. Ambas suelen estar poco presentes, y es que cuando uno elige entre los términos de una alternativa está dominado por el que diseñó la alternativa decía Jesús Ibáñez. Pero aspiramos a que las cosas cambien.

Denuncian ese núcleo económico duro de empresarios buscadores de concesiones, contratos, privatizaciones, “pelotazos” diversos y de políticos conseguidores, que facilitan el continuo asalto de lo público. “Mucho chorizo y poco pan”, sintetiza un eslogan muy difundido, muy aceptado. Las actuales protestas tienen la virtud de romper la mansa apatía que ha venido otorgando impunidad a nuestros insignes “chorizos” e invitan a cambiar en un Estado democrático pero esto podría sonar mal. La democracia dicen que es un engaño; lo era ya desde que se inventó entre los antiguos griegos en Atenas y en otros sitios. Fundada en esta confusión que el término mismo denuncia: *demos* y *kratos*. *Kratos* es poder y *Demos* se supone que es pueblo, pero este, sea lo que sea de los avatares de cualquier historia, nunca llega a tener el poder, pareciera que el poder está contra el pueblo.

Hasta hace poco nos decían que carecíamos de futuro pues el problema se venía incubando tiempo atrás en la generación ni-ni. La misma que está opinando y expresándose. Estamos siendo testigos de fenómenos sociales, de diálo-

go masivo cual experiencias de grupo grande en las experiencias grupoanalíticas.

Igualmente tiene valor la indignación en Asturias de las gentes de la AEN y de los familiares integrados en FEAFES tras las polémicas opiniones vertidas por el catedrático de psiquiatría Julio Bobes en la prensa local, descalificando el modelo de atención en salud mental en esa comunidad. Lo cierto es que el sistema de atención a la salud mental asturiano, que ha de mejorar, fue pionero en programas e iniciativas propias de la psiquiatría comunitaria y ha seguido desarrollándose estos últimos años. Los modelos comunitarios desarrollados en Avilés y Gijón han demostrado su efectividad y están siendo adaptados y validados en otras CC.AA., y en otros lugares de Latinoamérica y de Europa a requerimiento de la propia Organización Mundial de la Salud. Lograr que aumenten los recursos comunitarios, reducir los ingresos hospitalarios, ser reconocida la calidad de los servicios asturianos de salud mental, demostrar efectividad y eficacia y, además, ser respetuosos con los derechos de las personas con enfermedad mental y sus familias si está en consonancia con las Estrategias de la OMS en su región europea, de la Conferencia Interministerial de la salud mental de Helsinki o del Ministerio de Sanidad.

Esfuerzos para que la implantación del modelo comunitario de atención a la salud mental fuera real en las autonomías, y para que a nivel estatal las recomendaciones derivadas de la Estrategia de Salud Mental se llevaran a cabo en cada uno de los sistemas de salud se han realizado y sean de realizar ante los nubarrones en algunas autonomías donde la sanidad pública está es riesgo. La evaluación de la Estrategia pone de manifiesto que el grado de implantación de estas recomendaciones es desigual y moderado, en cada uno de

los sistemas de salud mental autonómicos. Sigue habiendo disparidad en cuanto a las dotaciones y dispositivos en las distintas redes de salud mental, y en cuanto al nivel de integración de las redes de salud mental y de drogodependencias; los contratos con las entidades concertadas y con sus profesionales son precarios; y los profesionales, usuarios y familiares tienen todavía una participación insuficiente en los procesos de gestión y de planificación de los servicios.

Ya allá en 1985 el Informe de la Comisión Ministerial de Reforma Psiquiátrica delimitó principios y filosofía, directrices y recomendaciones a seguir en el proceso de transformación de la atención psiquiátrica, para un nuevo modelo de atención a la salud mental. El discurso de entonces se ha mantenido en gran medida aunque a las jóvenes generaciones les suene a algo lejano pero el discurso y la acción de la psiquiatría positivista.

El paciente-usuario-enfermo-trastornado-cliente en su condición de experimentar “algo” ajeno, llámese dificultad para dormir, ansiedad, decaimiento, obsesividad, desatención infantil, inseguridades múltiples o esas enfermedades que no lo son o las que no sabemos definir o de donde vienen pero que con aquel comprimido se palian, y si es así poco importa si la causa está en el cerebro, en el medio ambiente o en la forma de relacionarse. El remedio prescrito es quien determina la hegemonía desde hace años, desde la “década del cerebro”, de la psiquiatría biológica.

Todo intento de cambio para la mejora de la asistencia y de los derechos de los pacientes, los derechos de las personas necesitadas de atención, de ayuda, en estos tiempos de vacas flacas pasa a ser cuestionado. No se lleva tanto eso de la reintegración a la comunidad, el fomento del empleo o de las redes sociales, menos aun de los sectores de los márgenes. La lluvia de reacciones tras el comunicado sobre el final definitivo de la actividad violenta en el País Vasco nos hace soñar y esperamos se acompañe de novedades sociales y políticas. Por cierto, grata coincidencia con el encuentro sobre derechos humanos y salud mental de la AEN en Bilbao, que esperamos también anime a nuevas energías en estos difíciles campos de intervención psicosocial y comunitario donde somos un pequeño referente.

Las expectativas son muchas y se abren nuevas áreas relacionadas con el dolor causado por la violencia, por las violencias. Hay tarea para las personas más motivadas. Al resto también nos alcanzará. Nos iremos viendo en las diferentes iniciativas.

La obligación como profesional es contribuir a que los recursos que existen se aprovechen mejor, sean más eficientes, lleguen a más personas afectadas y sean de mejor calidad; y hacer el sistema más sostenible. Y es nuestra obligación transmitir a la sociedad y las instituciones públicas la importancia de la atención a la salud mental y la repercusión global que tiene sobre la ciudadanía y sobre el propio desarrollo económico. Tanto más en estos momentos de crisis.

Iñaki Markez

# Preocupación en la psicología clínica por el itinerario curricular

Para la AEN, la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica (CNEPC) y las organizaciones profesionales relacionadas con la psicología clínica, nos preocupó enormemente la inclusión en la Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social de una disposición adicional que instaba a la creación de una nueva profesión sanitaria titulada y regulada de la Psicología (distinta de la ya existente de psicólogo clínico), sin que se hubieran resuelto las cuestiones relativas al itinerario que ha de seguir la Psicología desde el Grado hasta la formación sanitaria especializada.

De un lado, este nuevo escenario podría suponer una oportunidad para la superación de un largo y amargo desencuentro en el ámbito de la psicología, acerca de la consideración como profesionales sanitarios de quienes sin haber realizado una formación especializada en psicología clínica ejercen una actividad profesional privada en el ámbito de la psicología de la salud con una formación básica específica. Ni los anteriores estudios de licenciatura, ni los actuales de grado garantizan una formación clínica teórico-práctica que permita a los egresados de las facultades el ejercicio profesional sanitario con un mínimo de calidad y seguridad para los ciudadanos que demandan una atención psicológica. La determinación de que un master regulado sería la formación específica que garantice un mínimo de calidad y homogeneidad, en la formación de los futuros profesionales que se orienten a la atención sanitaria, había sido uno de los lógicos puntos de acuerdo entre las diferentes sectores profesionales de la psicología... dentro de un itinerario formativo que en un desarrollo lineal completo debería conducir a la formación especializada en psicología clínica: grado en psicología más master sanitario, habilitando en un primer nivel para el ejercicio como psicólogo general sanitario y, para acceder al segundo nivel formativo, a la formación especializada en psicología clínica.

Sin embargo, de otro lado, la aprobación de la disposición adicional sexta sin hacer mención al itinerario formativo de la psicología clínica, dejaba sin resolver la reivindicación básica que desde

la psicología clínica hemos venido defendiendo, en aras de garantizar una formación y capacitación de calidad de los especialistas en psicología clínica, (Grado + Master + PIR) y de evitar, de otro lado la creación de una doble vía paralela para el ejercicio profesional sanitario.

La reciente aprobación por parte del Congreso de los Diputados de una disposición adicional introducida en la tramitación del Senado de la Ley General de Salud Pública, que crea la figura del Psicólogo General Sanitario, de nuevo sin haber regulado en la misma el acceso a la formación de Especialistas en Psicología Clínica, ha confirmado nuestros temores. A pesar de las diversas gestiones y contactos que desde la CNEPC, la AEN y las demás asociaciones de psicólogos clínicos hemos venido realizando en los últimos meses, el itinerario curricular de la especialidad de psicología clínica no ha sido finalmente introducido como hemos demandado, por convicción y coherencia con la apuesta por un modelo formativo al servicio de la calidad asistencial de los ciudadanos. Ha prevalecido el interés particular de los sectores colegiales y universitarios, menos comprometidos con una visión global para una atención sanitaria de calidad y más interesados en la creación del master y en la de otra profesión sanitaria paralela a la especialidad en psicología clínica.

Este nuevo escenario no significa que el proceso está finalmente concluido. Desde la AEN, la CNEPC y desde todas las asociaciones de psicólogos clínicos, debemos seguir trabajando sin descanso para concluir de una manera completa el proceso que se ha abierto de regulación de las profesiones sanitarias de psicología. En ello va la coherencia de un modelo formativo que garantice la atención sanitaria de calidad que demanda y merece la sociedad española, y por la que venimos trabajando los que estamos comprometidos con un Sistema Nacional de Salud eficiente y orientado a las mejores prestaciones para los ciudadanos.

Juan Fco. Jiménez Estévez



## Distribución de libros

Una nueva oferta para socios y socias de la AEN para la venta de sus libros a través de la web.

Cualquier socio interesado que quiera vender sus libros, puede consultar las condiciones en un módulo con esa información la pantalla de inicio de [www.tienda-aen.es](http://www.tienda-aen.es)

Esperemos que sea un nuevo motivo de valor añadido, y que contribuya a la mejor imagen profesional y humana de nuestra asociación.



**ORIGINALES Y REVISIONES**



# “Trastornos mentales” del ámbito socio-laboral: ¿son las personas responsables de su malestar o depende también del contexto?

*“Mental disorders” of the social-labour area:  
are people responsible for their discomfort  
or it depends also on the context?*

“Todo lo que está dentro ha estado antes fuera”

Lev s. Vygotsky

**José Miguel Ribé Buitrón.** Psiquiatra psicoterapeuta. Centro de Salud Mental de Adultos Sant Andreu. Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona.

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

**Jesús Gracia Alfranca.** Psicólogo clínico y psicoterapeuta. Centro de Salud Mental de Adultos Sant Andreu. Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona.

**Resumen:** con el presente artículo se pretende poner de relieve la importancia en prestar atención, no solamente a los elementos personales de los usuarios que nos solicitan ayuda por dificultades en el ámbito laboral, si no también al contexto sociolaboral donde se hallan enmarcadas sus demandas. Se reflexiona acerca de los “trastornos mentales” directamente relacionados con el ámbito laboral y aquellos, cuya influencia, está más en relación con el contexto social. Finalmente, a partir de una comprensión sociolaboral, se plantean formas de atender, prevenir y tratar dichas problemáticas. Especialmente, y debido a su prevalencia, los autores toman como modelo de atención clínica y terapéutica el acoso laboral.

**Palabras clave:** salud mental, trabajo, contexto social, acoso laboral, atención primaria, crisis económica, prevención.

**Summary:** with this article we intend to relieve the importance of paying attention not only to the personal elements of the users who seek us for help within the work world, but also to the social-labour context of their demands. We meditate about the “mental disorders” directly related to the work world, and those more influenced by the social context. Finally, from a social and labour understanding, we set out ways of attend, prevent, and treat this issues. Due to it's prevalence, authors mostly take the model of clinical and therapeutic care of the labour harassment.

**Key words:** mental health, work, social context, workplace mobbing, primary care, economical crisis, prevention.

## 1. Introducción

La Unión Europea identifica los riesgos y las “enfermedades psicosociales” como el primer problema de salud laboral de este siglo, se estima afecta al 40% de los trabajadores. Los trastornos ansiosos y depresivos son los problemas psiquiátricos más comunes en la población general. De estos trastornos, una proporción significativa está causada o agravada por las condiciones del trabajo. Según la última encuesta de Salud de Catalunya (2010), el 5,7% de los hombres ocupados y el 13% de las mujeres ocupadas estaban en riesgo de sufrir algún “trastorno mental” (1).

A pesar de los cambios sociales y formas de entender las organizaciones laborales de muchas empresas e instituciones, la salud mental sigue centrada en el usuario como un ser independiente y ajeno a su entorno social y, en especial, a lo que aquí se atañe: el ámbito laboral (2). De hecho, durante mucho tiempo, la literatura en psiquiatría poco se ha interesado acerca de este tema. Y aunque las cosas van cambiando, se aprecia que una gran mayoría de trabajos la reducen a lo psicológico y al malestar centrado en la persona que demanda ayuda, como elemento parcial e individual, sin tener muy en cuenta el contexto laboral en el que se manejan las personas. Por contra, si son muchas las revistas de disciplinas afines a la psiquiatría (trabajo social, planes directivos en prevención laboral, legislación, sociología, epidemiología, atención primaria, enfermería...) que han escrito al respecto y sin embargo, podría pensarse que los profesionales en salud mental, desde una visión parcelar de la esfera vital de los pacientes, obvia y no da la suficiente importancia que se cree se merece.

Desde los “búnkers” en salud mental, se atienden a personas que requieren no solamente una exploración y ayuda focalizada en sus dificultades personales, si no también una comprensión que vaya más allá de sus conflictos intrapsíquicos. Conflictos presentes e inherentes a la persona, que se han podido amplificar o despertar al verse envueltos por interdependencias patógenas con las a menudo, enloquecedoras instituciones

(3) y estructuras laborales de nuestra sociedad. Las características personales, aunque inciden de una manera particular en cada situación laboral, no son determinantes para explicar la “patología” de quienes vienen a solicitar ayuda. Interesarse por el traumatismo o estrés psicosocial sufrido y el contexto laboral de la persona, puede aportar elementos complementarios para una mejor comprensión de la problemática por la que el paciente solicita ayuda.

Los organismos son sistemas abiertos influenciados por el exterior. Sólo se puede entender a la persona en su contexto o medio. Es algo que muchas veces se olvida, especialmente en salud mental. Afortunadamente, desde enfoques más relacionales se comienza a prestar atención a los factores externos disfuncionales que pueden dañar a la persona. Por otro lado se piensa que, en las poderosas clasificaciones internacionales CIE-10 y el futuro DSM-V (4), la tendencia es la de ir soslayando la realidad social. La escasa presencia de los elementos sociales, como factores de repercusión o desencadenamiento de “trastornos mentales”, no sólo pueden influir en la práctica clínica, si no también en las resoluciones judiciales, en los procedimientos periciales -por estamentos, que evalúan las repercusiones emocionales por causas sociolaborales-, etc. Valoraciones que, siguiendo a pies juntillas los criterios clasificatorios, pueden desestimar erróneamente, los componentes sociolaborales implicados en algunos “trastornos mentales”.

En la propia elaboración de este trabajo, los autores y colaboradores<sup>1</sup> de este texto han topado, en numerosas ocasiones, con el dilema de si las alteraciones y consecuencias mentales del ámbito laboral pueden o no considerarse “trastornos mentales”. Por este motivo se ha decidido entremillar el concepto “trastornos mentales”. De hecho, los autores se han sentido ambivalentes y ambiguos en sus reflexiones, que provenientes de los ámbitos psicológicos, sociales, administrativos y biológicos han tratado de integrar con este trabajo. No piensan que exista una sola respuesta y sí que deba reflexionarse en como

<sup>1</sup> Este artículo surge a partir de unas reuniones mensuales en nuestro centro. Mediante un “grupo de trabajo”, interdisciplinar y con la productiva metodología del *brainstorming*, se pensó y reflexionó acerca de la salud mental y laboral. Agradecer la colaboración, en sus aportaciones teóricas y experienciales, a nuestras trabajadoras sociales Aina Baque, Raquel Muro y Àngels Valero, al psiquiatra Eduardo Fleitas y a las administrativas Rosa Siñol y Susanna García.

enfocar las alteraciones mentales del ámbito sociolaboral. Es un tema complicado que los profesionales en salud mental deben replantearse, decidir que hacer y no mantenerse al margen.

Con este trabajo se pretende poner de relieve la importancia en prestar atención a los elementos personales de los usuarios que solicitan ayuda por dificultades en el ámbito laboral y en la interacción persona y medio sociolaboral (5). Se reflexiona acerca de los “trastornos mentales” directamente relacionados con el ámbito laboral y aquellos cuya influencia está más en relación con el contexto social. Finalmente, a partir de una comprensión sociolaboral, se plantean formas de atender, prevenir y tratar dichas problemáticas. Especialmente, y debido a su prevalencia, los autores toman como modelo de atención clínica y terapéutica el acoso laboral.

## 2. De como France Telekom puede representar una forma de negar la realidad

Apareció en septiembre del 2009 la alarma social en Francia. Una serie de suicidios concatenados en la empresa de telecomunicaciones y antiguo monopolio en el país galo France Telekom (6) puso en alerta al gobierno francés. Este trato de buscar explicaciones a los suicidios y acabó argumentando que se trataban de hechos aislados. Posiblemente las personas que optaron por esa salida presentaban cierta vulnerabilidad caracterial. Sin embargo, responsabilizar a esta sería una forma de estigmatizar a la persona y actuar la ceguera ante un contexto sociolaboral nocivo (7). ¿Pero qué fue lo que les llevó a ello? ¿qué significado social o laboral se le podría dar si es que existiese?

En ocasiones, quien se suicida suele convocar a los miembros de su entorno para hacerles “ver” algo que no pueden percibir. Son mártires y emergentes de un sistema chamuscado o perjudicial que lastima a personas más sensibles y de forma exponencial, al resto del grupo. Sin embargo, no hace falta ser tan sensacionalista con el tema del suicidio, casi a diario y en entornos más cercanos, puede verse caer a compañeros que solicitan una tregua, en forma de incapacidades laborales temporales. Son gritos, gritos mudos -y eso es lo más triste- de desesperación ante situaciones y marcos socio-laborales desbordantes.

A menudo, el trabajador que solicita la baja laboral representa al “loco” o débil de una familia. El estandarte o portador de la locura de su núcleo familiar, que acude a salud mental en representación de toda ella. En soledad y en silencio es aislado, culpabilizado y responsabilizado de su propio discomfort emocional. En las empresas puede apreciarse en las víctimas del acoso laboral, en el agotamiento de quienes sufren el “*burn out*”, en las reacciones de ansiedad “desadaptativas” a situaciones laborales disfuncionales, etc y un largo etc. Son personas que sufren y en las que se les detecta un agotamiento en su capacidad de adaptación y afrontamiento frente al estrés. Sin embargo, son también unos magníficos termómetros y espejos de situaciones disfuncionales en las organizaciones e instituciones laborales. De forma global representan la consecuencia directa de un contexto social precario y en crisis.

## 3. “Trastornos mentales” relacionados con el ámbito del trabajo y sociolaboral

En este punto se consideran dos posibles clasificaciones o formas de resituar las dificultades emocionales propias del ámbito laboral. Unas, se relacionarían directamente con **alteraciones en el lugar de trabajo in situ** y otras estarían en relación y como consecuencia, de la amplia **influencia del contexto social y laboral**.

### a) relacionadas con el ámbito laboral

Se presupone, que una persona se acerca al trabajo en buenas condiciones físicas y psíquicas, sucediendo que enferma en ese contexto. El “trastorno mental” se inicia en la insatisfacción laboral cuando el **estrés**, como sistema de regulación biológico, ante el entorno laboral se ha hecho disfuncional (8).

El tipo de trabajo, la exigencia, la organización de empresa, las reestructuraciones de plantilla y funciones, la solicitud de inmediatez, el trabajo con equipos de muchas personas... exigen, no ya un tipo de perfil personal, sino una constancia de funcionamiento personal que se piensa, puede llegar a exceder las capacidades de adaptabilidad “realistas” de las personas (9-11). El estrés corresponde a una reacción física y psicológica ante un estímulo excesivo. Estar expuesto, cons-

tantemente, a una situación de tensión puede ocasionar daños mentales y fisiológicos.

Los trastornos, que suelen apreciarse con más frecuencia son los **“trastornos de ansiedad reactivos al contexto laboral”**, los **mixtos** y los de características **somatomorfas**. Estos, suelen codificarse prioritariamente, según las clasificaciones al uso, como trastornos adaptativos. Se considera poco adecuado dicho diagnóstico, ya que podría sugerir, que se trata de un déficit del paciente para adaptarse a una situación, que podríamos valorar como patógena y por tanto, sin sentido el exigir a alguien que tenga que adaptarse a ella.

Es imprescindible definir bien la fenomenología de estos “trastornos” (12). De sus descripciones clínicas, se extraerán las formas de entender y tratar dichas dificultades, sin acarrear más daños que los propios del ámbito laboral.

Existen otras entidades específicas, que se marcan y etiquetan cotidianamente en los centros de salud mental como **“trastornos adaptativos sin especificar”**, que van más allá del estrés psicosocial inespecífico -suscitado por los conflictos laborales o tipo de organización del trabajo- que genera malestar. Estas situaciones se agrupan en forma de síndromes y se han hecho un lugar en otras disciplinas. Se piensa que en salud mental, se han obviado y se las ha reducido al simple diagnóstico de trastorno adaptativo, en un cajón de sastre sin casi profundizar. Destacamos a continuación, las siguientes:

**El síndrome burn out**, o agotamiento emocional (13-14) y aparece en personas que tratan con problemas humanos (15) y suelen ser muy exigentes en la labor que desempeñan. Aunque se piensa que es un “trastorno” que no se identifica mucho, debido a su dificultad en detectarlo en la práctica clínica habitual, es bastante frecuente. En este síndrome se suele hablar de diferentes fases, que de no intervenir no tendrán remedio. Así, de un primer momento de entusiasmo con el trabajo en personas motivadas e implicadas, se llega a una última de apatía, en la que la distancia emocional en tan grande que la conducta de la persona es evitativa y de intensa inhibición. El **burn out** puede incluso llegar a ser contagioso, la pérdida de la autoestima profesional y el cuestionamiento de las propias tareas llevan frecuentemente a la formación de gru-

pos con parecidas características. La consecuencia última es la pérdida de la calidad asistencial (16).

El **síndrome del bore out** o aburrimiento insoporrible en el trabajo, que lleva a la larga a una crisis existencial en que la persona está de cuerpo presente y mente ausente (17). Puede confundirse con un trastorno depresivo. Suele darse en personas, que en contra de lo que se suele pensar, son exigentes y con grandes capacidades. El **bore out** es lo contrario del **burn out**. Se compone de bajos niveles de exigencia laboral, aburrimiento y desinterés. La premisa de que sería genial no dar golpe en el trabajo es muy popular. Sin embargo, la verdad es que las horas en las que no hay nada más que hacer que esperar a que llegue la hora de volver a casa, pasan muy lentamente, con un terror mudo. El empleado a quien le ocurre esto termina basando en esa insatisfacción, por paradójico que parezca, el resto de estrategias de su vida (18).

El **mobbing laboral** o acoso laboral, como forma característica de estrés laboral que tiene la característica de ser la consecuencia de una interacción social negativa, en la que el trabajador (no necesariamente conflictivo, ni difícil) que resulta objeto del mismo se ha convertido en alguien que, por alguna razón, resulta amenazante para el grupo (jefe, compañeros...) que le hostiga. A veces se acepta que el **mobbing** pueda ser el resultado de un conflicto. Se plantea además la duda, de si ese conflicto se debe al carácter de las personas implicadas o si, por el contrario, es una consecuencia de la misma estructura del medio laboral. No todos los conflictos degeneran en un acoso. También son necesarios otros factores, como una deshumanización de las relaciones laborales, la omnipotencia de la empresa y la complicidad con los individuos perversos que van tras la víctima (19). A menudo, quienes presentan este síndrome, expresan sueños traumáticos rememorativos, aparición de ansiedad y pánico al recordar las situaciones vividas en el ámbito laboral o al aproximarse geográficamente, incluso, al lugar de trabajo, medio de transporte utilizado para ir a trabajar... En base a ello, se piensa, que este tipo de síndrome, sí fuera conveniente tipificarlo como un auténtico trastorno mental. Según los parámetros DSM, podría calificarse como “trastorno de estrés postraumático”. Al igual que en el **bore out**, se tiende a pensar que las personas que padecen de acoso laboral son más bien débiles o poco trabajadores. Quiriendo

desmontar algunos falsos mitos, tomando como punto de apoyo la casuística y otras fuentes acerca de este síndrome, en general puede confirmarse que suele acontecer en personas muy capaces y con alto rendimiento en su trabajo.

La **búsqueda de renta**, clásicamente descrita como la búsqueda de compensación económica tras accidente de trabajo con secuelas no graves e inexplicables. Se piensa que el estrés psicosocial, el acoso psicológico puede actuar como un accidente de trabajo clásico y originar la nueva “neurosis de renta” (20), como una claudicación psíquica, donde se busca una compensación ante el convencimiento de que ya no se puede trabajar. Quizás podría considerarse como una secuela al sufrimiento mental derivado de una mala gestión de los riesgos psicosociales, tanto en las empresas, como en la sanidad pública. El caso es, que podría también pensarse, que el *rentismo* puede constituirse como la última salida ante un importante estrés laboral, difícilmente asimilable. El deseo de indemnización no siempre se haya basado en una avidez por el dinero y en una desgana para el trabajo, puede radicar también, en un auténtico temor a convertirse en inválido y a no poder sostener ya a la familia.

Otras dificultades que pueden relacionarse con el ámbito laboral es la adicción al trabajo, más conocida con el término anglosajón de *workalcoholic*.

#### **b) más allá de los riesgos del lugar de trabajo y la crisis económica**

Las **crisis económicas** (21-22) se asocian a un aumento de los problemas de salud mental y de la mortalidad por suicidios y por problemas asociados al abuso de alcohol.

Las condiciones laborales están cambiando. Así por ejemplo observamos que con la crisis se están produciendo **expedientes de regulación de empleo**, que echan a personal cualificado, creando una sensación de inseguridad e inestabilidad laboral a quienes mantienen su puesto de trabajo, principalmente por hacerles sentir a las personas como prescindibles (23). También **reestructuraciones laborales** que, aún reduciendo la dedicación a la jornada laboral los empleados se ven obligados a realizar las mismas tareas en menos tiempo. La **reestructuración de la plantilla**, con la adaptabilidad que ello supo-

ne al cambiar de función en la empresa, y los **recortes de plantilla**, que no solamente puede suponer un impacto sobre la salud para las personas que pierden el trabajo, si no también para quienes siguen trabajando, que pueden presentar incertidumbre sobre su futuro laboral y un aumento de los conflictos con sus compañeros al tener que repartir el incremento del volumen de trabajo (ya que habitualmente se reduce más la mano de obra que las exigencias del trabajo) (24-26). En según que empresas, **largas jornadas laborales** (>40 horas semanales) (28) imposibilitan, en algunos casos, la conciliación entre el trabajo y la vida familiar (29). Hay también evidencias bien documentadas acerca del efecto en la salud mental producido por las deudas, dificultades financieras y los problemas para pagar la hipoteca.

Con las crisis económicas (30) se cierran empresas donde personas de avanzada edad presentan dificultades importantes en hallar otros trabajos. Especialmente, desde la práctica del consultorio se observa, como personas de >50 años suelen ser los más afectados. Son personas, con amplia experiencia y sobradamente cualificados, no bienvenidos en las empresas. Esta situación conduce a muchas personas a la desesperación y al malestar psíquico. ¿Qué se puede hacer ante estas situaciones?, ¿deben asumirse los sentimientos de desesperanza, malestar como auténticos trastornos mentales?, ¿deben realizarse informes de inspección médica “favorables” para que se adelante la edad de jubilación en personas que ya no encuentran trabajo por su avanzada edad? ¿Debemos mantenernos al margen ante estas situaciones? Se piensa que muchos de estos determinantes están fuera del ámbito del sistema de salud y se atienden como si así lo fueran.

#### **4. ¿Cómo se reciben a los usuarios con problemas laborales en los centros ambulatorios?**

Resulta interesante, y se cree deba reflexionarse más acerca de cómo los profesionales en salud mental se acercan a las personas que presentan alteraciones del ánimo en el contexto laboral, que solicitan un informe ya en la primera visita y la baja laboral por “enfermedad”. De entrada, el profesional debe tener la contratransferencia

bien trabajada o elaborada, como para no sentir una cierta molestia que estaría cercana a lo que podría calificarse como sentimiento de rechazo.

Salvado ese primer contacto con la reiterativa sensación, que puede tenerse, de trabajar cómo meros funcionarios (31) que tramitan incapacidades, realizan informes para bajas laborales y practican la prescripción psicofarmacológica como único recurso, se pueden plantear varias hipótesis que pueden servir, como punto de partida para plantearse desde donde el usuario solicita ayuda. Se destacarían tres rutas exploratorias de acceso a la persona que se tiene delante: la dificultad que presenta estriba en él mismo (eufemismo correspondiente a *se lo ha buscado el trabajador*), los factores ambientales de las organizaciones laborales son los responsables principales del malestar que la persona expresa o ambas. Se cree que hay que ir superando esa dicotomía en su etiología (*lo externo y lo interno*) y prestar la atención, en su justa medida, de manera proporcional y realista, a la causalidad del malestar del usuario.

A menudo, la forma de entender la dificultad de la persona, en el ámbito laboral, condiciona también el plan terapéutico. De tal forma que, si se focaliza el problema del usuario en lo meramente psicológico, como única solución, con el insistente empeñamiento en trabajar elementos exclusivamente inherentes a la persona, se puede descontextualizar al paciente de su realidad y revictimizarlo cómo único responsable de lo que le sucede. Se piensa que en salud mental no todo es explicable ni tratable desde los “objetos internos”, como muchos psicoterapeutas tratan, rígidamente, desde el aislamiento de sus consultas. Se debe prestar atención, de forma balanceada, a la realidad y la subjetividad de forma coherente (no hay manual para esto, es el sentido común de cada uno). Ambas van unidas, sin duda, pero de forma alterada. Ya que como dijo el soviético Lev S. Vygotsky, “todo lo que está dentro ha estado antes fuera” (32).

En Cataluña existe desde 1980 una institución pionera: la “Unitat de Salut Laboral” (USL) (33-34). Repartida por el territorio catalán, esta institución, dispone de 9 centros que tratan de contribuir a la interrelación entre los diversos agentes de salud laboral en el territorio, en este caso la

región sanitaria. Principalmente las Áreas Básicas de Atención Primaria y Salud Mental.

Habitualmente, antes de recibir al paciente en consulta, este ha sido visitado por su médico de familia y se le ha recomendado que acuda a la USL. Esta, una vez se recibe la notificación de un caso, se analiza su relación con el trabajo a partir de la información clínica proporcionada por los médicos de atención primaria, a veces también si no lo ha derivado el médico, por los profesionales en salud mental y a través de las condiciones de trabajo proporcionadas por el trabajador o trabajadora que expone, a partir de documentación del puesto de trabajo y de su propio relato. A través de esta información se identifican posibles riesgos laborales relacionados con el trastorno de salud y se emiten recomendaciones dirigidas a los diversos agentes implicados, como el profesional del área básica de salud, el especialista en salud mental, el servicio de prevención o la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la empresa donde está empleada la persona afectada, además de al propio trabajador. Sin embargo, según dicha unidad, se constata que muchas personas que padecen dificultades de salud en el ámbito laboral, muy a pesar que conocen donde acudir, no se atreven a notificar su situación por miedo a las represalias de su empresa.

La USL, que pertenece a la red sanitaria pública, hace un trabajo impecable y sin duda resulta ser un altavoz y transmisor público e institucional del sufrimiento de muchos trabajadores. Desde este organismo se legitiman y escuchan los problemas de los trabajadores y se dan voz a sus demandas. Aún así, a veces se observa que los usuarios, que solicitan ayuda al profesional en salud mental, acuden con unas altas expectativas que se verán frustradas en consulta. En parte, y es algo que se ha transmitido a la USL, se piensa que, las recomendaciones que emiten en unos extensos y rigurosos informes, tras evaluar los casos en salud laboral, pueden ser poco realistas y paradójicamente más centrados en las dificultades de la persona, como ser individual, que en relación al medio. Lo mismo sucede con las ideas y expectativas acerca del tratamiento, que les dan algunos médicos de cabecera. Así, las personas acuden a los profesionales con la idea de que tienen síntomas depresivos y an-

siosos y que, casi directamente y sin a penas entrevista psicodiagnóstica y terapéutica, serán derivados a un psicoterapeuta para poder “curarse”. Se piensa que, a menudo y desde esas expectativas, los pacientes adoptan una postura pasiva difícilmente movible.

Tampoco se cree que ayude mucho, en la relación terapeuta paciente, la burocracia que, con mansedumbre, los psiquiatras y los médicos de cabecera asumen. Así, de cara a valorar una baja laboral de un paciente, el Instituto de Evaluaciones Médicas de Cataluña (ICAM) solicita a los profesionales “el diagnóstico” de la situación del paciente y el conocimiento de las posibilidades que presenta de cara a poder realizar su actividad laboral. El reto que se plantea a los profesionales en salud mental es el de poder informar, sin asumir el rol pericial, incompatible con el de clínicos terapeutas.

Con el paso del tiempo, a veces la situación del paciente no cambia mucho. Aún así, el ICAM puede exigir otro informe, muy a pesar que haya transcurrido unos meses, tiempo que se piensa insuficiente como para que el paciente se haya recuperado. A menudo los pacientes expresan, con indignación e impotencia, la frialdad con la que han sido tratados. Se sienten poco escuchados, desatendidos y especialmente... deshumanizados en una, cada vez más, red sanitaria impersonal y burocrática.

Debe pensarse también en la terminología que se utiliza en la medicina y en la salud mental. Por ejemplo, “medicación de/para crónicos”, “enfermedad crónica”, “enfermedad mental”, “minusvalía o invalidez psíquica”... ¿Se pregunta, dedicando un breve tiempo de la consulta, qué entiende el paciente por esos términos? ¿Le condiciona o le impacta al paciente los términos que, a veces “alegremente” se utilizan entre los profesionales? En salud laboral sucede lo mismo. Debiera pensarse, junto al paciente, acerca del término y connotación del concepto de “INCAPACIDAD laboral temporal”. Para personas que no llevan bien el tener que estar de baja, ese término, si no es elaborado a nivel psicoterapéutico, puede resultar, valga la redundancia, incapacitante. Además, poniéndose como ejemplo el acoso laboral, ¿significaría qué la persona “es incapaz” para tolerar el acoso de los compañeros? ¿Tiene qué ser capaz?

## 5. Manejo y consideraciones clínico-terapéuticas en los “trastornos mentales” del ámbito socio-laboral

Ante nuevos valores sociales, culturales y económicos, se presentan nuevas expectativas y demandas que requieren nuevas ofertas y respuestas. Respuestas que deben contextualizarse en el origen de las dificultades por las que los usuarios solicitan. Por tanto y en primer lugar, hay que tener presente que, aquellas dificultades inherentes y como consecuencia de determinantes sociales, laborales y económicos deben ser enfocadas y tratadas en su origen como en su propia naturaleza.

Así y sirva de ejemplo, alguien a quien han echado del trabajo con 50 años de edad, que presenta muchas deudas y no le dan trabajo en ningún sitio por su avanzada edad laboral no debiera ser, de entrada y sin un malestar añadido, subsidiario de tratamiento psicofarmacológico ni psicoterapéutico. A pesar de ello, y desde la contraidentificación proyectiva con su impotencia, de forma omnipotente, es atendido para ser tratado. Desde la experiencia, pese a pautar algún antidepresivo y/o la realización de psicoterapia el usuario no mejora significativamente en su malestar. Inclusive, el tratarle puede llegar a ser iatrogénico. El paciente, a la larga puede “acomodarse” a los controles asistenciales con el médico y sigue solicitando informes para que se le mantenga la baja laboral. A veces, como salida a su situación económica, pueden colocar a los profesionales en la diatriba de ir a colisionar con demandas, con las que no se está del todo de acuerdo ni nada cómodo. Así, pueden solicitar que se favorezcan los informes clínicos (que se adecuen o adapten a una patología mental clasificable) de cara a que le otorguen una jubilación anticipada o peor aún, el reconocimiento de una minusvalía psíquica parcial o total.

A pesar de dicho ejemplo, como en otros habituales de la práctica diaria, se sopesan formas de intervenir sobre estas demandas, que pueden resultar terapéuticas. Quiere dejarse claro, que la cuestión no es no atender, si no atender para devolver adecuadamente lo que para el paciente puede ser más beneficioso. Y no siempre son los psicofármacos ni la psicoterapia reglada de larga duración. A continuación se exponen, a partir de la

experiencia, intervenciones y aspectos comunes a los problemas en salud mental del ámbito laboral que se focalizan, especialmente por su prevalencia en atención primaria, en el acoso laboral.

Inicialmente las personas con dificultades en el ámbito laboral, que no saben de entrada que les sucede, expresan al profesional síntomas muy vagos como son la ansiedad y somatizaciones. Este tipo de “trastornos” son en sus inicios muy inespecíficos e insidiosos, el domingo por la noche, o el lunes por la mañana pueden presentar dichos síntomas de forma más acuciante. Habitualmente no lo relacionan con los determinantes laborales y los mantienen disociados (35). De una forma más específica, en el acoso laboral, también pueden expresarse en forma de irritabilidad y mal genio hacia su familia. Posiblemente este ya sea un síntoma del maltrato que puedan estar padeciendo. Además de estos, sufren también de insomnio, pérdida de alegría y fobias, con las que la persona se garantiza el alejamiento del foco de conflicto, permitiéndole así, no acudir al trabajo. Los síntomas más claustrofóbicos, como agobio al entrar en el metro, pueden movilizar las ansiedades vividas en el medio laboral como la opresión, estrecha persecución etc., etc.

La detección en las fases iniciales del “trastorno” son esenciales, sobre todo para realizar un abordaje precoz, antes de que la persona quede más dañada y se comprometa su recuperación. Así, en esta fase puede ser conveniente una baja laboral para salir del medio patógeno.

El acoso laboral suele implicar una descalificación profesional (36). Uno de los primeros signos que presentará la persona que pida ayuda será el de sentir dudas acerca de su capacidad profesional. Así, el sujeto empieza a dudar en su trabajo, si hace bien las tareas. En estadios más avanzados puede entrar en fases de confusión, sentimientos depresivos, autodepreciativos y caída en picado de su autoestima (37). En este punto la persona está con posibilidades de caer en una depresión clínica.

Una cuestión importante, a tener en cuenta, es que el daño que pueda tener una persona en el trabajo está en relación con la duración del acoso y el tiempo en que una persona se siente sola y sin posibilidades en sus ganas de proponer y hacer proyectos (38-39). Nuevamente, si no se ha su-

gerido antes, debe recomendarse la desconexión temporal del ámbito laboral, de cara a evitar un colapso o fase de crisis, que significaría que la persona ha soportado demasiada presión en el ámbito laboral. Esta baja debe tener una temporalidad, ser reevaluada cada cierto tiempo y ser negociada con la persona. Hay que vigilar el estancamiento, acomodación, por parte de la persona, con la baja y también, que no la viva como un *ultimátum*, ya que en este caso la persona no podría relajarse. Este desconectarse del medio laboral representa, ante todo salir de un medio nocivo. A veces, puede que se recomiende, estando de baja, la no comunicación con la empresa, incluida la telefónica. Algunas empresas, con importante violencia laboral, pueden llegar a utilizar la llamada telefónica o citar al paciente en la empresa, con algún pretexto razonable (pagos, documentos pendientes...), como una forma para que éste no logre zafarse de tanta presión (40). Cabe mencionar que, con la crisis económica actual, se ha observado una disminución de las bajas justificadas por temor a perder el trabajo al reincorporarse. Este hecho conlleva también que las personas no acudan de forma regular a las consultas de salud mental para recibir tratamiento porque deben ausentarse del trabajo. A veces, incluso, algunas empresas llegan a ponerse en contacto con los profesionales que atienden a sus empleados para que se justifique su ausencia en el puesto de trabajo. Sin duda, la presión externa es mayor.

Una vez la persona está fuera del ámbito laboral puede empezar a pensar e iniciar un tratamiento psicológico. A menudo se repara en el hecho que, tras una baja de corta duración, existen personas que se recuperan en seguida y quieren volver a trabajar. En estos momentos de mejoría hay que vigilar, ya que puede tratarse de falsas o insuficientes recuperaciones producidas porque la persona está alejada del foco de estrés.

El tratamiento psicofarmacológico será complementario y su función será mitigar síntomas de predominio ansioso. Se recomienda, explicar que el tratamiento es temporal y que no es la solución a sus dificultades en el ámbito laboral. Es importante explicar esto. Se observa como personas, desde una impotencia enorme ante un sentimiento de injusticia laboral, son incapaces de salir de ahí, sufren y demandan muy ansiosamente una ayuda casi mágica a sus problemas.

Desde la dificultad de los profesionales a la contención, muchas veces se “empastilla” a las personas, no es posible contener su situación y no se puede pensar junto a ellos acerca de que poder hacer con los determinantes psicosociales que, en parte, le han llevado a pedir ayuda. Además, y peor aún, poniendo tanto el acento en la medicación se descuidan los factores psicosociales. El tratamiento psicoterapéutico debe ser realista y con objetivos muy claros. Deben valorarse las expectativas del paciente y fijar unos objetivos claros y limitados en el tiempo.

En psicoterapia se permite que la persona exprese todo lo sufrido en su lugar de trabajo, todo lo que allí, en un ambiente de confusión no se ha podido expresar. Se legitima su sufrimiento (que suele expresarse en forma de rememoraciones oníricas), se pone sobre la mesa los posibles determinantes externos que le han traído a la consulta y se trata de desculpabilizar sus sentimientos de culpa y masoquistas.

La culpa y sus manifestaciones son recurrentes en este tipo de “trastornos”. Es importante, en el acoso laboral, vigilar que los profesionales no revictimicen al paciente. Se deben tratar los autorreproches, las conductas autopunitivas y masoquistas. Así, la culpa se observa en personas que sienten que han dañado a su familia, que no debían haber abandonado el puesto de trabajo, que piensan que se merecen lo que les pasa y que sienten malestar por no estar activos. Se piensa, que esta culpa “por no estar activos” es en realidad un desplazamiento por la tarea más urgente que el paciente debe realizar, y por la que se puede sentir más confuso: la tarea, el trabajo de reorientar su actividad laboral y su identidad profesional. Acostumbran también, a negar o reprimir su propia hostilidad en la relación transferencial. Es importante que identifiquemos en la consulta, sus propios sentimientos de agresividad.

En adelante, se debe ir ayudando a la persona a restablecer su identidad (41) como profesional y como persona con competencias. Algo que se percibe, de forma muy notable en la clínica, es que las personas que se encuentran en proceso de recuperación y toma de conciencia acerca de la imposibilidad de reincorporarse al mismo puesto de trabajo suele transitar por momentos de importante confusión respecto a como re-

orientar su actividad laboral y su identidad profesional. Querer reincorporarse de una manera apresurada, salir de esta situación de confusión e inactividad responde a sentimientos de necesitar hacer algo, restablecer su autoestima.

Posteriormente, en una fase de resolución y reorientación laboral se advierte que es difícil volver al anterior trabajo. Se piensa que deben darse una serie de circunstancias favorables que consistirían en:

- a. Haber podido superar los sentimientos de ansiedad y depresivos.
- b. Cambiar de lugar en la empresa, por ejemplo de función o departamento.
- c. No encontrarse bajo la responsabilidad del mismo jefe.
- d. Que estos cambios sean estables, no solamente en el inicio de la reincorporación.
- e. Que exista un vínculo con el comité de empresa y recursos humanos. Que sean conscientes de la situación de la persona.

Si se trata de una empresa más pequeña la reincorporación será más difícil, ya que:

- a. El jefe suele ser el mismo dueño.
- b. No hay gran división de funciones dentro de la empresa, ni muchos puestos para recolocar a la persona afecta.

A veces, “rendirse”, retirar las denuncias a la empresa, no asistir a los juicios por sentirse saturado, y querer “olvidarse” de volver a la empresa es considerado por muchos pacientes como un signo de debilidad y de triunfo por quien les hostiga. Se piensa que, tanto si la persona decide seguir con contenciosos legales con la empresa de cara a regresar, como si no, debe acompañársela. La “rendición” elaborada, la renuncia a una lucha “contra un gigante” puede ser una salida digna y una oportunidad para volver a empezar sin resentimientos ni secuelas en otro puesto de trabajo.

Las intervenciones psicoterapéuticas como psicofarmacológicas deben ir acompañadas, por no decir precedidas, por asesoramiento legal (42) (más si hay denuncias o juicios), sindical o de recursos humanos, se debe poner en contacto al paciente con la USL, inspección laboral... Esto es algo que no se hace en consulta muchas veces

por desconocimiento. Estas indicaciones, orientaciones o simplemente, este saber derivar a otros servicios resultan esenciales, no solamente por la efectividad (en la actuación de dichos organismos), y en la prevención, sino también por lo que se le transmite (el factor psicosocial) a los pacientes. En este tipo de indicaciones los profesionales de la salud mental deben contar con la ayuda y el trabajo interdisciplinar de trabajo social.

La denuncia en este tipo de “trastornos” suele aparecer tarde o temprano. La denuncia que interponen los pacientes puede contribuir de diversas formas:

- a. Una forma de hacer intervenir a inspección laboral, que puede solicitar una valoración psicosocial a la empresa.
- b. Puede significar una forma de acabar con la empresa, de “cortar” el vínculo. A menudo, cuando la persona la realiza puede pensarse que quiere irse definitivamente, que no soporta más la tensión. Suelen tener la creencia que tras la denuncia serán despedidos.
- c. La denuncia puede también no acabar en un despido y ganar el juicio contra la empresa. En estos casos, la sentencia a su favor, puede representar una restauración de su dañada autoestima, de sentirse rehabilitado profesionalmente y porque no, de recibir también una compensación económica. En estos casos, aunque el paciente puede inicialmente sentirse bien, puede presentar una retraumatización si no es despedido, debe volver a reincorporarse a la empresa, exponiéndose nuevamente a los conflictos o personas que le llevaron a consultar en su momento.
- d. La denuncia, social y legalmente, es una forma también de sumarse al sufrimiento de muchas otras personas o de quienes pueden padecer conflictos o malestar laboral en el futuro.

## 6. Promoción y prevención de la salud mental en el ámbito socio-laboral

En el contexto de la elaboración de una guía para la vigilancia de la salud mental relacionada con los factores de riesgo psicosocial se realizó en Cataluña un estudio entre profesionales sanitarios de los servicios públicos, en el que se identificó

la resistencia y falta de conciencia preventiva empresarial como una de las dificultades más importantes para el abordaje de estos casos (43).

Así, hoy en día se sabe que un 85% de las empresas viola la ley de prevención de riesgos laborales (44). Sólo el 16% de las empresas españolas tiene algún protocolo para tratar la intimidación y el acoso. Los riesgos de acoso moral o sexual se ignoran en la mayoría de los convenios. La ley de prevención de riesgos laborales, de 1995, exige al empresario garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo. Eso incluye los riesgos psicosociales y, con ellos, la violencia laboral: agresiones verbales o acoso sexual, pero también órdenes contradictorias o aislamiento. Alrededor del 6% de los trabajadores españoles sufre algún tipo de violencia laboral, y el 28% padece habitualmente conductas violentas de baja intensidad, según la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de 2008 (45). A pesar de dichas indicaciones los riesgos psicosociales y la prevención de los mismos siguen sin evaluarse de forma seria y profunda. Aunque en los últimos años sí se ha avanzado en la evaluación y la prevención de los accidentes laborales todavía falta mucho para que se evalúen correctamente los psicosociales. Uno de los motivos es que siguen siendo poco “visibles”.

Se piensa que todas las empresas habrían de tener su propio protocolo dirigido a todos los empleados, a la propia actuación profesional, a las condiciones de trabajo, a las relaciones interpersonales y a la influencia de los factores ambientales. Para dicha función es necesario que se sensibilice desde las diferentes instituciones a la población en general y a todos los profesionales implicados (salud, jurídico, sindicatos, recursos humanos, recursos sociales...). Es importante remarcar la necesidad de impulsar, ahora más que nunca, el papel de los servicios de prevención de riesgos laborales para que realmente estén integrados dentro de las estrategias y de gestión de las empresas y de las organizaciones.

Es también necesario mejorar la formación de los profesionales de la salud laboral con el fin de atender adecuadamente los retos que la crisis supone para la salud de los trabajadores y de las trabajadoras. Especialmente y desde Atención Primaria (46) debe manejarse con sentido común las demandas

de la población. Aquellas demandas con “síntomas” mentales en las que existen detrás situaciones sociales injustas, que exigen un análisis y una solución colectiva, deben ser enfocadas en dicho origen. En estas, el profesional debe contener(se) al usuario explicándole, razonadamente y empáticamente, que la situación por la que pasa puede ser temporal, que entiende su malestar y que, aunque no lo crea, la forma con la que puede ayudarle es hacerle entender que su sufrimiento está estrechamente vinculado a unos determinantes que están fuera de la cobertura sanitaria. Si se decidiese actuar sólo a nivel psicofarmacológico, psicoterapéutico y con la realización de informes -que a menudo acompañan dichas intervenciones terapéuticas-, se puede caer en un reduccionismo psicológico o biológico de fenómenos y realidades que son mucho más complejas. En estos casos, desde Atención Primaria, como puerta de entrada al sistema sanitario, es imprescindible que se conozca la compleja interacción dialéctica entre los individuos y la estructura social. De esta forma se puede actuar en ella en una adecuada perspectiva de curación. Es importante también que Atención Primaria se coordine con Salud Mental, ya que a menudo se percibe como desde Atención Primaria se transmiten unas expectativas de curación, desde lo psicofarmacológico y lo psicoterapéutico a nivel individual, que entorpece y dificulta el señalamiento y comprensión, de la también dificultad de los pacientes desde el horizonte y explicación etiológica de la dimensión social (47).

La prevención cuaternaria y la no indicación de tratamiento es la mejor solución. La cuaternaria, término desarrollado por Marc Jamouille, es “la actividad médica que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario” (48-49). Cuesta mucho, seguro, pero hay que ir implantándola, especialmente en Atención Primaria. Si se sigue atendiendo todas las dificultades sin demanda clara y justificable “chamuscaremos” aún más el sistema sanitario. Como enseña el psiquiatra Ortiz, no se debe enmarcar en lo psicológico y en lo íntimo asuntos de orden ético y de ámbito público. Tampoco debe propugnarse un adaptacionismo personal frente a situaciones sociales injustas. Además, quiere señalarse que, la indicación de no tratamiento constituye *per se*, en el marco de la entrevistas con el paciente, una intervención psicoterapéutica en toda regla.

El profesional debe también, tras la no indicación de tratamiento, vehiculizar la demanda del usuario hacia cauces donde tenga sentido ayudarle. Para ello los profesionales en salud mental deben trabajar bajo modelos interdisciplinares y en equipo. Deben salir del aislamiento, que a veces constituyen algunos centros, conocer otras posibilidades e interesarse por organismos que tiene más experiencia en la ayuda a personas afectas por problemas laborales. De alguna forma, el proceso terapéutico debe ser holístico y surgir de la integración de diferentes especialidades profesionales.

Ante dificultades en el trabajo, antes o durante la intervención del especialista, se insiste desde la USL, que se afronte la situación ante los responsables de recursos humanos. Que se solicite asesoramiento y soporte de un representante sindical para gestionar el problema con el responsable de Recursos Humanos (RRHH) que según la normativa vigente, es uno de los responsables de que las condiciones de trabajo no se conviertan en factores de riesgo para la salud de los trabajadores. Posteriormente la persona afectada debe ponerse en contacto con un abogado. En caso de no acabar con la situación causante de estrés laboral se recomienda, en última instancia, cursar la denuncia o solicitar la intervención de la autoridad laboral pertinente, en España, la Inspección de Trabajo y la Seguridad Social. Análisis realizados desde la USL muestran que, tras las notificaciones de dicha institución a las empresas donde sucede los factores de estrés se producen con el tiempo cambios en los puestos de trabajo según las recomendaciones realizadas desde la USL., algo que se interpreta como algo positivo.

El impacto de las crisis económicas sobre la salud (50) depende en buena medida del gasto en políticas de protección social, de manera que es superior en los países, como España, con gastos muy bajos. Por ello, como apunta el grupo de Lucía Artazcoz y colaboradores, es fundamental que los gobiernos mantengan o incluso aumenten los gastos en protección social. Desde el punto de vista de la salud pública son necesarias políticas activas de ocupación, pero se tiene que tener en cuenta que el efecto beneficioso del trabajo remunerado sobre la salud depende de las condiciones de trabajo y en el contexto actual es probable que muchas personas en situación de vulnerabilidad económica se vean obligadas a aceptar condicio-

nes de trabajo duras y situaciones de explotación, hecho que los agentes sociales habrían de vigilar estrechamente para evitar que se produzcan.

## 7. Reflexión final

Debería recordarse que el Sistema Sanitario no está para dar soluciones a todos los problemas de las personas. Menos aún cuando el origen de las dificultades son de índole claramente social, económica o laboral. A la larga, si se trata de dar respuestas no realistas a sentimientos reactivos y proporcionales a situaciones o acontecimientos que expliquen dichos sentimientos el resultado puede ser peor (iatrogenia, estancamientos terapéuticos, contratransferencias negativas, relaciones sado-masoquistas médico-usuario...). Para dichas demandas es el estado y la sociedad quien debe responder. No debe Sanidad salvar los puntos ciegos de una sociedad y un sistema socio-laboral precario. No está para ello, ya que luego, quienes realmente son subsidiarios y con plena indicación de tratamientos psicológicos y médicos tienen que esperar debido al desbordamiento de demandas sin motivos reales (51).

Se piensa que algunos medios de comunicación, desde el poder de influencia que tienen sobre la opinión de la ciudadanía, buscando únicamente la noticia visceral y de mayor impacto, no favorecen en la educación social y en el saber hacer un buen uso de los servicios en salud mental. La información que vierten en los medios, puede estar también descontextualizada. Por ejemplo, se considera que no hay lugar a la duda respecto que la crisis económica está afectando, mediante los recortes sanitarios en recursos asistenciales (pisos tutelados, residencias psiquiátricas, posibilidad de mayor tiempo en terapia...), a personas con patologías mentales graves. Lo que no se está tan de acuerdo es que se diga, con cierta ligereza y banalidad, que la crisis económica y sus consecuencias (paro, problemas económicos...) en personas “sanas” pueda producir siempre trastornos mentales. Se piensa que, en vez de trastornos mentales, fuera más adecuado decir bajo ánimo o malestar. Por supuesto que quedarse sin trabajo, estar en el paro son situaciones que pueden hacer perder la autoestima y hundir en una depresión a la persona. Sin embargo, la palabra “trastornos mentales” puede estar mal vinculada con el hecho de que la solución para estar bien es ir al psiquiatra. Desde

las consultas, cada vez más, los usuarios son más exigentes con sus demandas y resulta más difícil atenderles debido a que sus requerimientos corresponden a malestares propios de la vida (52), contratiempos que pensamos deben seguir su curso, sin censurarlos con medicación y sin promesas de psicoterapias mágicas. A todas las personas puede irles de fábula ir a un psicoterapeuta. Siempre van a ver elementos internos de las personas que puedan ser explorados como también “citocromos” que funcionen mejor con otros anti-depresivos todavía no utilizados. ¿Dónde se deben plantar los profesionales en el tratamiento de las personas? Hay que saber donde se trabaja (la pública), los recursos internos y externos de los que se dispone (limitados), el origen principal del malestar (¿biológico, psicológico o social?), trazar un objetivo terapéutico (foco), limitado (con temporalidad) y trabajar con sentido común (que se pierde). Si no se presta atención a estos elementos se corre el riesgo de mantener una saturación masiva de los servicios en salud mental, especialmente, en detrimento de la atención a personas con graves trastornos mentales severos.

## 8. Referencias bibliográficas

1. *Riesgo Psicosocial. Guía para la buena praxis para la vigilancia de la salud mental relacionada con los factores de riesgo psicosocial.* 2006. Direcció General de Salut Pública. Generalitat de Catalunya. Accesible en: [www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2143/riscpsicocompl2010.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2143/riscpsicocompl2010.pdf)
2. Kalimo R, El-Batawi M., Cooper CL. *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud.* Bélgica: Organización Mundial de la Salud; 1988.
3. Menzies I. *Containing anxiety in institutions.* London: Free Association Books; 1988) Leymann H. *Mobbing. La persécution au travail.* Paris: Éd. Du Seuil; 1996.
4. American Psychiatric Association. *DSM-V Development.* Accesible en: URL: [www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=465](http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=465). Fecha de acceso: 11 de julio del 2011.
5. Mansilla F. El riesgo psicosocial en el trabajo: Una realidad emergente. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2004; Vol.24, No.89: pp.3-4.

6. Agencia EFE. Los suicidios de trabajadores de France Télécom obligan al Gobierno a actuar”. Diario *La Vanguardia* 2009, Sept 13. Accesible en URL: [www.lavanguardia.com/sucesos/noticias/20090913/53784582209/los-suicidios-de-trabajadores-de-france-telecom-obligan-al-gobierno-a-actuar-france-telecom-didier-l.html](http://www.lavanguardia.com/sucesos/noticias/20090913/53784582209/los-suicidios-de-trabajadores-de-france-telecom-obligan-al-gobierno-a-actuar-france-telecom-didier-l.html)
7. Argyle M.: *Psicología social del trabajo*. Bilbao: Deusto; 1977.
8. Fernanda M<sup>a</sup>. Trastornos psicosociales: salud mental en el trabajo. *Revista Ciencia y trabajo*, nº 14, octubre/diciembre 2004. Accesible en: [www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/14/Pagina%20A8o.PDF](http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/14/Pagina%20A8o.PDF)
9. Buendía J. *Estrés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1998.
10. Peiro JM. *Control del estrés laboral*. Valencia: Eudema; 1996.
11. Macías MD, et al. Evaluación del estrés laboral en trabajadores de un hospital público. Estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del modelo “desequilibrio esfuerzo-recompensa. *Med Clin (Barc)* 2003;120(17): 652-7).
12. Fernández J y Garrido E. *Psicopatología laboral. Trastornos derivados del trabajo*. Pamplona: Universidad Pública de Navarra; 2002.
13. Sennet R. *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama; 2000.
14. Álvarez E, Fernández L. El síndrome de burn out o el desgaste profesional (I). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1991; 11 (39): pp. 267-273.
15. Carretero B., et al. Estudio de antecedentes y consecuentes del burn out en profesionales de educación especial en centros públicos de Madrid. *Psiquis*, 1998; 19 (9): 397-407.
16. Rubiol G. El agotamiento (burn out) en las profesiones de ayuda. *Revista Treball Social* 1990, 94, 6/84.
17. Piñuel I. *La dimisión interior. Del síndrome postvocacional a los riesgos psicosociales en el trabajo*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2008.
18. Rothlin P, Werder P. *Bore out: el nuevo síndrome laboral*. Barcelona: De Bolsillo; 2009.
19. Hirigoyen MF. *El acoso moral en el trabajo*. Barcelona: Paidós; 2001.
20. Aldea MJ. Revisión actual de los conocimientos sobre la neurosis de renta. *Informaciones Psiquiátricas*, 1994, núm. 138 (4 Tr.).
21. Leeflang RLI, Klein-Hesselink J, Spruit P. Health effects of unemployment-II. Men and women. *Soc Sci Med* 1992; 34: pp.351-363.
22. Rodríguez E, Lasch K, Mead JP. The potential role of unemployment benefits in shaping the mental health impact of unemployment. *Int J Health Serv* 1997; 27: pp.601-623.
23. Sennet R. *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama; 2000.
24. Kivimäki M, Vahtera J, Pentti J, Ferrie JE. Factors underlying in the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. *BMJ*. 2000; 320: pp.971-975.
25. Vahtera J, et al. Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohorte study. *BMJ* 2004, 328 (7439): pp.555.
26. Dragano N, Verde PE, Siegrist J. Organisational downsizing and work stress: testing synergistic health effects in employed men and women. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: pp.694-699.
27. Artazcoz L et al. Understanding the relationship of long working hours with health status and health related behaviours. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63: pp.521- 527.
28. Unitat Salut Laboral. Els casos del trimestre. *Boletín* 62, octubre 2008. Accesible en URL: [www.aspb.es/quefem/docs/Treball\\_al\\_CAP\\_62.pdf](http://www.aspb.es/quefem/docs/Treball_al_CAP_62.pdf)
29. Artazcoz L, Benach J, Borell C, Cortès I. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 2004; 94: 82-88.
30. Unitat Salut Laboral. Els casos del trimestre. *Boletín* 63 enero 2009. Accesible en: URL: [www.aspb.es/quefem/docs/Treball\\_al\\_CAP\\_63.pdf](http://www.aspb.es/quefem/docs/Treball_al_CAP_63.pdf)
31. Chicharro F. La identidad profesional: de terapeuta a administrativo. *Revista GOZE* 2000; Vol. III, No. 8, pp.12-20.



32. Vygotsky, LS. *Mind in society*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.
33. Unitat de Salut Laboral - Agència de Salut Pública, Barcelona. Web oficial de la USL: <http://www.aspb.es/quefem/usl.htm>
34. Cortes I, Fernández R. El sistema de vigilancia de trastornos de salud relacionados con el trabajo de Catalunya. *Arch Prev Riesgos Labor* 2010; 13 (2): pp.69-71.
35. Piñuel I. *La dimisión interior. Del síndrome postvocacional a los riesgos psicosociales en el trabajo*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2008.
36. Hirigoyen MF. *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona: Paidós; 1999.
37. Piñuel I. *Mobbing: el psicoterror laboral*. Santander: Salterae; 2001.
38. Hirigoyen MF. *El acoso moral*. Barcelona: Paidós; 1999.
39. Hirigoyen MF. *El acoso moral en el trabajo*. Barcelona: Paidós; 2001.
40. Leymann H. *Mobbing. La persécution au travail*. Paris: Éd. Du Seuil; 1996.
41. González de Rivera JL. *El maltrato psicológico. Como defenderse del mobbing y otras formas de acoso*. Madrid: Espasa-Calpe; 2002.
42. González de Rivera JL. La valoración médico-legal del mobbing o acoso laboral. *Psiquis*, 2003; 24 (39): pp.107-114.
43. Cortès I. et al. *Guia de bona praxi per a la vigilància de la salut mental relacionada amb els factors de risc psicosocial*. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (en prensa).
44. Sauquillo M. El 85% de las empresas viola la ley por no prevenir la violencia laboral. Los riesgos de acoso moral o sexual se ignoran en los convenios. Diario *El País* 2010, Abril 17. Accesible en: URL: [www.elpais.com/articulo/sociedad/85/empre](http://www.elpais.com/articulo/sociedad/85/empre) sas/viola/ley/prevenir/violencia/laboral/elpepisoc/20110427elpepisoc\_6/Tes
45. *V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de 2008*. Accesible en: URL: [www.oect.es/Observatorio/Contenidos/Indicadores/Indicadores/DocumentosENCT/Ficha%20t%C3%A9cnica\\_V%20ENCT.pdf](http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/Indicadores/Indicadores/DocumentosENCT/Ficha%20t%C3%A9cnica_V%20ENCT.pdf)
46. Tizón JL. *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental I*. Valladolid: Editorial Herder; 1997.
47. Castillo CA. *Acerca de los determinantes sociales de la psicopatología: entre la sociología clínica y el psicoanálisis*. Ponencia en Congreso de Sociología. Pamplona, 1-3 julio 2010. Accesible en: URL: [www.fes-web.org/archivos/congresos/congreso\\_10/grupos-trabajo/ponencias/128.pdf](http://www.fes-web.org/archivos/congresos/congreso_10/grupos-trabajo/ponencias/128.pdf)
48. Gervas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit*. 2006; 20: pp.127-34.
49. Ortiz A. Iatrogenia y prevención cuaternaria en los trastornos mentales menores. En: Retolaza A. *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. pp. 313-323.
50. Artazcoz L, Cortes I, Bartoll X. El previsible impacto de la crisis económica sobre la salud pública. *Agència de Salut Pública de Barcelona*. Diciembre 2010, pp.81-89. Accesible en [www.aspb.es/quefem/docs/Salut\\_bcn\\_2009.pdf](http://www.aspb.es/quefem/docs/Salut_bcn_2009.pdf)
51. Ortiz A. Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar, *Revista Àtopos*, 2008, 7: pp.26-34.
52. Ortiz A, de la Mata I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Revista Àtopos*. 2004; 2: pp.15-22.

#### Contacto:

José Miguel Ribé Buitrón • Centro de Salud Mental de Adultos Sant Andreu.  
Fundació Vidal i Barraquer ([www.fvb.cat/](http://www.fvb.cat/)) • C/ Sagrera 179, 1r. 08037 Barcelona.  
Tel.: 93 340 86 54 • Fax: 93 349 54 98 • [jribe80@hotmail.com](mailto:jribe80@hotmail.com)

• Recibido: 27-7-11.

# Morir de amor

## *Deeply falling in love*

Sonia Valiente Barreales\*, Leire Varona Marcos\*\*, Ibone Orozco Pérez\*\*\*

\*Diplomada en enfermería. H. Sta. Marina.

\*\* Diplomada en enfermería. H. Zamudio.

\*\*\*Diplomada en enfermería .H. Sta. Marina.

**Resumen:** La decisión de escribir este artículo surgió al comentar entre compañeras la posibilidad de morir de amor. Desde ese momento comenzamos a profundizar sobre todo el proceso de enamoramiento. Fue ahí donde descubrimos la complejidad del proceso y la multitud de factores que influían en el.

En este artículo intentamos explicar de un modo general los aspectos bioquímicos, sociales y psicológicos del enamoramiento

**Summary:** The idea of writing this article emerged while discussing among colleagues about the possibility of deeply falling in love. Then we started to deepend in the whole process, finding that its high complexity is given by the many factors that have influence on it.

In this article we attempt to broadly explain the biochemical, social and psychological aspects of falling in love.

**Palabras clave:** Enamoramiento, Procesos químicos, Neurotransmisores, Patología, Obsesión.

**Key words:** Falling in love, Chemicals processes, Patology, Obsessions.

¿Quién no se ha enamorado alguna vez? Todos hemos vivido la experiencia de enamorarnos, pero pocos se plantean qué hay detrás de tan complicado proceso.

Al margen de toda la magia que lo engloba, este no se produciría si la química de nuestro organismo no activaría dicho proceso. Pero no solo son estos aspectos los que debemos valorar, ya que son igual de importantes los aspectos relacionados con el mapa social de la persona. En este artículo intentaremos sintetizar este proceso tan complejo.

A diferencia de lo que muchos creen, no es el azar el que hace que nos enamoremos de una persona y no de otra, sino la existencia de un mapa mental construido desde la infancia. Según el sexólogo John Money es en esta etapa (entre los 5 y 8 años), en la que mediante asociaciones con miembros de su familia, amigos, experiencias y hechos fortuitos, se elaboran los rasgos esenciales de la persona ideal a quien amar que servirá para llegado el momento, encontrar a la persona que nos atrae.

¿Por qué nos enamoramos? Es necesario entender los principios y teorías del enamoramiento



para no estar sometidos al amor y resignarnos a creer que nos hemos enamorado porque “la vida así lo ha querido” padeciendo de ese modo el tan temido “mal de amores”. Se han descrito varias teorías que no dejan al azar el proceso de enamoramiento:

- La imagen de pareja y afirma que nuestro aparato psíquico tiene guardada la imagen de quien buscamos y ésta se despierta cuando nos topamos con la persona que encaja con estos rasgos.
- La correspondencia, haciéndonos buscar a una persona de parecidos rasgos físicos, sociales, culturales, intelectuales, etc.
- El espejo: nos enamoramos de quien anhela ser o bien de lo que tiene el otro.
- Perpetuar la especie, se busca a la persona adecuada para que nuestros genes se mezclen de la mejor manera. Al igual que el resto de los animales, los humanos llevamos en nuestros genes el instinto de procreación.
- La creación de gustos: la persona durante la infancia empieza a cuadrar sus gustos y conforme va creciendo, los va haciendo más sólidos. Entonces encontramos a una persona que se asemeja a lo que se creó desde la infancia y nos enamoramos.

A pesar de muchas teorías, hace varios años se empezó a plantear el enamoramiento como un suceso de procesos bioquímicos iniciados en la corteza cerebral, que desencadenan una serie de reacciones entre componentes químicos (hormonas y otras sustancias) y electricidad (conexiones neuronales). Este conjunto de reacciones se traducen en respuestas fisiológicas en nuestro organismo, lo que se conoce como signos del enamoramiento.

Sin embargo, para llegar a lo que se conoce como amor romántico o apasionado es necesario considerar tal como lo hacen los investigadores tres etapas determinantes en el amor: deseo, atracción y apego. A continuación desarrollaremos una a una estas tres etapas fundamentales.

### 1. Deseo

Son los pasos iniciales del amor, el deseo surge a través de una atracción física inicial y flirteo, un

ansia intensa de estar con una persona en particular, no sólo en lo sexual sino también en lo emocional.

Los dos compuestos químicos que surgen en esta etapa son las hormonas sexuales (testosterona y estrógeno) y las feromonas.

En el mundo animal, las Feromonas son “huellas aromáticas” individuales que se encuentran en la orina o en el sudor, que dictan comportamientos sexuales y atracción por el sexo opuesto. La existencia de feromonas humanas se descubrió en 1986.

### 2. Enamorándose

El proceso se inicia en el cerebro, según Helen Fisher (2006) y su equipo durante una investigación sobre el amor romántico, determinaron que las personas enamoradas presentaban mayor actividad cerebral en determinadas áreas: núcleo caudado, que forma parte del sistema de recompensa y estando relacionado también con el aprendizaje y la capacidad de prestar atención; región septal, que forma parte también del sistema de recompensa; y en el área ventral tegmental, zona productora de dopamina, neurotransmisor básico para los cambios que se producen durante el proceso.

El bombardeo de neurotransmisores (dopamina, norepinefrina y serotonina) desde el cerebro hace que se produzcan numerosas modificaciones en el organismo.

- La **dopamina** produce euforia, pérdida de apetito, insomnio, hiperactividad, motivación (se intensifican las emociones, te sientes enganchado a la persona, centras la atención en esa persona). Comúnmente se asocia con el sistema de placer del cerebro, dando lugar a sentimientos de placer y refuerzo que nos motivan a hacer ciertas actividades. Se libera a través de experiencias naturales placenteras, tales como el sexo o la comida.
- La **norepinefrina** inyecta una gran cantidad de energía, así como capacidad para recordar nuevos estímulos (la persona cobra un significado especial, se siente empatía, se buscan pistas de los sentimientos de la otra persona), induce euforia en el cerebro, excitando al cuerpo dándole una dosis refuerzo de adrenalina natural.

Ésto causa que el corazón lata más fuerte y la presión sanguínea aumente. Por ello parece que se nos sale el corazón o nos sudan las manos cuando vemos a alguien por quién nos sentimos atraídos.

- La **serotonina** controla impulsos, pasiones indomables y comportamiento obsesivo, ayudando a generar una sensación de “tener en control”. Sin embargo, esta disminuye al aumentar la norepinefrina y dopamina, lo que produce conductas obsesivas “no me lo puedo quitar de la cabeza”.
- Otra sustancia que adquiere relativa importancia es la **feniletilamina**, de efecto estimulante, estudiada por Donald F. Klein y Michael Lebowitz (1983), en el Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York, quienes determinaron grandes cantidades de esta sustancia en personas enamoradas, siendo la responsable de las sensaciones y modificaciones fisiológicas que experimentan los enamorados ya que es una anfetamina natural como la conocida droga, y puede causar los mismos efectos estimuladores. Contribuye a esa sensación de “estar en el cielo” que aparece cuando hay atracción.

Debemos tener en cuenta también el sistema endocrino, que mediante las hormonas es capaz de producir modificaciones en determinados órganos, las glándulas suprarrenales, por ejemplo, aumentan la producción de adrenalina y noradrenalina.

Las modificaciones mensurables que podemos observar en personas enamoradas son: aumento de la frecuencia cardíaca (130lpm), aumento de la presión arterial sistólica, aumento de la capacidad muscular (se liberan grasas y azúcares), aumento de la producción de glóbulos rojos para mejorar el transporte de O<sub>2</sub>.

### 3. Apego

Esta revolución de neurotransmisores y hormonas no dura eternamente, la liberación de estas sustancias va disminuyendo con el tiempo y además el cerebro tiene un nivel de tolerancia. Es en esta etapa donde comienzan a verse las cosas tal y como son, viviendo la realidad y descubriendo los verdaderos sentimientos; donde reinan la calma y la seguridad de unión.

En esta etapa toman parte hormonas que dirigen esa sensación de “mantenerse juntos”. Son la **oxitocina**, que puede influenciar en nuestra habilidad para unirnos a otros, dado que ambos géneros liberan esta hormona cuando se tocan y se abrazan, teniendo lugar un aumento máximo del nivel de oxitocina durante el orgasmo. Y la **vasopresina**, también llamada “la sustancia química de la monogamia”. Ciertos investigadores han observado que la supresión de vasopresina puede provocar que los machos abandonen su nido de amor y busquen nuevas compañeras.

Niveles altos de oxitocina y vasopresina pueden interferir con los caminos de la dopamina y la norepinefrina, lo cual puede explicar por qué con el tiempo la sensación de apego crece mientras que la locura apasionada del amor decae.

Vivir un estado de enamoramiento más de seis meses puede ser patológico. En diferentes estudios se ha contrastado que este estado está muy cercano de desordenes mentales, como la depresión, el desorden bipolar o el obsesivo compulsivo. Ya desde décadas anteriores personajes importantes como Platón y San Agustín afirmaban que el enamoramiento era una locura temporaria. Para demostrar todo esto, vieron que se dan variaciones fisiológicas en neurotransmisores cerebrales, como la disminución de la serotonina y la elevación de la dopamina, los cuales están presentes en un trastorno obsesivo compulsivo y en un estado psicótico franco. Los niveles de dopamina y norepinefrina disminuyen, y con el tiempo van aumentando los de oxitocina y vasopresina (segregados en hipotálamo y gónadas) las cuales facilitan a la pareja la creación de una unión duradera, cobra también gran importancia en esta etapa los intereses comunes, la convivencia o empatía.

Enamorarnos lleva a una situación emocional que distorsiona la realidad ya que el objeto del amor es una obsesión, que altera su imagen real lo que lleva a grandes locuras.

Lo mencionado se puede resumir en una pregunta ¿qué porcentaje del día y la noche piensas en esa persona? “Todo el día, toda la noche, no dejo de pensar en él o ella” ¿Morirías por él o ella? “Sí”.

Ciertos psiquiatras han realizado estudios sobre ello, como Hagop Akiskal (2006) que piensa que



los grandes románticos son personas que sufren de ciclotimia, por lo que se enamoran indiscriminadamente durante sus tiempos felices.

### Conclusión

La confluencia del proceso químico y el mapa social predeterminado por cada persona hace que no sea vivido de igual manera por todos estando íntimamente relacionado con el significado que le damos a los estímulos. Es decir, que las personas más apasionadas, vivirán estas transformaciones más intensamente que los que no lo son, ya que son más sensibles a dichos estímulos. Sin embargo, en todos los casos, los aspectos afectivos se imponen a los racionales y organizan la personalidad con un único fin, obtener el objeto de su pasión: el ser amado. Dicho esto, para poder amar sin sufrimientos, debemos comprender el amor, lo que significa, como se produce y como se experimenta y tener en cuenta que nuestras emociones deben estar unidas a la razón, de este modo, nunca moriremos de amor.

### Bibliografía

- Fisher, H. (2004). *Why We Love: The Nature and Chemistry of Romantic Love*. Henry Holt
- Fisher, H. (2006) "Love - the Chemical Reaction", National Geographic, Febrero 2006.
- Klein, D.F.; Lebowitz, M. (1983) "The chemistry of love". Boston: little, Brown & Co.
- Hagop Akiskal, Benazzi F (2006). «(abstract) The DSM-IV and ICD-10 categories of recurrent [major depressive and bipolar II disorders: evidence that they lie on a dimensional spectrum.]». *J Affect Disord.* 92 (1): 45-54.

### Contacto

Sonia Valiente Barreales.  
Barriada Sarrikue nº 13, 5º C • 48007 Bilbao  
Tel.: 686 706 439 • Mail: sonia\_v82@hotmail.com

- Recibido: 12-6-11.
- Aceptado: 16-9-11.

# Maastricht. Monitorización Acumulativa de las Necesidades y modelo holandés de Tratamiento Asertivo Comunitario. Implicaciones para el programa GAZTE

## *Maastricht. Cumulative needs for care monitor and Dutch model of assertive community treatment. Implications for the Gazte program*

Juan Carlos Irurzun<sup>1</sup>, Leire Martín<sup>2</sup>, Maite Bastida<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psiquiatra; <sup>2</sup>MIR de Psiquiatría; <sup>3</sup>Enfermera especialista en Salud Mental. CSM Amara, Red de Salud Mental Gipuzkoa. Donostia-San Sebastian.

**Resumen:** Presentamos ideas e iniciativas desarrolladas en Maastricht (Países Bajos) en el campo de la asistencia a personas con Trastorno Mental Grave. En el ámbito de la evaluación mediante la 'monitorización acumulativa de las necesidades de cuidados'. En el plano asistencial a través del modelo FACT de tratamiento asertivo. Destacamos la importancia de monitorizar el estado físico y planteamos algunas reflexiones sobre la aplicación de estas ideas a nuestro medio.

**Palabras clave:** Trastorno mental grave, Maastricht, necesidades de cuidados, tratamiento asertivo.

**Abstract:** Here we present the ideas developed in Maastricht (Netherland) in the field of care of people with Severe Mental Disorder. The 'cumulative needs for care monitor' for assessment and the 'function or flexible assertive community treatment' as a way to organize assistance are the main points. We also highlight the importance of monitoring the physical health and propose some considerations on the application of these ideas to our setting.

**Keywords:** Severe mental disorder, Maastricht, needs for care, assertive outreach.aspects of falling in love.

### Introducción

El objeto del presente trabajo es presentar las ideas e iniciativas desarrolladas en Maastricht (South Limburg, Países Bajos) en el ámbito de la asistencia a las personas con Trastorno Mental Grave (TMG), así como describir la posible adaptación y aplicación de dichas ideas y prácticas a nuestra realidad asistencial.

South Limburg es una región del sur de los Países Bajos, con estrechos vínculos con los países vecinos de Bélgica y Alemania, y con una población de unos 660.000 habitantes, similar a la de Gipuzkoa. Durante más de 10 años, fruto de una estrecha colaboración entre la Universidad de Maastricht y los servicios asistenciales, han venido presentando a la comunidad científica

y profesional importantes avances en la investigación y desarrollo de los servicios de salud mental. Además de su trabajo en dicho ámbito asistencial, la Universidad de Maastricht es una fuente de ideas de investigación sobre las psicosis, con estudios sobre las variaciones poblacionales de los fenotipos psicóticos, sobre las interacciones ecológico-genéticas, tanto gen-ambiente como ambiente-ambiente, y sobre epidemiología cognitiva.

Durante el otoño de 2010 tuvimos la oportunidad de visitar Maastricht y realizar una jornada de trabajo conjunta con profesionales del ámbito clínico y académico. Presentamos aquí un resumen de dicha jornada de trabajo complementado con una revisión de las publicaciones más recientes del grupo. En concreto nos vamos a centrar en tres temas fundamentales, en primer lugar describiremos su propuesta de evaluación clínica continuada, la monitorización acumulativa de las necesidades de cuidados (MANC, CNCM *cumulative needs for care monitor*), en segundo lugar nos centraremos en su modelo de intervención asertiva (FACT, *'function' or 'flexible' assertive community treatment*) y por último comentaremos brevemente sus propuestas de monitorización del estado físico de los pacientes (MM, *medication monitor*).

### La monitorización acumulativa de las necesidades de cuidados (MANC)

Los pacientes con TMG tienen una combinación de necesidades psiquiátricas, somáticas y sociales, de manera que requieren una atención multidisciplinaria compleja y coordinada. Muchas personas diagnosticadas de psicosis tienen síntomas residuales, abuso de drogas comórbido y problemas de salud física, así como necesidades en las áreas de autocuidado, alojamiento, actividades diurnas y contacto social.

La monitorización acumulativa de las necesidades de cuidados (MANC) fue desarrollada para estandarizar y mejorar el diagnóstico basado en las necesidades de las personas con TMG en la región de South Limburg (Países Bajos). Es una herramienta para ser utilizada por los clínicos en su trabajo diario y está compuesta por un conjunto de instrumentos seleccionados sobre la base de su relevancia clínica. El objetivo es

obtener evaluaciones seriadas de los pacientes con TMG y proporcionar feedback individual estandarizado a los clínicos para apoyarles en la toma de decisiones. Cada clínico que realiza una evaluación recibe un informe en el plazo de dos días laborables, con un análisis pormenorizado del curso evolutivo del individuo, así como una puesta en relación de la evaluación individual con un grupo de referencia concreto. Los clínicos utilizan estos informes para diseñar planes de tratamiento individualizados.

### Desarrollo de la MANC

La MANC (CNCM por sus siglas en inglés) se inició con una fase piloto entre 1998 y 2001. En 2002 adoptan el modelo FACT, que describiremos en el siguiente apartado. La monitorización ha venido siendo ampliada y mejorada a lo largo de los años, incluyendo nuevos ítems en los instrumentos estándar utilizados, así como un registro de la prescripción farmacológica y del tratamiento psicosocial. En 2004 extendieron el área geográfica de aplicación y ampliaron su alcance, pasando a ser un instrumento de investigación sobre los servicios sanitarios regionales además de ser un método de evaluación individual de los pacientes, al incluir en su uso a todos los dispositivos que atienden a personas con TMG, sean sanitarios o sociales. En 2008 publican, en holandés, el manual que da soporte a la monitorización.

### Instrumentos

El núcleo de la MANC lo constituye la Camberwell Assessment of Needs, en su versión abreviada, Short Assessment Schedule (CANSAS), que incluye 22 ítems a los que en Maastricht han añadido 5 ítems considerados relevantes para los pacientes: trabajo remunerado, efectos secundarios, sentido-recuperación, sueño y legales, y otros 2 ítems que evalúan las necesidades de los cuidadores informales, información y sobrecarga.

Como medida de la psicopatología utilizan la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), versión de 24 ítems de la Universidad de California, a la que han añadido 4 ítems a petición de los clínicos: disociación, obsesión-compulsión, abulia y anhedonia social. Como alternativa a la hora de evaluar la severidad de los síntomas, en contextos con limitaciones de tiempo, utilizan la escala de Impresión Clínica Global (ICG), puntuando

cinco dimensiones: síntomas positivos, negativos, afectivos (ansiedad-depresión), cognitivos y maníacos, en una escala de 1 a 7.

Para valorar el nivel de funcionamiento de los pacientes utilizan la Global Assessment of Functioning (GAF), dividida en sus dos componentes, psicopatología y deterioro.

La calidad de vida es valorada por los propios pacientes utilizando cinco temas derivados del Lancashire Quality of Life Profile (LQLP), que dan lugar a 5 ítems puntuados sobre una escala de 1 a 7. Los pacientes también pueden puntuar la calidad de los cuidados y su satisfacción con la atención, dándoles la posibilidad de hacerlo de manera anónima.

### **Definición de TMG**

La utilización de los instrumentos arriba mencionados les permite realizar una definición amplia y operativa del TMG que incluye, además del diagnóstico de psicosis, esquizofrenia, otras psicosis no afectivas, trastorno bipolar y depresión con síntomas psicóticos, a personas que puntúan 15 o más en la escala positiva de la BPRS (conducta bizarra, contenido inusual del pensamiento, desorientación, alucinaciones y suspicacia-paranoia), así como a un grupo de pacientes que presentan una combinación de pobre funcionamiento (alguna de las dos escalas GAF<sub><45</sub>) y necesidad de cuidados en al menos dos de cuatro dominios extraídos de la CANSAS seleccionados *a priori* (alojamiento, subsidios sociales, alcohol, drogas).

Otra ventaja del procedimiento de evaluación es que les permite también aplicar una definición operativa de recuperación a la hora de valorar de manera global sus resultados.

### **Procedimiento**

Las entrevistas de evaluación las realiza el profesional de la salud mental implicado en el tratamiento del paciente. Todo el personal recibe un entrenamiento básico apoyado en el manual, así como sesiones anuales de 'recuerdo' para evitar la deriva de las puntuaciones y mantener la fiabilidad. Un equipo administrativo específico y altamente preparado proporciona supervisión *in situ* y elabora los informes de feedback.

Los pacientes son evaluados al menos una vez al año y con cada cambio importante de tratamiento o entorno terapéutico (hospitalización, derivación entre dispositivos). Los pacientes son informados y dan su consentimiento para el tratamiento agregado y anónimo de los datos.

Utilizando datos derivados del Registro de Casos Psiquiátricos de la región de South Limburg, obtienen unos 6000 casos diagnosticados de psicosis, aproximadamente el 1,6% de la población adulta, de los cuales 4500 (75%) se encuentran en la base de datos del CNCM que puede considerarse como una versión 'enriquecida' de dicho Registro.

### **'Function' o 'flexible' assertive community treatment (FACT). La variedad holandesa del tratamiento asertivo comunitario**

Una definición tipo de equipo de tratamiento asertivo comunitario (TAC) sería la de 'equipo multidisciplinar compuesto por varios gestores de caso, un psiquiatra, un psicólogo y un experto en tratamiento de problemas relacionados con sustancias, que proporciona cuidado intensivo de alcance asertivo, así como tratamiento a un grupo de hasta 100 personas que padecen un TMG'.

El TAC es una intervención de eficacia probada, cubre las 24 horas del día y funciona como puerta de entrada a las camas de hospitalización psiquiátrica. El TAC estándar ha demostrado su eficacia en la atención a los pacientes psiquiátricos más graves que viven en la comunidad, aquellos que tienen más riesgo de recaída y reingreso, su alojamiento es precario, la toma de medicación inconstante y presentan frecuentemente una comorbilidad por consumo de sustancias. Se estima que este grupo representa el 20% de las personas con enfermedad mental crónica, es decir el 0,1% de la población (100 en 100.000). El restante 80% de pacientes crónicos más estables constituye un grupo con importantes necesidades rehabilitadoras pero para el que no se ha establecido la superioridad de un modelo de intervención con la misma claridad que lo ha hecho el TAC para el grupo más grave.

Lo que empezaron a cuestionarse en Holanda era si podía sostenerse la existencia de una clara distinción entre los dos grupos, ¿son dos grupos

separados? o resulta que los pacientes fluctúan, pasan de uno a otro grupo en diferentes momentos de su evolución. La conclusión a la que llegaron fue que las diferencias entre los dos grupos tenían que ver únicamente con la intensidad de los cuidados y del tratamiento en un momento determinado, que ambos grupos tenían necesidades rehabilitadoras y de promoción de la recuperación, y que por consiguiente eran mejor atendidos por los mismos equipos multidisciplinarios, que eran capaces de flexibilizar su modo de funcionamiento para adaptarse a las necesidades de los pacientes.

El FACT es un modelo de gestión clínica de casos orientada a la rehabilitación, basada en el modelo TAC pero más flexible y capaz de atender a un rango más amplio de pacientes con TMG.

En el norte de Holanda comenzaron a desarrollar el modelo FACT en el año 2002 para atender al 100% de la población de pacientes psiquiátricos crónicos en la comunidad. Cada equipo atiende a un sector de unos 50.000 habitantes y aproximadamente a 200-220 pacientes, está compuesto por 7-8 gestores de caso (personal de enfermería, trabajo social y consejeros sobre abuso de drogas), 0,8 psiquiatras, 0,6 psicólogos y 0,5 especialistas en empleo y trabajo. Proporciona dos tipos de servicios:

- Gestión de caso individual para el 80% del grupo de pacientes estables.
- Gestión compartida de caso y tratamiento asertivo para el 20% más grave.

La tarea del equipo es proveer de cuidados coordinados, tratamiento médico basado en pruebas y rehabilitación orientada a la recuperación.

### ***Cómo funciona FACT***

Como hemos mencionado, al 80% de pacientes de menor gravedad se les proporcionan cuidados orientados a la recuperación, con gestión de caso individual. El gestor de cuidados visita al paciente de 2 a 4 veces al mes en su domicilio y es responsable de los cuidados individuales y del plan de tratamiento, el cual es renovado al menos una vez al año. Parte del tratamiento es el llamado 'plan de crisis' en el que se detallan los síntomas tempranos cuya detección dará lugar a la

puesta en marcha de una atención más intensiva. Las citas regulares con el psiquiatra (manejo de la medicación, evaluación) y con el psicólogo (psicoeducación, terapia cognitivo conductual) tienen lugar en el centro FACT. En el plan se incluyen también las intervenciones familiares y los apoyos ocupacionales.

En South Limburg funcionan 12 equipos FACT que atienden al 1-2% de la población general, necesitada de tratamiento psiquiátrico intensivo. Las modificaciones realizadas en el modelo de tratamiento asertivo comunitario les permiten ampliar la ratio de pacientes por profesional a unos 30. La asistencia está sectorizada, lo cual permite su coordinación con otros agentes socio-sanitarios y comunitarios. El equipo FACT trabaja conjuntamente con el equipo de urgencias psiquiátricas y el hospital psiquiátrico. Los psiquiatras de FACT, los del hospital y los de estructuras intermedias tienen una reunión semanal.

La variante FACT del TAC se ha extendido por toda Holanda. Algunas de las ventajas que ofrece este modelo serían la continuidad de cuidados, tratamiento y rehabilitación, tratamiento orientado a la recuperación y la posibilidad de implantar otras prácticas basadas en pruebas para cubrir las necesidades de los pacientes psiquiátricos de larga evolución en la comunidad.

### **Monitorización del estado físico. Medication Monitor (MM)**

#### ***Justificación de la monitorización***

La prevalencia del síndrome metabólico en la población general ha aumentado dramáticamente en las últimas décadas, especialmente en los países occidentales, hecho en gran medida relacionado con el aumento de la prevalencia de obesidad. Los datos indican que la prevalencia de dicho síndrome es superior en los pacientes con TMG. Es por ello que el síndrome metabólico en pacientes con psicosis constituye "una epidemia dentro de una epidemia". Hay distintos factores implicados: a) la psicosis *per se* como factor de riesgo y el concepto de carga alostática; b) el estilo de vida (con frecuencia presentan unos hábitos dietéticos inadecuados, fuman más, consumen más drogas y realizan menos ejercicio que la población general) y c) el papel de los antipsicóticos atípicos.

En la actualidad, las guías de práctica clínica incluyen la necesidad de examinar aspectos físicos con regularidad en los pacientes con tratamiento antipsicótico, reconociendo su importancia dentro de un tratamiento integral.

### **Medication monitor (MM)**

Durante nuestra visita a Maastricht tuvimos la oportunidad de examinar la manera en que llevan a cabo la monitorización del estado físico de los pacientes con TMG incluidos en la monitorización acumulativa de las necesidades de cuidados (MANC).

### **Método**

- Medición de parámetros físicos: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, tensión arterial sistólica y diastólica (TAS y TAD).
- Analítica sanguínea: hemograma, glucosa, perfil lipídico completo, perfil hormonal.
- Valoración de síntomas extrapiramidales.

Tras la medición basal realizan un control a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses. Con posterioridad realizan un control con periodicidad anual, siempre y cuando no haya habido cambios en el tratamiento. En el caso de que se modifique la pauta terapéutica previa o que se prescriba una nueva medicación se realiza una nueva medición basal.

### **Resultados de la monitorización**

Nos presentaron resultados de una muestra de  $n=281$  pacientes con tratamiento antipsicótico:

- De un total de 15 parámetros (perímetro abdominal, TAS, TAD, triglicéridos, HDL colesterol, LDL colesterol, colesterol total, IMC, glucosa, glucemia en ayunas, hemoglobina glicosilada (HbA1c), prolactina, acatisia, rigidez, discinesia tardía) encontraban una media de **5,2 alterados** (DE=2,9).
- Solamente un 11% de los pacientes no tenían ningún parámetro alterado.
- El 35% de los pacientes cumplían criterios de síndrome metabólico, el 50% tenían síntomas extrapiramidales, el 37% tenían sobrepeso, el 25% eran obesos y el 1,6% estaban en un peso por debajo del recomendado.

- Casi el 50% de los pacientes estaban siendo tratados de forma crónica (>3 meses) con combinaciones terapéuticas (polifarmacia) que, en muchas ocasiones, no estaban en concordancia con las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Debido a las limitaciones que han venido encontrando a la hora de registrar la medicación en el CNCM, piensan que esta cifra representa una subestimación de la prevalencia real de polifarmacia.

Su objetivo inmediato en la utilización del MM sería obtener unas estimaciones más precisas de la prevalencia de polifarmacia y poder mejorar la calidad de la prescripción psicofarmacológica. Por otra parte, con los datos del MM se plantean evaluar la asociación existente entre polifarmacia y parámetros de salud, tanto física como de estado mental y funcionamiento global.

### **Resultados de la atención al TMG**

El grupo de Maastricht ha aportado datos que apuntan a que la monitorización clínica sistemática de los pacientes con TMG se asocia con una mejoría global de la psicopatología. Con respecto a la utilización de servicios informan de que aumenta la atención ambulatoria, si bien no han podido demostrar un descenso en la utilización de recursos hospitalarios.

En un estudio observacional destinado a mostrar el efecto de la introducción de un enfoque asertivo en la atención a personas con TMG, compararon dos cohortes diferentes de pacientes tratados antes (1998-2001) y después (2002-2005) del inicio de FACT en 2002, y encontraron que, mientras que en el primer periodo el 19% de los pacientes con TMG hacían una 'transición' a fase de remisión, en el segundo periodo la cifra llegaba al 31% (OR=2,21, IC 95%=1,03-4,78).

### **Conclusión e implicaciones para el programa GAZTE**

Durante nuestra visita nos hemos reunido con los líderes clínicos y académicos que impulsan el desarrollo de un sistema de evaluación de las necesidades, psicopatología, funcionamiento, calidad de vida y satisfacción de las personas con TMG. Este sistema se lleva a cabo en condiciones de práctica asistencial cotidiana, utilizando ins-

trumentos cuidadosamente seleccionados para mantener la relevancia clínica y la utilidad a la hora de planificar las intervenciones y la asignación de recursos, al tiempo que se facilita su aceptabilidad de varias maneras. En primer lugar seleccionando instrumentos cuya cumplimentación pueda realizarse en un tiempo aproximado de una hora. En segundo lugar asegurando que el profesional reciba un rápido feed-back tras la evaluación. Por último, con un cuidado continuado para mantener la fiabilidad de las evaluaciones mediante la realización de talleres o seminarios anuales.

A la hora de trasladar lo aprendido a nuestro Programa de Atención a Personas Jóvenes con Psicosis (GAZTE), vemos que nuestro protocolo de evaluación, si bien coincide con el CNCM en lo que respecta a las áreas o dominios a valorar, resulta poco práctico en condiciones de asistencia cotidiana, de manera que nos proponemos modificarlo aceptando varias sugerencias de nuestros colegas de Maastricht. Por ejemplo, utilizaremos la CANSAS en lugar de la CAN y añadiremos los ítems de necesidades que no cubre la CANSAS. También utilizaremos la BPRS extendida en lugar de la PANSS para evaluar psicopatología, ya que resulta más amplia y completa para una población que puede presentar diversos tipos de psicosis.

En lo que respecta al modelo de gestión de casos vemos que el modelo FACT coincide también en gran medida con nuestras ideas. En la definición de nuestro proyecto, en la *misión*, asumimos el modelo asertivo como una de nuestras guías, aunque resulta también evidente que no todas las personas van a necesitar la misma intensidad de cuidados durante el curso de sus enfermedades. Una característica diferencial clave es que, si bien en Holanda no han optado por la proliferación superespecializada de dispositivos, tales como equipos de atención temprana, de intervención en crisis, de TAC exclusivo, etc., como en otros países pioneros en el desarrollo de recursos de Salud Mental como el Reino Unido, sí han tenido clara la necesidad de separar la atención a las personas con TMG de la prestada a personas con patología menor. En programas como el nuestro, que se desarrollan en un CSM, programas de tipo *generalista*, resulta a veces difícil mantener el foco, la moral y las habilidades especializadas necesarias para prestar la mejor

asistencia posible a las personas con patología grave, cuyas necesidades son, en ocasiones, muy superiores a su capacidad para articular una demanda. No obstante, el modelo FACT y sus desarrollos merece ser considerado como alternativa coste-eficiente al modelo TAC clásico para una población más amplia, como la que constituye nuestra población diana en GAZTE, jóvenes entre 16 y 35 años en riesgo o afectados de un trastorno psicótico.

Por último, coincidimos también en la importancia del cuidado de la salud física, en ese sentido el Medication Monitor plantea inicialmente una frecuencia de determinaciones analíticas mayor de la que nosotros proponemos en nuestro protocolo, pero en esencia coincide con la monitorización que nosotros hemos establecido para nuestra población GAZTE. Los resultados que nos presentaron no hacen sino confirmar la importancia de esta área que, en su experiencia, no era cubierta por los servicios médicos generalistas.

Valoramos como muy fructífera nuestra visita. A la hora de impulsar iniciativas de cambio asistencial resulta muy provechoso el intercambio de ideas y experiencias.

## Agradecimientos

A Philippe Delespaul, Jim van Os y Maarten Bak, por su amable acogida, y por su trabajo asistencial, docente e investigador en el tratamiento de personas con trastorno mental grave.

A Álvaro Iruin, gerente de Red de Salud Mental de Gipuzkoa, por su apoyo moral, profesional y económico.

## Bibliografía

- Bak M., van Os J., Delespaul Ph., et al. An observational, 'real life' trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:125- 130.
- Drukker M., van Os J., Bak M., à Campo J., Delepaul Ph. Systematic monitoring of needs for care and global outcomes in patients with severe mental illness. *BMC Psychiatry* 2010; 10:36.

- Drukker M., Bak M., à Campo J., Driessen G., van Os J., Delespaul Ph. The cumulative needs for care monitor: a unique monitoring system in the south of the Netherlands. *Soc Psychiat Epidemiol* 2010; 45: 475-485.
- Drukker M., van Os J., Dietvorst M., Sytema S., Driessen G., Delespaul Ph. Does monitoring need for care in patients diagnosed with severe mental illness impact on Psychiatric Service Use? Comparison of monitored patients with matched controls. *BMC Psychiatry* 2011; 11:45.
- Irurzun JC., Bastida M., Campos C., Neira N., Oyarzabal E., Palomo E., Zarraga K. Programa de Atención a Personas Jóvenes con Psicosis GAZTE. *Norte de salud mental*, 2010, vol. VIII, nº 37: 103-112.
- McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, Sullivan L, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophr. Res.* 2005; 80:19-32.
- Remmers van Veldhuizen J. FACT: a Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal* 2007; 43, 4: 421-433.
- Suvisaari J, Perala J, Saarni SI, Harkanen T, Pirkola S, Koskinen S, Lonngvist J, Reunanen A. Type 2 diabetes among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey.
- Tarricone I, Ferrari Gozzi B, Serreto A, Grieco D, Berardi D. Weight gain in antipsychotic-naive patients: a review and meta-analysis. [Review] [94 refs].
- Van Os J., Delespaul Ph. Psychosis research at Maastricht University, The Netherlands. *British Journal of Psychiatry* 2003; 183: 559-560.

### Correspondencia

Juan Carlos Irurzun  
CSM Amara. Red de Salud Mental Gipuzkoa.  
Jose M<sup>a</sup> Salaberría, 9 • 20010 Donostia-San Sebastian  
juancarlos.irurzunpalacios@osakidetza.net

- Recibido: 12-6-11.
- Aceptado: 11-8-11.

# Recursos Personales Positivos en la Relación con el Paciente: las Estrategias de Regulación Emocional

## *Positive Personal Resources on Patient Relationship: The Emotional Regulation Strategies*

Raquel Rodríguez-Carvajal; Bernardo Moreno-Jiménez;  
Sara de Rivas-Hermosilla; Marta Herrero Lázaro

Raquel Rodríguez-Carvajal: Universidad Autónoma de Madrid.

Bernardo Moreno-Jiménez: Profesor catedrático Universidad Autónoma de Madrid.

Sara de Rivas-Hermosilla: Becaria FPU-MEC. Universidad Autónoma de Madrid.

Marta Herrero Lázaro: Becaria posgrado. Universidad Autónoma de Madrid.

**Resumen:** El personal sanitario se enfrenta continuamente en su ámbito laboral a grandes presiones, en muchos casos, relacionadas con altas demandas emocionales por la relación profesional-paciente. En este contexto, las estrategias de regulación emocional se muestran como un importante recurso del personal sanitario para el manejo de las emociones hacia objetivos deseables. En el presente artículo se expone una revisión sobre la influencia de las emociones en el contexto laboral, los distintos modelos y estrategias de regulación emocional y cómo influyen sobre el bienestar, la salud y la relación del personal sanitario con los pacientes. Como valor añadido, se compara la eficacia de las distintas estrategias de regulación y cómo afectan de manera diferencial a las relaciones entre los profesionales sanitarios y en la relación profesional-paciente.

**Palabras clave:** regulación emocional, relación médico-paciente, bienestar.

**Abstract:** Health workers are continually faced to great pressure, often related to high emotional demands of the caregivers-patient relationship in the workplace. In this context, emotion regulation strategies are shown as an important personal resource to manage emotions toward desirable goals. This article presents a review of the literature about the emotional influence in job context, the different models and strategies of emotional regulation and how they influence on well-being, health and professional-patient relationship. In addition, we compare the efficacy of different regulation strategies and their differential effect on colleague and patient relationships.

**Keywords:** emotion regulation, physician-patient relationship, well-being.

En los últimos años, muchos aspectos de la práctica médica (1, 2) así como la de otros profesionales de la salud (3) han experimentado la presión que supone la necesidad de reducción de costes, la demanda en el aumento de la productividad

y en la satisfacción del paciente hacia el propio tratamiento (1, 2, 4, 5). Estas presiones laborales se ven además afectadas por otros aspectos sociales que también han cambiado y que suponen un añadido más a este entramado, como por

ejemplo el hecho de que el nivel de autonomía sea menor y el estatus social de los propios profesionales haya disminuido (6, 7).

Por otro lado, en el entorno laboral sanitario se pueden dar experiencias muy frustrantes debido a las altas demandas emocionales, y a que los objetivos del trabajo no estén bien definidos, no sean muy claros o no se reciba feedback sobre ellos (8). Según León, Gómez y Durán (9), los sentimientos de desilusión experimentados por los profesionales sanitarios, sobre todo durante los primeros años, son el resultado de múltiples experiencias de fracaso que generan frustración y un alto nivel de tensión emocional.

Este escenario de condiciones sociales, organizacionales y laborales se puede convertir en un caldo de cultivo para el desgaste profesional (o *burnout*), con las consecuentes repercusiones no sólo en la salud del propio profesional (10) sino también en la relación con el paciente (5). Una de las características principales de este desgaste profesional en profesionales de la salud es el agotamiento emocional (11). Es por ello que resulta de especial interés evaluar las diferentes estrategias de regulación emocional y cómo éstas pudieran estar provocando un manejo inadecuado de las emociones influyendo así en el bienestar, en la productividad del trabajo y en la relación del profesional sanitario con el paciente.

### Emoción en el contexto socio-laboral

La definición de qué es una emoción sigue presentando controversia en el ámbito científico (12), sin embargo, en general existe un acuerdo en que la emoción se refiere a distintos estados psicológicos que incluyen una experiencia subjetiva, la expresión de determinados comportamientos (facial, corporal, verbal, etc.) y determinadas respuestas fisiológicas (respiración, ritmo cardíaco, etc.) (v.g., 12, 13). Las emociones y los estados emocionales dirigen nuestra atención hacia los distintos eventos, pensamientos, estímulos, organizan procesos perceptivos, así como activan y motivan casi todos los aspectos del comportamiento individual y social humano. Así pues, la experiencia y la expresión de las emociones tiene consecuencias tanto a nivel intrapersonal como interpersonal (v.g. 14).

En relación al contexto socio laboral cada vez más investigaciones encuentran que las emociones en el entorno de trabajo ayudan a explicar importantes resultados tanto individuales como organizacionales (15). Existen diversos estudios que versan sobre el papel que juegan los estados de ánimo positivo y negativo en las actitudes y comportamientos de los miembros de la organización, tal y como se propone en la teoría del estado de ánimo (16). Por su parte, la teoría de eventos afectivos (17) propone que los distintos aspectos del entorno laboral (condiciones ambientales, roles, diseño del trabajo, etc.) eliciten las emociones y éstas influyen las actitudes y el rendimiento en el trabajo. La inteligencia emocional que se refiere a la habilidad de leer las emociones en uno mismo y en los otros y ser capaz de usar esta información (v.g., 18). El manejo emocional en el trabajo conceptualizado como *emotional labour* o trabajo emocional (19) y sobre la regulación emocional en general (v.g., 20).

### Modelos regulación emocional

Dentro de los modelos personales clásicamente estudiados encontramos el modelo de represores y sensibilizadores, el modelo de personalidad represiva y el modelo de inhibición activa.

En el modelo de represores y sensibilizadores, la literatura ha diferenciado dos posibles tendencias a la hora de enfrentarse a estímulos emocionales. Por un lado estarían los individuos represores que serían aquellos que presentan un umbral elevado para el material emocional (vs. neutro). Por otro lado, se encontrarían los individuos sensibilizadores que serían aquellos que presentan umbral bajo (v. g., 21, 22).

Asimismo, se habla de estilos represivos (23) en aquellas personas que creen que ellos no son propensos al estrés y se esfuerzan en mantener esa creencia a pesar de que su comportamiento objetivo así como sus reacciones fisiológicas ponen de manifiesto que su reactividad al estrés es igual o mayor que la de las demás personas que abiertamente admiten sentir estrés (24).

El modelo de inhibición activa, por otra parte, argumenta que determinados déficits en algunas habilidades de competencia emocional como por ejemplo, la expresión de la emoción, o el ser



consciente de las propias emociones, podría llevar a la llamada inhibición activa (25). La inhibición sería un tipo de supresión emocional en la que se tratarían de esconder (incluso para la propia persona) pensamientos, sentimientos y comportamientos emocionales.

Uno de los modelos más desarrollados actualmente es el modelo de Gross, que parte siendo un modelo personal aunque ha tenido aplicaciones interpersonales (v.g., 26). En este modelo se considera que existen dos mecanismos de regulación emocional relacionados con el desarrollo temporal de la emoción: la regulación del antecedente o de la respuesta a la emoción. En este sentido Gross (v.g., 12, 27) diferencia dentro del proceso de regulación emocional los mecanismos de reevaluación cognitiva (regulación previa al desarrollo de la emoción) y de supresión (regulación de la respuesta emocional dada).

La reevaluación cognitiva es una forma de cambio cognitivo que consiste en interpretar una situación de manera que cambie su impacto emocional. Esta forma de regulación de la emoción es la que se estudió en los primeros trabajos de Lazarus y colaboradores (28), quienes demostraron que llevando a los participantes a ver un procedimiento quirúrgico potencialmente perturbador de una forma más analítico y distante disminuía sus respuestas subjetivas y fisiológicas (29).

La supresión es una forma de regulación de la respuesta emocional que implica la inhibición de las emociones en curso, vía la expresión del comportamiento (30). Se ha observado repetidamente que las personas aparentemente inexpresivas son a menudo más fisiológicamente sensibles que las personas más expresivas (v.g., 31). En una línea similar, la inhibición del comportamiento asociado con el engaño interpersonal conduce a una mayor respuesta fisiológica (32).

Por otro lado, el manejo de las emociones en el contexto del modelo de trabajo emocional tendría como objetivo promover estados emocionales que optimicen el rendimiento y minimicen los estados emocionales asociados con daños en la salud (33). En relación a este primer objetivo se ha acuñado el término *trabajo emocional* para referirse al manejo de las emociones como demanda del puesto de trabajo en sí. Ésta puede

implicar aumentar, fingir o suprimir la emoción para modificar la expresión emocional en una dirección concreta (v.g., 19). Normalmente esta dirección concreta viene determinada por unas normas de expresión que marca la organización (v.g., 19). Por ejemplo, a los trabajadores de los parques de atracciones se les reclama mostrar siempre una sonrisa y buen humor, mientras que en otros trabajos como por ejemplo, guardas de seguridad en una discoteca se podría considerar incluso que el enfado puede aportar mejores resultados (15).

La actuación superficial, la actuación profunda y la regulación automática son tres estrategias distintas de regulación emocional definidas dentro del contexto de trabajo emocional (v.g., 15, 34). La primera consistiría en cambiar los aspectos visibles a los demás de la emoción, en línea con las normas organizacionales, mientras que la emoción o sentimientos subyacentes permanecerían igual. La segunda estrategia consistiría en tratar de influenciar lo que se siente (evocando otros pensamientos o experiencias, recuerdos, etc.) con el fin de seguir mostrando la emoción deseada y/o demandada. La última consistiría en un ajuste automático de lo que sentimos y expresamos y las exigencias requeridas en el puesto.

Existen otros modelos que integran la regulación emocional en la relación con el paciente, como por ejemplo el modelo de cadena de valor (35) que analiza las conductas de comunicación médico-paciente. Este modelo está formado por cuatro elementos: (1) establecer una buena relación, (2) que los pacientes expresen señales emocionales y preocupaciones, (3) que el médico exprese empatía, y (4) favorezca la reevaluación positiva de las preocupaciones. Así, cada uno de los elementos tendría un valor añadido de cara al resultado de la comunicación en la consulta, en este caso, en la regulación afectiva de los pacientes (35). La propuesta de estos autores se centra en la actividad neurológica que puede subyacer a cada uno de estos componentes.

### **Efectos generales de las estrategias de regulación emocional**

Las estrategias de regulación emocional han sido relacionadas, entre otras cuestiones, con efectos diversos en la salud (v.g. 36, 37), el bienestar

(v.g. 5, 38-40), los procesos psicológicos (v.g., 41-43) y el rendimiento en diversos contextos (v.g., 44-45). Sin embargo, las distintas estrategias de regulación difieren entre sí en las consecuencias que pueden generar (v.g. 46, 47) y en su efectividad (v.g. 48).

Dentro de los modelos personal de represores y sensibilizadores y estilos represivos, el estilo represivo se ha relacionado con la exacerbación de varios problemas de salud como el asma, el cáncer, la hipertensión y la inhibición del sistema inmune (49).

En el modelo de inhibición activa se ha encontrado que ésta podría estar asociada con mayores problemas de salud y traumas psicológicos (25,50).

Por otra parte, en relación al bienestar, las estrategias de reevaluación se han mostrado efectivas en la reducción de emociones negativas y su expresión (v.g., 51-54) y en la experimentación de emociones positivas frente a emociones negativas (v.g., 5, 39). Estas estrategias favorecen también otros aspectos cognitivos del bienestar como la satisfacción vital (v.g. 39), el estado de salud subjetivo (36) y la autoestima (54), relacionándose de manera negativa con los estados de ánimo y cogniciones depresivas (39, 54). Los resultados de las estrategias de reevaluación muestran su efectividad en la regulación de las emociones hacia consecuencias deseables. Estos efectos también se observan en la relación entre los niveles de estrés y la generación de síntomas depresivos, siendo la habilidad en esta estrategia de reevaluación, una variable mediadora entre ambas (37). También muestra superioridad en la reducción de niveles de activación ansiógena frente a la estrategia de supresión de emociones (55). La reevaluación por tanto, favorece que se reduzca la posibilidad de experimentar estados potencialmente dañinos para la salud como el estrés o la ansiedad.

Las estrategias de supresión, por su parte, han sido estudiadas en múltiples investigaciones junto con las estrategias de reevaluación (v.g., 39, 54) lo que ha permitido poder comparar los efectos de ambas. Así, la supresión se relaciona generalmente de manera opuesta a la reevaluación en sus efectos sobre el bienestar (v.g., 5, 39, 48). En este sentido, la supresión se ha mostrado como una estrategia de regulación que favorece

la generación, expresión y experimentación de emociones negativas (vs. las positivas) (v.g. 48, 53), así como reduce los niveles de satisfacción vital (39), la autoestima (v.g. 54) los estados de salud subjetivos (36) y aumenta los niveles de activación ansiógena (v.g. 55). De hecho, se ha podido observar que la supresión puede generar un “efecto irónico” sobre las emociones negativas dado que, siendo el objetivo de quien la lleva a cabo el enmascarar la emoción, esa persona puede aumentar significativamente la experimentación de la emoción negativa (56). Sin embargo, la supresión no siempre se ha encontrado que genere resultados negativos. Côté y colaboradores (38) observaron que aquellas personas con mayor habilidad para regular sus emociones a través de la supresión mostraban mayores niveles de satisfacción vital. Así, las personas que mejor reducían sus expresiones emocionales ante estímulos desagradables eran las que mostraban mayores niveles de bienestar (38).

Aunque se ha hablado mayoritariamente de las estrategias de reevaluación, no han sido las únicas estrategias que se han mostrado efectivas en la regulación de las emociones hacia estados positivos (48). Augustine y Homenover (48) realizaron un meta-análisis que incluía la distracción, la reevaluación, la supresión, la inhibición, la comparación social, el ejercicio, el sueño y las actividades placenteras. Los resultados mostraban que la distracción era, junto a la reevaluación, la forma de regulación emocional más efectiva para mantener un mayor balance positivo de emociones (48). De manera general, no se observaron diferencias entre las estrategias cognitivas y las estrategias comportamentales, pero sí se observó que las estrategias de evitación generaban de manera inmediata mayores estados hedónicos que las estrategias de aproximación (48).

Por otro lado, se ha observado que la efectividad general de las estrategias de regulación emocional parece depender de que se haya inducido o no emociones previas y de la valencia de la misma (48). Así, ante situaciones en las que se inducen emociones de afecto negativo o no se induce ninguna emoción, los efectos de la regulación son mayores y, por el contrario, ante situaciones de inducción positiva o neutral de emociones, las personas informan emociones más negativas que las iniciales (48).



En términos de uso, las personas, en su vida cotidiana, tratan de regular sus emociones con más frecuencia a través de la reevaluación que mediante la supresión, una diferencia que parece ser más grande en la regulación de emociones positivas que en las emociones negativas (54). Este hecho podría explicarse por los objetivos inmediatos o directos de la reevaluación hacia la experimentación de emociones positivas o la reducción de las negativas. La supresión, en cambio, se produce una vez generada la emoción por lo que los efectos de la misma no son tan directos. Por otro lado, Nezlek y Kuppens (54) observan que la generación de mayores niveles de emociones positivas a través de la reevaluación no siempre conlleva efectos positivos. Del mismo modo, los efectos de la supresión, por suceder tras la emoción, podrían alcanzar un nivel más interpersonal que la reevaluación afectando a las relaciones sociales y pudiendo ser incluso deseable en contextos en los que la expresión de determinadas emociones, positivas o negativas, repercutiese negativamente en la situación social (54).

### Efectos de las estrategias de regulación emocional en el ámbito sanitario

La relación con los pacientes es un aspecto ineludible y de gran importancia en el ámbito médico tanto en la práctica diaria como en la comunicación de malas noticias y situaciones de emergencia. Aunque los médicos favorecen la inhibición del sufrimiento experimentado al percibir el dolor de otros más rápido y con menor activación emocional que la población normal (57), las estrategias de regulación siguen siendo importantes en estos casos en el manejo de la emoción por parte de estos profesionales. Así, resultados cualitativos indican que los médicos informan mayores niveles de emociones negativas cuando comunican malas noticias a pacientes de cáncer mediante estrategias de supresión (58). En este sentido, las estrategias de regulación unidas al trabajo emocional de los profesionales sanitarios son importantes para el manejo de las emociones hacia resultados deseables. La supresión emocional y la actuación superficial se ha relacionado con el agotamiento emocional del *burnout* en médicos, síntomas físicos y mayor esfuerzo psicológico (5, 59, 60). Al mismo

tiempo, la expresión de emociones que realmente no se están experimentando unida a dicha actuación superficial favorece la despersonalización y afecta negativamente al logro personal (60). Sin embargo, estos efectos negativos asociados a la generación de *burnout* no se observan en la actuación en profundidad que, por el contrario, no se relaciona con el agotamiento emocional, sino con la satisfacción con los pacientes (59, 60). Del mismo modo, la regulación automática en el contexto del trabajo emocional favorece que no aparezca agotamiento emocional y, además, no conlleva un esfuerzo o coste psicológico (59). Estas relaciones se han observado ante todo en entornos de trabajo donde existen normas que guían la actuación de los médicos hacia la expresión de emociones positivas (59). Por lo tanto, ante situaciones donde existe un requerimiento de expresión de emociones positivas, la regulación automática, promueve el bienestar del personal sanitario mientras que, la actuación superficial tiende a reducir dicho bienestar. Estos resultados podrían explicarse por la expresión natural, o sentida, de las emociones positivas en el caso de la regulación automática, que generaría resultados positivos en las relaciones interpersonales, mientras que el coste psicológico de la actuación superficial y la contradicción entre las emociones sentidas y expresadas de este tipo de estrategia explicaría la influencia negativa de ésta en el bienestar psicológico (59, 60).

Estos resultados no se han replicado completamente en el personal de enfermería. Diefendorff y colaboradores (61) observaron relaciones más complejas entre las estrategias de regulación en la labor social de las enfermeras y el bienestar. En su investigación, se observó que los niveles de *burnout* se relacionaban con altas expectativas compartidas en el lugar de trabajo sobre la expresión de emociones, pero sólo a través de la percepción individual de dichas normas, la cual, dependía de las estrategias de actuación superficial y profunda (61). Por tanto, la actuación en profundidad también se encontraba relacionada con efectos negativos en el bienestar, a diferencia de los profesionales médicos. En el caso de la satisfacción laboral de las enfermeras, las reglas compartidas sobre la expresión de emociones influían de manera negativa, mientras la percepción a nivel individual se encontraba mediada por las estrategias de regulación, estando

la actuación superficial relacionada negativamente con la satisfacción laboral y la actuación en profundidad positivamente, en línea con los resultados obtenidos en población médica (61). En cuanto a la estrategia de regulación utilizada en función de la valencia de la emoción elicitada, se observó que en situaciones donde existían altos niveles requerimientos en la expresión de emociones, el afecto negativo se relacionaba con la actuación superficial y el afecto positivo con la actuación en profundidad (61).

Del mismo modo que las estrategias de regulación en el trabajo emocional, las habilidades y competencias comunicativas se han mostrado eficaces en la generación de bienestar en médicos. Así, se ha demostrado cómo las altas habilidades en el manejo del proceso comunicativo, reducen las posibilidades de experimentar la despersonalización asociada al *burnout* y favorecen eficacia profesional (v.g. 60)

Además de sus efectos en los profesionales, el impacto del manejo de las emociones en la comunicación entre el personal sanitario y los pacientes ha sido estudiado en su influencia sobre el bienestar de estos últimos. En este sentido, se ha mostrado un interés creciente en el conocimiento sobre cómo afectan la muestra de señales emocionales y de preocupación por parte de los pacientes en las interacciones médico-paciente (v.g. 62, 63) y con otros profesionales sanitarios (v.g., 5, 64). Así, se han propuesto nuevas metodologías de medida de estas variables, (v.g., 65, 66) para estudiar su influencia, prioritariamente, en los efectos de los procesos comunicativos.

Algunas investigaciones sugieren que, en un primer momento, el elicitar emociones en los pacientes y las respuestas empáticas de los médicos a las mismas se relacionan con un aumento de la ansiedad de los pacientes posterior a la consulta (62, 63). Estos resultados han sido analizados con mayor profundidad encontrando diferencias individuales (62, 63). Por ejemplo, Smith et al. (63) observaron diferencias en la ansiedad post-consulta de los pacientes según los niveles de ansiedad iniciales y el número de claves emocionales elicidadas. Así, aquellos pacientes con niveles de ansiedad inicial más altos, mostraban más emociones negativas (63). Estos autores proponen como hipótesis explicativa que la empatía

y atención mostrada por los médicos no ayuda a los pacientes a reducir el nivel de ansiedad, dado que no les da claves sobre cómo manejarla. Por otro lado, la literatura científica al respecto ha sugerido que el efecto interpersonal puede estar mediado por el nivel de autenticidad detectado en la expresión emocional observada (67) así como la elicitación de sentimientos de afiliación, cooperación y entendimiento (68) y los procesos de contagio emocional (69). En este sentido, Brotheridge y Lee (67), sugieren que una actuación superficial en la modificación de las emociones implicaría la falta de autenticidad en su expresión (70) lo que estaría relacionado con la presencia de respuestas aversivas por parte de los receptores de dicha emoción. La investigación realizada por Rafaeli y Sutton (71) demostró como los receptores de expresiones emocionales no auténticas interpretaron dicha percepción como intentos calculados de control de la situación de interacción. Asimismo, estudios relativamente recientes demostraron no sólo una relación significativa entre reevaluación emocional y autenticidad de la expresión propia (72), sino la existencia de un efecto interpersonal que la supresión o la reevaluación emocional puede provocar en el otro (73), y en concreto en población médica (5). En este sentido, a través de estos dos estudios experimentales se demostró como aquellas personas que suprimían las emociones provocaron una serie de efectos negativos en su compañero relacionados con sentimientos de falta de compenetración, comprensión, vitalidad, bienestar psicológico, y eficacia profesional, junto con un aumento del agotamiento emocional, cinismo y de la presión sanguínea. Por otro lado, en la medida en que las estrategias de reevaluación cognitiva y de actuación en profundidad producen un cambio total de la experiencia subjetiva de la emoción, la persona manifestará una expresión auténtica, que generará a su vez altos niveles de comprensión y entendimiento interpersonal (74, 75) y mayor sensación de eficacia profesional (68). Basado en la literatura sobre necesidades de afiliación, la expresión de emociones auténticas durante los procesos de interacción social produce un aumento en los niveles de satisfacción interpersonal y comportamiento altruista (76, 77). Asimismo, algunos estudios indican como la expresión de emociones positivas auténticas aumenta la probabilidad de que el compañero muestre un feedback emocional positivo (26, 78).



Muy probablemente, el constructo de contagio emocional (69), formulado como constructo explicativo de los procesos de refuerzo generados en las situaciones de interacción social, también pueda estar relacionado con estos efectos interpersonales. Basados en estas mismas investigaciones, Bakker y Schaufeli (79) demostraron la existencia de procesos de contagio en el desgaste profesional, incluso específicamente con población médica (80), por lo que el enfoque interpersonal en el estudio del constructo resulta apropiado y significativo.

## Conclusiones

A partir de los estudios revisados se observa que las estrategias de regulación emocional se relacionan con diversos efectos en la salud, el bienestar, el rendimiento y otros procesos psicológicos. No obstante, las consecuencias de las distintas estrategias y su efectividad pueden variar tanto entre personas como entre situaciones.

En líneas generales, las estrategias de afrontamiento activo y racional previenen el desgaste profesional o *burnout*. Es conveniente utilizar generalmente estrategias de reevaluación en lugar de supresión. Así como estrategias de actuación profunda (versus actuación superficial), sobre todo en médicos, y de regulación automática para el personal sanitario en general. Por otro lado, las habilidades de comunicación y de autenticidad en la expresión de la emoción mejoran las relaciones tanto profesional sanitario-paciente, como con otros profesionales sanitarios, facilitando los procesos de regulación emocional que benefician la salud. Y finalmente en relación a la empatía y la expresión de emociones, como puede ser en el caso de la comunicación de malas noticias, ésta sería beneficiosa si el profesional ofrece, además de una expresión emocional auténtica, claves sobre cómo manejar las emociones, para evitar un posible efecto negativo de la empatía mediante la elicitación de emociones negativas en los pacientes.

Sería por tanto conveniente introducir programas de entrenamiento específicos en regulación emocional y habilidades de comunicación para que el nivel de ajuste a la emoción necesaria sea máximo, alcanzando en el mejor de los casos, un proceso de regulación automática que

no sólo evitaría el desgaste emocional de los profesionales sanitarios sino que favorecería los procesos de entendimiento, sincronía y afiliación tanto con los compañeros como con el paciente, redundando en un aumento de la satisfacción profesional y de mejora en la calidad del servicio.

## Referencias

1. Dyrbye, L. N., y Shanafelt, T. D. (2011). Physician burnout: A potential threat to successful health care reform. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 305(19), 2009-2010.
2. Murphy J, Chang H, Montgomery JE, Rogers WH y Safran DG (2001). The quality of physician-patient relationships. Patients' experiences 1996-1999. *Journal of family practice* 50 (2), 123-129.
3. Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B., y Monteiro, M. J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 205-215.
4. Mingote, JC., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., Gálvez, M., Ruiz-López, P. (2009). Psychometric validation of the Spanish version of the Patient- Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(2), 61-122.
5. Rodríguez-Carvajal, R. (2007). *Regulación emocional y procesos de interacción social en el burnout médico*. Ediciones Universidad Autónoma, Madrid.
6. Linzer, M., Visser, M. R., Oort, F. J., Smets, E. M., McMurray, J. E., y de Haes, H. C. (2001). Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *American Journal of Medicine*, 111, 170-175.
7. Moreno, B., Gálvez, M., Garrosa, E., Mingote, JC. (2006). New proposals for evaluating burnout: the specific evaluation of professional medical burnout. *Aten Primaria*, 38(10), 544-9.
8. Schaufeli, W. B. y Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor y Francis Ltd.
9. León, J.M., Gómez, A. y Durán, M.C. (1990). Estrés ocupacional en profesionales de salud. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 1 (1), 41-50.

10. Gálvez, M. (2006). *El desgaste profesional médico: evaluación específica, la personalidad positiva como recurso y propuestas de prevención*. Tesis doctoral publicada por la Universidad Autónoma de Madrid.
11. Gundersen, L. (2001). Physician burnout. *Annals of Internal Medicine*, 135, 145-48.
12. Gross, J. J., & Barrett, L. F. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion Review*, 3(1), 8-16.
13. Russell, J. A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 110(1), 145-172.
14. Frijda, N. H., y Mesquita, B. (1994). The social roles and functions of emotions. In S. Kitayama y H. R. Markus (Eds.), *Emotion and culture: Empirical studies of mutual influence: 51-87*. Washington, DC: American Psychological Association.
15. Grandey, A.A. (2000) Emotion Regulation in the Workplace: A New Way to Conceptualize Emotional Labor. *Journal of Occupational Health Psychology*. Vol.5, 1,95-110.
16. George, J.M. y Brief, A.P. (1996). Motivational Agendas in the Workplace: The Effects of Feelings on Focus of Attention and Work Motivation. *Research in Organizational Behaviour* 18, 75-109.
17. Weiss, H.M. y Cropanzano, R. (1996). Affective Events Theory: A Theoretical Discussion of the Structure, Causes and Consequences of Affective Experiences at Work. *Research in Organizational Behaviour*, 18. 1-74.
18. Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (eds.): *Emotional development and emotional intelligence: educational applications (pp. 3-31)*. New York: Basic Books.
19. Hochschild, A.R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feelings*. Berkeley: University of California Press.
20. Gross, J.J. y John , O.P. (1998). Mapping the Domain of Expressivity : Multimethod Evidence for a Hierarchical Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 170-191.
21. Lazarus, R.S., Ericksen, C.W., Fonda, C.P. (1951). Personality dynamics and auditory perceptual recognition. *Journal of Personality*. 19, 471-482.
22. Lazarus, R.S. y Longo, N. (1953). The consistency of psychological defenses against stress. *Journal of Abnormal & Social Psychology*. 48(4), 495-499.
23. Weinberger, D.A: (1990). The construct validity of the repressive coping style. In J.L. Singer (Ed.) *Repression and dissociation: implications for personality theory, psychopathology, and health* (pp. 337-386). Chicago: University of Chicago Press.
24. Weinberger, D.A., Schwartz, G.E., Davidson, R.J. (1979). Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: psychometric patterns and behavioural and physiological responses to stress. *Journal of abnormal psychology*, 88, 369-380.
25. Pennebaker, J.W. (1994). *El arte de confiar en los demás*. Madrid: Alianza.
26. Côté, S. (2005). A social interaction model of the effects of emotion regulation on work strain. *Academy of Management Review*, 30, 509-530.
27. Gross, J.J. (1998a). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
28. Lazarus, R. S., & Alfert, E. (1964). Short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 195-205.
29. Gross, J. J., Richards, J. M., y John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. In D. K. Snyder, J. Simpson, y J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 13-35). Washington, DC: American Psychological Association.
30. Gross, J. J., y Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970-986.
31. Jones, H. E. (1950). *The study of patterns of emotional expression*. New York, NY, US: McGraw-Hill.



32. DePaulo, B. M., Kashy, D. A., Kirkendol, S. E., Wyer, M. M., & Epstein, J. A. (1996). Lying in everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(5), 979-995.
33. Moreno-Jiménez, B., Gálvez, M., Rodríguez-Carvajal, R., Garrosa, E. (2010). Emociones y salud en el trabajo: análisis del constructo "trabajo emocional" y propuesta de evaluación. *Revista Latinoamericana de Psicología, 42*(1), 63-73.
34. Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being. A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management, 12*, 237-268.
35. Finset, A., & Mjaaland, T. A. (2009). The medical consultation viewed as a value chain: A neurobehavioral approach to emotion regulation in doctor-patient interaction. *Patient Education and Counseling, 74*(3), 323-330.
36. Karademas, E. C., Tsalikou, C., y Tallarou, M. (2011). The impact of emotion regulation and illness-focused coping strategies on the relation of illness-related negative emotions to subjective health. *Journal of Health Psychology, 16*(3), 510-519.
37. Troy, A. S., Wilhelm, F. H., Shallcross, A. J., y Mauss, I. B. (2010). Seeing the silver lining: Cognitive reappraisal ability moderates the relationship between stress and depressive symptoms. *Emotion, 10*(6), 783-795.
38. Côté, S., Gyurak, A., y Levenson, R. W. (2010). The ability to regulate emotion is associated with greater well-being, income, and socioeconomic status. *Emotion, 10*(6), 923-933.
39. Haga, S. M., Kraft, P., y Corby, E. (2009). Emotion regulation: Antecedents and well-being outcomes of cognitive reappraisal and expressive suppression in cross-cultural samples. *Journal of Happiness Studies, 10*(3), 271-291.
40. Quidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., y Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences, 49*(5), 368-373.
41. Erk, S., von Kalckreuth, A., y Walter, H. (2010). Neural long-term effects of emotion regulation on episodic memory processes. *Neuropsychologia, 48*(4), 989-996.
42. Schmeichel, B. J. (2007). Attention control, memory updating, and emotion regulation temporarily reduce the capacity for executive control. *Journal of Experimental Psychology: General, 136*(2), 241-255.
43. Schmeichel, B. J., y Demaree, H. A. (2010). Working memory capacity and spontaneous emotion regulation: High capacity predicts self-enhancement in response to negative feedback. *Emotion, 10*(5), 739-744.
44. Raftery, J. N., y Bizer, G. Y. (2009). Negative feedback and performance: The moderating effect of emotion regulation. *Personality and Individual Differences, 47*(5), 481-486.
45. Wallace, J. C., Edwards, B. D., Shull, A., y Finch, D. M. (2009). Examining the consequences in the tendency to suppress and reappraise emotions on task-related job performance. *Human Performance, 22*(1), 23-43.
46. Trougakos, J. P., Jackson, C. L., y Beal, D. J. (2011). Service without a smile: Comparing the consequences of neutral and positive display rules. *Journal of Applied Psychology, 96*(2), 350-362.
47. Diefendorff, J. M., Richard, E. M., y Yang, J. (2008). Linking emotion regulation strategies to affective events and negative emotions at work. *Journal of Vocational Behavior, 73*(3), 498-508.
48. Augustine, A. A., y Hemenover, S. H. (2009). On the relative effectiveness of affect regulation strategies: A meta-analysis. *Cognition and Emotion, 23*(6), 1181-1220.
49. Schwartz, G.E. (1990). Psychobiology of repression and health: a systems approach. In: J.L. Singer (Ed.). *Repression and dissociation: implications for personality theory, psychopathology and health* (pp. 405-434). Chicago: University of Chicago Press.
50. Pennebaker, J.W., Gonder-Frederick, L., Stewart, H., Elfman, L. y Skelton, J. (1982). Physical symptoms associated with blood pressure. *Psychophysiology, 19*, 201-210.
51. John, O.P. y Gross, J.J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality

- processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1333.
52. Gross, J.J. (1998b). Antecedent and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
  53. Gross, J.J, y Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 351-372). New York: Guilford Press.
  54. Nezlek, J. B., y Kuppens, P. (2008). Regulating positive and negative emotions in daily life. *Journal of Personality*, 76(3), 561-579.
  55. Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T., y Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 389-394.
  56. Dalgleish, T., Yiend, J., Schweizer, S., y Dunn, B. D. (2009). Ironic effects of emotion suppression when recounting distressing memories. *Emotion*, 9(5), 744-749.
  57. Decety, J., Yang, C., y Cheng, Y. (2010). Physicians down-regulate their pain empathy response: An event-related brain potential study. *NeuroImage*, 50(4), 1676-1682.
  58. Desauw, A., Christophe, V., Antoine, P., Cattan, S., y Nandrino, J. (2009). Quelle perception les praticiens ont-ils de l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie? analyse qualitative du vécu et des stratégies de régulation émotionnelle. / what is the physicians' perception on giving bad news in oncology? qualitative analysis of the emotional experience and emotional regulation strategies. *Psycho-Oncologie*, 3(3), 134-139.
  59. Martínez-Iñigo, D., Totterdell, P., Alcover, C. M., y Holman, D. (2007). Emotional labour and emotional exhaustion: Interpersonal and intrapersonal mechanisms. *Work y Stress*, 21(1), 30-47.
  60. Lee, R. T., Lovell, B. L., y Brotheridge, C. M. (2010). Tenderness and steadiness: Relating job and interpersonal demands and resources with burnout and physical symptoms of stress in canadian physicians. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(9), 2319-2342.
  61. Diefendorff, J. M., Erickson, R. J., Grandey, A. A., y Dahling, J. J. (2011). Emotional display rules as work unit norms: A multilevel analysis of emotional labor among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(2), 170-186.
  62. Graugaard, P. K., y Finset, A. (2000). Trait anxiety and reactions to patient-centered and doctor-centered styles of communication: An experimental study. *Psychosomatic Medicine*, 62(1), 33-39.
  63. Smith, A., Juraskova, I., Butow, P., Miguel, C., Lopez, A., Chang, S. y Bernhard, J. (2011). Sharing vs. Caring—The relative impact of sharing decisions versus managing emotions on patient outcomes. *Patient Education and Counseling*, 82(2), 233-239.
  64. Oguchi, M., Jansen, J., Butow, P., Colagiuri, B., Divine, R., y Dhillon, H. (2011). Measuring the impact of nurse cue-response behaviour on cancer patients' emotional cues. *Patient Education and Counseling*, 82(2), 163-168.
  65. Fletcher, I., Mazzi, M., y Nuebling, M. (2011). When coders are reliable: The application of three measures to assess inter-rater reliability/agreement with doctor-patient communication data coded with the VR-CoDES. *Patient Education and Counseling*, 82(3), 341-345.
  66. Zimmermann, C., Del Piccolo, L., Bensing, J., Bergvik, S., De Haes, H., Eide, H., Finset, A. (2011). Coding patient emotional cues and concerns in medical consultations: The verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES). *Patient Education and Counseling*, 82(2), 141-148.
  67. Brotheridge, C.M. y Lee, R.J. (2002). Testing a conservation of resources model of the dynamics of emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*. 7(1), 57-67
  68. Zapf, D. y Holz, M. (2006). On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *European Journal of work and organizational psychology*, 15(1), 1-28.
  69. Hatfield, E., Cacioppo, J. y Rapson, R. (1994). *Emotional Contagion*. New York: Cambridge University Press.



70. Erickson, R. y Wharton, A.S. (1997). Inauthenticity and depression: Assessing the consequences of interactive service work. *Work and Occupations*. Vol 24(2), May 1997, pp. 188-213.
71. Raffaelli, A, y Sutton, R.I. (1989). The Expression of Emotion in Organizational Life: *Research In Organizational Behavior* 11, 1-42.
72. Gross, J.J. y John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
73. Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. W., Smith, N. C., Erickson, E. A., y Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3, 48-67.
74. Klein, J.D., y Pridemore, D.R. (1992). Effects of cooperative learning and need for affiliation on performance, time on task and satisfaction. *Educational Technology Research and Development*. 40(4), 39-47.
75. Sonnentag, S. (2000). Excellent performance: the role of communication and cooperation processes. *Applied Psychology: An International Review. Special Issue: Work motivation: Theory, research and practice*, 49(3), 483-497.
76. Bierhoff, H. W. (1990). *Psychologie hilfreichen Verhaltens (Psychology of helpful behaviour)*. Stuttgart, Germany: Kohlhammer.
77. Hill, C. A. (1987). Affiliation motivation: People who need people but in different ways. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1008- 1018.
78. Wiemann, J. M., y Giles, H. (1997). Interpersonale Kommunikation (Interpersonal communication). In W. Stroebe, M. Hewstone, y G. M. Stephenson (Eds.), *Sozialpsychologie. Eine Einführung* (3rd ed., p. 331-361). Berlin, Germany: Springer.
79. Bakker, A.B., Schaufeli, W. (2000). Burnout contagion processes among teachers. *Journal of Applied Social Psychology*. 30(11), 2289-2308.
80. Le Blanc, P.M., Bakker, A.B., Peeters, M.W., van Heesch, N.C.A., Schaufeli, W.B. (2001). Emotional job demands and burnout among oncology care providers. *Anxiety, Stress y Coping: An International Journal*. 14(3), 243-263.

### Correspondencia

Raquel Rodríguez-Carvajal  
Universidad Autónoma de Madrid  
Despacho 35 Módulo I Facultad de Psicología  
C/ Iván Pavlov 6 • 28049 Madrid  
Tel.: 91.497.5122 • Fax: 91.497.6409 • raquel.rodriguez@uam.es

- Recibido: 11-7-11.
- Aprobado: 22-9-11.

# El enfermo mental espera respeto del profesional.

## Varios ejemplos

### *Mental patients's expect respect by professionals. A few examples*

Juan Gérvas y Mercedes Pérez Fernández.

Médicos generales, Equipo CESCA, Madrid.

**Resumen:** Los pacientes con enfermedades mentales son personas por lo demás, y como tales merecen respeto y dignidad en su trato con los profesionales de la salud. Respeto, por ejemplo, para evitar su visión como simples “enfermos de”, para no despertar ni temor ni miedo, para ser valorados también en sus virtudes y habilidades, para ser tratados con cortesía y para ver respetados sus sentimientos. Sobre estos cinco ejemplos se hacen consideraciones que justifican la atención humana, científica y respetuosa tanto al paciente como a sus familiares.

**Abstract:** Patients with mental diseases are persons, apart from their illness. As persons they deserve respect and dignity in their relationship with health professionals. For example, respect no to be seeing as “patients of”, not to arouse fear, to highlight their virtues and skills, to be treated with courtesy and to respect their feelings. All these five examples are considered to justify a kind of care with patients and their relatives full of science, humanity and respect.

**Palabras clave:** Relación profesional-paciente. Comunicación profesional-paciente. Derechos humanos. Salud mental. Dignidad y cortesía clínica.

**Key words:** Health professionals-patients relationship. Communication professional-patient. Human rights. Mental health. Clinical dignity and courtesy.

### Introducción

La enfermedad mental se ha movido entre el rechazo y la adoración. Así, los enfermos mentales pueden haber sido vistos como mensajeros de los dioses, “tocados” por la divinidad y por ello acogidos, adorados y reverenciados, o, al contrario, “abducidos” por demonios y por ello rechazados, peligrosos y temidos, necesitados de exorcismo. Con los enfermos mentales van sus familiares pues el trastorno mental parece afectar al grupo y suele afianzar los lazos en la familia, como forma de proteger al miembro más débil, y ellos también han vivido el dilema rechazo-adoración.

No podemos definir con precisión qué sea enfermedad mental, pero gran parte de la enfermedad

mental es cuestión puramente sociológica. Por ejemplo, si el consumo de alcohol (una conducta social) fuera considerado enfermedad mental, gran parte de la población española se vería incluida en esta categoría. No es un ejemplo al azar ya que la homosexualidad (una conducta sexual) fue considerada enfermedad mental hasta hace muy poco, y sometida a tratamientos farmacológicos peligrosos, y al rechazo social.

Lo que sea enfermedad mental depende, pues, de lo que se acepte como comportamiento “normal” en cada cultura. En la actualidad los médicos psiquiatras tienen gran poder para definir entidades como enfermedades, y así cabe etiquetar, por ejemplo, a las variaciones casi fisiológicas del

ánimo como “trastorno bipolar”, o a los desánimos como “angustia”, o la inquietud de los escolares como “trastorno por déficit de atención con hiperactividad”, o las pérdidas de memoria de la ancianidad como “pre-Alzheimer”. Recibir tales etiquetas no es baladí pues conlleva un “reconocimiento social” de enfermedad mental, un tratamiento farmacológico y muchas cosas más, como inclusión en un grupo segregado, beneficios y perjuicios laborales y otros.

Una vez se tiene la etiqueta, cierta o falsa, médica o social, de enfermo mental, ¿qué esperan el paciente y sus familiares del profesional?

### **“No soy un esquizofrénico, sino un paciente con esquizofrenia”**

El enfermo mental es persona con todos los derechos legales y morales. Merece por ello el máximo respeto. Su enfermedad es sólo una característica, no su esencia. Lo dicen muy bien algunos pacientes:

*Soy una persona humana, doctor- dice mirando de medio lado el paciente que acaba de contar una alucinación auditiva.*

*Por supuesto, eres humano como todas las personas, pero además una bella persona- le responde el médico psiquiatra.*

Tal diálogo es posible, pero no frecuente, por desgracia. Muchas veces los profesionales no reconocemos al paciente como portador de derechos, no se nos ocurre incluirlo entre las “bellas personas”. Muchas veces el paciente es sólo un drogadicto, un esquizofrénico, un autista, un síndrome de Down, una depresiva, un bipolar, un Alzheimer...como si la enfermedad concediese ciudadanía y hubiera ciudadanos del Reino de la Esquizofrenia o del Marquesado de la Depresión, o de la República del Autismo, o del Condado de Alzheimer.

Lo dicen bien:

*A veces parece que me domina el coco, éste que no controlo, pero yo soy yo, yo soy el que soy, sólo cambio un poco- dice un paranoico de su delirio.*

*Tú eres tú siempre. Un tú distinto y especial, un tú muy importante para la sociedad, para tus familiares y para los profesionales que te aten-*

*demos. Todos tenemos dentro “cocos” que no controlamos- contesta la enfermera.*

Tal diálogo es posible, pero no es frecuente, por desgracia. Muchas veces los profesionales no reconocemos al individuo sino a su enfermedad. Pero la enfermedad no es más que un estado cambiante mal definido que cada paciente, cada familia, cada cultura y cada sociedad vive de una manera distinta.

No hay, pues, una República del Autismo con ciudadanos autistas, sino un niño con autismo y una familia en la que un niño tiene autismo. No hay enfermedades sino enfermos, como bien dijo el clásico. Los pacientes no se pueden “reducir” a su enfermedad. En el ejemplo anterior, el niño autista puede ser también un artista, puede ser un niño sensible (muy sensible), puede ser incluso un genio, puede ser un buen hermano, puede ser una bella persona. Tiene autismo, sí, pero no se reduce a “ser un autista”.

### **“No me temas, sólo soy un enfermo”**

La enfermedad mental asusta muchas veces. No es sólo la agresividad de algunos enfermos mentales, sino el miedo atávico al “otro”, al que nos demuestra nuestra propia fragilidad, lo artificial de la “normalidad”. Pero si se respeta al paciente, el paciente suele respetarnos. Y cuando se respeta a una persona en pie de igualdad, no hay miedo ni temor en la relación.

*Esa residente nueva me tiene miedo- dice un paciente adulto con síndrome de Down.*

*No es miedo de ti, es miedo de ella misma pues le falta de experiencia. Es nueva. Le da miedo saberse indefensa, no saber cómo reaccionar- responde la limpiadora.*

Los enfermos mentales no son más peligrosos que los viandantes con los que nos cruzamos en la acera. Su mayor agresividad es contra ellos mismos. El miedo hay que tenerlo al suicidio, en que acaba más de un paciente con depresión, por ejemplo.

Por supuesto, la infrecuente agresión del paciente esquizofrénico que causa incluso muertos sale en todos los medios de comunicación. Se hacen eco de ese “tener miedo” social. Pero los enfermos mentales son sobre todo enfermos; es decir, personas frágiles, personas que se sienten

amenazadas en sus expectativas vitales, personas desvalidas, personas doloridas, personas desconcertadas, personas confundidas, personas perplejas.

¿Cómo tener miedo al que sufre, si somos especialistas en el sufrimiento? ¿Qué otra cosa es la Medicina sino el arte y la ciencia de ayudar ante el dolor, de dar consuelo ante el sufrimiento mental y físico, de acompañar en la muerte? Cuadra mal el miedo al enfermo mental, que expresa falta de respeto y que lleva a que nos falten el respeto.

*No me temas, ayúdame*-grita el paciente oponiéndose a la camisa de fuerza.

*Te ayudo, hermano, te ayudo. Me rompe el alma escucharte. Es sólo un momento, seré cuidadoso para no hacerte daño. Y si te hago daño es menos del que tú puedes hacerte a ti mismo*-dice el técnico.

Tal diálogo es posible, pero no es frecuente, por desgracia. Al enfermo mental se le teme, y con el temor se le maltrata. A veces, incluso ni se le habla, ni se le explica, ni se le pide consentimiento. Se le teme, y basta.

El enfermo mental no lo entiende, se siente persona, quiere el trato que merece, no el que le dan a veces. El enfermo mental se siente frágil, desamparado y dolorido, nunca creería que puede causar miedo, y por ello le asombra nuestro temor. Tener miedo es perder el control pues lleva a reaccionar en exceso. Tener miedo rompe toda la confianza y anula las relaciones humanas. Tener miedo quita seguridad, impide la confianza. Donde hay miedo no hay cariño, ni afecto, ni empatía. Donde hay miedo no hay ni humanidad ni trato digno.

### **“Valórame, algo bueno tendré”**

Los enfermos mentales son personas tan complejas como las normales (si se pudiera distinguir ambos grupos). Van del deseo de vivir al de morir, en tobogán. Tienen amor y odio, más de lo primero. Quieren sexo como quieren comer, a veces. Son inteligentes, pero no siempre se les nota. Quieren y a veces odian. Tienen ramalazos de santos, y de demonios. Tienen cultura, incluso siendo analfabetos.

Los enfermos mentales son tan complejos como los profesionales. Todos controlamos con dificul-

tad nuestras contradicciones, todos somos a veces absurdos, con una lógica interna que nadie entiende (a veces, ni nosotros mismos). Pero todos tenemos un lado bueno, un “perfil” agradable. Sólo hay que quererlo ver, sólo hay que abrir el corazón.

*¿Leyó la poesía que escribí?*- pregunta ansiosa la paciente con anorexia.

*La leí. Me emocionó como cuando leí las primeras poesías, de adolescente. Tienes que cultivarte, tienes que leer a otros poetas. Si puedes, deberías ir a alguna lectura de poesías. Entra en Internet, que hay grupos. Ya lo comentaré con tus padres*- contesta la médica psiquiatra.

Tal diálogo es posible, pero no es frecuente, por desgracia. Las poesías de los pacientes son muchas veces como las nuestras, de poca calidad. Sin embargo, les permiten expresarse, y siempre cabe el mejorar. En esas pequeñas cosas ponemos grandes ilusiones; puede ser una poesía, un cuadro, un chal de punto, cualquier cosa que transmite lo que a veces no sabemos decir de otra manera.

Los pacientes siempre tienen al menos una virtud, una habilidad, una capacidad, una gracia, una aptitud, una maña, o un ingenio. Es cuestión de querer verlo, es cuestión de abrir el corazón. Valorar la parte buena provoca más bondad. Valorar una habilidad nos hace habilidosos. Valorar una capacidad nos hace competentes. Valorar las virtudes de un paciente lo hace virtuoso.

Lo bueno de nosotros es un diamante en bruto, conviene pulirlo. Los pacientes agradecen ese reconocimiento y esa valoración de su parte positiva. No todo son problemas, no todo son disgustos, no todo son dificultades. El paciente mental ya sabe que a veces “pisa la raya”, ya sabe que tiene un comportamiento que crea problemas sociales y de convivencia, pero también se sabe minusvalorado, como si fuera un diamante que no valiera la pena pulir. Nadie es enteramente un problema, nadie es enteramente malo, nadie es enteramente despreciable. Todos somos mezclas, combinaciones únicas de bondad y maldad. Y cuando estamos enfermos, cuando perdemos nuestra seguridad, conviene que los profesionales sepan apreciar lo que de buenos, ingeniosos y habilidosos tenemos todos.

Las familias de los enfermos mentales también tienen cosas buenas. No son “una panda de tarados”. Tienen un problema de salud, con un miembro enfermo, pero si se explora un poco en cada familia hay también de qué admirarse, a veces del propio cuidado amoroso del enfermo, y conviene identificarlo, reconocerlo y valorarlo. Los familiares son aliados de los profesionales, y los aliados se estiman, se aprecian y valoran lo que de bueno tienen en común y por separado.

### “Trátame con cortesía”

No hay lugares elegantes, sino personas que lo son. Da lo mismo estar en un palacio o en una chabola, en planta en el hospital, en urgencias o en un centro de salud. La cortesía abre las puertas y los corazones. Recibir de pie en la puerta del despacho con un estrechón de mano, con una sonrisa y presentándonos hace que los pacientes pasen a otro “plano”. Al plano del profesional educado. Cabe imaginar que tal trato no es frecuente, por ejemplo con un drogadicto descuidado, sucio y mal oliente.

*¡Parece que te la coges con papel de fumar, señorita! ¡Ni que fuera yo un mandamás! ¡Si soy sólo basura!-* dice el drogadicto.

*Eres sagrado como persona. Eres capaz de lo sublime y de lo infame. Te mereces toda mi consideración. ¡Pero saca ya tu mano de mi bolso, por favor, que el monedero lo dejo en la taquilla!-* responde la psicóloga.

Tal diálogo es posible, pero no es frecuente, por desgracia. La cortesía en el trato es una forma de consideración. Es una forma de expresar el respeto que nos debemos a nosotros mismos y a nuestros pacientes. Pero hemos visto incluso lo contrario, por ejemplo, en urgencias, con esos pacientes tipo alcohólico y vagabundo, sucio y maloliente.

El enfermo mental puede llegar a perder su “humanidad”, como en algunos manicomios, o en otros lugares de encierro, pero también en la calle, cuando se convierte en vagabundo y corre peligro de muerte (de ser asesinado en nombre de ideologías de extrema derecha, o de simple orgía de violencia). Pero el paciente siempre es humano, siempre merece el trato cortés. Cortesía no implica distancia, y muchas veces el “usted” es mucho más democrático que el “tú”. Preguntarle

al paciente cómo quiere ser llamado no cuesta nada: Don Pepe, José, Sr. García, Pepito... ¿tanto cuesta dar ese gusto, hacerle ver al paciente que sigue mereciendo un trato digno y cortés? Lo cortés no quita lo valiente, dice el refrán, y lo cortés no impide el buen trabajo clínico. Las cosas se pueden pedir por favor con más persuasión que si se “mandan”.

Por ejemplo, no puede haber en la consulta personas extrañas (estudiantes y residentes) sin que se pida el consentimiento al enfermo y a los familiares. Lo mismo si el paciente está ingresado que en urgencias o en el ambulatorio o centro de salud. Por lo mismo, las interrupciones por llamadas de teléfono y otras también son faltas de cortesía, y rompen la dinámica del encuentro profesional-paciente.

El trato exquisito ayuda a mejorar las relaciones, especialmente si sabemos adaptar la cortesía a la cultura del paciente. Las normas de buenas costumbres son distintas en regiones y países distintos, y conviene saberlo. Por ejemplo, no cuesta nada aprender las fórmulas más habituales de bienvenida y despedida en otros idiomas, si hay pacientes extranjeros.

La cortesía no es sólo etiqueta, sino formulación cuidadosa de preguntas, por ejemplo, para no ofender ni molestar innecesariamente.

La cortesía se aplica al paciente y a sus familiares. Por ello es fundamental, por ejemplo, un tiempo y un lugar acogedor para transmitir noticias importantes (a evitar que se haga en un pasillo desangelado, de pie y con prisas). Es tan simple como presentarse apropiadamente, especialmente cuando se trata de un nuevo profesional.

Medicina basada en la cortesía, tan importante como medicina basada en pruebas científicas.

### “Respetar mis sentimientos”

A lo biológico e intelectual se le suma lo sentimental, en los enfermos y en los sanos. Dada la fragilidad que conlleva la enfermedad es esperable encontrar sentimientos a flor de piel en los enfermos mentales. A veces no los expresan, pero hay que verlos. Verlos es visualizarlos para vibrar con ellos.

*Me gusta Marta-* dice, apocado y pícaro, un adolescente con síndrome de Down.

*¿Te has dado cuenta de lo que vale? ¡Es la chica más buena de la clase, y muy inteligente! Pero en estas cosas tienes que ser delicado, que los varones sois muy brutos-* le contesta la maestra de educación especial.

Los enfermos mentales también aman. Aman en todos los sentidos, de amor entre sexos y con propósitos sexuales, de amor de amistad y cariño, y de amor de familia y unión. Es natural.

Los sentimientos superan las barreras de la enfermedad. Por ello pueden abrirnos el alma del que sufre, y llegar a lo más íntimo, más allá del deterioro cognitivo. Al respetar las emociones, al tratar dignamente los sentimientos, el profesional reconoce al enfermo como persona, como ser más allá de su enfermedad, que no todo anula.

*Te quiero-* dice el niño autista sin hablar ni mirar a los ojos, al seleccionar un corazón, despegarlo y pegarlo en la página donde se adhiere.

*Yo también te quiero mucho-* le responde el profesor, en voz alta, y mientras dibuja en la pizarra un inmenso corazón.

Tales diálogos son posibles, pero no muy frecuentes, por desgracia. En muchos casos pareciera que el paciente no pudiera tener sentimientos, o que siempre son negativos. Sin embargo, los enfermos mentales son un manojo de sentimientos (como los sanos) que merecen respeto y consideración. Pueden ir del amor platónico al físico, casi tan irracionalmente como los sanos, y merecen el mismo respeto que estos. Los sentimientos expresan emociones y se traducen en sonrisas y lágrimas, en cambios de humor, en actitudes corporales, en formas de arreglo personal y más.

Hay sentimientos de agrado y de desagrado y todos conviene respetar. Con ellos expresamos lo más hondo, pues muchas veces no los podemos controlar. Al respetar los sentimientos, el profesional permite que el enfermo se exprese tal cual es. Conviene aceptar esas formas de ser y respetar la singularidad que expresan.

En la fragilidad del ser enfermo mental los sentimientos conviene tratarlos con gran delicadeza, con respeto exquisito. Como no suele ser así, los pacientes terminan por expresar sólo los sentimientos negativos y de desagrado, para evitar sufrir más.

*No quiero tomar esas pastillas. No me gustan. Me “cambian”.* No las tomaré- dice el niño con “trastorno por déficit de atención con hiperactividad”.

*Hablaré con tus padres y con el médico. A lo mejor podemos descansar algunos días y ver cómo te sientes. A lo mejor puedes dejar de tomar los medicamentos-* responde la psicóloga del colegio.

Los sentimientos se refieren a todas las esferas de la vida, también existen ante las pautas terapéuticas. Hay quien prefiere pastillas, quien inyecciones, quien jarabes, quien sobres, quien nada. Para analizar esos sentimientos primero hay que reconocerlos y después respetarlos. Cada paciente tiene sus valores y su “mundo interior”, sus expectativas de vida y sus frustraciones e ilusiones; mucho de ello se expresa en sentimientos.

*Estás preciosa. Estás guapísima. Te quiero. Me alegra muchísimo que hayas venido a verme. Estás preciosa. Estás guapísima. Te quiero. Me alegra muchísimo que hayas venido a verme-* repite y repite la enferma con Alzheimer.

*Me he puesto guapa para que me vea. Fíjese en el brillo de mis ojos, y en la pintura de labios. Sé que le gusta que me arregle. Así, cuando está contenta, es más fácil explorarla-* dice la médica de cabecera en su visita a domicilio, sin estar segura de que la enferme exprese “sentimientos reales”, pero práctica al comprobar su efecto cierto en la mayor colaboración de la paciente.

Nunca sabremos qué hay dentro de nadie, ni de nosotros mismos, en realidad. Pero los pacientes con enfermedades mentales no son excepción entre los humanos, y ellos también sienten y padecen, también se emocionan y conmueven.

Con los familiares sucede lo mismo. La enfermedad mental y lo que la rodea no es algo “neutro” sino por el contrario, algo fuerte, controvertido, que crea y mueve pasiones. La familia tiene sentimientos, no homogéneos ni constantes (igual que los enfermos y los sanos), y hay que identificarlos, reconocerlos y respetarlos.

## Conclusión

Los enfermos mentales merecen el respeto debido a toda persona. Son individuos con expectativas vitales, con vida interior, con sentimientos,

con valores, con virtudes y vicios, con frustraciones, con esperanzas. Los enfermos mentales quieren ser amados y respetados, como todos los demás seres humanos. No deberíamos reducirlos a habitantes de reinos de taifas, ciudadanos de la República del Autismo, por ejemplo.

*¿Sabes, hermano? Es la primera vez en mi vida de enfermo que me tratan como a un ser humano-* confiesa un paciente adulto con esquizofrenia desde la adolescencia, en el hospital donde le han ingresado por tetraplejía por compresión medular (tras el error diagnóstico de considerar todos los síntomas “quejas infundadas”).

...emocionado, con lágrimas, el hermano no contesta nada, le estrecha fuertemente, y se arrepiente de ser médico.

No hablamos desde la teoría sino desde la práctica. Por supuesto, conocemos personalmente a muchos profesionales de salud mental que son ejemplo de humanidad y ciencia. Pero son pocos los pacientes que se encuentran con tales profesionales. En muchas ocasiones lo que viven los enfermos mentales es la falta de respeto, el trato frío y distanciado, a veces incluso inhumano y degradante.

Sabemos que la comunicación amable, cálida, digna, empática, respetuosa y serena con el paciente tiene impacto positivo en su salud y genera seguridad, y eso reclamamos para el paciente con enfermedad mental.

Son muchos los enfermos mentales que tienen retrasos graves en el diagnóstico y tratamiento de sus enfermedades orgánicas, desde cáncer a compresión medular o tuberculosis. Ello es indicador, en nuestra opinión, de la “cosificación” del paciente, de su inclusión y encierro virtual en los distintos reinos de taifas mentales.

Con este texto reivindicamos al enfermo mental como persona, con su dignidad, identidad, integridad, bienestar y libertad.

## Contacto

Juan Gervas y Mercedes Pérez Fernández • Equipo CESCA, Madrid.  
jgervasc@meditex.es • mpf1945@gmail.com • www.equipoCESCA.org

- Recibido: 12-6-11.
- Aceptado: 11-8-11.

## Referencias bibliográficas

Federación Mundial de la Salud Mental. *Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales* [en línea]. 1989. Disponible en Web: [www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/declara.pdf](http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/declara.pdf)

Bültaingslöwon J, Eliassen E, Sarvimäki A, Mattson B, Hjortdahl P. Patients's views in interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Fam Pract.* 2006; 23: 210-19.

Gervas J. Trastornos mentales menores en atención primaria. La visión de un antropólogo marciano. *Escuela Médica.* 2009; 22: 25-9. Y también publicado en: *Trastornos mentales comunes: manual de orientación.* Retolaza, A. (coordinador). Madrid: Asociación Española Neuropsiquiatría; 2009. p. 341-50.

[www.equipoCESCA.org/actividades-preventivas/trastornos-mentales-menores-en-atencion-primaria-la-vision-con-una-antropologo-marciano/](http://www.equipoCESCA.org/actividades-preventivas/trastornos-mentales-menores-en-atencion-primaria-la-vision-con-una-antropologo-marciano/)

Gervas J, Pérez Fernández M, Gutiérrez Parres B. Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. *Aten Primaria.* 2009; 41: 41-44.

[www.equipoCESCA.org/uso-apropiado-de-recursos/consultas-sagradas-serenidad-en-el-apresuramiento/](http://www.equipoCESCA.org/uso-apropiado-de-recursos/consultas-sagradas-serenidad-en-el-apresuramiento/)

Neuman M, Edelhäuser F, Tauschel D et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011; 86: 996-1009.

Harassment and Discrimination faced by People with Psychosocial Disability in Health Services. A European Story (2002-2004). En [www.mhe.sme.org/our-projects/pst-projects.html](http://www.mhe.sme.org/our-projects/pst-projects.html)

# El exceso de burocracia

## *Excess bureaucracy*

Fernando Pérez del Río.

Doctor en Psicología. Proyecto Hombre, Burgos.

**Resumen:** Se analizan las consecuencias de la fuerte tendencia a burocratizar los centros asistenciales y se recomienda simplificar los protocolos y registros requeridos.

**Palabras clave:** Burocracia. Drogodependencias. Centros. Asistencial.

**Summary:** We analyse the consequences of the strong tendency to bureaucratize the welfare/social centre and it is recommended to simplify protocols and required registers.

**Key words:** Bureaucracy, drugs addiction, Social centres.

Aquella tradición de sentarse frente a un paciente que sufre y preguntarle: “¿Qué le ocurre?”, “¿Qué motivos le han traído hasta aquí?”, “Corre riesgo de desaparecer. Utilizando palabras más actuales, está a punto de extinguirse.

Según el filósofo francés Lipovetsky (2007) “El confort hipermoderno no se puede separar de una multitud de dispositivos encargados de asegurar, proteger, prevenir, minimizar los riesgos [...]. Es tiempo de la felicidad con instrucciones de uso para todos.” Ciertamente, hoy, al paciente se le ha de bombardear con una avalancha de preguntas de forma mecánica y sistemática con objeto de cumplimentar una serie de cuestionarios, protocolos, pruebas, anexos, fichas, registros de entrada, test y retest, entrevistas estructuradas y semi-estructuradas, analíticas, hojas de contacto de familiares... y un registro de satisfacción de su primera visita.

Después hay que rellenar todo lo relacionado con las normas ISO 9001:2008 (o con otras normas como la 9004 que nos ayuda a mejorar la ISO 9001:2008) y, asimismo, hay que cumplimentar la normativa APCC, la Ley de Protección de Datos y las investigaciones propias o exter-

nas que se estén realizando en ese momento, un sin fin. A todo esto se suma que la pequeña subvención que antaño se justificaba con un folio y su factura correspondiente, hoy precisa muchos más folios, la entrega de los estatutos, una memoria adaptada, cuatro anexos y un largo etcétera. ¡Ah!, y unas fotos, donde casi siempre y debido a la Ley de Protección de Datos, salen solo las espaldas de los pacientes. A todas luces se ha pasado de atesorar escasos registros a padecer una sobreabundancia de papeles, por consiguiente no es ajeno pensar que el trabajo que antes lo hacía una persona hoy requiere varias.

Además de lo expuesto, en nuestros días es frecuente que también se pida la aplicación de determinadas “guías a seguir”, que bien pueden constar de más de 30 registros a aplicar por cada paciente; todos a cumplimentar rigurosamente. Registros que en algunos casos tienen diez folios de extensión. Es decir, en total, al ordenar y sumar todos los impresos que aglutina una guía al uso, podemos llegar fácilmente a contabilizar unos 80 folios de minuciosas preguntas a rellenar diligentemente por cada usuario nuevo que entra en un dispositivo concreto.

Resulta presumible que algún usuario se pueda librar de la realización de algún que otro registro, pero eso se compensa casi siempre con otros documentos que deben ser aplicados en varios momentos durante su proceso. Finalmente, podremos obtener igualmente unos 80 folios aproximadamente por cada usuario y a esto, al mismo tiempo y entrecruzándose, se le debe agregar la propia burocracia que por necesidad esté aplicando el centro, que ya suele ser abundante. Pero la fortuna en ocasiones se tuerce aún más como la Ley de *Murphy*, en el quehacer diario vemos que incluso, dependiendo de quién los pida, se llegan a exigir los mismos datos e indicadores de formas diferentes: desglosados, juntos, yuxtapuestos, por tipos, con diseños diferentes, desmenuzados como si fuera un sudoku.

Y la pregunta frecuente, como si se tratará de un misterioso acertijo es, ¿Qué se hace con tanta información? ¿Adónde va? En principio la respuesta es simple: con tal información se realizan costosos informes, -por costosos me refiero también a económicamente-, libros rellenos de datos estadísticos muy poco atractivos para el trabajador que además suele disponer de poco tiempo para consultarlos.

Recuerdo hace años, en unas Jornadas en Palencia, la conversación de dos Educadores-monitores que tenían entre sus tareas hacer noches en un centro; tras una extensa evaluación llegaron básicamente a dos conclusiones. La primera es que de una forma muy profesional realizaban y anotaban su trabajo minuciosamente, la otra conclusión era que dedicaban tanto tiempo al cumplimiento de los protocolos y registros que ya no estaban directamente en contacto con los usuarios, es decir, dedicaban tanto tiempo a la burocracia con objeto de mantener los criterios de excelencia en calidad que ya no quedaba momento alguno para hablar con los usuarios, ya no contaban cuentos por las noches como antiguamente se hacía.

Del mismo modo y, aunque vivimos en la sociedad de las telecomunicaciones, la soledad se adueña de los ciudadanos, nuestras instituciones enmarcan certificados de calidad a costa de perder calidez y frecuencia en el trato.

Así, encontramos que la burocracia es un arma de doble filo, y en este caso pasa de ser algo necesario a convertirse en un verdadero obstáculo,

una especie de galerna que pasa por las organizaciones y las desborda con cada nueva ola. -Y es el momento de decir claramente que todo esto demora las respuestas que los pacientes urgen. Necesitándose personal extra para responder a las constantes nuevas demandas y obviamente, ese personal, siempre está en detrimento de la atención directa a los pacientes. Porque ya sabemos que al final siempre pierden los mismos.

El director de colegio que antaño daba un paseo por las instalaciones y hablaba aleatoriamente con los alumnos para sentir el pulso del momento, pasó a ser un gestor que no tiene tiempo para salir de su despacho y menos para hablar con estudiante alguno.

Muchas voces llegan a sostener que el ejercicio de implantar sistemas más burocráticos es una nueva forma de implantar la autoridad y el límite, en una sociedad precisamente con menos autoridad y límites. Los liderazgos en cuanto tales pasan a ser sustituidos por sistemas de calidad y la “agresividad”, hoy por hoy, la detectamos en el ejercicio de la aplicación de la propia burocracia. Una burocracia que llega a ser en ocasiones asfixiante.

Hoy en día encontramos menos invitaciones al cambio de sistema, menos propuestas para la renovación. Encontramos apuestas donde se modifican tan solo algunos matices, que son posturas donde se promueve la continuidad de lo mismo, es decir, ante un sistema muy complejo el objetivo no es cambiarlo sino únicamente acomodarse y amoldarse mejor al medio. En definitiva, incluso se crean modelos para adaptarse mejor al propio sistema (2).

Pero, sin dejarnos amedrentar por la nostalgia ni queja alguna, volvemos a nuestro tema aventurándonos a preguntar nuevamente, ¿Por qué se pide tanta información? La respuesta en principio es sencilla: si se deben tomar decisiones se necesita información. Ahora bien, ¿se toman realmente decisiones a partir de dichos datos? A esto se suma que en estas décadas también hemos asistido a un incremento en el volumen de las instituciones y de los funcionarios, y por consiguiente de las peticiones.

Otra razón que en numerosas ocasiones se indica para justificar la petición de “documentos extra” es la necesidad de que todos apliquen los

mismos registros bajo la loable proposición de poder investigar y evaluar, y para posteriormente realizar mejores intervenciones. En general la idea es que se debe homogeneizar la red y los criterios. Ciertamente tiene que haber indicadores comunes. En este sentido, cito al profesor Sánchez-Carbonell (1991) quien acertadamente sostiene lo siguiente: “Es muy saludable que cada programa de tratamiento para adictos parta de diferentes presupuestos teóricos, trabaje con poblaciones específicas, plantee sus propias técnicas terapéuticas y persiga diferentes objetivos. Pero ello no debería ser obstáculo para que los investigadores en esta área acepten criterios comunes para medir y valorar sus resultados. Solo de esta forma será posible comparar los diferentes programas y superar las deficiencias existentes.” Es decir, son los investigadores, evaluadores y epidemiólogos quienes deberían adaptarse a los dispositivos y no al revés.

Por supuesto tampoco se debe caer en la atomización excesiva de los tratamientos, se trata en definitiva de incluir y aprovechar la riqueza y creatividad que genera la red cuando se ofrece la libertad suficiente, lo contrario es crear un corsé donde disminuye la responsabilidad y la innovación.

Pero dadas las últimas evidencias, en algunas ocasiones la evaluación también asume como finalidad efectuar sondeos para entender y ver por dónde seguir preguntando. Globos sonda que intentan buscar algo que se intuye. Es una especie de viaje iniciático y de conocimiento pero sin lenguaje ni palabras. Un viaje auspiciado bajo el mito incuestionable de los datos y que tiene como destino entender por ejemplo cómo es la terapia; el sentido de la prevención, quieren saber cómo son nuestros usuarios; una falta de conocimientos que nunca llegan a alcanzar, un deseo de entender que nunca se llega a colmar puesto que sabemos que únicamente con los datos no se consigue. No deja de ser curioso que en ocasiones pidan un resumen de las impresiones sobre cómo van las cosas, qué piensan los profesionales en relación al tema, ciertamente, todos esos datos no ofrecen del todo la posibilidad de entender ese “*mare ignotum* de las adicciones”.

Por otro lado, estoy de acuerdo con los que afirman que la burocracia suplanta a la creación del vínculo cuando este no se sabe hacer. Desde una

visión más literaria, “el poder burocrático, hace que jamás se encuentren los actos, las palabras y los pensamientos: los actos quedan en lugar de trabajo, las palabras en las reuniones y los pensamientos en la almohada (4).” Otros autores llegan incluso a sostener de forma atrevida que “el evaluador trata de apoderarse del saber del otro. [...] Pero a poco que se mire por debajo, se ve que en ese compartir lo que se sabe entre el evaluador y el evaluado, lo que está velado, es un intento de apropiación con fines clasificatorios (5).”

Se ha hablado mucho de cómo el exceso de presente fomenta la cultura de los datos. La lógica actual exige pedir nuevas cifras sucesivamente, datos que ciertamente mañana estarán anticuados, lo que a su vez provoca un circuito de saturación de la información y donde siempre se tiene la sensación de que nada es permanente ni verdadero. Pero con la ventaja de que la saturación de información obtura cualquier inseguridad del que pregunta y pide más información.

En fin, considero que el futuro pasa en primer lugar, por compartir nuestro trabajo y ser transparentes con nuestros compañeros evaluadores, En cuanto éstos participen directamente desde lo comunitario, y visiten nuestros centros, es seguro que el encuentro con la práctica será proporcional al descenso en la petición de datos.

En segundo lugar, puede ser el momento adecuado para calcular el tiempo que una persona destina a la burocracia exigida, y pedir nuevas compensaciones económicas por el excesivo aumento de la burocracia que se ha promovido estas últimas décadas.

En tercer lugar, la investigación debe apuntar también a otros aspectos por ejemplo, cuál es el coste económico que conlleva la burocracia y el exceso de esta cultura.

Debemos empezar a investigar cuáles son los efectos y complicaciones de tales excesos de burocracia, como puede ser a mi juicio: el posible desánimo tanto en los propios trabajadores como en los usuarios.

Para finalizar, cabe señalar que se están desarrollando “guías de calidad,” a nivel experimental, con objeto de medir lo que realmente se tiene que medir y no otra cosa.

Es decir, sería conveniente medir el proceso con los mínimos indicadores, eliminando el desperdicio del ruido de fondo y lo superfluo de la burocracia, que es mucho. A buen seguro y siendo optimistas, si algún día conseguimos aplicar esta nueva metodología, denominada actualmente como filosofía *Lean*; será el usuario quien salga ganando, ya que desde el primer día podremos escucharlo -que es de lo que se trata-. Mientras tanto nosotros seguiremos intentando que sea así.

Para finalizar, toda una declaración de principios de Jacques-Alain Miller (2004): “Como puede observarse, dejo fuera de las tareas del Gabinete la obligación de ser feliz, el uso de la palabra en tono imperativo, la tendencia a la objetivación del sufrimiento [...] y le abro la puerta a lo humano y a lo personal.”

## Bibliografía

1. Lipovetsky, G. *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de consumo*. Barcelona: Anagrama; 2007.
2. Pérez, F., Martín, I. *Nuevas Adicciones ¿Adicciones Nuevas?* Guadalajara: Intermedio Ediciones. 2007.
3. Sánchez-Carbonell, J. La evaluación de los programas de tratamiento de las personas adictas a drogas opiáceas. *Revisiones en Salud Pública*. 1991. 2: 119-149.
4. Galeano, E. *El libro de los abrazos*. Trigésima ed. Madrid: Siglo XXI. 2010.
5. Martín, F. ¿Desea Vd. ser evaluado? *Diario Palentino*. En prensa 2006.
6. Miller, J. Una fantasía. Conferencia en Comandatura. *IV Congreso de la Asociación Mundial de Psicoanálisis*. Comandatura Bahía Brasil; 2004.

## Correspondencia

Fernando Pérez del Río  
Proyecto Hombre Burgos. Acogida.  
C/ Pedro Poveda Castroverde nº 3 • 09007 Burgos  
fernando@proyctohombreburgos.com • Tel.: 947 48 10 77 • Fax: 947 48 10 78

• Recibido: 22-6-11.

• Aceptado: 1-9-11.

# Aplicación de la Clasificación Internacional de la Discapacidad, el Funcionamiento y la Salud (CIF) de la OMS para la evaluación de la discapacidad en pacientes con trastorno mental grave

## *Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to the disability evaluation in severe mental illness patients*

Micaela Moro Ipola<sup>1</sup>, Luis Solano Trullenque<sup>2</sup>, Begoña Frades García<sup>3</sup>, José Salazar Fraile<sup>4</sup>, Josep Pena Garijo<sup>5</sup> y Mercedes Asuero Lluésma<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> Profesora titular Departamento Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I, Avda. Sos Baynat s/n, 12071, Castelló de la Plana.

<sup>2</sup> Terapeuta ocupacional. Hospital La Magdalena. Castellón de la Plana. Cuadra Collet 32 Partida Bovalar, 12004 Castelló de la Plana.

<sup>3</sup> Psiquiatra. Jefa de Sección. Área de Salud Mental. Hospital Pare Jofré, C/ Sant Llätzer s/n, 46017, Valencia.

<sup>4</sup> Psiquiatra. Jefe clínico. Centro de Salud Mental Paterna. Pl. del Clot de Joan s/n, 46980, Paterna (Valencia).

<sup>5</sup> Psicólogo clínico. Unidad de Salud Mental II. Avda. Dr. Clará, 19, 12002, Castellón de la Plana.

<sup>6</sup> Enfermera. Centro de Salud Mental Paterna. Pl. del Clot de Joan s/n, 46980, Paterna (Valencia).

**Resumen:** Estudio descriptivo analítico para comprobar la validez de una batería de evaluación de discapacidad creada a partir de la CIF, en una población con trastorno mental grave. Los programas de rehabilitación para pacientes con trastorno mental requieren un enfoque individualizado centrado en el funcionamiento. Esto precisa instrumentos de evaluación adecuados. En este estudio se ha utilizado la Batería de Evaluación de la Actividad y la Capacidad (BECA), desarrollada a partir de la clasificación CIF de la OMS, para estudiar las características funcionales de pacientes con trastorno mental con el objetivo de obtener evidencias que indiquen si es un instrumento adecuado para complementar la evaluación psicopatológica y social y si es útil para proporcionar información relevante para su tratamiento.

**Participantes y método:** La muestra clínica estuvo formada por 19 personas, 15 con diagnóstico de esquizofrenia y el resto otros trastornos psicóticos. Eran usuarios de dos servicios de salud mental en la comunidad y, en un caso, en un centro residencial. La muestra de control estaba formada por 19 personas sin discapacidad. Se administraron la batería BECA y la entrevista WHO-DAS de la OMS.



Resultados y conclusiones: la BECA ha mostrado tener capacidad para discriminar entre controles y pacientes con trastorno mental grave, en los aspectos más relacionados con la vida en comunidad (Relaciones interpersonales y Participación social), y en la dimensión de Cognición y Conducta y los factores Comunicación y Tareas y demandas generales). Además, permite diferencia entre pacientes con similares diagnósticos que viven de forma independiente y que requieren asistencia. La BECA supone un acercamiento diferente y complementario a la evaluación de la discapacidad desde el enfoque conceptual de la CIF.

**Abstract:** Introduction: Rehabilitation programs for patients with mental disorder require an individualized approach requires focusing on functioning. This requires appropriate assessment tools. This study used the Assessment Battery of the Activity and Capacity (BECA), developed from the WHO classification CIF to study the functional characteristics of patients with mental disorder in order to obtain evidence its utility to complement the social and psychopathological assessment and to provide information relevant to their treatment.

Participants and Methods: The clinical sample consisted of 19 people, 15 with diagnosis of schizophrenia and other psychotic disorders the other, attending mental health services in the community and in one case, a residential facility. The control sample consisted of 19 persons without disabilities. The assessment instruments were the BECA and Battery the interview WHO-DAS.

Results and conclusions: The BECA has shown able to discriminate between controls and patients in aspects related to community life (Relationships and social participation) and the dimension of Cognition and Behavior and the factors Communication and General Tasks and Demands). It also allows difference between patients with similar diagnoses who live independently and those who require assistance. In conclusion, the BECA is a different and complementary approach to the assessment of disability under the conceptual approach of the ICF.

**Palabras clave:** Evaluación de la Discapacidad; Trastornos Mentales; Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; Esquizofrenia.

**Key words:** Disability Evaluation; Mental Disorders, International Classification of Functioning, Disability and Health; Schizophrenia.

## 1. Introducción

La discapacidad está muy asociada a los trastornos mentales tanto desde un aspecto conceptual, ya que es uno de los criterios de cronicidad (1), como desde una vertiente aplicada, por sus repercusiones sanitaria, social y económica (2). Así, se define como “el grado de afectación del funcionamiento personal, laboral y social, siendo la disfunción social uno de los factores más importantes en los pacientes con esquizofrenia y una de las mayores fuentes de malestar para afectados y familiares” (3). Se considera que la discapacidad es, probablemente, la responsable de las dificultades de los pacientes para su desempeño en la comunidad (4), ya que el funcionamiento psicossocial se ha concretado en la habilidad de las personas para asumir roles como el de amo/ama de

casa, empleado/a, estudiante, pareja, miembro de la familia o amigo/a, y actividades como cuidado de uno mismo y atención de las necesidades básicas (5). Las limitaciones en estas habilidades y actividades pueden estar causadas, en parte, por las condiciones de salud, pero también por otras características personales: educación, personalidad, motivación, autoestima (5) y del contexto: actitud y conducta de la familia, posibilidad de acceso a programas de rehabilitación, rechazo y estigma social, barreras económicas, etc. (6).

El modelo de atención sanitaria a las personas con trastorno mental en la comunidad requiere un enfoque individualizado, en el que se aborden tanto las características de la persona y de su entorno, como las consecuencias de las interacciones de éstas en su funcionamiento

en las diferentes actividades que son propias de los seres humanos (7). Las tasas excesivamente elevadas de nuevos ingresos en los recursos asistenciales intermedios se deben, en algunos casos, a reagudización de síntomas psicopatológicos, pero en otros, a problemas de conducta y dificultades de relación en la familia o problemas sociales. La identificación más precisa de los problemas y necesidades de los pacientes y de su entorno próximo y la intervención oportuna, podría reducir estas cifras (8). Sin embargo, es difícil una evaluación adecuada de las necesidades de los pacientes con trastorno mental crónico (8), ya que son necesarios instrumentos de evaluación eficaces que: a) recojan los factores relevantes para la prevención o reducción de la discapacidad asociada a trastorno mental, abordando tanto el funcionamiento individual como las características del contexto y b) permitan conocer la eficacia de los programas de rehabilitación psicosocial, ya que con frecuencia existe poca o ninguna relación entre los tratamientos y la evaluación de los resultados, lo que dificulta enormemente tanto la gestión como la investigación (9).

En salud mental se han utilizado, desde hace años, algunas escalas de funcionamiento y discapacidad como la “Basic Everyday Living Skills” (BELS) (10, 4) y la “Disability Assessment Schedule” (WHO-DAS) (11). Sin embargo, una importante limitación de estas escalas tiene que ver con su validez de constructo, concretamente la carencia de un modelo teórico del funcionamiento humano y de la discapacidad a partir del cual interpretar los resultados (12).

Sin embargo, desde hace unos años contamos con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de la Organización Mundial de la Salud (CIF) (13), que proporciona un marco teórico adecuado para la evaluación de la discapacidad en personas con trastorno mental grave (14). La publicación de la CIF supone el cambio de las prioridades de la OMS desde el control de infecciones y reducción de la mortalidad hacia la disminución de las cargas asociadas a la discapacidad en el mundo. La CIF ha sido aceptada como sistema de clasificación de discapacidades por otras agencias de la ONU, como la División de Estadística (UNSTAT), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la de la Educación (UNESCO).

De las características de la CIF destacan su pretensión de aplicabilidad universal entre culturas y a lo largo de todo el ciclo vital. Es un sistema de clasificación integrador, y no limitado a los ámbitos médico o social. Además, trata con el funcionamiento humano, y no únicamente con la discapacidad. Es multidimensional e interactivo y rechaza una relación causal lineal entre condiciones de salud y funcionamiento. Es neutral respecto a la etiología, lo que significa que el funcionamiento se concibe de un modo descriptivo y no causado por el diagnóstico. Adopta un enfoque paritario, es decir, no reconoce la existencia de distinciones o asimetrías entre el funcionamiento mental y físico (14). Además, incluye los factores personales y ambientales sin los cuales no se puede comprender la experiencia de la discapacidad, intentando superar las limitaciones de los modelos médico y social de la discapacidad. En definitiva, el enfoque teórico de la CIF es congruente con un modelo biopsicosocial de la salud y de la rehabilitación de las personas con trastornos mentales graves (16).

La CIF supone el reconocimiento de que no es suficiente el diagnóstico para un tratamiento eficaz, por ello se plantea como complemento de la CIE: “el diagnóstico por sí solo no explica lo que los pacientes pueden hacer, qué necesitan, cuál es el pronóstico, y cuál es el coste de su tratamiento” (15, 17). Concretamente en los sistemas diagnósticos de trastornos mentales, se ha recomendado que los conceptos de funcionamiento y discapacidad se integren con los psicopatológicos (14) junto con las definiciones de la gravedad (18). Especialmente en trastornos crónicos, “el diagnóstico es insuficiente para seguir la evolución de una enfermedad de larga duración. Hay necesidad de una descripción razonada de las consecuencias de la enfermedad como base de una clasificación descriptiva” (19). En la misma línea, se ha señalado (5) que, en la esquizofrenia, el pronóstico no sólo se basa en los síntomas, sino también en la discapacidad social, por lo que sería útil conocer cuantos más determinantes posibles de ésta.

La investigación generada hasta la fecha indica que, en el campo de la salud mental, la integración de la CIF con los sistemas de diagnóstico puede ser útil para proporcionar un lenguaje común para la descripción de la salud, los trastornos y los objetivos de tratamiento (18). Otras



razones para la complementariedad de enfoques son las evidencias de que la mejoría de los síntomas psicopatológicos es independiente de la del funcionamiento psicosocial (4) y de que la psicopatología no predice la capacidad de una persona para trabajar (21, 2).

A pesar de que los trastornos mentales graves son una de las primeras causas de discapacidad en el mundo, la aplicación de la CIF para aplicaciones clínicas en salud mental ha sido muy escasa (17). Sin embargo, las evidencias disponibles son prometedoras: en una reciente revisión se ha puesto de manifiesto la utilidad de utilizar los conceptos y términos de la CIF para identificar y cuantificar la información relativa al funcionamiento en pacientes con trastorno bipolar (22) y para identificar perfiles diferentes de discapacidad según los diagnósticos (23). También se han encontrado resultados positivos en las primeras experiencias de aplicación de la CIF en la planificación del tratamiento en salud mental (24).

Una posible explicación de la lenta implementación de la CIF en salud mental puede ser la exigencia de formación, tiempo de trabajo tanto individual como del equipo y, sobre todo, un cambio de cultura (24). La exhaustividad y extensión de la CIF dificultan su viabilidad en la práctica clínica, a menos que se transforme en herramientas más manejables. Existen tres tipos de instrumentos de evaluación vinculados a la CIF: los conjuntos básicos (*ICF Core Sets*) (25,26), las entrevistas "*Disability Assessment Scales*" (WHO-DAS) (11, 27) e instrumentos desarrollados específicamente para evaluar algunas áreas de la CIF, como la NFAS (*Norwegian Functional Assessment Scale*) (28) para dolor musculoesquelético o la IMPACT-S, diseñada para evaluar funcionamiento y discapacidad con independencia de la condición de salud (29,30,31).

De acuerdo con Post et al., (31) y tras la revisión bibliográfica, se consideró que ninguno de los instrumentos de evaluación del funcionamiento o de resultados de rehabilitación cubrían adecuadamente todas las áreas de la CIF, por lo que nos planteamos la creación de un instrumento nuevo, denominado Batería de Evaluación del Funcionamiento y la Capacidad (BECA) (32). Para cada componente (o dimensión en términos de la CIF) se proponen dos escalas, una que

evalúa capacidad o nivel máximo de desempeño probable (BECA-CAPACIDAD) y otra que evalúa el desempeño efectivo en un contexto habitual, con las ayudas u obstáculos que, en cada caso, se constaten (BECA-DESEMPEÑO). La capacidad se refiere a la posibilidad de la persona para realizar la actividad en cuestión y la puntuación indica el máximo nivel probable de funcionamiento que una persona puede alcanzar en un dominio y en un momento dados, pero teniendo en cuenta un entorno uniforme o normalizado (sin adaptaciones o ayudas específicas ni obstáculos) (13). Por su parte, el desempeño indica el grado en que la actividad o participación social se llevan a cabo en la realidad cotidiana de la persona evaluada. La puntuación en desempeño puede coincidir con la de capacidad, ser inferior (cuando se producen limitaciones o restricciones) o superior (si se utilizan ayudas o adaptaciones de algún tipo).

El presente trabajo muestra la aplicación de la batería BECA a una muestra de pacientes con trastorno mental que reciben tratamiento en diferentes recursos asistenciales con el objetivo de obtener evidencias que indiquen si es un instrumento adecuado para complementar la evaluación psicopatológica y social de personas con trastorno mental grave y si es útil para proporcionar información relevante para su tratamiento.

## 2. Participantes y método

### Muestras

La muestra clínica estuvo formada por 19 personas (3 mujeres y 16 hombres). La edad media era de 35,74 (desviación típica = 10,96; rango 21-55). El nivel de estudios es en su mayoría de primaria (media de años de escolarización = 12, desviación típica = 10,96, rango de 8 a 18). En todos los casos el diagnóstico corresponde a trastorno mental grave: 15 con diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos el resto (2 trastorno esquizoafectivo y 1 síndrome de Asperger). Los recursos en los que recibían tratamiento eran la Unidad de Salud Mental de Paterna (Valencia) (N= 10), Hospital Provincial de Castellón (N=8) y Centro Específico para enfermos mentales "Camp del Túria" de Riba-roja (Valencia) (N=1). En el momento de la evaluación 5 vivían de forma independiente con o sin familia, 12 en domicilio particular con asistencia de

cuidador o familiar y 1 caso en una residencia específica para pacientes con trastornos mentales.

Se administró la batería BECA a un grupo de controles sanos formado por 18 personas (13 mujeres y 5 hombres), con una media de edad de 42,06 (desviación típica de 12,98 y rango 27-65). Los años de escolarización eran de una media de 13,29 (desviación típica= 3,73 y rango= 8-17). Todos los participantes carecían de enfermedad crónica o discapacidad manifiesta y se consideraban completamente autónomos.

La distribución de hombres y mujeres en las dos muestras es diferente, por lo que se realizó la prueba de contraste no paramétrica Kruskal-Wallis en cada uno de los grupos y se comprobó que no existían diferencias significativas entre hombres y mujeres en ninguna de las dos muestras.

### Instrumentos de evaluación y procedimiento

Se administraron las escalas de capacidad de la Batería BECA (BECA-C) al total de la muestra clínica (N=19) y las de desempeño (BECA-D) a 14 pacientes. Al grupo control se le administró exclusivamente la batería de capacidad.

Cada una de las baterías de la BECA (Capacidad y Desempeño) consta de 197 ítems, Las definiciones de los ítems se corresponden con las de la CIF. Las tareas, preguntas o criterios de puntuación de cada uno de los mismos, son propios de la BECA y han sido desarrollados para la batería o adaptados de otras escalas (32). Los ítems se han agrupado en 6 dimensiones estructuradas en 20 factores que, con la excepción de 'Ayuda a los demás', que en la CIF está incluido en *Cuidado de los objetos de hogar*, conservan las denominaciones de la CIF:

I. Cognición y conducta: evalúa las actividades relacionadas con las funciones cognitivas (aprendizaje y comunicación) y la conducta individual en actividades cotidianas (rutinas y regulación del estrés). Está compuesta por los factores de:

- A. Aprendizaje básico
- B. Aplicación del conocimiento
- C. Comunicación-recepción
- D. Comunicación-expresión
- E. Tareas y demandas generales
- T. Experiencias sensoriales intencionadas

II. Movimiento y manipulación de objetos: trata sobre el movimiento para cambiar el cuerpo de posición o de lugar; para coger, mover o manipular objetos, para andar, correr o reparar. Está compuesta por los factores:

- F. Cambiar y mantener la posición del cuerpo
- G. Llevar, mover y usar objetos
- I. Andar y moverse

III. AVD básicas: incluye los ítems que tradicionalmente se asocian con las llamadas Actividades de la Vida Diaria Básicas y está compuesta por un sólo factor:

- J. Autocuidado

IV. AVD instrumentales: recoge las actividades consideradas tradicionalmente como Actividades de la Vida Diaria Instrumentales incluidas en los factores de:

- H. Desplazarse utilizando medios de transporte
- K. Adquisición de lo necesario para vivir
- L. Tareas del hogar
- M1. Cuidado de los objetos del hogar

V. RELACIONES INTERPERSONALES: trata sobre cómo se realizan las acciones y conductas que son necesarias para establecer con otras personas (gente desconocida, amistades, familiares y cónyuges o parejas) las interacciones personales básicas y complejas, de manera adecuada para el contexto y el entorno social. Está conformada por los factores:

- N. Interacciones interpersonales generales
- O. Interacciones interpersonales particulares
- M2. Ayuda a los demás

VI. Participación social: trata sobre cómo llevar a cabo las tareas y acciones necesarias para participar en las actividades educativas, en el trabajo, las actividades económicas y la vida comunitaria, social y cívica. Está compuesta por los factores de:

- P. Educación
- Q. Trabajo y empleo
- R. Vida económica
- S. Vida comunitaria, social y cívica



A un grupo de 10 pacientes se le administró la entrevista WHO-DAS de 36 ítems, versión para el afectado (11). Está compuesta por los factores siguientes:

- Comprensión y comunicación
- Moverse
- Cuidado personal
- Relaciones
- Vida diaria
- Participación

Los factores de la BECA-C que no requieren conocer previamente al evaluado (32) fueron administrados por dos terapeutas ocupacionales. El resto de factores de BECA-C y la batería BECA-D las cumplimentaron profesionales sanitarios que conocían a los pacientes por lo menos desde hacía 3 meses. Las entrevistas WHO-DAS fueron administradas por una enfermera especialista en psiquiatría.

Se exportaron los datos al programa IBM SPSS (versión 19) para realizar los análisis estadísticos. Dado el tamaño de la muestra, se utilizaron pruebas no paramétricas de contraste entre grupos (Kruskal-Wallis) y correlaciones no paramétricas (Tau de Kendall).

## Resultados

### Comparación entre la muestra clínica y la de control

Se compararon las puntuaciones en la Batería BECA-C del grupo clínico y control mediante la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis. El grupo de pacientes obtuvo puntuaciones significativamente inferiores en las dimensiones: Cognición y Conducta ( $p < 0,000$ ), relaciones interpersonales ( $p < 0,029$ ) y participación social ( $p < 0,002$ ).

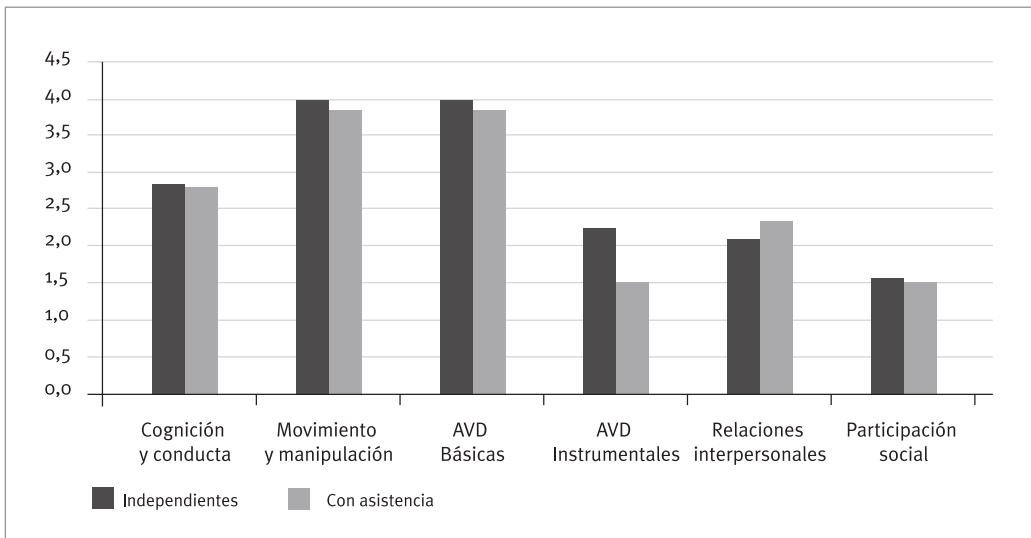


Figura 1. Medianas de las dimensiones de la BECA de las muestras clínica y control.

Cuando se compararon los factores, la muestra clínica obtuvo medianas significativamente inferiores a los controles en: Comunicación-Recepción ( $p < 0,000$ ), Comunicación-Expresión ( $p < 0,002$ ) y Tareas y demandas generales ( $p < 0,009$ ), Adquisición de lo necesario para vivir ( $p < 0,001$ ), Ayudar

a los demás ( $p < 0,001$ ), Interacciones interpersonales generales ( $p < 0,012$ ) y en todos los factores de la dimensión Participación Social (Educación ( $p < 0,011$ ), Trabajo y empleo ( $p < 0,003$ ), Vida económica ( $p < 0,001$ ) y Vida comunitaria, social y cívica ( $p < 0,044$ )).

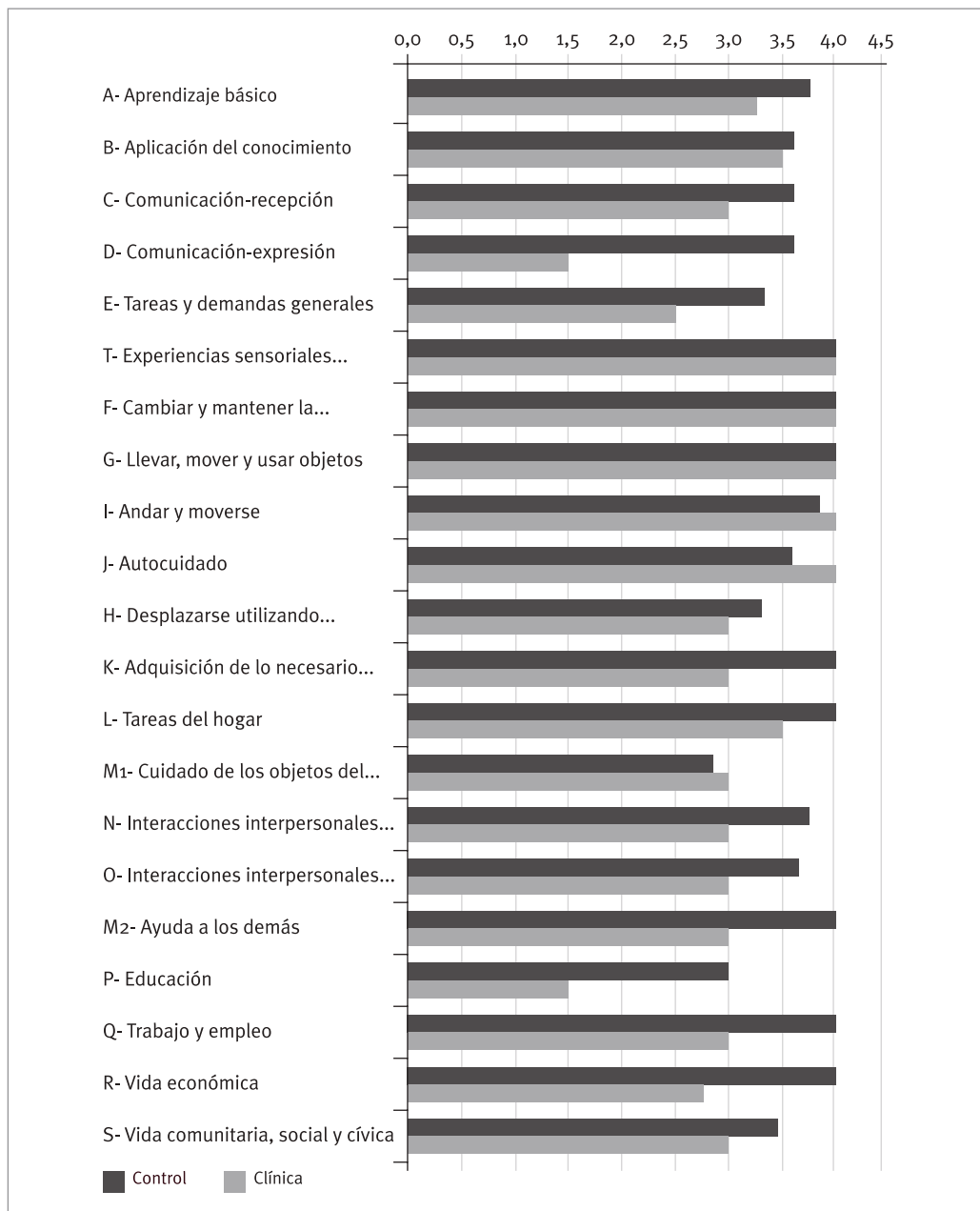


Figura 2. Medianas de los factores de la BECA de las muestras clínica y control.

### Relaciones con la entrevista WHO-DAS

Las dimensiones de la batería BECA-C sólo mostraron dos relaciones significativas con los factores de la WHO-DAS, concretamente entre Participación

(WHO-DAS) y Actividades de la vida diaria instrumentales (BECA-C) ( $\tau = -.80$ ) y entre el mismo factor del WHO-DAS y la dimensión Participación social de la BECA-C ( $\tau = -.80$ ) (ver Tabla 1).

**Tabla 1. Correlaciones Tau de Kendall entre las dimensiones de BECA-C y la entrevista WHO-DAS**

WHO-DAS	BECA-C Dimensiones					
	Cognición y conducta	Movimiento y manipulación	AVDSB	AVDSI	Relaciones interpersonales	Participación social
Comprensión y comunicación	-,241 ,178 10	,252 ,284 5	,000 ,500 5	-,105 ,400 5	,105 ,400 5	-,105 ,400 5
Moverse	-,025 ,462 10	,252 ,284 5	,000 ,500 5	-,316 ,224 5	-,105 ,400 5	-,316 ,224 5
Cuidado personal	-,025 ,463 10	,000 ,500 5	-,118 ,394 5	-,527 ,103 5	-,316 ,224 5	-,527 ,103 5
Relaciones	,313 ,115 10	,000 500 5	-,118 ,394 5	-,527 ,103 5	-,316 ,224 5	-,527 ,103 5
Vida diaria	-,209 ,206 10	-,598 ,083 5	-,224 ,301 5	,000 ,500 5	-,200 ,312 5	,000 ,500 5
Participación	-,046 ,428 10	,120 ,391 5	-,447 ,148 5	-,800 ,025 5	-,600 ,071 5	-,800 ,025 5

Sin embargo, en la batería BECA-D se obtuvo una mayor relación entre los dos instrumentos de medida, como se observa en la Tabla 2.

**Tabla 2. Correlaciones Tau de Kendall entre las dimensiones de BECA-D y la entrevista WHO-DAS**

WHO-DAS	BECA-D Dimensiones					
	Cognición y conducta	Movimiento y manipulación	AVDSB	AVDSI	Relaciones interpersonales	Participación social
Comprensión y comunicación	,149 ,296 9	-,402 ,086 9	-,402 ,086 9	-,567 ,021 9	-,431 ,064 9	,177 ,261 9
Moverse	,032 ,456 9	-,286 ,173 9	-,286 ,173 9	-,414 ,074 9	-,427 ,071 9	,534 ,030 9
Cuidado personal	,090 ,374 9	-,838 ,002 9	-,838 ,002 9	-,687 ,007 9	-,092 ,372 9	,412 ,067 9
Relaciones	-,030 ,457 9	-,503 ,043 9	-,503 ,043 9	-,508 ,034 9	-,462 ,051 9	,118 ,334 9
Vida diaria	,145 ,298 9	,390 ,088 9	,390 ,088 9	,203 ,229 9	-,269 ,167 9	,000 ,500 9
Participación	-,286 ,146 9	-,674 ,009 9	-,674 ,009 9	-,514 ,029 9	-,295 ,142 9	,366 ,086 9

### Diferencias entre las puntualizaciones de la BECA en función de la autonomía en el domicilio

Se compararon las puntuaciones de BECA-C y BECA-D entre los participantes de la muestra clínica que requerían asistencia en el domicilio y los que eran independientes. En la batería de

Capacidad no se encontró ninguna diferencia significativa entre las medianas, sin embargo, en la de Desempeño, resultaron significativas las diferencias entre medianas de los pacientes que necesitan asistencia y los que son independientes, en las dimensiones: Movilidad ( $p < 0.16$ ) y Actividades de la vida diaria básicas ( $p < 0.16$ ) (Figura 3).

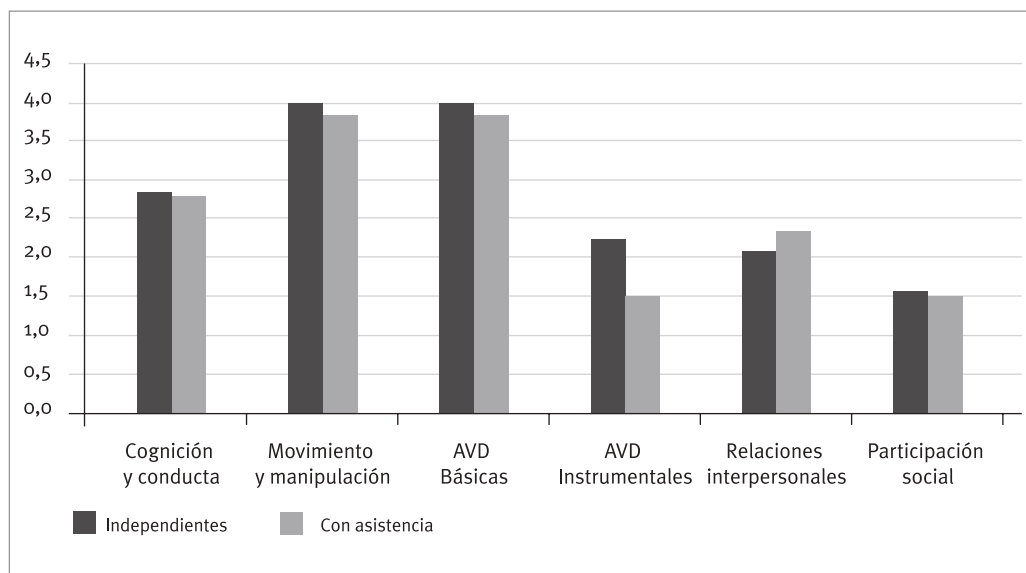


Figura 3. Comparación de las medianas de las dimensiones de BECA-D de los participantes independientes y autónomos.

### Utilidad de la BECA para definir perfiles de discapacidad

Para ilustrar la utilidad de la BECA para definir perfiles de discapacidad, se presentan los resultados de dos casos de la muestra clínica cuyos perfiles presentan diferencias significativas (1 punto o más) a favor de la Capacidad (Figura 4) o del Desempeño (Figura 5). El primer caso es un

hombre de 52 años, con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada y 15 años de escolarización, que vive de forma independiente. En el segundo caso, se trata de un hombre de 33 años, con diagnóstico de Síndrome de Asperger y 14 años de escolarización. Vive en el domicilio con asistencia de sus familiares.

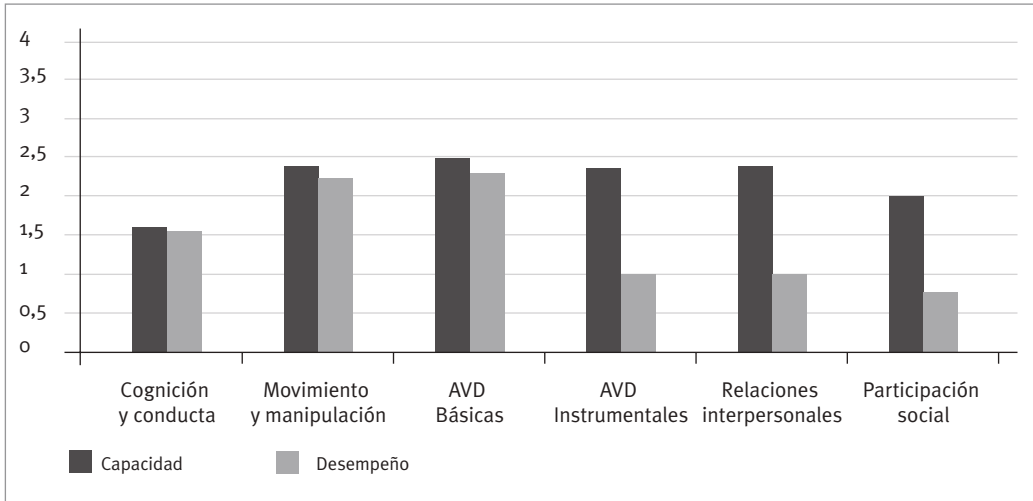


Figura 4. Perfil con mayores puntuaciones en Capacidad.

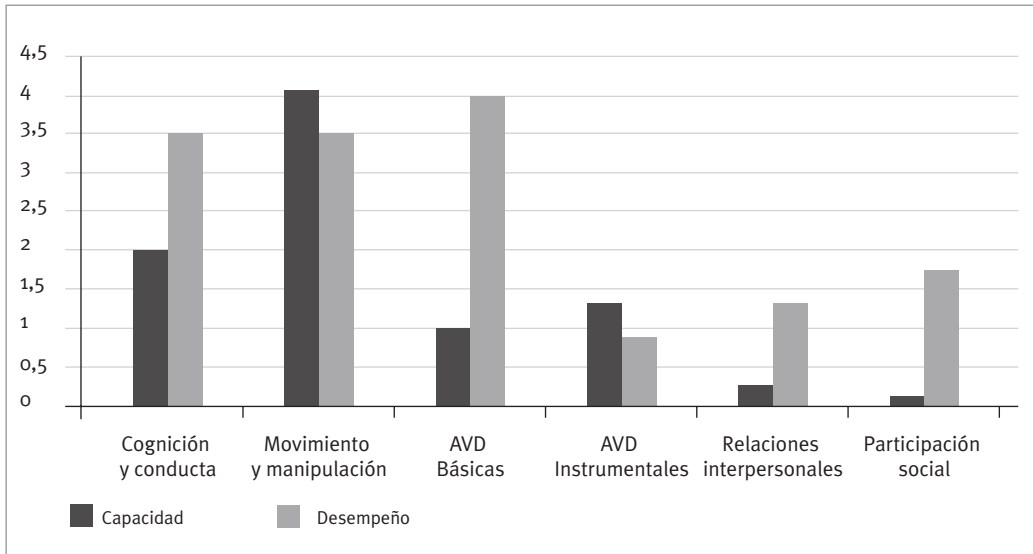


Figura 5. Perfil con mayores puntuaciones en Desempeño.

#### 4. Discusión-conclusiones

El primer objetivo de este trabajo era explorar la utilidad de la Batería BECA, un instrumento desarrollado a partir de la CIF, para la evaluación de pacientes con enfermedad mental grave. Aunque la batería se encuentra en versión experimental, reúne las condiciones de calidad suficientes para su aplicación clínica (32). Se considera que

se cumple el criterio de representatividad necesario para garantizar la validez de contenido: los diferentes estudios revisados (15) indican que la CIF cumple el criterio de exhaustividad en cuanto al rango de problemas que pueden sufrir los seres humanos con diferentes condiciones de salud y diferentes niveles de cuidados. Además, la BECA recoge alguna de las recomendaciones del

grupo de discusión de la NIMH para el estudio del funcionamiento en la comunidad en personas con esquizofrenia (3): a) está basada en un modelo teórico consensuado sobre el funcionamiento, b) utiliza diferentes fuentes de datos, c) las alternativas de respuesta son cuantitativas, d) abarca diferentes áreas de funcionamiento y e) en las escalas de respuesta se incluyen todos los rangos posibles, de forma que sea sensible a cambios pequeños. También cumple otros requisitos, que señalan los mismos autores como necesarios para los instrumentos de evaluación para personas con esquizofrenia: es aplicable a los diferentes contextos vitales, todos los ítems cubren el rango completo de alto a bajo funcionamiento, de forma que se detectan incluso los cambios más pequeños, está diseñada con los menos ítems “encubiertos” posibles (no aplicables u observables) y no requiere una formación excesivamente sofisticada.

Sin embargo, el reducido tamaño de las muestras participantes en este estudio exige cautela en cuanto a la generalización de las conclusiones. Son necesarios más trabajos, en primer lugar para conocer las propiedades métricas del instrumento y confirmar la estructura de dimensiones y factores propuesta y el modelo de puntuación. Además, habrá que continuar investigando su aplicación a diferentes grupos diagnósticos, fases de evolución de los trastornos mentales y, sobre todo, su utilidad para la planificación de los tratamientos de rehabilitación y su validez como medida de resultados. La aplicación de la BECA requiere formación de los evaluadores, además de un conocimiento suficiente de la persona evaluada. El desarrollo de un programa de formación adecuado y la constatación de su eficacia, son otra de las cuestiones pendientes.

En este estudio, la BECA ha mostrado tener capacidad para discriminar entre controles autónomos y pacientes con trastorno mental grave, fundamentalmente en los factores y dimensiones más relacionados con la vida en comunidad (Relaciones interpersonales y Participación social), pero, hay que destacar, además, las diferencias en la dimensión de Cognición y Conducta y alguno de los factores que la componen (Comunicación y Tareas y demandas generales). Este resultado es congruente con la mayor importancia que está cobrando la rehabilitación de funciones

cognitivas y su repercusión en el funcionamiento psicosocial (33,34;35). Más interesante aún es la capacidad de discriminación entre pacientes con similares diagnósticos que viven de forma independiente y que requieren asistencia. Aunque las puntuaciones de la BECA-C fueron similares, las personas autónomas mostraron mejores resultados en la ejecución efectiva, es decir, en la BECA-D. Este mejor desempeño podría deberse a la existencia de apoyos, ayudas y facilitadores en su entorno, probablemente de la familia, ya que los recursos asistenciales eran idénticos para todos los participantes.

La diferencia entre capacidad y desempeño es una de las aportaciones de la CIF respecto al anterior sistema de clasificación de la discapacidad (CIDMH) y un concepto muy útil para los profesionales dedicados a las diferentes disciplinas de la rehabilitación. En este estudio, se ha ilustrado su potencial utilidad al comparar dos perfiles, en el primer caso con una capacidad superior al desempeño, lo que nos llevaría a confirmar la posible existencia de barreras o impedimentos (como la sobreprotección familiar, división de roles de género tradicionales, estigma o asunción de rol de enfermo, por ejemplo), y un segundo caso con mayor desempeño, en el que habría que identificar las ayudas o facilitadores a fin de mantenerlos y potenciarlos, así como estudiar la posibilidad de implementarlos en otros pacientes.

La BECA supone un acercamiento diferente y complementario a la evaluación de la discapacidad desde el enfoque conceptual de la CIF, ya que los procedimientos de evaluación desarrollados hasta la fecha:

1. Son escalas de verificación en las que el profesional ha de valorar el grado de dificultad de la función o actividad (36). En algún estudio se han encontrado deficiencias en fiabilidad interjueces (24). Aunque no disponemos todavía de datos de esta característica, la pretensión de objetividad de la BECA esperamos que superará esta limitación.
2. Son específicas para diferentes trastornos (37) por lo que, en el caso de concurrir diferentes patologías, tanto mentales como físicas, como es frecuente en personas con trastorno mental grave, quedan aspectos sin cubrir.



3. El evaluador es el propio afectado, como en la WHO-DAS II (27) u otras (31). Sin negar la importancia del punto de vista del paciente, consideramos que la objetividad que pretende tener la BECA es muy importante para aplicaciones como la planificación del tratamiento y la evaluación de resultados. Concretamente las personas con trastorno mental grave pueden tener una conciencia reducida de su propia conducta y de sus déficits funcionales, limitaciones en la capacidad de comunicación y poca comprensión de la naturaleza y metas del tratamiento (24). En la BECA, sin embargo, no se contempla el grado de importancia o malestar que para el evaluado puede tener la disminución en su capacidad o desempeño (que sí se incluye en la WHO DAS), por lo que en una evaluación completa se debería contemplar este aspecto. En este trabajo se han encontrado correlaciones significativas entre las respuestas de la escala de Participación de la WHO-DAS y la discapacidad evaluada por profesionales y referida al desempeño efectivo en Movimiento y Manipulación, Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales. Las quejas subjetivas de los pacientes respecto a restricciones en participación social están significativamente relacionadas con dificultades en áreas muy diferentes de funcionamiento, evaluadas desde el juicio profesional. Nuestra interpretación es que ambos enfoques son complementarios, ya que la WHO-DAS no ofrece el nivel de detalle suficiente para identificar objetivos y métodos de intervención.
4. Son escalas breves. Aunque la versión actual de la BECA puede parecer excesivamente extensa, es necesaria más investigación para tomar decisiones sobre la eliminación de ítems, que su posible reducción deberá estar guiada por criterios empíricos y no prácticos, clínicos o racionales (12). En nuestros resultados, la comparación de los factores entre controles y muestra clínica ha proporcionado información más detallada que las de las dimensiones. La mayor especificidad en la información permite desarrollar programas de intervención dirigidos a objetivos relevantes, agrupar pacientes con características más homogéneas para tratamientos de grupo y conocer mejor los resultados de las intervenciones.

## Referencias bibliográficas

- Bachrach LL. Dimensions of Disability in the chronic mentally ill. *Hosp Community Psychiatry* 1986;37: 981-2.
- Cornelius LR, van der Klink JLL, Groothoff JW, et al. Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders: A Systematic Review. *J Occup Rehabil* 2010, nov.
- Bellack AS, Green MF, Cook JA, et al. Assessment of Community Functioning in People with Schizophrenia and Other Severe Mental Illnesses: A White Paper Based on an NIMH-Sponsored Workshop. *Schizophr Bull* 2007; 33(3):805-822.
- Jimenez JE, Torres E, Laviana M, et al. Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y fiabilidad de la versión española del "Basic Everyday Living Skills" (BELS). *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28(5):284-288.
- Herrán A, Sierra-Biddle D, Cuesta MJ, et al. Can personality traits help us explain disability in chronic schizophrenia? *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60:538-545.
- Ylmaz M, Josephson S, Banermark B. Social processes of participation in everyday life among persons with schizophrenia. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2009; 4:267-279.
- Anthony W.A, Liberman RP. The practice of psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull* 1986; 12:542-550.
- Ferrer Dufol C, Tarí García A, Rivases Aunés A, et al. Aplicaciones a la cronicidad en salud mental de la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. *Rev Sanid Hig Publica (Madr)* 1992; 187-195.
- Cieza A, Geyh S, Chatterji S, et al. Linking rules: an update based on lesson learned. *J Rehabil Med* 2005; 37:212-218l.
- O'Driscoll C, Leff J. The Taps Project. 8: design of the research study on de long-stay patients. En: Leff J. ed. The Taps Project: evaluating community placement of long-stay patients. *Br J Psychiatry*. 1993;162 (Suppl 19):18-24.
- Vázquez-Barquero JL, Vázquez Bourgon E, Herrera Castanedo S, et al. Versión en lengua española de un nuevo cuestionario de evaluación de

- discapacidades de la OMS (WHO-DAS-II): fase inicial de desarrollo y estudio piloto. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;2(28):77-88.
- Messick S, Validity. En R. Linn (dir.): *Educational Measurement*. 3<sup>rd</sup> ed. Nueva York: MacMillan, 1989.
- Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: IMSERSO, 2001.
- Vázquez-Barquero JL. The incorporation of the disability construct as an independent axis in the DSM-V and ICD-11 diagnostic systems. *World Psychiatry* 2009;8:2.
- Stucki G, Cieza A, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: A unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *J Rehabil Med* 2007; 39(4):279-285.
- Rodríguez A. *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide, 1997.
- Reed GM, Spaulding WD, Bufka, LF. The relevance of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to mental disorders and their treatment. *European Journal of Disability Research* 2009;3:340-359.
- Baron S, Linden M, The role of the "International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF" in the description and classification of mental disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008;258(Suppl 5):81-85.
- Chapireau F; Les handicaps: Concepts et Classification. *Inf Psychiatr* 1991;67:664-8.
- Baron S, Linden M. Analyzing the effectiveness of inpatient psychosomatic rehabilitation using the mini-ICF-APP [Wirksamkeitsanalyse einer Stationären Psychosomatischen Rehabilitation Anhand des Mini-ICF-APP]. *Rehabilitation* 2009;48(3): 145-153.
- Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG, et al. Psychopathology and the rehabilitation of patients with chronic low back pain disability. *Arch Phys Med Rehabil* 1994;75: 666-670.
- Ávila CC, Cabello M, Cieza A, et al. Functioning and disability in bipolar disorders: a systematic review of literature using the ICF as a reference. *Bipolar Disord* 2010;12: 473-482.
- Tenorio-Martínez R, Lara-Muñoz MC, Medina-Mora ME. Measurement of problems in activities and participation in patients with anxiety, depression and schizophrenia using the ICF checklist. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44:377-384.
- Reed GM, Leonardi M, Ayuso-Mateos JL, et al. Implementing the ICF in a psychiatric rehabilitation setting for People with Serious Mental Illness in the Lombardy region of Italy. *Disabil Rehabil* 2009;31(Suppl 1):170-S173.
- Weigl M, Cieza A, Andersen C, et al. Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a Delphi exercise. *J Rehabil Med* 2004;36(44): 12-21.
- Cieza A, Ewert T, Üstün TB, et al. Development of ICF core sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med* 2004;(Suppl 44):9-11.
- Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, et al. *Measuring Health and Disability Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHO-DAS 2.0*. Ginebra: WHO, 2010.
- Østerås N, Gulbrandsen P, Garratt A, et al. A randomised comparison of a four- and a five-point scale version of the Norwegian Function Assessment Scale. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6:14.
- Reichrath E, Verdonschot M, de Witte LP, Post MWM, editors. *Kwaliteit en doelmatigheid van zorg voor slachtoffers van verkeersongevallen. Deelproject 1: Beschrijving van gevolgen. Werkpakket 1.3: Validiteit en betrouwbaarheid IMPACT. [Quality and effectiveness of care for road-accident victims. Project 1: description of consequences of road-accidents. Part 1.3: Validity and reliability of IMPACT]*. Hoensbroek: iRv, Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap, 2005.
- Perenboom R, Reichrath E, de Witte LP, et al. Development of IMPACT: an ICF-based instrument to measure activity limitations and participation restrictions. *Newsletter on the WHO Family of International Classifications (FIC)*. 2006; 4:8.
- Post MWM, de Witte, LP, Reichrath E, et al. Development and validation of IMPACT-S, an ICF-based



questionnaire to measure activities and participation. *J Rehabil Med* 2008;40:620–627.

Moro Ipola M, Solano Trullenque L. Desarrollo de la Bateria de Evaluación del Funcionamiento y la Capacidad (BECA), un procedimiento de evaluación de la discapacidad basado en la clasificación CIF de la OMS (en preparación).

Medalia A, Revheim N, Herlands, T. Cognitive Remediation for Psychological Disorders. Therapist Guide. New York: Oxford University Press, 2009.

Penadés, R; Gastó, C. El tratamiento de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia. Barcelona: Herder, 2010.

Wykes T, Reeder C. Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia. Theory and Practice. London: Routledge, 2005.

Cieza A, Chatterji S, Andersen C, et al. ICF Core Sets for depression. *J Rehabil Med* 2004;44: 128-134.

Stucki G, Reinghardt JD, Grimby G, et al. Developing research capacity in human functioning and rehabilitation research from the comprehensive perspective based on the ICF-model. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008;44: 343-51.

#### **Dirección de contacto**

Micaela Moro Ipola. Dpto.

Psicología Básica, Clínica y Psicobiología • Universitat Jaume I.

Avda. Sos Baynat s/n, 12071 Castelló de la Plana.

moro@psb.uji.es

- Recibido: 19/06/11.
- Aceptado: 20/09/11.



# FORMACIÓN CONTINUADA



# Alteraciones cognitivas en dos casos de psicosis funcional precoz

## *Cognitive deficits in two cases of early functional psychosis*

Juan Antonio Becerra García.

Psicólogo.

Departamento de Psicología.

Universidad de Jaén.

**Resumen:** Los déficits cognitivos son frecuentes en la psicosis de inicio precoz (inicio de la psicosis antes de los 18 años). El objetivo de este trabajo es estudiar dos casos de psicosis de inicio precoz, describiendo la naturaleza de las deficiencias que presentan. Se usaron diferentes pruebas para el estudio cognitivo de ambos casos, mediante las cuales y como comentaremos en los apartados de resultados y discusión, podemos observar que ambos casos de psicosis de inicio precoz, independientemente del diagnóstico, sufren alteraciones cognitivas similares.

**Palabras clave:** Cognición, psicosis, diagnóstico, inicio precoz.

**Abstract:** Cognitive deficits are prevalent in early onset psychosis (psychosis onset before age 18). The aim of this work is to study two cases of early onset psychosis, by describing the nature of the deficiencies that they present. Different tests were used for the cognitive study of both cases, leading conclude, as we shall state in the results and discussion sections, that both cases of early onset psychosis, independent of the diagnostic, suffer similar cognitive alterations.

**Key words:** Cognition, psychosis, diagnostic, early onset.

### Introducción

La psicosis implica una alteración grave y específica del contacto con la realidad que afecta a amplias áreas del funcionamiento mental y se refleja en síntomas como delirios, alucinaciones y deterioro cognitivo entre otros (1). Estudios cognitivos han descrito de manera uniforme la presencia de déficit de atención, memoria, aprendizaje y funciones ejecutivas en las psicosis (2, 3). Alteraciones que se han caracterizado como una manifestación inherente a la enfermedad (4) y como factores altamente predictivos de las actividades sociales y comunitarias (5-7). El término

psicosis funcional distingue las psicosis no afectivas (trastornos con códigos CIE-10 de F20-29) y psicosis afectivas (códigos CIE-10, F30-33) de las llamadas psicosis orgánicas (delirium y demencia) (8-10). Estas psicosis funcionales de inicio precoz (antes de los 18 años) conformarían un grupo de patologías de inicio temprano que compartirían un perfil similar de afectación cognitiva que caracterizarían al grupo independientemente del diagnóstico categorial que se presente (11, 12). La baja incidencia, prevalencia y estabilidad diagnóstica de estos trastornos hace difícil el obtener muestras homogéneas para su estudio (13, 14), por lo

que el estudio de casos puede ser útil en la descripción de estos trastornos. El objetivo de este trabajo es estudiar cognitivamente dos casos de psicosis funcional de inicio precoz con diferente diagnóstico categorial para conocer el patrón de afectación presente en cada caso.

### Método

Se ha contado con la colaboración de dos participantes, pacientes atendidos en un dispositivo de salud mental, que presentaban como diagnóstico principal un trastorno psicótico. Los participantes 1 y 2 son dos varones de 18 años. El participante 1 presenta un diagnóstico de trastorno delirante (código CIE-10 F.22). El participante 2 está diagnosticado de esquizofrenia tipo indiferenciado, código (CIE-10, F.20.3). Ambos han tenido un único ingreso hospitalario y el primer episodio psicótico ocurre entre los 16 y 17 años. No presentan otros antecedentes médico-quirúrgicos destacables. Ambos tienen un nivel

de estudios completados hasta primaria, viven con su familia de origen y están actualmente desempleados.

Se utilizaron diferentes subtest de la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos-III (15), Escala de Memoria de Wechsler-III (16) y otras pruebas como la Figura Compleja de Rey (17) y el test Stroop de Colores y Palabras (18). Las puntuaciones directas fueron transformadas a puntuaciones escalares, puntuaciones T y percentiles según las normas indicadas en los manuales de las mismas.

### Resultados

Los resultados obtenidos en las distintas pruebas por cada uno de los participantes se recogen en la tabla 1.

El participante 1 muestra un rendimiento inferior al normal para su edad en los subtest de Clave de Números, Dígitos, Cubos, Semejanzas, Vocabulario e Información. En el aprendizaje y recuperación

**Tabla 1. Resultados de la evaluación neuropsicológica.**

Pruebas	Resultado	
	Participante 1	Participante 2
Subtest del WAIS-III		
Dígitos Total	PD: 9. PE: 3.	PD: 17. PE: 11.
Clave de Números	PD: 54. PE: 6.	PD: 44. PE: 4.
Semejanzas	PD: 10. PE: 4.	PD: 10. PE: 4.
Letras – Números	PD: 6. PE: 3.	PD: 8. PE: 6.
Cubos	PD: 13. PE: 1.	PD: 28. PE: 5.
Vocabulario	PD: 17. PE: 3.	PD: 34. PE: 8.
Información	PD: 5. PE: 3.	PD: 15. PE: 9.
Subtest Lista de Palabras del WMS-III		
Recuerdo Inmediato	PD: 5/12. PE: 8.	PD: 4/12. PE: 6.
Recuerdo Total Inmediato	PD: 20/48. PE: 3.	PD: 29/48. PE: 4.
Recuerdo Demorado	PD: 4/12. PE: 3.	PD: 8/12. PE: 6.
Reconocimiento	PD: 24/24. PE: 12.	PD: 24/24. PE: 12.
Test de Stroop		
Condición Palabra-Color	PD: 28. PT: 30.	PD: 35. PT: 36.
Figura Compleja de Rey		
Copia	Exactitud: 31/36. PC: 60	Exactitud: 32/36. PC: 70
Recuerdo Inmediato	Exactitud: 27/36. PC: 25.	Exactitud: 29/36. PC: 40
Recuerdo Demorado	Exactitud: 9/36. PC: 1.	Exactitud: 12/36. PC: 1

PC: Percentil. PD: Puntuación Directa. PE: Puntuación Escalar (Media: 10). PT: Puntuación T (Media: 50). WAIS-III: Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos-III. WMS-III: Escala de Memoria de Wechsler-III.

(inmediata y demorada) de palabras se observan rendimientos inferiores a los normales al igual que ocurre en la reproducción en memoria (inmediata y demorada) de la FCR y en el test de Stroop. Donde se observa un mejor rendimiento es en el reconocimiento de palabras y en el proceso de copia de la FCR. Por otra parte, el participante 2 muestra un rendimiento deteriorado en los subtest Clave de Números, Cubos, Semejanzas, Vocabulario e Información. El rendimiento en el recuerdo inmediato y demorado de palabras es insuficiente respecto a su grupo de edad. En la reproducción en memoria (inmediata y demorada) de la FCR y la ejecución del test de Stroop también se observan deterioros. Los rendimientos en el subtest de Dígitos, en el reconocimiento de palabras y en la copia de la FCR si se encuentra en un nivel adecuado.

## Discusión

Lo obtenido por el participante 1 en las diferentes pruebas indica la presencia de deterioro en atención-concentración y velocidad de procesamiento, deterioros en el recuerdo inmediato y demorado de material verbal y visual, dificultades en abstracción, inhibición de respuesta y memoria de trabajo, déficit en habilidades visuoespaciales y dificultades en comprensión y habilidad verbal. Los resultados no evidencian deterioros en las habilidades visuoespaciales ni en el reconocimiento del material verbal previamente presentado. El participante 2 muestra un deterioro en la velocidad de procesamiento, déficit en memoria visual a corto y largo plazo, alteración en los procesos de retención y recuperación de material verbal no estructurado a corto y largo plazo, alteraciones en abstracción, inhibición de respuesta, memoria de trabajo, habilidades visuoespaciales y lenguaje. Se encuentra preservada la capacidad de atención-concentración, el reconocimiento de material verbal y la habilidad visuoespacial.

Podemos ver que ambos casos muestran una afectación cognitiva generalizada de las diferentes capacidades evaluadas. El perfil de afectación en los dos casos es muy similar, independientemente del diagnóstico categorial, y únicamente difieren en que el participante 2 muestra un mejor rendimiento en atención-concentración. En los casos estudiados se observan alteraciones cognitivas parecidas entre ambos casos de diagnósticos

psicóticos de inicio precoz, evidenciándose en los casos estudiados un perfil neuropsicológico similar.

Lo obtenido en la evaluación y presentación de estos dos casos muestra la utilidad de establecer un perfil neuropsicológico único de las psicosis que se inician durante la infancia y adolescencia independiente del diagnóstico, ya que aunque se trate de dos casos aislados esta en consonancia por lo obtenido por otros estudios (11, 12).

## Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. rev. Washington, DC: APA, 2000.
2. Addington J, Addington D. Cognitive functioning in first-episode schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 2002; 27: 188-92.
3. Heinrichs RW, Zakzanis KK. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology* 1998; 12: 426-45.
4. Green MF. Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 36-42.
5. Bell M, Bryson G, Greig T, Corcoran C, Wexler B. Neurocognitive enhancement therapy and work therapy in schizophrenia: work outcomes at 6 months and 12 month follow-up. *Biol Psychiatry* 2004; 55: 1S-242S.
6. Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R, Carter M, Greenwald D, Pogue-Geile M., et al. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behaviour. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61: 866-76.
7. Wykes T, Reeder C, Williams C, Corner J, Rice C, Everitt B. Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable? Results from an exploratory trial in schizophrenia. *Schizophr Res* 2003; 61: 163-74.
8. Berrios GE, Hodges JR. Trastornos de memoria en la práctica psiquiátrica. Barcelona: Elsevier, 2003.
9. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Tarrant J, et al. Heterogeneity in

- incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AESOP study. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 250-58.
10. Reininghaus UA, Morgan C, Simpson J, Dazzan P, Morgan K, Doody G, et al. Unemployment, social isolation, achievement-expectation mismatch and psychosis: findings from the AESOP Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 743-51.
  11. Fagerlund B, Pagsberg AK, Hemmingsen RP. Cognitive deficits and levels of IQ in adolescent onset schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophr Res* 2006; 85: 30-9.
  12. Kumra E, Wiggs J, Bedwell AK, Smith E, Arling K, Albus SD, et al. Neuropsychological deficits in pediatric patients with childhood-onset schizophrenia and psychotic disorder not otherwise specified. *Schizophr Res* 2000; 42: 135-44.
  13. Arango C, Fraguas D, de Castro M. Las psicosis de inicio en la infancia y la adolescencia: Desde la incertidumbre diagnóstica a la necesidad de un tratamiento. En Vázquez JL y B. Crespo B, editores. *Nuevos enfoques para la intervención en primeros episodios de psicosis*. Barcelona: Eselvier, 2008; p. 215-25.
  14. Ruiz M, Ferrín M, Barrigón M. Esquizofrenia de inicio en la infancia y adolescencia: una perspectiva desde el neurodesarrollo. *Monografías de Psiquiatría* 2007; 19: 25-32.
  15. Wechsler D. WAIS-III. Escala de inteligencia Wechsler para adultos III. Manual de aplicación y corrección. Madrid: TEA ediciones, 2001.
  16. Wechsler D. WMS-III. Escala de memoria de Wechsler III. Manual de aplicación y puntuación. Madrid: TEA ediciones, 2004.
  17. Rey A. Test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas. Madrid: TEA ediciones, 2003.
  18. Golden CJ. Stroop. *Test de colores y palabras*. Madrid: TEA ediciones, 2007.

### Correspondencia

Juan Antonio Becerra García • Departamento de Psicología  
Campus Las Lagunillas s/n, Edificio C5, Buzón 92.  
Universidad de Jaén, 23071 Jaén, España.  
Tel.: 953 21 34 63 • Mail: jbecerra@ujaen.es

• Aceptado: 1-10-11.

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

## Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica.

### Principios Básicos en Neurobiología y Neuropsicofarmacología.

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

#### Presentación

*Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada* es una sección que de modo permanente aparece en *NORTE de salud mental*. Se pretende que la persona que lo desee pueda autoevaluarse en áreas clave siguiendo un formato de pregunta tipo MIR en los que cada ítem es comentado y soportado bibliográficamente.

Los avances en psicofarmacología clínica están en continuo proceso de expansión. Nuevos conocimientos clínicamente fundados o no y exuberante información neurocientífica se acumulan a diario. Conocimientos científicos, aparentemente desordenados a veces, van tomando cuerpo a medida que la investigación madura y crece consolidando hipótesis previas. El futuro es prometedor para los clínicos y promisorio para los pacientes porque nuevos y potentes psicofármacos se irán incorporando al arsenal químico que clínicos de todo el mundo utilizarán en su práctica médica habitual.

En los tres próximos números de *NORTE de salud mental* se realizará un repaso a los **Principios Básicos en Neurobiología y Neuropsicofarmacología**, se abordará el Manejo de psicofármacos en el paciente difícil parte y finalmente se incidirá en el Manejo de psicofármacos en poblaciones médico quirúrgicas y el Manejo de psicofármacos en situaciones vitales específicas.

#### Preguntas

**Pregunta 99:** Señale la respuesta que considere FALSA de entre las siguientes que hacen referencia a las **Proteínas G**:

- A) Se denominan así por estar ligadas al nucleótido guanina.
- B) Son heterotrímeros constituidos por tres subunidades: alfa, beta y gamma.
- C) Cuando las tres subunidades están unidas y acopladas al guanosindifosfato (GDP) la proteína G se encuentra inactiva.
- D) La subunidad  $\beta$  es la que confiere especificidad a la proteína G.
- E) Actualmente se conocen 4 familias de proteínas G.

**Pregunta 100:** Señale la respuesta que considere FALSA de entre las siguientes que hacen referencia al **Citocromo P-450**:

- A) Constituye el más potente sistema enzimático involucrado en las reacciones de metabolización tipo 1 o de oxidación. Se localiza en el retículo endoplásmico y en las mitocondrias.
- B) Se encuentra preferentemente en el hígado, riñón, intestino delgado, glándulas suprarrenales y en menor medida en otros órganos.



- C) Entre las isoenzimas más importantes en relación con el metabolismo de los psicofármacos cabe mencionar la CYP2D6, CYP1A2 y las subfamilias CYP2C y CY3A.
- D) En individuos de raza blanca, la actividad enzimática CYP2D6 está reducida en un 5-10% y en un 3-5% la CYP2C.
- E) La actividad del CYP3A4 es alta en neonatos y las mujeres poseen una menor actividad de CYP2C19 y CYP3A4 que los hombres, mientras que en el caso del CYP1A2 ocurre lo contrario.

**Pregunta 101:** Señale la respuesta que considere FALSA, de entre las siguientes que hacen referencia a características y propiedades de los **Receptores:**

- A) El receptor posee las características de reconocimiento esterospecífico y transducción.
- B) La porción extracelular del receptor es la única responsable del reconocimiento del neurotransmisor.
- C) La porción intracelular del receptor dispara mecanismos de segundos mensajeros.
- D) Los receptores pueden ser ionotrópicos cuando están acoplados directamente sobre canales iónicos, con respuestas rápidas.
- E) Los receptores pueden ser metabotrópicos cuando están acoplados a proteínas G, con respuestas lentas.

**Pregunta 102:** Los fármacos son capaces de atravesar las membranas celulares por diferentes mecanismos entre los que destaca la difusión pasiva y el transporte activo. Señale, de entre las siguientes, la característica que resulta FALSA para el **transporte activo:**

- A) Precisan la existencia de un transportador de membrana, generalmente saturable.
- B) Conduce al fármaco contra un gradiente electroquímico.
- C) Requiere consumo de energía (Adenosintrifosfato).
- D) Suele asociar transporte de iones.
- E) Es el mecanismo empleado por la mayoría de las sustancias psicótropas por vía oral.

**Pregunta 103:** Hablando sobre **Receptores:** “Comúnmente denominados receptores de esteroides, se localizan en el citosol y núcleo, siendo su mecanismo efector la modificación directa de la expresión genética”. Hablamos de los receptores...

- A) Tipo 1.
- B) Tipo 2.
- C) Tipo 3.
- D) Tipo 4.
- E) Receptores huérfanos.

**Manejo de psicofármacos en el paciente difícil. Parte I**

**Pregunta 104:** La aproximación física al paciente agitado debe ser cuidadosa. Está orientada a realizar una primera aproximación diagnóstica, valoración del nivel de agresividad y tratar de calmar al paciente. Señale cual de entre los siguientes NO es un procedimiento adecuado en el abordaje del paciente agitado:

- A) Situar al paciente en un entorno tranquilo.
- B) Si fuera preciso su intervención, situar al personal de seguridad fuera del alcance visual de paciente mientras dure la entrevista.
- C) Dirigirse al paciente por su nombre.
- D) Confrontar las conductas disruptivas.
- E) Establecer límites antes comportamientos inadecuados.

**Pregunta 105:** Una consecuencia del daño cerebral adquirido es la incontinencia emocional. Uno de los siguientes fármacos ha demostrado un efecto terapéutico singularmente eficaz:

- A) Citalopram.
- B) Asenapina.
- C) Citicolina.
- D) Riboflavina.
- E) Sulpiride.

**Pregunta 106:** El fármaco considerado de primera en tratamiento del delirium es:

- A) Selenio.
- B) Olanzapina.

- C) Haloperidol.
- D) Levopromazina.
- E) Dopamina.

**Pregunta 107:** Los parámetros biológicos y los cuestionarios en el alcoholismo ayudan en el diagnóstico, pero se ha de ser prudente en su utilización porque NO es cierto que:

- A) La prueba de Transferencia Deficiente en Carbohidratos es poco específica para apoyar el diagnóstico.
- B) Los niveles de Gamma GT se normalizan a las 8 semanas tras la abstinencia completa de alcohol.
- C) El Volumen Corpuscular Medio se normaliza en 4 meses tras la abstinencia.
- D) Un cociente GOT/GPT superior a 2 es sugestivo de hepatopatía alcohólica.
- E) El cuestionario AUDIT sirve para el cribado –diagnóstico precoz de alcoholismo.

### Respuestas

**Pregunta 99. Respuesta correcta: D**

**Comentario:** Las proteínas G se denominan así por estar ligadas al nucleótido guanina; son las estructuras bioquímicas que median entre el receptor y las enzimas efectoras. Constituyen un paso obligado para la mayoría de las señales extracelulares detectadas por distintos tipos de receptores. Se ha estimado que más de 80% de las hormonas, neurotransmisores y neuromoduladores desencadenan sus respuesta celulares a través de proteínas G acopladas a diversos efectores intracelulares.

Las proteínas G son heterotrímeros constituidos por 3 subunidades: alfa, beta y gamma. Cuando las tres subunidades están unidas al guanosindifosfato (GDP) la proteína G se encuentra inactiva.

La subunidad alfa es la que confiere especificidad a la proteína G. Actualmente se conocen 4 familias de proteínas G: la s y la i, identificadas por su capacidad de estimular o inhibir la AC, la q, estimulante de la fosfolipasa y la 12 de la que no se conoce el efector.

La amplia variedad de las respuestas neuronales estan sin duda relacionadas con la gran capacidad

de interacciones que proporcionan las proteínas G entre receptores y efectores. En este sentido, se sabe que la presencia de proteínas G supera con creces a las moléculas receptoras presentes en cualquier célula. Las proteínas actúan por una parte ampliando las señales químicas generadas por los neurotransmisores sobre los receptores, y por otra, haciendo que estas señales químicas sean muy ricas y variadas desde el punto de vista cualitativo.

Además, se ha demostrado que los niveles de subunidades de las proteínas G pueden alterarse en diferentes cuadros patológicos como adenomas hipofisarios, pseudohipoparatiroidismo, neurofibromatosis tipo 1 y es sospechado en otras patologías neuropsíquicas. También se han comprobado modificaciones en subunidades de proteína G en regiones específicas del SNC en respuesta a la exposición crónica a muchos tipos de psicofármacos y drogas de abuso.

**Bibliografía:** Álamo González C, López Muñoz F, Cuenca Fernández E. Principios básicos en neurobiología en Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicaciones clínicas de Salazar M, Peralta C y Pastor FJ. 2ª Edición. Editorial Panamericana, pág. 130-1. 2010. Madrid.

**Pregunta 100. Respuesta correcta: E**

**Comentario:** El citocromo P-450 monooxigenasa es uno de los principales sistemas enzimáticos empleados por el organismo para metabolizar fármacos. Desde el punto de vista farmacológico constituye el más potente sistema enzimático involucrado en las reacciones de metabolización tipo 1 o de oxidación y se localiza en el retículo endoplásmico y en las mitocondrias.

Está compuesto por dos componentes protéicos: una proteína que contiene hierro (hemoproteína) denominada citocromo P-450 y una flavoproteína denominada citocromo P-450 reductasa. La hemoproteína es la responsable de unir y ceder el oxígeno al fármaco, mientras que la reductasa facilita la oxigenación mediante el transporte de electrones.

En el ser humano, se encuentra preferentemente en el hígado, riñón, intestino delgado, glándulas suprarrenales y en menor medida en otros órganos. Entre las isoenzimas más importantes en relación con el metabolismo de los psicofármacos



cabe mencionar la CYP2D6, CYP1A2 y las subfamilias CYP2C y CYP3A.

Además de la existencia de distintas isoformas del CYP 450 también hay diferencias interindividuales en los efectos de algunos fármacos metabolizados por este complejo, que pueden deberse, entre otras causas, a la expresión catalítica de estas isoenzimas. Estas diferencias pueden expresarse por una respuesta cuantitativa alterada ante un fármaco (hiperrespuesta o hiporrespuesta) o por una respuesta cualitativa diferente (terapéutica o tóxica). La principal causa de estas diferencias es la determinada por una expresión genética diferente de este complejo enzimático en cada individuo (polimorfismo genético).

En individuos de raza blanca, la actividad enzimática CYP2D6 está reducida 5-10% y un 3-5% la CYP2C. La actividad del CYP3A4 es muy baja en neonatos y las mujeres poseen una mayor actividad de CYP2C19 y CYP3A4 que los hombres, mientras que en el caso del CYP1A2 ocurre lo contrario.

**Bibliografía:** Álamo González C, López Muñoz F, Cuenca Fernández E. Principios básicos en neurofarmacología en Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica de Salazar M, Peralta C y Pastor FJ. 2ª Edición. Editorial Panamericana, pag 142-3, 2010. Madrid

**Pregunta 101. Respuesta correcta: B**

**Comentario:** Los receptores son estructuras proteicas tridimensionales celulares que tienen especificidad estereoquímica para identificar una sustancia, hormona o neurotransmisor. Los receptores son la estructura básica para interpretar la comunicación interneuronal mediante la transducción de la información hacia la maquinaria intraneuronal.

Existen receptores para más de 300 moléculas endógenas que actúan en el SN, pero el reconocimiento es estereoespecífico, es decir, el receptor reconoce un ligando sobre la base de alguna propiedad de su estructura química o de su configuración molecular. La transducción significa que la interacción fármaco-receptor inicia una acción bioquímica que, a través de un segundo mensajero, genera una señal intracelular capaz de iniciar un cambio de comportamiento de la célula.

La estructura helicoidal de los receptores está incrustada en la membrana celular. Inicialmente se pensó que la **porción extracelular** era la única responsable del reconocimiento del neurotransmisor, pero en la actualidad se sabe que esta función depende también de la **porción transmembrana** que además tiene un papel estructural, anclando al receptor de una forma móvil. La **porción intracelular** del receptor interactúa con otras proteínas de transmembrana o intracelulares para disparar mecanismos de segundos mensajeros.

Desde el punto de vista funcional los receptores pueden ser **ionotrópicos**, cuando están acoplados directamente a canales iónicos, formando una sola molécula y son de respuesta rápida, afectando al flujo de iones y al potencial de acción; y **metabotrópicos**, en la que el receptor es una molécula independiente acoplada a proteínas G. Estos son de respuesta lenta, están unidos a distintas unidades efectoras que pueden ser canales, que controlan movimientos iónicos, o enzimas capaces de producir pequeñas moléculas conocidas como segundos mensajeros, que a su vez desencadenarían complejas cascadas bioquímicas.

**Bibliografía:** Álamo González C, López Muñoz F, Cuenca Fernández E. Principios básicos en neurobiología en Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica de Salazar M, Peralta C y Pastor FJ. 2ª Edición. Editorial Panamericana, pag 127-9, 2010. Madrid.

**Pregunta 102. Respuesta correcta: E**

**Comentario:** Las membranas celulares constituyen las barreras biológicas por excelencia que tiene que ir salvando progresivamente los fármacos para llegar al lugar donde ejercen su función farmacológica. La capa lipídica de las membranas celulares permite su estabilidad, así como sus características de semipermeabilidad.

Los fármacos son capaces de atravesar estas membranas por diferentes mecanismos, entre los que destacan la difusión pasiva y el transporte activo. Los mecanismos de **transporte activo** precisan la existencia de un transportador de membrana, generalmente saturable, que conduce el fármaco contra un gradiente electroquímico, requiere el consumo de energía (adenosin-

trifosfato) y suele asociar el transporte de iones ( $H^+$  o  $Na^+$ ). Este sistema de transporte tiene cierta transcendencia en el caso de la barrera hema-toencefálica (BHE).

Sin embargo, la mayoría de sustancias psicotrópicas administradas por vía oral, debido a su alta liposolubilidad y a su reducido tamaño, atraviesan las membranas biológicas mediante procesos de **difusión pasiva**, siguiendo gradientes de concentración. De hecho, la velocidad de este proceso, regulada por la ley de Flick, se incrementa cuanto menor sea el tamaño molecular y mayores sean la liposolubilidad del fármaco y el gradiente de concentración.

**Bibliografía:** Álamo González C, López Muñoz F, Cuenca Fernández E. Principios básicos en neurofarmacología en Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica de Salazar M, Peralta C y Pastor FJ. 2ª Edición. Editorial Panamericana, pag 138-39, 2010. Madrid.

### Pregunta 103. Respuesta correcta: D

**Comentario:** Los receptores son estructuras macromoleculares proteicas asociados a lípidos e hidratos de carbono localizados en membranas, citoplasma o núcleo celular, a las que se unen sustancias endógenas, como neurotransmisores, mediadores celulares u hormonas, o bien sustancias exógenas (fármacos). En este sentido, se denominan "Receptores huérfanos" a aquellos para los que no se han encontrado aún ligando endógenos.

Existen básicamente cuatro familias de receptores denominados por algunos autores de tipo 1 a 4. Los de tipo 1, 2 y 3 son receptores de membrana, mientras los de tipo 4 (comúnmente denominados receptores de esteroides, se localizan en el citosol y el núcleo, siendo su mecanismo efector la modificación directa de la expresión genética.

Los receptores de tipo 3, están unidos directamente a tirosincinasas, y sobre ellos actúan diversas hormonas, como la insulina y factores de crecimiento.

Los receptores de mayor transcendencia en psicofarmacología son los de tipo 1 acoplados directamente a un canal iónico y de respuesta rápida y los de tipo 2 o acoplados a proteínas G (receptores metabotrópicos).

**Bibliografía:** Álamo González C, López Muñoz F, Cuenca Fernández E. Principios básicos en neurofarmacología en Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica de Salazar M, Peralta C y Pastor FJ. 2ª Edición. Editorial Panamericana, pag 146, 2010. Madrid.

### Pregunta 104. Respuesta correcta: D

**Comentario:** Establecer límites ante comportamientos inadecuados, pero sin utilizar amenazas, ni entrar en confrontación y reforzando la conducta positiva son importantes para el manejo del paciente agitado.

El paciente debe estar en un entorno tranquilo. La sala de entrevista debiera ser amplia, la puerta sin cerrojo interior e idealmente con dos salidas y un timbre de mesa para avisar en caso de emergencia.

Si la entrevista a solas con el paciente estará contraindicada por falta de seguridad para el facultativo debe notificarse al personal de seguridad o celadores para que permanezcan próximos pero fuera del alcance visual del paciente.

Presentarse al paciente y dirigirse a él por su nombre señalando nuestra intención de ayudarle es lo adecuado. Se evitará el contacto visual persistente.

Se debe hablar en tono tranquilo, transmitiendo mensajes sencillos y sin manifestar ansiedad o miedo. Hay que cuidar el lenguaje no verbal evitando gestos bruscos.

**Bibliografía:** Rodríguez Marañón M.I., Catalán Alcántara A. *Manejo de psicofármacos en el paciente difícil: el paciente en agitación psicomotriz*. En Tratado de Psicofarmacología Bases y aplicación clínica 2ª ed. M. Salazar Vallejo, C. Peralta Rodrigo, F. J. Pastor Ruiz editores. Ed Médica Panamericana 2009 pag 158.

### Pregunta 105. Respuesta correcta: A

**Comentario:** La rápida respuesta de los pacientes con incontinencia emocional (también denominada emocionalismo, llanto y risa patológica) a los diferentes tipos de antidepresivos está ampliamente documentada en múltiples casos clínicos y pequeñas series. Las publicaciones de los últimos años se han centrado en analizar el balance

de eficacia y tolerabilidad de los distintos ISRS. Aunque las diferencias son en cualquier caso pequeñas, el citalopram parece mostrar uno de los mejores perfiles.

**Bibliografía:** Quemada J.I., Sagasta Errasti A., Marín Ojea J.I., Pérez González A.F. *Manejo de psicofármacos en el paciente difícil: el paciente con daño cerebral adquirido*. En Tratado de Psicofarmacología Bases y aplicación clínica 2ª ed. M. Salazar Vallejo, C. Peralta Rodrigo, F. J. Pastor Ruiz editores. Ed Médica Panamericana 2009 pag.170.

**Pregunta 106. Respuesta correcta: C**

**Comentario:** El haloperidol ha sido el fármaco más estudiado. El haloperidol potente antidopaminérgico con escasa actividad antimuscarínica se considera el fármaco de elección. Algunos estudios demuestran actividad dopaminérgica incrementada en el SNC en el delirium, que puede justificar el hecho de que el haloperidol sea bien tolerado y eficaz en el tratamiento.

**Bibliografía:** Guadilla F. *Manejo de psicofármacos en el paciente difícil: el paciente con delirium*. En Tratado de Psicofarmacología Bases y aplicación clínica 2ª ed. M. Salazar Vallejo, C. Peralta Rodrigo, F. J. Pastor Ruiz editores. Ed. Médica Panamericana 2009 pag. 178.

**Pregunta 107. Respuesta correcta: A**

**Comentario:** La prueba de Transferencia Deficiente en Carbohidratos tiene una sensibilidad del 85% y especificidad cercana al 100%.

**Bibliografía:** Fernández Martín E. *Manejo de psicofármacos en el paciente difícil: el paciente alcohólico*. En Tratado de Psicofarmacología Bases y aplicación clínica 2ª ed. M. Salazar Vallejo, C. Peralta Rodrigo, F. J. Pastor Ruiz editores. Ed. Médica Panamericana 2009 pag. 162-163.



**HISTORIA**



# Psiquiatría y cine en España durante la dictadura franquista (1939-1975). (I)

## *Psychiatry and cinema in Spain during the pro Franco dictatorship*

María Herrera Giménez\*, Pedro Maset Campos\*\*, Carmen Llor Moreno\*\*\*, Joaquín Cánovas Belchí\*\*\*\*

(\* ) Médico Psiquiatra. H.G.U. Morales Meseguer. Murcia.

(\*\* ) Catedrático de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina de Murcia.

(\*\*\* ) Centro de Salud Mental San Andrés. Murcia.

(\*\*\*\* ) Catedrático de Historia del Cine. Departamento de Historia del Arte. Facultad de Letras. Murcia.

**Resumen:** En este estudio nos hemos propuesto analizar la relación entre dos disciplinas independientes como son el cine y la psiquiatría, así como la influencia que los acontecimientos históricos y sociales tienen sobre la evolución de esta especialidad de la medicina y de un medio accesible al público general como es el cine.

Si queremos destacar que aunque numerosos estudios han sido realizados sobre la evolución de las ideas psiquiátricas y la atención a los enfermos mentales así como del desarrollo de la cinematografía española durante la etapa señalada (1939-1975), lo novedoso del trabajo presentado es el estudio de la interacción entre ambas disciplinas.

Así estudiaremos como influye el contexto sociopolítico en la imagen que de la psiquiatría y salud mental refleja el cine, indagando en la forma que el cine, herramienta cultural a la que accede gran parte de la población, ha reflejado la figura del psiquiatra y otros profesionales de la salud mental, de los enfermos mentales y demás elementos relacionados con el ámbito de la enfermedad mental.

Parte de un estudio más amplio sobre psiquiatría y cine en España entre 1939 y 2000 en este artículo se presenta el análisis entre ambas facetas como determinadas por el contexto político e ideológico del franquismo de acusado control cultural en medio de una inedia oficial. Separando dos etapas en este periodo del franquismo, la autarquía (1939-1959) y el desarrollismo (1959-1975), se aprecia por una parte, en la autarquía, el escaso interés por la situación de la psiquiatría y cuando se da se lleva a cabo de forma sesgada y peyorativa, mientras que en la etapa del desarrollismo a pesar de la proclamada liberalización informativa la asfixia de la censura lleva a que no aparezca ninguna película de contenido psiquiátrico.

**Palabras clave:** Psiquiatría, cine, contexto sociopolítico.

**Abstract:** In this study, our aim is to analyse the relationship between two independent disciplines, the cinema and the psychiatry, as well as the influence that historical and social events have on the evolution of this specialty of medicine and of a media accessible to the general public like the cinema.

We want to stress that, although many studies have been conducted on the evolution of psychiatric ideas and the attention paid to mental patients as well as the development of Spanish cinematography during the mentioned period (1939-1975), the innovation of this research is the study of the interaction between these two disciplines.

We will study how the sociopolitical context influences the idea of psychiatry and mental health reflected by the cinema, researching into the way the cinema, a cultural instrument to which most of the population can have access to, has shown the figure of the psychiatrist and other professionals in mental health, of mental patients and other factors related to the field of mental disease.

**Key words:** Psychiatry, cinema, sociopolitical context.

## Introducción

En este estudio nos hemos propuesto analizar la relación entre dos disciplinas independientes como son el cine y la psiquiatría, así como la influencia que los acontecimientos históricos y sociales tienen sobre la evolución de esta especialidad de la medicina y de un medio accesible al público general como es el cine.

Nos proponemos realizar un estudio de la historia de la psiquiatría española durante el periodo señalado, estableciendo un paralelismo con el desarrollo del cine en estos mismos años, investigando cómo se refleja la psiquiatría en el cine español, indagando la forma en que el cine, herramienta cultural a la que accede gran parte de la población, ha reflejado la figura del psiquiatra y otros profesionales de la salud mental, de los enfermos mentales y demás elementos relacionados con el ámbito de la enfermedad mental.

Nos planteamos que el marco socio-histórico debe necesariamente determinar la evolución de una y otra disciplina al estar incluidos en el mismo contexto y marco histórico, político y cultural.

## Material y método

Para la realización de este trabajo hemos recurrido a diversas fuentes escritas: bibliografía relativa a psiquiatría y a cinematografía: catálogos de Filmoteca Española de esta época, información sobre los estrenos de los años que nos

ocupan y la censura, así como circunstancias de producción, distribución y exhibición de largometrajes realizados.

Hemos realizado un estudio de la etapa: destacando los acontecimientos más señalados en relación al marco histórico-político, marco médico-psiquiátrico y marco cultural-cinematográfico. A continuación hemos buscado las películas con temática sobre psiquiatría y salud mental, es decir, cuyos personajes sean enfermos mentales ó profesionales de la psiquiatría, seleccionando las más representativas.

Hemos dividido el periodo franquista en dos grandes etapas, la autarquía, entre 1939 y 1959 y el desarrollismo o tecnocracia entre 1960 y 1975. Dominando en todo el periodo de la dictadura el pensamiento nacionalista y religioso se pueden diferenciar a efectos de nuestro estudio dos grandes etapas. Cada etapa tiene identidad ideológica y económica, de forma que la primera es de exaltación nacionalista, control político extremo por el falangismo con los restos de las influencias nazi y fascista, y pretensión autárquica remedando un imperio glorioso que nunca existió. La segunda etapa es de acomodación al entorno adverso para el franquismo por el fruto de la victoria occidental sobre el nazismo y el fascismo y el aislamiento internacional tratando de introducir una economía de mercado compatible con el Mercado Común (1957) y sus valores. De todas formas la negativa a introducir

reformas democráticas en el país a lo largo de esta etapa convirtió las contradicciones culturales en insalvables.

### Marco histórico-político

Al finalizar la Guerra Civil triunfa un pensamiento muy conservador dando lugar a una primera etapa de la dictadura, la autarquía, de aislamiento político y cultural, rechazando toda novedad foránea que implique una visión crítica con el pensamiento establecido (1).

Este marco sociopolítico imperante era incompatible con el desarrollo cultural ó con la creación de un ambiente favorecedor para la implantación de la convivencia de diferentes puntos de vista.

La segunda parte del franquismo coincide con los planes de desarrollo y el final del aislamiento internacional, en ella se establece el gobierno de tecnócratas. Durante este periodo se normalizan las relaciones exteriores (2), también existen cambios significativos en la estructura interna del país: aumenta el número de estudiantes universitarios, se extiende la Seguridad Social al 80% de beneficiarios de la población, también se incrementaron las huelgas y los conflictos laborales, sobre todo a partir de 1970, pero la prensa no informaba, debido a la férrea censura a la que se veía sometida, que se extendía a otros ámbitos: incluido el cinematográfico.

### Marco médico-psiquiátrico

El triunfo del pensamiento conservador también se manifiesta de forma clara en el ámbito psiquiátrico. Los planteamientos ideológicos del régimen condicionan la psiquiatría de estos años, se trataba de hacer una psiquiatría autóctona, fuertemente dominante.

Destacaba cómo mayor exponente la figura de Vallejo-Nágera, jefe de los servicios de psiquiatría militar del ejército de Franco. Publicó gran cantidad de trabajos en relación con la mejoría de la raza y la psicosis de guerra (3). Otra figura a destacar fue López Ibor, que profundiza en el estudio de la psicología de la raza llegando a la conclusión de que la raza española es una mezcla ideal en la que se combinan elementos nórdicos y mediterráneos (4).

En relación a la legislación en 1944 se crea la Ley de la Seguridad Social constituyendo el Seguro Obligatorio de Enfermedad, en el cual se excluía la asistencia psiquiátrica de sus prestaciones.

Durante los primeros años de postguerra los manicomios eran el pilar básico de la asistencia psiquiátrica, sin ningún tipo de planificación sanitaria, primando el carácter caritativo o benéfico (5).

Durante la tecnocracia coexisten en el mismo escenario psiquiátrico las nuevas promociones de profesionales, sin apoyo del régimen, que fueron toleradas por las promociones salidas de la Guerra Civil que aún detentaban el poder de forma hegemónica.

La organización sanitaria era deficiente, lejos de los niveles europeos, y dentro de la organización sanitaria la asistencia psiquiátrica se situaba en un lugar marginal, considerada como la cenicienta de la medicina.

La asistencia psiquiátrica se incluía como parte del programa de asistencia social, no en el programa sanitario, siendo gestionada por la beneficencia. La Seguridad Social no contemplaba la asistencia psiquiátrica hospitalaria y la extrahospitalaria se reducía a los neuropsiquiatras de zona (6).

En 1970 surge una generación de psiquiatras jóvenes que toman conciencia de la situación denunciando la asistencia psiquiátrica y la situación de abandono. Se comienza a sensibilizar a la opinión pública de los problemas de salud mental.

En 1971 se crean los Centros de Higiene Mental, antecedentes de lo que más tarde serán los Centros de Salud Mental, con Dispensarios de Alcoholismo y Toxicomanías, dependientes de las Diputaciones Provinciales por decisión del Consejo de Ministros. Se implantaron en ocho provincias de España (7).

### Marco cultural cinematográfico

A lo largo de casi cuarenta años de dictadura el control sobre los soportes de pensamiento será riguroso. Se ejerció un estricto control a través de la censura que se aplicó con todo rigor a libros, prensa, radio, teatro y cine.

El cine, medio de comunicación audiovisual que llegaba a todas las clases sociales fue el entretenimiento hegemónico más popular. El régimen se mostrará plenamente consciente de la importancia del cine en sus propósitos educativos y propagandísticos (8).

A partir del 1 de enero de 1943 los cines fueron obligados a proyectar antes de cada sesión un noticiero oficial y propagandístico: el NO-DO, controlado directamente por el gobierno. De esta manera los documentales pasan a ser monopolio del Estado, coartando la posibilidad de cualquier otra información alternativa.

Encontramos que en el cine de esta época se daba una doble censura: se realizaba un examen al guión, previo al rodaje, y posteriormente al rodaje se volvía a realizar un examen a la obra concluida (9).

Con esta doble censura, junto a las limitaciones del periodo bélico, se produce una asincronía del cine español en relación al cine mundial, al igual que se produce un desfase entre la psiquiatría española y la mundial, que conduce a un alejamiento de la realidad, ya que el abordaje directo era imposible.

Debido a las medidas que toma el Estado sobre la producción cinematográfica los productores españoles, ejerciendo la propia autocensura, orientan su actividad a financiar películas de una determinada temática, que no se considerara ofensiva con los principios básicos del régimen, exaltando los valores que constituían los pilares del franquismo: el nacionalismo y la hispanidad, realizando una apología de la raza, la patria y el caudillaje (10). Encontramos títulos cómo: "Raza" (J.L. Sáenz de Heredia, 1941), "A mí la legión" (Juan de Orduña, 1942), "Inés de Castro" (Leitao de Barros, 1944), excluyéndose en las producciones filmográficas las enfermedades mentales.

Esta tendencia va en consonancia con las ideas promulgadas por Vallejo-Nágera: la mejoría de la raza, con títulos tan elocuentes cómo "Eugenesia de la hispanidad y política de la raza" (1937), "Eugamia: selección de novios y política racial del Estado" (1938).

De tal manera que encontramos que durante este periodo la censura cinematográfica se extendió a

otros ámbitos cómo la psiquiatría, así se excluían del visionado las enfermedades mentales que ante sus manifestaciones extremas y el papel paternalista y protector que adoptaba el Estado sobre el público les llevó a considerarlas como una "mala influencia", a excepción de que recibieran castigos ejemplares y así el público que las veía quedaba bien aleccionado de lo ejemplarmente correcto.

En este periodo de autarquía destaca la ausencia de un código normativo explícito, por lo que se aplicaba distinto rasero a los largometrajes extranjeros y nacionales, en los que el abordaje directo de la realidad era imposible (11).

De las aproximadamente 900 películas estrenadas a lo largo de la etapa autárquica solamente una docena de ellas ha tratado directamente el tema psiquiátrico, destacando entre ellas la de Fernando Fernán Gómez, "Manicomio" de 1954 por su esquematismo obligado por los problemas con la censura.

En el largo periodo de la tecnocracia tenemos que en 1963 José María García Escudero (director general de cine y teatro) intentó clarificar las Normas de Censura Cinematográfica, dejando por escrito y publicando los criterios. Quedaba prohibida la justificación del suicidio, del divorcio, del adulterio, prostitución y todo lo que atente contra la institución del matrimonio. También estaba prohibido el aborto y los métodos anticonceptivos. Se prohibían las desviaciones sexuales y perversiones, toxicomanías y alcoholismo. Comprobamos por tanto cómo se da vigor a la prohibición de mostrar en pantalla las enfermedades mentales mediante la publicación de estas normas (12).

Todos los argumentos relacionados con la psiquiatría tenían un eco muy inquietante a los ojos de los censores, considerado como algo oscuro o turbio, un tema inadmisibles, prohibiendo títulos cómo "Freud, pasión secreta" (John Huston, 1962), "Las tres caras de Eva" (Nonnally Johnson, 1957), "El fotógrafo del pánico" (Michael Powell, 1960), ya que se consideraba que era mejor no mostrarlo al público general. Los censores temían la propagación de estas lacras entre el público, decantándose por su prohibición (13).

Así vemos como la Junta Censora tomaba una actitud paternalista y represora, tratando al público

que acudía a ver estos largometrajes como caren- te de criterio ó capacidad crítica alguna.

La enfermedad mental tenía una importante car- ga moralizante, se interpretaba como un castigo a un mal comportamiento sin tener en cuenta el encuadre médico.

Cuando los largometrajes hacían referencias al suicidio provocaba que las películas fueran re- tocadas, autorizadas únicamente para mayores ó directamente prohibidas, según la importancia dentro de la trama.

La destitución de Manuel Fraga como Ministro de Información y Turismo y la toma de posesión como ministro de Alfredo Sánchez Bella supone una clara regresión en el ámbito de la libertad de expresión, intensificándose los mecanismos represores.

Así la censura actuara con gran dureza, en conso- nancia con el recrudecimiento general de repre- sión del régimen, no ocultada por la administra- ción franquista, justificando este celo censor por la necesidad de salvaguardar la moral y salud mental de los ciudadanos (14).

En 1974 Pío Cabanillas (Ministro de Información y Turismo) comienza un periodo de aperturismo en letras, prensa y teatro. Sin embargo no ocurre lo mismo con el cine, manifestación cultural que debe esperar la transición para poder liberarse del yugo de la censura previa. Por tanto el desfase cultural del cine en relación con otras manifes- taciones culturales era más grave que en etapas anteriores.

Por ello en este periodo de tecnocracia a pesar del mayor volumen de producción cinematográ- fica no hemos encontrado ningún largometraje cuyo argumento haga referencia a la salud men- tal o enfermedades mentales.

## Discusión

Durante la autocracia la estricta censura impe- rante tutelaba los principios morales y religiosos de la vida científica y cultural del país.

De esta forma la psiquiatría se pone al servicio del ideario político del régimen proporcionando justificación científica y constituyendo este uno de los pilares fundamentales del franquismo.

Durante el régimen la creación cinematográfica estaba sometida a la censura ajustándose a va- lores y normas de la dictadura.

De 469 películas revisadas en el “Catálogo de Cine Español de películas de ficción: 1941-1950” del profesor Ángel Luis Hueso (15) sólo hemos hallado seis que estén relacionadas con la en- fermedad mental. En los argumentos de estos escasos largometrajes sobre la locura y la en- fermedad mental proyectados durante la larga autarquía esta no es tratada con seriedad, sola- mente podía ser abordada desde el género de la comedia y el humor romántico. Encontramos que eran abundantes los prejuicios sobre la locura y la desacreditación de los profesionales que los atienden.

A través de diversas fuentes escritas cinemato- gráficas de las producciones realizadas poste- riormente a 1950 (ya que no se han realizado los catálogos de producciones filmográficas a partir de dicha fecha) destaca un único largometraje: “Manicomio” dirigido por Fernando Fernán Gómez en 1954. Este largometraje tuvo problemas con la censura que prohibió completamente el guión: la lectura en clave política de una historia que mos- traba la España de los años 50 en manos de unos locos concluyendo que el lugar idóneo para es- tablecerse era el manicomio no podía tolerarse. La Junta de Censura argumentaba la prohibición porque la locura no era un elemento que pudiera tomarse en broma, en tono jocoso y dar como re- sultado una comedia.

El diario “Arriba”, considerado portavoz del Mo- vimiento Nacional, señalaba el patetismo del argumento así como la truculencia del tema tra- tado, aconsejando que se debía estudiar bien el guión, ya que se enfrentaban a un tema como poco “delicado”.

Se trata de un largometraje perteneciente al género de la comedia. En ella las situaciones in- tentan resolverse sin llegar a hacerlo, quedando enmarcado en lo absurdo. Es un disparate que se bifurca en distintas historias.

Es importante señalar que se puede interpretar como una crítica velada a la institución que en clave de comedia alocada y absurda y por su ati- picidad pudo ser estrenada.

Según los últimos estudios y análisis de José Luis Castro de Paz (16) la entronca con el humor negro y la sátira de determinados círculos de “La Codorniz”, revista que constituía el refugio de los republicanos, con figuras como Tono, Enrique Herreros, Miguel Mihura, Enrique Jardiel Poncela. Por tanto se encuadra en un ambiente muy crítico (esta hipótesis se confirma más aún viniendo de una figura como Fernando Fernán Gómez).

En el largometraje se muestran los prejuicios y estigmas hacía los profesionales de la psiquiatría, pudiendo intercambiar los roles de profesional-terapeuta y paciente, cuestionando por tanto la salud mental de los profesionales. Nos presentan a los profesionales de la salud mental con un aspecto siniestro y tosco, de trato muy inadecuado. Los psiquiatras son incapaces de diferenciar enfermo mental y sujeto sano.

Encontramos una mala representación de la enfermedad mental, confundiendo enfermedades y mezclando síntomas para explicar conductas bizarras sin ningún fundamento científico.

Se muestran los tratamientos como represores y restrictivos, como castigos moralizantes. Destaca la falta de asesoramiento y documentación: se maneja terminología psiquiátrica pero sin nada que ver con la realidad.

Debido a la estricta censura imperante y a imposibilidad de mostrar la enfermedad mental al público la imagen de la psiquiatría estaba vetada al cine.

Se transmitía una imagen de enfermedad mental obsoleta y falsa. Se abordaba desde una perspectiva genérica y superficial donde no se mostraban patologías concretas, funciones de los profesionales, características de los manicomios ni tratamientos aplicados.

La normalización de las relaciones exteriores y la entrada de los tecnócratas al gobierno dan la falsa impresión de una nueva libertad. Pero en el ámbito psiquiátrico continúan detentando la autoridad las mismas figuras que degonaban el triunfo de la voluntad sobre los dominios incontrolados de la mente, aunque coexisten con otras generaciones tecnócratas más jóvenes.

El modelo de enfermedad mental no cuestionaba el manicomio como centro asistencial y persistían los prejuicios y estigmas sobre la locura y psiquiatría.

Hasta comienzo de los años 70 no se crean los Dispensarios de Higiene Mental ni comienza una nueva generación de jóvenes psiquiatras a contestar y proponer otras alternativas asistenciales al manicomio. La posición ideológica de España en los años 60 hacía imposible el acercamiento entre cine y psiquiatría.

Bajo una apariencia de libertad se estrechaban más los mecanismos censores. Con el Código de Censura de 1963 se endurecían las normas de cine español, el desfase cinematográfico era más grave que en décadas anteriores.

Se excluían las enfermedades mentales por ser consideradas no dignas de buen gusto, se conceptuaba al enfermo mental como un ser inferior infradotado biológicamente.

Realizando una revisión de la producción filmográfica no hemos encontrado ningún largometraje de cine español que trate las enfermedades mentales ajustándose a nuestros criterios de selección de largometrajes (películas cuyo argumento se desarrolle en la época estudiada con temática sobre psiquiatría y salud mental, es decir, cuyos personajes principales sean enfermos o profesionales de la psiquiatría).

## Bibliografía

1. Juliá Santos. “La España del siglo XX”. Capítulo 3: La Dictadura. Editorial Marcial Pons. Madrid. 2007. Pp.: 156-157.
2. Preston P. “Franco, caudillo de España”. Editorial Grijalbo. Madrid. 2004. Pp.: 774-775.
3. Comelles J.M. “De médicos de locos a médicos de cuerdos. La transición del manicomio al gabinete e la psiquiatría de anteguerra (1890-1939)”. *Asclepios*, 44, (1), 347-368.
4. Carreras Pachón A. “Los psiquiatras españoles y la Guerra Civil”. *Medicina e Historia*, nº 13, 1-16. 1986.

5. González de Chávez, M. "La transformación de la asistencia psiquiátrica". Madrid. Editorial Mayoría. 1980. Pp.: 121-122.
6. García González, J. "Psiquiatría y cambio social. Análisis socio-histórico del fracaso de la reforma de la asistencia psiquiátrica en la España de Franco: el caso del hospital psiquiátrico de Oviedo". Tesis Doctoral. 1979. Pp.: 74-75.
7. Bellot López, j. "Los Centros de Salud Mental institucionales en la práctica psicosocial". En: González de Chávez, M. "La transformación de la asistencia psiquiátrica". Editorial Mayoría. Madrid. 1980. Pag.: 152.
8. Heredero Carlos F., "Historia general del cine". Vol. IX. "España bajo el franquismo: imágenes parásitas y resistencia crítica". Editorial Cátedra. Madrid. 1996. Pág.: 183.
9. Gubern R. "La censura. Función política y ordenamiento jurídico en el franquismo (1936-1975)". Barcelona. Editorial Península. 1981. Pp.: 67-69.
10. Montero Díaz J., "Iberoamérica como imagen cinematográfica en España. Su evolución". En: Montero J. y Rodríguez A. "El cine cambia la historia". Ediciones Rialp. Madrid. 2005.
11. Monterde J.E. "Continuismo y disidencia". En: "Historia del cine español". Gubern R. y cols. Editorial Cátedra. Madrid. 2009. Pp.: 246-251.
12. Caparrós Lera, J.M. "García Escudero y el nuevo cine español". En: "Historia del cine español". Editorial T&B. Madrid. 2007. Pp.: 119-123.
13. Gil, A. "La censura cinematográfica en España" Ediciones B. Grupo Z. Barcelona. 2009. Pp.: 225-226.
14. Caparrós Lera, J.M. "La crisis del sistema". En: "Historia del cine español" Op. Cit. Pp.: 138-141.
15. Hueso, A.L. "*Catálogo del cine español. Películas de ficción: 1941-1950*" Vol. F-4. Editorial Cátedra. Madrid. 1998.
16. Castro de Paz, J.L. "*Fernando Fernán-Gómez*". Madrid. Editorial Cátedra. 2010.

### Contacto

María Herrera Giménez.  
 H.G.U. Morales Meseguer.  
 Calle Marqués de los Vélez s/n • 30008 Murcia  
 mariapsiqui@hotmail.com

- Recibido: 22-7-11.
- Aceptado: 4-10-11.

# La Asociación contra la Toxicomanía (1926-1931). Prevención de salón en vísperas de la II República

## *Association against Drug Addiction (1926-1931). “Preventive policies of lounge just before the Second Republic”*

Juan Carlos Usó Arnal

Historiador, sociólogo y bibliotecario

**Resumen:** En la actualidad se tiene la percepción de que la política preventiva en materia de drogas es algo relativamente reciente. Sin embargo, entre 1926 y 1931 existió en Barcelona la Asociación contra la Toxicomanía, pionera en la prevención desde el ámbito privado, aunque estrechamente vinculada a los poderes públicos.

Así como muchos profesionales que hoy intervienen en drogodependencias se lamentan de que los medios de comunicación no dispensan suficiente atención a su trabajo, los responsables de esta asociación nunca manifestaron quejas en este sentido.

La existencia la Asociación contra la Toxicomanía, cuyos orígenes, composición, trayectoria y logros se exponen en este artículo, puede constituir una invitación para abordar un estudio de perspectiva comparada con alguna de las asociaciones existentes actualmente.

**Palabras clave:** Prevención, Asociación, Toxicomanía

**Abstract:** At present we have the perception that the preventive policies on drugs issues are something relatively recent. Nevertheless, between 1926 and 1931, Barcelona had the Asociación contra la Toxicomanía (Association against Drug Addiction) which was a pioneer in the prevention from the private area background though narrowly linked to the public power.

Although many professionals today dealing with addictions complain that the mass media do not pay enough attention to their work, the people in charge of this association never complained about this matter.

The existence of the Asociación contra la Toxicomanía (Association against Drug Addiction), whose origins, composition, history and achievements are presented in this article, may constitute an invitation to approach a research of perspective compared to some of the existing associations nowadays.

**Keywords:** Preventive policies, Association, Drug Addiction.

Las primeras noticias de que en España existía un empleo lúdico de drogas, al margen de los usos terapéuticos convencionales, saltaron a la luz pública en Barcelona durante la Primera Guerra Mundial. No hubieron de pasar muchos años para

que este incipiente consumo de drogas -especialmente de morfina y cocaína- fuera considerado por las autoridades sanitarias y gubernativas de la época, así como por los medios de comunicación, como un problema social de primer orden.

Durante los años 20 la sanidad todavía distaba mucho de estar subsidiada por el Estado y los primeros recursos disponibles para el abordaje de las toxicomanías pertenecían exclusivamente al ámbito privado. Por ejemplo, entre los pioneros del tratamiento de la morfinomanía, el psiquiatra César Juarros Ortega se dio a conocer gracias a una publicación de carácter clínico, pero a la vez muy divulgativo<sup>1</sup>, y el doctor R. de Vera por los anuncios que insertaba en el diario *ABC* garantizando una “curación rápida y sin sufrimientos” basada en el “método americano de Columbian University, y europeo del Dr. Mally”<sup>2</sup>. Lógicamente, estos recursos eran muy caros y por tanto no estaban al alcance de todas las personas afectadas.

Con el fin de paliar en parte estas deficiencias se fundó en Barcelona la Asociación contra la Toxicomanía (ACT), una entidad de carácter también privado, pero en este caso sin ánimo de lucro, estrechamente vinculada a los poderes públicos y financiada gracias a la caridad de algunas personas.

### Génesis y fundamentos

En el origen de las instituciones casi siempre suele encontrarse una persona. En este caso es difícil pronunciarse de forma concluyente, porque, si bien existen serios indicios para pensar que esa figura clave fue la doctora M<sup>a</sup> Luisa Quadras Bordes, al tratarse de una sociedad dominada por hombres, siempre prevaleció la idea de que el hecho fundacional de la ACT partió de una impulso colectivo.

A falta de otros datos, podemos considerar la conferencia pronunciada el 16 de abril de 1926 por la citada doctora Quadras Bordes sobre la “Morfino-cocainomanía” -que se publicaría en la *Revista Médica de Barcelona*- como el germen inicial de la ACT. Lo cierto es que el 27 de ese mismo mes, un grupo de médicos se reunió en la sede el Gobierno civil de Barcelona con la doctora Quadras Bordes al objeto de intercambiar impresiones respecto a las bases que debían regir para crear una institución que sirviera para combatir la toxicomanía. Tres días después la doctora Quadras Bordes desarrolló otra ponencia sobre la forma de implicarse en “campañas

de propaganda sanitaria”, que a la postre resultaría decisiva para aunar voluntades. Como las dos comunicaciones la doctora Quadras Bordes tuvieron lugar en la sede de la Academia de Higiene de Cataluña, que entonces ya contaba con treinta y cinco años de andadura, todos se mostraron de acuerdo en que esta sociedad fuera considerada como la auténtica “alma mater” de la nueva empresa. Finalmente, a mediados de mayo de 1926 se constituyó formalmente la ACT en el local del Colegio de Médicos de Barcelona.

La presidencia y la secretaría de la nueva entidad recayeron por aclamación en el gobernador civil, general Joaquín Milans del Bosch y Carrió, y en la propia doctora Quadras Bordes, respectivamente. En la primera sesión plenaria, además de aprobarse los estatutos, se acordó el nombramiento de un comité de honor, y se designaron una junta permanente y una junta de delegados.



General Joaquín León Milans dels Bosch y Carrió, gobernador civil de Barcelona y presidente de la Asociación contra la Toxicomanía.

Un artículo firmado por la flamante secretaria, que sería reproducido y difundido ampliamente por la prensa barcelonesa, constituyó la tarjeta de presentación de la ACT:

“Opio, morfina, cocaína... Sustancias estupefacientes, nuevas formas de vicio moderno, que a su pernicioso acción vemos segar vidas en plena juventud y apagarse inteligencias en las tinieblas de la locura.

El abuso del alcohol, tan extendido y portador de tantas desgracias, ha encontrado en el opio,

<sup>1</sup> Juarros C. *Tratamiento de la morfinomanía*. Madrid: Saturnino Calleja; 1920.

<sup>2</sup> *ABC* 1922 Jun 21 p. 24 y *ABC* 1922 Sep 28 p. 24.

morfina, cocaína, etc., nuevos aliados para lanzar en desenfundada carrera hacia la degeneración [a] nuestra sociedad.

Las toxicomanías van ensanchando su esfera de acción y el número de sus víctimas es cada día mayor.

Son muchos los infelices que por ignorancia, o guiados por criminales manos, llaman a la puerta donde dicen hallarán la maga creadora de paraísos artificiales y la que quita todos los dolores. Penetran en su mansión y, al caer la venda que cubre sus ojos y darse cuenta de su estado, desean retroceder, pero ya no es posible; la puerta se cerró tras ellos y la droga, cual terrible pulpo, los encadena en sus tentáculos y no suelta fácilmente su presa.

Es extraordinariamente peligrosa esa LEPRO SICIAL y su funesta influencia ya no queda reducida a un círculo determinado, como en un principio, sólo tributaria de los antros de depravación y vicio. Hoy las víctimas del contagio se encuentran en todas las esferas sociales y va sumándose el número de las que pagan sus consecuencias con la vida, tras los muros de una cárcel o de un manicomio.

Es una amenaza contra la cual hay que precaverse y, si es cierto que existen mercaderes sin conciencia y traficantes de la salud pública por el vil lucro, contrarrestemos su acción ilustrando debidamente al pueblo para que conozca las terribles consecuencias del abuso de estos venenos, unido a que la ley caiga con todo su rigor sobre aquéllos, en proporción al daño causado, que es tan grande, que incluso puede poner en peligro el porvenir de una raza.

Procuremos apartar de la sociedad ese ambiente envenenado, que todo lo impregna y transforma nuestra juventud en piltrafa humana. Saturemos esa atmósfera de sanos principios y en la mente de todos quede grabada la funesta influencia de ciertas herencias morbosas y la necesidad de observar una vida moral por consideración a los hijos y a la raza.

En artículos sucesivos me propongo dar a conocer los trastornos que causan en nuestro organismo el abuso de cada uno de estos tóxicos”.<sup>3</sup>

El énfasis puesto en la propaganda sanitaria demuestra el carácter o el espíritu *preventivo* que inspiró a la ACT desde un primer momento, algo

que la mayor parte de políticas sobre drogas todavía tardarían algunas décadas en incorporar dentro del abordaje oficial. Sin embargo, este texto inaugural también ponía de manifiesto todas las aspiraciones morales que anidaban en los miembros de la recién creada entidad, incluidas ciertas preocupaciones eugenésicas, basadas en una idea de higiene de la raza muy extendida en la época. El uso de drogas se contemplaba como un peligro para la descendencia, cuyas consecuencias podían traducirse en una degeneración. De ahí que se impusiera una caracterización dual de la toxicomanía y su tratamiento: como una enfermedad individual -que afectaba a la salud tanto física como mental de las personas- y a la vez como un vicio social, que se extendía por obra y gracia del proselitismo.

### Órganos de gobierno y de apoyo

Además del presidente, inicialmente la Junta permanente estaba compuesta por Enrique Lassala, presidente de la Audiencia; el jefe superior de Policía; el jesuita P. Jaume Pijiula, fundador el Instituto Biológico de Sarriá; el conde de Belloch; el doctor Manuel Saforcada, catedrático de Medicina legal y Toxicología y presidente de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología; el doctor Antonio Salvat Navarro, catedrático de Higiene y presidente de la Academia de Higiene de Cataluña; Aniceto Bercial, inspector provincial de Sanidad; el doctor Octaviano Navarro Perarnau, teniente de alcalde delegado de Sanidad; y los también médicos Moragas Pomar, López, Soley y Comas Camps. Mención aparte merece la doctora Quadras Bordes, que en una de las primeras sesiones plenarias fue nombrada secretaria perpetua. Más tarde también se sumarían a este órgano ejecutivo permanente el doctor Ángel Ferrer Cagigal, catedrático de Histología, Histología y Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Barcelona, el general Francisco Soler y Garde, inspector general de Sanidad, y el doctor Lliteras.

La ACT también disponía de una Junta de delegados, en la que concurrían exclusivamente profesionales -doctores Oliver Rodés, Pons Freixa, Mur Ainsa, Bellido, Cirwera, Durán Arrom, Corominas,

<sup>3</sup> Quadras Bordes ML. Las toxicomanías. *El Diluvio* 1926 Jun 11 p. 11.

Cortés, Trías, Canivell, López Lloret, García Tornell- en representación de las más altas instituciones médicas: Colegio de Médicos, Academia de Higiene de Cataluña, Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, Instituto Médico-Farmacéutico, Facultad de Ciencias, Facultad de Farmacia, Real Academia de Medicina y Cirugía, Sociedad Médico-Farmacéutica de los Santos Cosme y Damián, Academia de Medicina Práctica, cuerpo consultivo de médicos forenses, etcétera.



Parainfo de la Universidad de Barcelona durante la sesión inaugural de la campaña contra los venenos sociales emprendida por la Asociación contra la Toxicomanía.

La composición del Comité de honor reflejaba el esfuerzo por implicar en la empresa a las principales autoridades civiles, militares y religiosas. Así, podemos destacar inicialmente las figuras del obispo de Barcelona, presidente de la Audiencia, capitán general de Cataluña, alcalde de Barcelona, presidente de la Diputación, rector de la Universidad, comandante de Marina, delegado de Hacienda y director general de Sanidad. En apenas un mes de andadura, la ACT pudo contar con el real patrocinio otorgado por las reinas Victoria Eugenia y María Cristina, y en octubre de 1926 también fueron designados miembros del referido Comité de honor los ministros de Instrucción Pública y Bellas Artes y de Gracia y Justicia. Sin embargo, el mayor éxito en este sentido se consiguió al mes siguiente, cuando el rey Alfonso XIII consintió en aceptar la presidencia honoraria de la entidad.

Atendiendo a una sugerencia de la reina Victoria Eugenia, a finales de 1927 también se acordó la formación de un patronato de señoras, cuya principal contribución sería recaudar fondos para la creación de un sanatorio para el tratamiento exclusivo de toxicómanos. Así, a principios de 1928 quedó formalmente constituida la junta del

Patronato Auxiliar de Damas (PAD) de la ACT por la siguientes señoras: presidenta, marquesa de Castellbell y baronesa de Maldá; vicepresidenta, marquesa de Villamediana; secretaria, Julia Barrera de Fuensanta; tesorera, Josefa Casagemas, viuda de Llopis; contadora, María Doménech de Cañellas; y vocales, marquesa de Masnou, condesa de Lacambra, condesa de Valle de Canet, señoras de Gassó Vidal y de Salvat Navarro, viuda de Farnés, Teresa del Pino de Milans del Bosch, Ana Vidal Sala de Rocamora, Dolores Moreno Churruga de Bufalá, Isabel Cintrón de Despujol, Ángeles Morera de Díaz, Asunción Castell de Coll, Concepción Cors de Pons-Tusquets y las señoritas Lassala. Los mayores anhelos de dicha junta se vieron colmados en mayo de 1929 al aceptar su presidencia honoraria la reina Victoria Eugenia, quien no tuvo inconveniente en emular de este modo el gesto de su marido con la institución matriz.

La ACT recibió otro espaldarazo institucional durante el verano de 1930, cuando en la *Gaceta de Madrid* se publicó una Real Orden dictada por el ministro de la Gobernación en virtud de la cual pasaba a recibir la consideración de “entidad oficial”.

Por último, debe ponerse de relieve que la presidencia siempre estuvo vinculada al titular del Gobierno civil de Barcelona. Así, a principios de 1930, cuando el general Ignacio M<sup>a</sup> Despujol Sabater sucedió a Milans del Bosch al frente del Gobierno civil, también lo sustituyó en la presidencia de la ACT. Finalmente, José Márquez Caballero, último gobernador civil de la monarquía, fue quien presidió la entidad durante unos meses antes de la proclamación de la II República.

### Presencia en los medios de comunicación

En la actualidad, muchos profesionales que intervienen en drogodependencias se lamentan de que los medios de comunicación no dispensen suficiente atención a su labor y de que su trabajo preventivo no sea amplificado como se merece. No nos consta, sin embargo, que los responsables de la ACT participaran de este tipo de quejas, sino más bien todo lo contrario. De hecho, si tomamos *La Vanguardia* -uno de los diarios más leídos de España, con una tirada superior a los 100.000 ejemplares- como periódico de referencia, podemos observar que en seis años el

principal diario de Barcelona publicó no menos de un centenar de documentos, entre artículos y noticias breves, dedicados informar a los lectores acerca de la labor y actividades de la entidad.

Por lo demás, la cobertura informativa de la ACT no corrió a cargo únicamente de *La Vanguardia*. Otros diarios de gran difusión en la capital catalana (*El Diluvio*, *Diario de Barcelona*), prensa de referencia a nivel estatal (*ABC*) y periódicos locales y regionales (*Diario de Gerona*), incluso de provincias de fuera de Cataluña (*Diario de Castellón*), también se encargaron de pregonar la existencia de la entidad y vocear sus logros, asumiendo indirectamente el papel de instrumentos de educación y prevención de los consumos de drogas.



La Asociación contra la Toxicomanía en el Paraninfo de la Universidad de Barcelona (La Vanguardia 30 de junio de 1926).

## Labor y actividades

La principal actividad de la ACT se centró en la puesta en marcha de una gran “campana educativa contra los venenos sociales”, que fue calificada de “humanitaria cruzada”, y cuya finalidad era “poner de manifiesto los daños causados al individuo, a la sociedad y a la raza por el uso indebido de las sustancias estupefacientes” y, de este modo, “evitar futuras víctimas de la toxicomanía”.

El eje central de esta campana lo constituyeron una serie de conferencias y comunicaciones que fueron impartidas por miembros de la asociación y por personas invitadas: “Etiología, semiología

y terapéutica de la toxicomanía”, “Cómo se llega a la toxicomanía: deber de todo ciudadano de contribuir a la extinción de esta plaga”, “Fines perseguidos por la Asociación contra la Toxicomanía”, “Influjo de la toxicomanía en el contingente de anormales y dementes”, “Sanatorios para toxicómanos”, “El gran peligro de la toxicomanía”, “La toxicomanía en Barcelona: orientaciones para una campana profiláctica”, “El aspecto médico legal de la lucha contra la toxicomanía”, “Tuberculosis y morfínomanía”, “El complejo toxicómano ante la ciencia y la sociedad”, “Reacciones antisociales de los toxicómanos”, “La hospitalización de los toxicómanos”, “La inmoralidad de los que trafican abusivamente con estupefacientes y las aberraciones de los toxicómanos”, etcétera.

Para que esta campana alcanzara la mayor difusión posible, la ACT se preocupó de conseguir el apoyo de los colegios oficiales de médicos, consiguiendo la adhesión de unos cuantos (Valencia, Madrid, Málaga, Sevilla, Álava, Córdoba y Palencia).

Otro de los objetivos prioritarios de la ACT fue la construcción de un sanatorio para el tratamiento de personas drogodependientes sin recursos. De hecho, desde la asociación se ejerció una presión constante sobre las autoridades para que promulgaran una ley que obligara al internamiento forzoso de todos los toxicómanos en sanatorios especiales. El arquitecto Germán Rodríguez Arias, que años más tarde alcanzaría notoriedad como fundador del Grup d'Arquitectes i Tècnics Catalans per al Progrés de l'Arquitectura Contemporània (GATCPAC), llegó a presentar un proyecto en 1928 y Manuel M<sup>a</sup> de Sivatte y Llopart y su segunda mujer, Isabel del Valle de Lersundi, hicieron donación de un inmueble y los terrenos colindantes, libres de derechos reales de transmisión, pero por motivos que desconocemos el tan ansiado sanatorio nunca llegó a materializarse.

De tal manera, la ACT realizó gestiones para que los “enfermos toxicómanos indigentes” fueran admitidos temporalmente en el Asilo Municipal del Parque de Barcelona, que desde el siglo XIX servía de albergue para prostitutas, mendigos, inmigrantes sin recursos y otras personas marginadas. Como el lugar no era el más adecuado

para acoger a drogodependientes, la ACT acordó que los casos más graves ingresaran en Casas de Salud, corriendo con los gastos de sus pensiones desde la propia asociación. Así, los toxicómanos y las toxicómanas que se dirigieron a la ACT en demanda de ayuda fueron ingresados en establecimientos como el Instituto Mental de la Santa Cruz, en el distrito de Sant Andreu, o en la Clínica Mental Torre Campderà, de Lloret de Mar (Girona).

No nos consta que en los cinco años de existencia la ACT llegara a atender a más de una docena de casos. Pero debemos tener en cuenta que aparte de abonar la pensión, más los gastos de internamiento y tratamiento de estos drogodependientes, que bien podía ascender a la cantidad de 350 pesetas mensuales, la asociación también prestaba ayuda a sus familias, especialmente cuando existían hijos de corta edad. En estos casos, la ACT garantizaba a los niños y niñas su ingreso en “instituciones benéficas”, mientras el padre o la madre se hallaban internados en la clínica, siendo tratados de su toxicomanía.

Para hacer frente a estos y a otros gastos, la ACT puso en marcha campañas para la captación de donativos, a las que respondieron algunos particulares y otras instituciones con diversas cantidades: marqués de Foronda, 250 pesetas anuales; Vicente Coma Ferrer, 250 pesetas anuales; conde de Lacambra, 200 pesetas anuales; José Pou y Sabater, 125 pesetas anuales; Augusto Casarramona, 25 pesetas mensuales; dos donativos de 50 pesetas a cargo de la Unión Patriótica<sup>4</sup> y el marqués de Marianao, etcétera. Asimismo, el PAD de la ACT solía celebrar tés benéficos y bailes de gala en los salones del Hotel Ritz de Barcelona, con el objetivo de recaudar fondos.

Junto con los tés benéficos y los bailes de etiqueta, la ACT y su PAD impulsaron otros actos sociales, como la celebración de banquetes, entrega de placas de oro y plata, imposición de insignias, obsequio de cestas y canastillos de flores a diversas personalidades, etcétera, todo ello con la finalidad de dar mayor proyección y realce a su cometido.

## Disolución de la entidad

Las noticias en prensa sobre la ACT y su PAD cesaron abruptamente en vísperas de la proclamación de la II República, y hemos de suponer que su actividad también, no tanto porque sus objetivos declarados se hubieran visto cumplidos sino por el cambio de régimen político operado. Según un testimonio de primera mano, aportado por un joven periodista catalán de la época, la adhesión a la Monarquía en Barcelona era un “sentimiento puramente femenino”, que “no pasaba de ser un pretexto de elegancia o de distinción”<sup>5</sup>. Lo cierto es que tras las elecciones municipales de abril de 1931 -en las que no votaron las mujeres- los concejales republicanos en el Ayuntamiento de Barcelona pasaron a cuadruplicar en número a los monárquicos. En este sentido, no puede extrañarnos que una entidad tan estrechamente vinculada a la Monarquía, al estamento militar y al clero como la ACT se extinguiera en la práctica con el giro político acontecido en el estado español.

En los cinco años de cruzada contra la toxicomanía, los próceres morales de la empresa se habían mostrado satisfechos a nivel preventivo, con la labor educativa y de propaganda realizada a través de las conferencias impartidas. A juzgar por los comentarios de la prensa, los demás actos sociales organizados habían resultado todo un éxito y su iniciativa había gozado del apoyo incondicional de los medios de comunicación y de los reyes de España. A nivel asistencial, la caridad dispensada a una docena de toxicómanos pobres, a quienes sufragaron los gastos de su internamiento, e incluso la ayuda prestada a las familias de algunos de ellos, con el ingreso temporal de sus hijos pequeños en instituciones benéficas, también habían constituido motivo de satisfacción y orgullo para los miembros de la ACT. Sin embargo, el tantas veces reivindicado sanatorio especial, dedicado exclusivamente al tratamiento de toxicómanos, nunca llegó a superar la fase de proyecto.

Curiosamente, la aspiración de ver reclusos a los toxicómanos se vio cumplida un año después de la disolución de la entidad, cuando el gobierno

<sup>4</sup> Partido político circunstancial y oportunista, creado por el propio dictador, el general Primo de Rivera, como una asociación de ciudadanos que integraría a toda la sociedad y sustituiría a los partidos tradicionales, a los que consideraba corruptos, con el fin de dar soporte y mantenimiento a su régimen militar.

<sup>5</sup> Planes JM. Després del 14 d'abril. Els lacais estan tristos. *Mirador* 1931 Abr 23 p. 1.

de la República aprobó la conocida Ley de Vagos y Maleantes, que preveía el sometimiento a medidas de seguridad de todos los “ebrios y toxicómanos habituales”<sup>6</sup>. Cabe decir que tal disposición debió resultar tan contraproducente que tan sólo dos años después el propio gobierno republicano hubo de autorizar un “carné reglamentario para la extradosis”, que en la práctica permitía disfrutar de “dosis extraterapéuticas”<sup>7</sup> a los toxicómanos más contumaces, dando lugar a la que bien podríamos considerar como la primera medida de reducción de riesgos y daños adoptada en España. Por lo demás, no hay datos que apunten a un descenso de “nuevas víctimas en la toxicomanía” como resultado de la intervención directa de la ACT. De hecho, el consumo y tráfico de drogas siguieron extendiéndose tanto durante su existencia como después de su desaparición<sup>8</sup>, sin que a este nivel pueda afirmarse que su concurso resultara decisivo.

Con todo, y aunque su existencia haya quedado prácticamente borrada de la memoria colectiva, nadie puede escamotear a la ACT el hecho de

haber sido pionera en España en ofrecer unos recursos preventivos y asistenciales en materia de drogas desde del ámbito privado, y sin ánimo de lucro, hasta que en 1978 se fundó la Unión Española de Defensa contra la Droga (UEDCD). En este sentido, no estaría de más que algún investigador o investigadora abordara un estudio de perspectiva comparada con alguna de las asociaciones existentes en la actualidad que a simple vista guarda más de una semejanza con la entidad que funcionó en la Barcelona de la segunda mitad de los años 20 y principios de los 30.

### Bibliografía

Juarros C. *Tratamiento de la morfínomanía*. Madrid: Saturnino Calleja; 1920.

Quadras Bordes ML. Las toxicomanías. *El Diluvio* 11 Jun 1926.

Usó JC. *Drogas y cultura de masas. España, 1855-1995*. Madrid: Taurus; 1996.

### Correspondencia

Juan Carlos Usó  
Biblioteca Pública Municipal de Castellón  
C/ Mayor, núm. 89 • 12001 Castellón  
Tel.: 964 21 99 02 • 964.22.95.02 • jcuso@hotmail.com

• Aceptado: 3-10-11.

<sup>6</sup> *Gaceta de Madrid* 1933 Ago 5 pp. 874-877.

<sup>7</sup> *Gaceta de Madrid* 1935 Ago 31 pp. 1683-1684 y *Gaceta de Madrid* 1935 Sep 1 pp. 1.747-1.750.

<sup>8</sup> Usó JC. *Drogas y cultura de masas. España, 1855-1995*. Madrid: Taurus; 1996.



# ACTUALIZACIONES



## Manifiesto de Derechos Humanos



Julie Wark.  
Ediciones Barataria. Barcelona, 2011.  
ISBN: 978-849-5764-77-5.  
175 pág.

No es un libro al uso sobre esta venerable cuestión de los DD.HH., término tan manoseado. Ya en la introducción la autora comenta que este manifiesto va dirigido a todo el mundo. No es una declaración más ni otra lista de derechos humanos. Defiende que los derechos humanos pertenecen a la esfera de la economía política; que tienen que formar parte de los cimientos de toda sociedad que funciona correctamente. Este manifiesto es una reclamación legítima de los derechos humanos que ya están consagrados en tantas declaraciones.

Recordamos que la Declaración Universal de Derechos Humanos que fue ratificada en la Asamblea General de las NN.UU. el 10 de diciembre de 1948 con cuarenta y ocho votos a favor, ha tenido escaso respaldo a los derechos humanos a nivel mundial. Más del cincuenta por ciento de la población mundial vive en la pobreza o la brecha creciente entre ricos y pobres. Una persona en la pobreza extrema no puede vivir en condiciones de libertad y dignidad. Claro que tampoco tienen ninguna dignidad las vidas perversas dedicadas al consumo egoísta de lujos o tenencia de un sinfín de casas mastodónticas, flotas de automóviles y aviones privados.

La clave para remediar esta brutal y cruel injusticia está en la reclamación, en la exigencia radical de esos derechos que son inherentes a la

dignidad humana, la libertad y la igualdad que ésta conlleva, y la fraternidad, que no puede existir sin ellos. Los derechos humanos son una expresión de la arraigada y profunda noción humana de la justicia, y «humano» es una categoría universal que abarca a todos los hombres y mujeres. Es un llamamiento a las gentes de todas las condiciones sociales para que reclamen los derechos que constituyen la esencia de una existencia verdaderamente humana.

Es la reivindicación de algo oficialmente declarado: el derecho de toda persona a vivir con dignidad. Parafraseando al Manifiesto más famoso de todos los tiempos, la aparición de este espectro de una reivindicación que es tan vieja como la humanidad «se desprenden dos consecuencias»: 1. El poder intrínseco del derecho a la dignidad humana está siendo reconocido; 2. Es hora ya de que los derechos humanos se asuman en su esencia radical, que muestren «ante el mundo entero» sus demandas y su fuerza para combatir «esa leyenda» que han sido hasta ahora, para volver a luchar contra la estafa de la deformación de sus términos y su atropello cotidiano mediante un manifiesto que exponga sus exigencias. Si «toda la historia de la sociedad humana, hasta la actualidad, es una historia de luchas de clases», también es una historia de atropellos contra los derechos humanos. Se otorgan desde



arriba, están ajenos a las instituciones sociales y jurídicas, como concesiones de los líderes, de los privilegiados.

Los derechos humanos proceden de un derecho básico de todos los seres humanos: el derecho a una existencia digna. No son un regalo ni se otorgan por caridad, como ocurre en su actual forma de humanitarismo, son un requisito humano básico. No son ajenos a las instituciones

sociales, sino que deben constituir su base, la libertad de su ciudadanía en el verdadero sentido humano de la palabra. Sin los medios de una existencia digna, ninguna persona puede ser libre pues los derechos son la base de la dignidad, la libertad y la justicia, nada menos que a escala universal. Y es que los derechos humanos son radicales, van a las raíces.

## Guía. Atención primaria de la salud mental en prisión

### Documento de Consenso



**Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP):**  
**Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP)**  
**Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)**  
**Cristina Iñigo e Iñaki Markez (Coords.)**  
**Edita OM Editorial. Bilbao, 2011.**  
**173 pág. ISBN: 978-84-615-3689-4.**

La existencia de personas con enfermedad mental grave internadas en las prisiones es una realidad en todos los países del mundo. A veces la prisión ha sido utilizada como un recurso asistencial para estos enfermos que no han sido tratados cuando estaban en libertad y acaban cometiendo algún delito por el cual son ingresados. La Institución Penitenciaria ha reflexionado sobre la relación entre la enfermedad mental y la responsabilidad penal, es consciente de que debe responder a la realidad objetiva de la presencia de enfermos mentales en prisión, conseguir una atención equiparable a la que reciben las personas con otras patologías y, finalmente valorar en qué situación van a quedar estas personas una vez puestas en libertad, con el doble estigma asociado de enfermo mental y expreso, si no se les reincorpora adecuadamente a los dispositivos socio-sanitarios de la comunidad. Doble estigma que provoca que sea francamente complejo su tratamiento y su integración, dentro y fuera de la cárcel.

En estos dos últimos años, más de 75.000 personas han estado ingresadas en el sistema penitenciario español, en torno al 8% mujeres. Los datos disponibles en este momento<sup>1</sup> señalan que la prevalencia de enfermedad mental entre los reclusos es muy alta, entre el 25 y el 40% según los estudios presenta algún trastorno mental, entre el 4 y el 6% un proceso mental grave y entre el 30 y el 50% un trastorno relacionado con el consumo de drogas. La patología dual, la combinación de enfermedad mental y adicción a drogas, está presente en una proporción de internos que se sitúa entre el 20 y 30% del total. Todo ello se asocia a que la gran mayoría de estos enfermos pertenecen a grupos sociales de alta vulnerabilidad, debido a su exclusión social y alejamiento habitual de los recursos asistenciales. Esta situación supone un reto para los servicios sanitarios de los centros penitenciarios y aun para todos los profesionales que trabajan en contacto con este tipo de enfermos.

Es conocido que desde el año 2009 se está implementando en los centros penitenciarios del estado español un Programa para la Atención Integral a enfermos mentales en prisión (PAIEM). El Programa marco para la atención integral a enfermos mentales en prisión, ha sido desarrollado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, dentro de la Estrategia Global de Actuación en salud mental. Su Protocolo de Aplicación está dirigido a todos los internos en prisión que padezcan un Trastorno Mental Grave (TMG), es decir, pacientes con trastornos psicóticos y trastornos de personalidad graves, con una evolución de enfermedad superior a dos años y con presencia de disfuncionalidad moderada o grave. Actualmente se han constituido los Equipos y se encuentra implementado el Programa en más de 60 centros y continúan incorporándose cada día.

Ante las muchas necesidades de formación, con frecuencia demandadas, esta guía pretende contribuir a mejorar los conocimientos que los profesionales que trabajan en prisión tienen sobre la enfermedad mental y el manejo de determinados síntomas que los pacientes pueden presentar mientras se encuentran en el sistema penitenciario. Está pensada para describir el manejo de los enfermos en un entorno tan específico y hostil como es una cárcel, pero donde sigue habiendo una tasa de enfermos mentales graves que cuadruplica la de la población general.

Las prisiones necesitan unos profesionales capaces de prestar una asistencia suficiente y de calidad de los problemas de salud mental. El manejo de todo paciente en prisión requiere una aproximación multiprofesional y este hecho hace que a la hora de proponer soluciones en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes psiquiátricos, muchas veces se haga referencia en este documento al punto de vista del funcionario no sanitario. La estructura de la guía está concebida para ser de utilidad al equipo de atención primaria, pero en ningún caso para suplir la de la atención especializada cuyo apoyo es cada vez más necesario en los centros, una colaboración del psiquiatra consultor bien coordinado con los médicos, enfermeros, psicólogos o educadores, no puede ser sustituida por ninguna recomendación de esta guía.

Por esta razón es tan importante que mejore la capacidad de los profesionales penitenciarios en el conocimiento de los principales trastornos más frecuentes en este entorno. Esta guía tiene además la acreditación de la SESP y de la AEN, ya que han sido miembros del grupo de trabajo de salud mental en prisión, compuesto por profesionales de ambas sociedades científicas quienes firman su autoría. Guía que ve la luz gracias al esfuerzo de sus firmantes y gracias a Pfizer que desinteresadamente se ha prestado a colaborar en esta amplia edición y en buena parte de su difusión posterior.

Señalar que esta Guía parte de otra ya existente, la “Mental Health Primary Care in Prison” editada por la OMS para Inglaterra y Gales en 2002. Realizada una adaptación a la realidad penitenciaria española, tanto en su aspecto legal como asistencial. Y se ha adjuntado un impecable trabajo sobre los *Aspectos ético-legales de la salud mental en prisión* dirigido por Luis Fernando Barrios, también miembro de este equipo de trabajo del GSMP.

Este documento pretende ayudar a todo el personal asistencial, en especial a médicos y enfermeros, a realizar el diagnóstico y el manejo inicial de los trastornos más frecuentemente vistos en prisión, mejorar con ello los criterios de derivación y el tratamiento inicial de las situaciones urgentes. Pretende ser pedagógico y orientado a cubrir algunas carencias en la cualificación de los profesionales que trabajan en las cárceles.



## El gobierno de las emociones



Victoria Camps.  
Herder Editorial, 2011.  
336 pág. ISBN: 978-84-254-2744-2.

¿Qué lugar ocupan la vergüenza, el miedo, la compasión, la confianza o la autoestima en la formación de la personalidad moral? ¿Nos gobiernan las emociones? ¿Son positivas para el discurso político? ¿Sería ética una soberanía del sentimiento?

Victoria Camps lleva a cabo un estudio de las emociones para descubrirnos que los afectos no son contrarios a la racionalidad, sino que, por el contrario, sólo desde ellos se explica la motivación para actuar racionalmente. Sólo un conocimiento que armonice razón y sentimiento incita a asumir responsabilidades morales.

Hay emociones que nos incitan a actuar, otras nos llevan a escondernos o a huir de la realidad. Todas las emociones pueden ser útiles y contribuir al bienestar de la persona que las experimenta, para lo cual hay que conocerlas y aprender a gobernarlas. Es posible hacerlo porque las emociones, al igual que otras tantas expresiones humanas se construyen socialmente.

Es el contexto social el que enseña a tener vergüenza o no tenerla, el que sienta las bases de la confianza, el que indica qué hay que temer o en qué hay que confiar, el que propicia o distrae de la compasión. Cambiamos de mentalidad o de opinión porque han cambiado también nuestros sentimientos. La vergüenza, la ira, el miedo, son sentimientos que nos sobrevienen y, o bien nos impiden actuar, o nos llevan a hacerlo de la forma equivocada e irracional. De ahí que la ética se fuera entendiendo más y más como el dominio y la erradicación de las pasiones, y la sabiduría

práctica, como el conocimiento que conseguía reprimirlas e intentaba eliminarlas.

Desde hace algunos años el lenguaje de las emociones se ha impuesto en todos los campos, para poner de relieve que lo emotivo ha sido un aspecto incomprensiblemente ignorado o preterido por las ciencias sociales y humanas. El discurso actual sobre las emociones pretende corregir esta tendencia y distanciarse del racionalismo hegemónico. La moralidad no se reduce solo a una especie de clasificación de las acciones como buenas o malas, correctas o incorrectas, de acuerdo con las normas aprendidas sino que es también una “sensibilidad” de acuerdo con la cual uno siente atracción hacia lo que está bien y repulsión hacia lo que está mal. También la ética es una inteligencia emocional: Si falta el sentimiento, la norma o el deber se muestran como algo externo a la persona, vinculado a una obligación, pero no como algo interiorizado e íntimamente aceptado como bueno o justo.

Vivimos en la actualidad en lo que Michel Lacroix ha llamado “el culto a la emoción”, cuya liturgia consiste en darle la vuelta a lo que ha prevalecido hasta ahora, sustituyendo el reduccionismo racionalista por un reduccionismo emocional. En este movimiento confluyen varias cosas: un rechazo de las múltiples represiones que han pretendido modelar exageradamente el comportamiento; una nostalgia romántica por la diferencia individual y la bondad natural—no social—de la persona; un desarrollo de la psicología cognitiva como la ciencia rectora y la única que explica el comportamiento humano y resuelve sus disfunciones.

Cualquiera de los ámbitos de la actuación humana, sea el trabajo, la política, el ocio o la educación, tiende a ser abordado desde esa perspectiva exclusivamente emocional.

El empresario se preocupa por el clima emotivo que modela las actitudes de los trabajadores; el político se decanta con facilidad hacia el populismo y la demagogia; los padres dan rienda

suelta a los deseos de sus hijos y en la escuela desaparecen las reglas porque la represión es traumática; la publicidad comercial vende “experiencias”, “sensaciones fuertes” o, directamente, “emociones”. Las emociones se convierten en un objeto de culto.

## Agresión y Violencia. Cerebro, comportamiento y bioética



Jairo Muñoz-Delgado, José Luís Díaz  
y Carlos Moreno, Compiladores.  
Herder, Edit. México, 2010.  
447 pág. ISBN: 978-607-7727-08-8.

La agresión y violencia son temas de enorme actualidad para la persona, la sociedad y la cultura misma. Diferentes disciplinas científicas, sociales y humanas han abordado estos comportamientos de la naturaleza multifactorial y compleja integración. Este libro es una aproximación multidisciplinaria al tema y lo aborda desde diferentes perspectivas que intentan conjuntar los enfoques aparentemente dispares de su evolución biológica en la tradición de Darwin, su fundamento biológico y cerebral en el abordaje de las neurociencias, su manifestación conductual vista desde la etología, la psicología o la psiquiatría, hasta sus implicaciones culturales, sociales, bioéticas y legales.

En la introducción, se aborda la neuroética y la violencia tras plantear una importante reflexión filosófica sobre el conocimiento neuroanatómico, psicofisiológico y el neurocientífico actual. Esta introducción se complementa con la inclu-

sión del Manifiesto de Sevilla, en el que investigadores de disciplinas diversas aclaran, a través de cinco proposiciones, verdades y mitos sobre la violencia.

En el primer capítulo, Carlos Moreno, autor y compilador, invita a hacer un recorrido histórico del estudio biológico del comportamiento humano, precursor de la etología, antes y después de Charles Darwin. En él, evidencia cómo la Teoría de la Evolución se convierte en insumo para hacer una lectura analítica del comportamiento agresivo, y señala que Darwin nunca planteó una teoría de la lucha o de la agresión bajo la figura de enfrentamiento entre fuerzas destructoras y violentas.

Con las bases filosóficas e históricas proporcionadas, el segundo capítulo encuentra un terreno fértil para abordar la neuroanatomía de la agresión humana. En él, Fernando Chico Ponce de León, presenta un panorama histórico de los hallazgos



de estructuras encefálicas implicadas en la conducta agresiva y en las emociones, desde los reportes de Hipócrates y Galeno, los de los tratadistas de la Medicina del siglo XVI, las descripciones de Libros de Sor Juana Inés de la Cruz en el siglo XVII, hasta los de Charles Darwin en el siglo XIX y los indicadores de Bekhterev, Korsakoff y Wernicke, en el siglo XX.

Las implicaciones bioéticas de la psicobiología de la agresión y la violencia, es el tema del tercer capítulo elaborado por José Luis Díaz Gómez, autor y compilador. En éste, se aprecia la importancia de reflexionar sobre el carácter innato o adquirido de la agresión y de la violencia, e invita a “examinar algunos de los temas de investigación psicobiológica relevantes a la agresión y a la violencia que permitan el desarrollo de argumentos bioéticos”.

En el cuarto capítulo, Roberto Manuel Mercadillo Caballero se ocupa de las confluencias funcionales y cognoscitivas de la agresión y de la cooperación. Presenta la cooperación, la competencia, la compasión y el amor como pilares para comprender la agresión. Partiendo de los hallazgos de Darwin, expone cómo la evolución se interesa en la agresión y en el altruismo, posteriormente contextualiza la cognición social en el marco ecológico evolutivo, para presentar sus correlatos neurobiológicos a través de neuroimágenes, en especial de resonancia magnética funcional. Presenta de manera sucinta y profunda la relación entre: (a) la competencia y el castigo; (b) la cooperación y la recompensa; (c) las emociones y la moral; (d) la compasión y la violencia.

El quinto capítulo de esta obra, escrito por el autor y compilador, Jairo Muñoz-Delgado, y por Ana María Santillán-Doherty e Iván Arango de Montis, titulado “La agresión y la violencia en la psicopatología de los primates”, el capítulo recorre la problemática propuesta a través de una fina y clara comparación entre diversas especies de primates incluyendo la humana, en el marco teórico ofrecido por la etología y la teoría del apego.

Esto explica la necesidad de presentar la teoría del apego inicialmente de manera teórica y luego de manera aplicada, mostrando cómo pueden derivarse la agresión, la violencia y la psicopatología de factores propios de la relación madre-infante en los primeros meses de vida. Un estupendo

complemento del capítulo anterior, es el de Feigy Otrosky-Solís y Alfredo Ardila sobre la neurobiología de la psicopatía. En el séptimo capítulo, los autores ubican al lector en la conceptualización de este trastorno de la personalidad, explican el asunto de la subactivación emocional en quienes lo desarrollan, e indican que, aparentemente, “experimentan menos miedo y ansiedad que el común de la gente”.

Luciana Ramos Lira e Irma Saucedo González, tratan el tema de la agresión y la violencia de género en los seres humanos en el sexto capítulo de la obra. Las conceptualizan con base en el poder y en las relaciones de poder, e insisten en el carácter humano de la violencia. Presentan debates teóricos actuales frente a la violencia de género: (a) poder, subjetivación y ciencia médica: la persistencia de las percepciones dicotómicas hombre/mujer y cuerpo/mente; y (b) cuerpo cultural: violencia conyugal, emociones, emociones y vínculo, utilidad de las emociones, mecanismos, depresión, enojo, ansiedad y violencia. Presentan una mirada alternativa sobre la violencia en las relaciones erótico-afectivas, y concluyen invitando a considerar una visión integradora de las relaciones entre e intra-género, y las posibilidades de desarticular la violencia humana.

En el capítulo octavo, Pierre Chauvu explora la agresión y la violencia en el marco sociológico. Analiza la siguiente pregunta: ¿El armamento como factor de paz o como factor de guerra?, y propone superar la dicotomía guerra / paz para reemplazarla por violencia, guerra y paz. Por su parte, Ana Isabel Gómez Córdoba, en el capítulo noveno realiza un análisis bioético de la agresión y la violencia, hace un recorrido desde la conceptualización y el objetivo de la bioética, hasta los retos que esta tiene frente a la violencia: la caracterización del comportamiento violento desde lo moral, la aplicación de los principios bioéticos, una mirada ecológica de la violencia, los valores y las virtudes emergentes, la ética de la no violencia y el poder de la resistencia.

Se trata de una obra que será fundamental en las bibliotecas personales e institucionales, de consulta obligatoria para quienes están interesados en sumergirse en el tema de la agresión y la violencia.

## De las enfermedades melancólicas.

André du Laurens

## Del humor melancólico.

Jourdain Guibelet



Editorial: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2011.  
Madrid. Colección Historia/28.  
ISBN: 978-849-5287-57-1.

Entre las décadas que precedieron y siguieron al año 1600, tuvo lugar la edad de oro de la melancolía moderna. La melancolía era un privilegio selectivo solo apto para poetas, artistas y filósofos según se decía en la época. Estos dos libros en uno son una muestra capital y accesible del enigmático esplendor de la melancolía:

- André Du Laurens (1558-1609), publicó *De las enfermedades melancólicas* en 1594.
- Jourdain Guibelet, un olvidado y erudito facultativo, le siguió con *Del humor melancólico* en 1603.

En ambos autores pesa el humorismo antiguo y renacentista, los dos hablan de un «oscurecimiento» a la vez somático y anímico, y exponen un muestrario de las fantasías de pacientes de todos los tiempos. Narran con brillantez manías inveteradas de los perturbados, sus sueños terribles y sus facultades excepcionales.

Du Laurens, que vivió en Montpellier y llegó a ser médico de Enrique IV, fue sobre todo un recopilador y vulgarizador, a veces pintoresco, con textos muy notables sobre la Melancolía. Du Laurens quiere ser útil y quiere seducir a las mentes curiosas con una ciencia muy despojada de erudición.

Se centra con claridad en el problema de la melancolía amorosa -con su furia magnética-, y en

una especie singular: el mal hipocondríaco. Hace distinciones con precisión anatómica y, de acuerdo con la tradición, ofrece recomendaciones morales a los pacientes o se ocupa prudentemente del régimen de vida. Muestra una apertura al conocimiento en su modo de pulir las formas expresivas, de seleccionar los motivos de discusión, de analizarlos y de apartarse de aspectos espurios para la ciencia. El cambio de orientación medicinal no estaba consumado aún, pero fueron despejando un terreno sobre el cual se modificarían aspectos centrales de esa ciencia.

A recordar que el Renacimiento fue un movimiento cultural de los siglos XV y XVI, que surgió en lo que sería Italia propagándose al resto de Europa. Aunque es un eterno debate se sitúa el inicio del Renacimiento con la toma de Constantinopla en 1453 por los turcos. Dos cuestiones esenciales de este movimiento: el retorno a la antigüedad clásica contra el teologismo medieval, y el nacimiento humanismo que confía en las posibilidades del ser humano y en el progreso indefinido

La medicina del s. XVI es básicamente galénica, con muchos ataques que le harían perder peso en las escuelas médicas. Galeno allá por el año 180 hablaba de 3 tipos de melancolía: cerebral, digestiva y generalizada. Pero ahora es la época de Theophrastus Bombastus (1493-1541), o sea Paracelso, que trató sobre la melancolía en



“Las enfermedades que privan al hombre de la razón”. Y es la época de nuestros dos autores, más al primero -André du Laurens (1560-1601)- a quien se recuerda por su Discurso sobre la conservación de la vista, las enfermedades melancólicas, los catarros y la vejez a finales del s. XVI, un texto representativo de las ideas en la época de la melancolía haciendo un repaso desde Galeno hasta esos años.

La melancolía la define como delirio o una especie de chochez sin fiebre, acompañada de miedo y tristeza, sin razón aparente. La melancolía era una de las tres enfermedades que embisten con más fuerza contra la mente, agrupando así a la locura, el frenesí y la melancolía como las tres formas principales de locura. Y ponía no pocos ejemplos de experiencia propia algunos de ideas ilusorias de los melancólicos: creer que se es de vidrio, tener dos cabezas, la creencia del panadero (ser de manteca por lo cual no podían acercarse al horno), estar muerto, ideas megalomaníacas... Pero Du Laurens llegó a propugnar medidas refinadas para salir de ella: mejorar el aire, mayor contacto con la naturaleza, esparcir rosas, violetas y nenúfares en los aposentos...

El melancólico enfermo es lento, aburrido, tiranizado por el miedo y la tristeza; el melancólico inspirado es ingenioso, profundo e inteligente, de un temperamento superior. Es decir, la melancolía renacentista puede ir de la genialidad a la locura, lo cual vendría dado por el nivel de bilis negra. La grandeza de la melancolía es que forja a los hombres de gran entendimiento; su miseria está cerca de la locura.

Más tarde, medio siglo después de estos dos autores llegará Descartes (1596-1650), ya filósofo moderno opuesto a lo medieval. Con él nace el racionalismo.


En todo caso, la literatura de finales del siglo XVI y de comienzos del XVII no deja dudas sobre la presencia de la tristeza. Los libros editados por la AEN sobre melancolía, desde Bright, Un tratado de melancolía (1586), y Ferrand, Melancolía erótica (1610), hasta Burton, Anatomía de la melancolía (1621) -sumados a tantos escritos de médicos, como Velázquez, Santa Cruz, Du Laurens o Guibelet, por esos mismos años-, hacen

imposible negarse a reconocer ese fenómeno, seguramente relacionado con el auge misterioso del “individuo moderno”. Ello tiene que ver con el aire suicidario de las letras del Quinientos se plasma en las partes amorosas-religiosas de la Anatomía de la melancolía, ahí donde Burton se extiende sobre “la locura, el suicidio, el asesinato, la muerte violenta” que pueden acaecer en esos trances carnales y espirituales.

Para estudiosos de la melancolía recordar que el anterior libro en la colección fue Las melancolías de Sancho. Humores y pasiones entre Huarte y Pinel de nuestro contemporáneo José Luis Peset (1946-...) editado en 2010. Otro buen producto, más cercano en sus reflexiones.

I.M.

# Agenda

- 20 al 22 de octubre • Bilbao  
III Jornadas sobre derechos humanos y salud mental de la AEN: Miradas hacia los derechos humanos. Organiza OME ([www.ome-aen.org](http://www.ome-aen.org))  
Secretaría: [www.aen.es](http://www.aen.es); Mail: [jornadasddhh@ome-aen.org](mailto:jornadasddhh@ome-aen.org); Fax: 944 573 689
  - 27 y 28 de octubre • Madrid  
IX Congreso de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM-AEN): Tratamiento, trabajo y derechos. Secretaría: Email: [ixcongresoamsm@yahoo.es](mailto:ixcongresoamsm@yahoo.es). Fax: 916 823 951
  - 3, 4, 5 de noviembre • Jerez  
X Congreso de la Asociación Andaluza de Profesionales de salud mental-AEN: “Grupos”.  
[www.aan.org.es](http://www.aan.org.es); [aan@aan.org.es](mailto:aan@aan.org.es)
  - 11 de noviembre • Zaragoza  
VI Jornada de la Sociedad Aragonesa de Salud Mental (SASM-AEN). Centro Pignatelli.  
Nuevas formas de institucionalización en salud mental. [secretaria.aasmaen@yahoo.es](mailto:secretaria.aasmaen@yahoo.es)
- 
- 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.
  - 9 y 10 de marzo • Bilbao  
III Congreso Nacional de la AEPP, Asociación Española de Psicoterapia Psicoanalítica.  
El Encuentro entre Psicoanálisis y Neurociencias. Implicaciones en Psicoterapia.  
Secretaría: [aapp@aapp.eu](mailto:aapp@aapp.eu); [www.aapp.eu](http://www.aapp.eu)
  - 15 al 18 de marzo • El Escorial, Madrid  
I Congreso Nacional de Psicología Positiva. Residencia San José.  
Organiza Sociedad Española de Psicología Positiva (SEPP). [www.sepsicologiapositiva.es](http://www.sepsicologiapositiva.es)
  - 23, 24 y 25 de Marzo • Zaragoza  
XXXIX Symposium de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (SEPTG).  
“Los procesos grupales en las nuevas realidades”. [www.septg.org](http://www.septg.org)
  - 6 al 9 de Junio 2012 • Tenerife  
XXV Congreso de la AEN: Subjetividad e identidad de las experiencias: Discursos y Contextos.  
[www.aen.es](http://www.aen.es) • [www.congresoaoen12.com](http://www.congresoaoen12.com)
- 
- 17 a 21 de Julio • Cartagena de Indias (Colombia)  
XVIII International Congress of Group Psychotherapy and Group Processes (IAGP).  
“Entre mundos y culturas: Transformación Social”. [www.iagpcongress.org](http://www.iagpcongress.org)
  - 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](http://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](mailto:norte@ome-aen.org), o bien al Apdo. 12, 48950 Erandio. Bizkaia.

Primera página: incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos de los autores, indicando el título profesional,

centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación 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 (videocasette). ST. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.
- Diccionario y obra de consulta semejantes  
Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999. 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.govncidod/EID/eid.htm](http://www.cdc.govncidod/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: