

Revista de:



ASOCIACIÓN DE
SALUD MENTAL
Y PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA



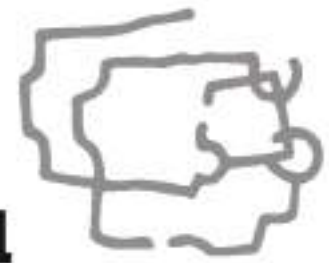
Asociación Castellano Manchega
de Neuropsiquiatría
y Salud Mental

Associació Valenciana
de Neuropsiquiatría
(AEN-PV)



NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen X nº 43 Junio 2012

N
O
R
T
E

Volumen X nº 43 Junio 2012



“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.

Autor de portada: Joana Martín Barrio • jmvirgo_1k@hotmail.com

La imagen escogida expresa con gran simplicidad la idea del mundo interior. La caja representa la persona, formada por una imagen clara, plana, que puede incluso, no llegar a llamar la atención, al igual que muchas personas, que pueden aparentemente no llamar especialmente la atención.

Esta caja contiene al mismo tiempo todo lo perteneciente al mundo interior de una persona, tanto su personalidad, sus gustos, su arte, su esperanza, sus recuerdos... todo ello expresado mediante una explosividad que se produce al conocer a la persona, o según la metáfora, al abrir la caja.

Volumen X



Nº 42



Nº 43

Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

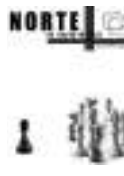
Volumen VIII



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

NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

Del Rio, Francisco
Estévez, Juan
Gay, Eudoxia
Lozano, Mari Fe
Martínez-Azumendi, Óscar
Martínez de Benito, Roberto
Sánchez, Ana
Rodríguez Pulido, Francisco
Tarí, Antonio
Sureda, Catalina

Consejo Asesor y de Redacción:

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

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

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

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

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

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



NORTE de salud mental

Vol X nº 43, Junio 2012 www.ome-aen.org/norte.htm

Realización y Administración:

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

norte@ome-aen.org

Autora de la portada: Joana Martín Barrio

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:



© Copyright 2012 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 43. Junio 2012

Editorial	5
• Neoliberalismo, trauma transgeneracional y el 15-M. <i>Clara Valverde, Carles Muntaner, Iñaki Markez.</i>	7
Originales y revisiones	11
• Elaboración Transgeneracional del Trauma: Guerra Civil Española. <i>Gregorio Armañanzas.</i>	13
• Campo de Argelers: el rastro (rostro) de la violencia. <i>Anna Miñarro.</i>	18
• Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden. <i>Iván Castillo Ledo, Hilda I. Ledo González, Antonio A. Ramos Barroso.</i>	30
• Potencial riesgo suicida entre estudiantes de primer ciclo de la carrera de Medicina: Un proyecto de intervención en la Universidad del País Vasco (UPV/EHU). <i>Sol Mayte Álvarez Torres.</i>	37
• Indicación de no-tratamiento para personas sin diagnóstico de trastorno mental. <i>Beatriz García Moratalla.</i>	43
• Evolución clínica de la comorbilidad en el Eje I del DSM-IV-TR en pacientes con trastorno límite de la personalidad y trastorno adictivo hallados en Hospital de Día de Patología Dual. <i>Claudio Maruottolo, Oscar Landeta.</i>	53
• Hacia un modelo colaborativo de la atención a la depresión en Euskadi: El Proyecto BTS Elkarlanean Depresión. <i>Andrea Gabilondo, Naiara Artaza, José Antonio de la Rica, Ander Retolaza, Pedro Ortueta, Lucía Prieto.</i>	60
Formación Continuada	73
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XIV). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	75
Historia	79
• La asistencia psiquiátrica en la ciudad de Valencia durante la Guerra Civil española (1936-1939). <i>Xavier García.</i>	81
• Psiquiatría y cine en España durante la democracia (1982- 2000). <i>María Herrera, Carmen Llor, Pedro Marset, Joaquín Cánovas.</i>	95
Humanidades	99
• El mar. <i>Raúl Velasco.</i>	101
• Voluntariado sociosanitario. <i>Miren Viña.</i>	103
Actualizaciones. <i>Marcos Tolosa, Iñaki Markez.</i>	107
• Él nunca abandonó Babia. <i>Sisa Sánchez.</i>	109
• Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis. <i>Mariano Hernández y Pilar Nieto (Coords.).</i>	110
• El sentido de la locura. <i>Jim Geekie y John Read.</i>	111
• Las rapadas. El franquismo contra la mujer. <i>Enrique González Duro.</i>	112
Agenda	113

Summary

NORTE de salud mental 43. June 2012

Editorial	5
• Neoliberalism, transgenerational trauma and 15-M. <i>Clara Valverde, Carles Muntaner, Iñaki Markez.</i>	7
Original and reviews articles	11
• Transgenerational processing of trauma: Spanish Civil War. <i>Gregorio Armañanzas.</i>	13
• Argelers concentration camp: trace (face) of the violence. <i>Anna Miñarro.</i>	18
• Conductual Psychotherapy in child: the first one therapeutic strategic. <i>Iván Castillo Ledo, Hilda I. Ledo González, Antonio A. Ramos Barroso.</i>	30
• Potential suicide risk among preclinical medical students: Proposing an intervention at the Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). <i>Sol Mayte Álvarez Torres.</i>	37
• Indication no-treatment for people without meeting diagnostic criteria for mental disorder. <i>Beatriz García Moratalla.</i>	43
• DSM-IV-TR Axis I comorbidity clinical evolution found in dual pathology program patients diagnosed with personality disorder and addictive disorder. <i>Claudio Maruottolo, Oscar Landeta.</i>	53
• A collaborative model of care for depression in Euskadi: BTS Elkarlanean Depression Project. <i>Andrea Gabilondo, Naiara Artaza, José Antonio de la Rica, Ander Retolaza, Pedro Ortueta, Lucía Prieto.</i>	60
Continuing Education	73
• Continuing Education in Clinical Psychiatry: Self Opinion (XIV). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	75
History	79
• Psychiatric care in the city of Valencia during the Spanish Civil War (1936-1939). <i>Xavier García.</i>	81
• Psychiatry and cinema in Spain during democracy (1982-2000). <i>María Herrera, Carmen Llor, Pedro Marset, Joaquín Cánovas.</i>	95
Humanities	99
• El mar. <i>Raúl Velasco.</i>	101
• Voluntariado sociosanitario desde Salud Mental. <i>Miren Viña.</i>	103
Book reviews. <i>Marcos Tolosa, Iñaki Markez.</i>	107
• Él nunca abandonó Babia. <i>Sisa Sánchez.</i>	109
• Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis. <i>Mariano Hernández y Pilar Nieto (Coords.).</i>	110
• Making sense of madness. <i>Jim Geekie y John Read.</i>	111
• Las rapadas. El franquismo contra la mujer. <i>Enrique González Duro.</i>	112
Calendar	113

Neoliberalismo, trauma transgeneracional y el 15M

El llamado capitalismo neoliberal ha producido cambios en el estado del bienestar y en el mercado laboral de los países ricos que han aumentado la prevalencia y la incidencia de trastornos mentales. Por ejemplo la flexibilidad, la temporalidad y la precariedad en el empleo que han caracterizado este periodo se han asociado con ansiedad, depresión y riesgo de padecer enfermedades psiquiátricas. Por otro lado el aumento de estrés laboral que acompaña a la temporalidad y otras formas de flexibilidad laboral también se relaciona con depresión, ansiedad, consumo de sustancias y alcoholismo. En los ámbitos laborales, los efectos de la precariedad y el estrés laboral son mayores en las empresas privadas que en las públicas, o el efecto de la flexibilidad del empleo sobre la salud mental, vemos que es menor en los países socialdemócratas.

Los mecanismos psicosociales próximos que subyacen a las nuevas relaciones laborales han sido explorados sobre todo cualitativamente. Algunos han mostrado aspectos que no han sido aún medidos por cuestionarios. Desde la psicología social del mercado laboral neoliberal, cabe destacar la inestabilidad de los lazos entre trabajadores, la distancia social entre puestos seguros y temporales, la reticencia a hacer servir los derechos laborales por miedo a ser despedido, la falta de solidaridad entre compañeros, y el acoso en el lugar de trabajo, también conocido en el mundo anglosajón como “mobbing”. Sin olvidar las humillaciones que sufre el trabajador precario, el estrés constante del miedo a no poder pagar el alquiler, la comida, el medio de transporte y el enorme esfuerzo que significa buscar trabajo continuamente.

A estos riesgos de las “nuevas” relaciones de empleo como son el trabajo a tiempo parcial, contratos flexibles, temporales, trabajo a cuenta propia, a destajo, las guardias permanentes y jornaleros entre aquellos trabajadores que previamente tenían un trabajo fijo de 35 a 40 horas a la semana, cabe añadir la pérdida de beneficios

(pensión, vacaciones, días de baja por enfermedad), los bajos sueldos y tal vez el factor más determinante de todos ellos: el bajísimo nivel de sindicación. Es cierto que allí donde los niveles de sindicación son altos, incluso los trabajos temporales o a tiempo parcial están protegidos, y sus consecuencias no son tan devastadoras, por ej., en Escandinavia. El primer aldabonazo del neoliberalismo en el mundo del trabajo fueron las luchas en contra de los sindicatos. En Inglaterra, Thatcher se enfrentó a los mineros y en los EE. UU. Reagan les ganó el pulso a los controladores aéreos. En los países desarrollados el nivel de sindicación durante el periodo neoliberal descendió de forma cuantiosa y lo que queda es gracias sobre todo al nivel de sindicación del sector público.

Y ahora, en este país que destina a la Sanidad uno de los PIB más bajos de la Europa de los 15, abren la puerta para la desaparición de la universalidad de la atención sanitaria, penalizando los recortes a quienes tienen recursos más limitados y con más problemas de salud. Son algunas de las nuevas manipulaciones del concepto “crisis” neoliberal para eliminar derechos sociales cuyo logro supuso muchas energías durante varias décadas.

Como vemos, el daño que el neoliberalismo causa es devastador y destruye salud, vidas, democracia y derechos sociales. ¿Es posible atenuar estos daños? ¿Qué obstáculos impiden canalizar nuestras energías eficazmente contra este poder que nos convierte en seres precarios?

En el Estado español en el que no se han hecho procesos individuales, colectivos, jurídicos ni institucionales de elaboración de lo ocurrido durante la guerra civil, la posguerra y el franquismo, los teóricos del trauma transgeneracional (Volkan, Lebovici y otros) apuntan a que la tarea de elaboración pendiente transmitida de genera-



ción en generación marca el desarrollo político e ideológico de la sociedad e interfiere con comportamientos individuales y colectivos como el absolutismo, el miedo y el autoritarismo.

Aun con el paso de los años, más de 70 después de aquella guerra, nadie en el Estado Español estamos libres del impacto de ese trauma colectivo, aunque no nos demos cuenta o no lo aceptemos. Incluso sabiendo que se hicieron desaparecer 100.000 personas (crímenes que no prescriben), que murieron posiblemente más de 200.000 durante la guerra y 190.000 en las cárceles de la posguerra, que somos el segundo país del mundo con más fosas comunes sin abrir (1.204) después de Camboya, la conexión entre el trauma subconsciente que compartimos nuestra generación ahora y la situación de trauma original se ha perdido del consciente. Por eso no entendemos los síntomas que emergen, y desarrollamos conclusiones erróneas sobre los mismos.

La guerra civil que ahora está presente como una moda en novelas, películas y en libros de los historiadores, reemplaza la voz de las víctimas con narrativas llenas de documentos que intentan dar un sentido artificial al caos creado por todo el dolor y el miedo guardado en nuestros subconscientes. La mayoría de los ciudadanos del Estado Español que vivieron aquel horror ya han muerto, pero aún así, nuestra generación, la de los nietos, todavía no sabemos lo que ocurrió, dónde están enterrados nuestros abuelos y aún más grave: cómo nos afectan los miedos y silencios de nuestros abuelos y padres durante tantas décadas.

En la teoría del trauma transgeneracional, nuestra generación, los nietos, es el punto clave donde ocurre “el retorno de lo reprimido”. La generación que vivió la contienda bélica no pudo elaborar el trauma psíquico de sucesos porque su intensidad y sus efectos impidieron al sujeto dar una respuesta adecuada a los mismos. Los hijos tampoco pudieron, por la represión del franquismo, hacer el duelo de sus pérdidas ni resolver sus sentimientos de humillación, de miedo y de impotencia, obligando a futuras generaciones a hacer esos procesos psicológicos inacabados. Aunque algunos hijos de la guerra lucharon durante la dictadura, no hubo espacio

de elaboración y la tarea se pasó a la tercera generación, a la nuestra, a la de los nietos, que entre el despiste de una transición que consistió en tapar heridas en vez de limpiarlas y una vida más cómoda que la de nuestros abuelos, no nos hemos dado cuenta de la tarea pendiente que tenemos y cómo interfiere con poder llevar a cabo una lucha eficaz.

Cuando toda una población sufre un trauma colectivo, como durante la guerra civil, la transmisión a la próxima generación, la filiación, se convierte en una “patología del destino” y nos encontramos “fantasmas en la habitación de los niños”. Cuando, sin darse cuenta, millones de personas depositan sus imágenes traumatizadas en sus hijos, los efectos acumulativos influyen en la identidad del grupo.

En el caso de la guerra y la posguerra, el terror, las posiciones polarizadas, la sospecha y los ajustes de cuentas personales crearon una cultura de silencio y secretismo en los hijos que nosotros, los nietos, no pudimos interpretar pero que absorbimos en nuestros subconscientes, porque el silencio, lo no-dicho, dice tanto o más que lo dicho. El sentimiento de “nosotros/ellos” que se convirtió en absolutismo, el miedo que se cubría con autoritarismo, la frustración que se transformaba en “no puedo, no me dejan”, el esperar a que otro osara a reclamar, la inseguridad manifestada en las dudas, y la queja en privado crearon una red invisible de victimismo y al mismo tiempo, de deseo de venganza. Esos comportamientos de nuestros padres y madres, nuestra generación los vimos como “normales”, “los de toda la vida”, “lo de casa”, en cambio no vimos ni escuchamos los duelos ni los llantos de lo perdido ni de lo sufrido.

Según los teóricos del trauma transgeneracional, toda esta triste historia surge en los nietos como el “retorno de lo reprimido” a través de “los síntomas del vacío”: depresión, ansiedad, adicciones, el fingir y la importancia de las apariencias que vemos en el “qué dirán” o, como decía Lacan, “el buen orden”. Los síntomas del vacío añadidos al absolutismo y al autoritarismo que vimos y aprendimos de nuestros padres, ¿cómo han influido en nuestros procesos grupales y organizativos?, ¿cómo han influido en nuestro trabajo político o social contra las desigualdades e injus-

ticias estos últimos años?, ¿qué ocurre cuando se añaden a la agresión del neoliberalismo sobre nuestra salud mental? Cuando los griegos y los franceses salían a la calle, huelga tras huelga, ¿dónde estábamos? Y ¿por qué aún no se han abierto las fosas y las bocas sobre nuestra historia?

Y ahora hace un año surge este movimiento, el 15M, con los biznietos de la guerra, con su democracia participativa (“nadie nos representa”, “ninguna de nosotras es mejor que todas nosotras”), su funcionamiento antiautoritario e incrédulo (“dicen que es democracia y no lo es”) y su conciencia de género (utilizando el femenino plural en vez del masculino). Si la generación de los nietos seguimos llevando el peso de los comportamientos autoritarios, el absolutismo y el sectarismo, y no hemos hecho el tan necesario proceso de trasladar lo heredado del subconsciente al consciente a través de la palabra, ¿por qué surge este movimiento “sin curro, sin casa, sin futuro, sin miedo”? Solo podemos comenzar a observar y a reflexionar sobre el significado de este movimiento en el trauma transgeneracional del Estado Español. Los “indignados” se movilizan en un momento de mucha angustia y ansiedad social e intentan conseguir una homeostasia como catalizadores del malestar de las anteriores generaciones. Al haber convivido con nuestra generación, la de los nietos, con nuestros miedos subconscientes, los del 15M se posicionan en un espacio de reacción con su rebeldía creativa.

Pero la tarea de abrir las fosas y abrir la boca sigue pendiente (y no se puede confundir con “abrir las fosas para tapar las bocas”). Un movimiento como el 15M que deja de creer en las estructuras verticales, en la autoridad (de derechas o de izquierdas), y que traduce esas ideas a la realidad en el trabajo cotidiano, sin duda puede llevar por lo menos, a meter miedo a los poderosos neoliberales pues son multitud las

personas que han sintonizado con las ideas 15M, independientemente que se hayan movilizado o no. Pero siguen siendo necesarios procesos de verdad y reparación como los vistos en otros países (por ejemplo, Canadá, Corea del Sur, Irlanda del Norte, Palestina) en los que se crean espacios para que todos hablen y todos escuchen acerca de lo que ocurrió, de lo que sabemos que ocurrió, de lo que se ha investigado sobre lo que ocurrió y de lo que se intenta averiguar por procesos judiciales.

Durante el primer año del 15M, en las asambleas se ha añadido un gran número de personas de más de 40 años y de más de 60 años. Se acercaban con ganas de compartir la rebeldía pero con grandes reticencias hacia el funcionamiento horizontal. Y personas de más de 70 años han hablado del sufrimiento de la posguerra y el franquismo, y cientos de jóvenes les han escuchado, han llorado y les han aplaudido agitando las manos en el aire. No sabemos todavía si esta integración de los hijos y los nietos de la guerra en el 15M puede ser parte de un proceso de sanación, que ayude a despojarnos de nuestros frenos para poder ser más eficaces en defender lo público y construir lo común. ¡Aún nos quedan por abrir tantas fosas y tantas bocas!

Clara Valverde, Carles Muntaner, Iñaki Markez

Elaboración Transgeneracional del Trauma: Guerra Civil Española*

Transgenerational processing of trauma: Spanish Civil War

Gregorio Armañanzas Ros**. Psiquiatra, grupoanalista, psicodramatista y consultor de organizaciones. Pamplona.

Resumen: Los acontecimientos traumáticos son transmitidos frecuentemente a sucesivas generaciones de forma consciente e inconsciente. El silencio es una forma eficaz de transmisión inconsciente. El trauma de los asesinatos de civiles durante la Guerra Civil Española se ha transmitido hasta las actuales tercera y cuarta generación. Es el trauma de haber perdido a un antepasado de forma violenta. Pero es también el trauma, más oculto todavía en España, de tener un antepasado que asesinó.

Los profesionales no hemos explorado en nuestros pacientes esa parte de la historia familiar, contaminados por el silencio acerca del tema. Con el desarrollo de algunos fenómenos de la situación española tras la Guerra Civil (1936-1939).

Palabras clave: trauma, transmisión transgeneracional, narración, familias.

Abstract: The traumatic events are frequently transmitted to the next generations consciously and unconsciously. Silence is an efficient kind of unconscious transmission. The trauma of assassination of population in the Spanish Civil War has been transmitted to the presents third and fourth generation. Is the trauma of lost an ancestor in a violent kind. But it is also the trauma, more concealed today in Spain, of an ancestor who killed.

We the professionals have not explored in our patients this part of the family history contaminated by the general silence about this topic. I will talk about some phenomena of the Spanish situation after the Spanish Civil War (1936-1939).

Key words: trauma, transgenerational processing, narrative, family.

Introducción

En 1936, Franco inició su golpe militar contra la República. Había comenzado la Guerra Civil. De esto hace casi 76 años. La guerra duró tres años, hasta 1939.

Podemos dividir los Traumas con muertos que generó esta guerra fratricida en dos categorías:

1. Los que murieron en el frente de guerra.
2. Los civiles que fueron apresados y asesinados fuera del frente de guerra, sin juicio ni proceso legal.

Es la segunda categoría la que deja una huella transgeneracional más profunda. En la primera las balas son ciegas y van para los dos lados,

* Comunicación presentada en el II congreso Internacional de Psicodrama Psicoanalítico. Lisboa 9 y 10 de marzo de 2012.

** Gregorio Armañanzas es psiquiatra, grupoanalista, psicodramatista y consultor de organizaciones. Desde hace trece años, trabaja la transmisión transgeneracional del trauma y especialmente del trauma en la Guerra Civil Española. Ha impartido conferencias y talleres acerca del tema en Croacia, Italia, Brasil, Portugal, Colombia y España.



hay un cierto equilibrio. El efecto traumático no es tan grande.

Me voy a referir a la segunda categoría en este trabajo.

Se calcula que en este periodo fueron asesinados al menos 110.000 personas en España. España contaba entonces con unos 26.000.000 de personas. Esto nos da aproximadamente un 0,4% de la población. En mi región, Navarra, que contaba entonces con unos 360.000 habitantes, fueron asesinadas 2857 personas, esto da un 0,8% de la población.

Estas personas fueron asesinadas en las cunetas de las carreteras y enterradas allí mismo, sin que las familias pudieran hacer un ritual y un duelo adecuado. Apunta esto hacia un duelo congelado y al síndrome del desaparecido. Si cada persona asesinada afecta emocionalmente a cuatro personas por ejemplo (hermanos, esposa, hijos), tenemos un impacto emocional directo en 440.000 personas.

Plano sociológico

¿Cómo se ha elaborado sociológicamente este trauma?

El silencio ha sido el mecanismo fundamental por el cual se ha transmitido. Yo nací en 1953 y no fui consciente del escenario en que había nacido porque el silencio era la norma. Tuve que acudir a un congreso de la IAGP en Londres en 1998 y escuchar a Vamik Volkan y a Anne Schützzenberger para empezar a pensar y elaborar este tema. Porque en España los profesionales hemos sido cómplices de ese silencio. Nunca consideramos el trauma de un asesinato en un padre o abuelo como un factor desencadenante de psicopatología. “No se ve lo que no se sospecha”, dice un aforismo médico. En España los profesionales de salud mental fuimos parte de ese inconsciente colectivo que apartó el tema.

Es ahora cuando los hijos y nietos de los asesinados están buscando las tumbas de estos para hacer un ritual adecuado de duelo. Digo ahora, teniendo en cuenta que Franco murió en 1975 y la democracia se estableció poco tiempo después. El miedo es el argumento que generalmente se esgrime para explicar ese silencio. Pero ese

silencio ha durado demasiado para que todo lo explique el miedo. Un silencio similar se da en los judíos salidos del campo de concentración. Ellos no tuvieron una dictadura como en España y también usaron el silencio en las familias. Hay otros fenómenos que lo pueden explicar como la vergüenza y la culpa que, paradójicamente, acompaña a las víctimas, el hecho de que al ver una guerra entre vecinos y hermanos hablar removería mucho, etc. Se puede explicar también como un intento de proteger a los descendientes de la historia que tienen, como un no querer volver a sentir la derrota al contarlo, etc.

Vamik Volkan (2000) nos plantea tres tareas en los descendientes de asesinados en un conflicto:

- Honrar la memoria.
- Hacer el duelo.
- Vengar la afrenta.

El fenómeno en España implica ya a cuatro generaciones: la primera (los asesinados, los asesinos y sus coetáneos), la segunda (los hijos), la tercera (los nietos), y la cuarta (los biznietos). Sí, también la cuarta generación está viviendo el impacto del asesinato del bisabuelo.

Recientemente participé en un homenaje que una biznieta hacía a su bisabuelo asesinado pero sobre todo a su abuela, huérfana por ello. Había nacido en el aniversario del asesinato de su bisabuelo. Ya con veintitantos años se enteró de por qué era triste su cumpleaños para su abuela. Tras ello empezó a soñar con fusilamientos y a elaborar la carga que había llevado sin ser consciente de ello.

Los hijos impactados por el trauma directamente han podido, en general, hacer poco en la postguerra. Son los nietos los que están teniendo un protagonismo importante en este tema. Tienen un legado transgeneracional, una tarea, “una lealtad invisible” siguiendo el título de Ivan Boszormenyi (2008).

Actualmente los descendientes piden justicia y reparación. Están buscando, exhumando y enterrando en los cementerios a sus familiares.

La justicia en delitos de sangre es, frecuentemente, la venganza civilizada. Las víctimas necesitan personificar hoy a los asesinos de hace tres cuartos

de siglo para dirigir su venganza. El objeto es el Partido Popular y los elementos ideológicos de la derecha en España.

Las víctimas en general tienden a conceptualizar el mundo en categorías de agresor, víctima, rescatador y testigo (Weimber, 2003). Es conocido como en grupos de terapia de trauma tienden a reproducir estos roles.

Los descendientes de los asesinados y, gran parte de la sociedad española, tiene el conflicto de la Guerra Civil debajo de las opciones políticas e ideológicas actuales.

Es curioso como en el Partido Popular entra en el rol de herederos de la dictadura franquista. Resistiendo a los homenajes diciendo que aquello ya pasó, entran en el rol de los fascistas de entonces. Podrían estar jugando ese rol en base de la identificación proyectiva que les hacen las víctimas. Asumirían el papel desde la contraidentificación proyectiva. Podría jugar aquí un papel el sentimiento de culpa inconsciente heredada.

En este sentido en el plano familiar hay una culpa inconsciente que no sale a la luz y que está siendo heredada: la de los descendientes de los asesinos.

Tal vez una forma de romper el silencio, ha sido el terrorismo de ETA. La organización terrorista cumplía la función de vengar la humillación de la Guerra Civil sufrida por el pueblo vasco. Una de las tareas asignadas a los descendientes según Volkan (2000).

“El que no aprende de la historia, está condenado a repetirla”, dice el aforismo. ETA ha dejado a su vez víctimas, una forma de transmitir el trauma de forma transgeneracional.

Anne Schüntzenberger (2000) diferencia la transmisión intergeneracional (consciente) de la transmisión transgeneracional (inconsciente). Ivan Boszormeny-nagy (2008) nos habla de las lealtades invisibles entre generaciones y de cómo las generaciones anteriores nos legan tareas. Para que los muertos descansen en paz y no se conviertan en fantasmas persecutorios tenemos que honrar, reparar, enterrar o vengar. Y si no lo hacemos nosotros, tal vez leguemos la tarea a otras generaciones. Tal vez el hacer consciente esto y

pasarlo de transgeneracional a intergeneracional ayude a no repetir la historia o a buscar alternativas al enfrentamiento violento que, por ejemplo, ETA protagonizó.

La organización terrorista ha dejado las armas tal vez en un momento en el que la sociedad ya puede reclamar reparación por la barbarie de la Guerra Civil y por lo tanto deja de cumplir con la función colectivamente asignada. Cuando la situación era otra, una gran parte de la sociedad cantaba celebrando el asesinato de Carrero Blanco, primer ministro de Franco, por parte de ETA.

La guerra es un trauma para los combatientes de ambos bandos: vencedores y vencidos. Los estados atrapan en la seducción de hacer héroes a los excombatientes. Son silenciados en su sufrimiento por vivir una guerra. No pueden compartir el trauma que supone matar para no morir. Es un trauma que los estados callan con gloria y monumentos al heroísmo. Un héroe no puede por definición, hablar de ser víctima de la barbarie de la guerra y de la culpa que genera matar. En el caso de los excombatientes de Vietnam, la sociedad además los condenó por lo cual el impacto emocional fue mayor. (Bill Roller, comunicación personal).

Ese trauma de guerra ha sido vivido en España tanto por combatientes fascistas como republicanos. Frecuentemente, en una guerra civil, tuvieron que matar a vecinos y familiares.

En el caso de los fascistas de Franco, el éxito y la gloria ha podido enmascarar muchos traumas emocionales. Muchos de ellos han llegado con culpa al final de sus vidas. Eso se transmite transgeneracionalmente a hijos y nietos.

Leon Ginberg (1983) nos dice que las guerras son decididas por los mayores y con ellas envían a los jóvenes a la muerte. Habla de un filicidio. Los jóvenes son cargados con la culpa persecutoria que se proyecta sobre ellos (mecanismo de identificación proyectiva). Se les exige espiarla por medio de la guerra que es destructiva y autodestructiva. La parte destructiva se aplica a seguir matando, cerrando la cadena y generando más culpa. La parte autodestructiva significa la expiación por la culpa. Los combatientes, al hacerlo, destruyen y se autodestruyen, matan y mueren, o pueden morir.



Plano psicológico

Ya he aludido al duelo congelado (Shatan, 2001) que ha quedado en las familias por falta de rituales y de encontrar al cuerpo. En algunas narraciones de nietos cuando han encontrado los restos y los han trasladado al cementerio, la vivencia que transmiten es de un funeral en tiempo real pero sesenta o setenta años después.

La búsqueda por las familias del lugar de enterramiento junto a caminos y carreteras es una búsqueda en cierto modo de la persona que todavía estaría allí existiendo de alguna manera. Es un fantasma que vive en las vidas de sus descendientes. No se ha hecho el duelo, no se ha visto el cadáver, no se ha hecho el ritual colectivo de despedirlo. Esto explica la tenacidad con que las familias buscan a su ser querido. También puede explicar la satisfacción y tranquilidad con la que terminan el enterramiento tras exumar al familiar de donde fue enterrado de forma anónima y precipitada.

Esto podría acercarnos al síndrome del desaparecido aunque tal vez no es tan nítido como en casos por ejemplo Vietnam en los que las familias los imaginan vivos en el país asiático. Los elementos de realidad: la forma de detenerlos por parte de los fascistas y lo que se sabía hacían con otros, ha disuadido de tales fantasías.

Las consecuencias psicológicas del trauma afectan tres pilares básicos (Ancharoff M. et al, 1988):

- El mundo es hermoso.
- El mundo tiene sentido.
- El yo es valioso.

Han sido muy frecuentes los suicidios entre supervivientes del holocausto judío. En ellos se habían destruido estos pilares. Hay que añadir aquí la culpa por sobrevivir a sus familiares y amigos. Tal vez por estos impactos la segunda generación tiene tareas muy internas que llevan a cabo y no puede dedicarse a las tareas de restaurar públicamente a las víctimas.

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

Algunos otros fenómenos psicológicos observables en familiares y descendiente son:

- Repetición. Síndrome del aniversario. Se produce un hecho traumático en el aniversario de la muerte del familiar.
- Parentalización. El hijo pasa a tomar un rol parental con el padre o madre huérfanos (Ancharoff, 1998).
- Actitud de rescatador o salvador en la conceptualización de Karpman (Falsen, 1998). Muy próxima a la parentalización. Son frecuentes las profesiones de ayuda en los descendientes: sanitarias, psicólogos, trabajadores sociales, etc.
- Síndrome del niño de reemplazo. Similar el fenómeno que se produce cuando nace un niño tras la muerte de un recién nacido, pudiéndose poner el nombre del niño fallecido. Un hijo o nieto pasa a sustituir la personalidad del muerto.
- Vergüenza y culpa. Fenómeno similar a otras víctimas como por ejemplo las de la violencia de género. Hace que muchos descendientes oculten la historia de fusilamiento de su padre o madre en la guerra.
- Idealización del muerto. Genera problemas en la elección de objeto y en la identificación.
- Duelo congelado. Un duelo no resuelto que puede ser transmitido (Shatan, 2001). Tiene una función testimonial.
- Silencio en las familias de los agresores. Puede ser transmitido como una culpa inconsciente.
- Dificultades en el manejo de la agresividad.- Candel Syndrom o síndrome de la vela conmemorativa, en el cual un descendiente actúa como chivo expiatorio.
- Síndrome de Estocolmo. Identificación con el agresor. Matrimonios entre huérfanos y militares y guardia civiles que representan al agresor.

Contacto

Gregorio Armañanzas • gar@gogestion.com
Ezkirotz, 4 • 31007 Pamplona

Bibliografía

Ancharoff M. et al: in Danieli Yael (ed), "International Handbook of Multigenerational legacies of Trauma". Plenum Press. New York 1998.

Danieli, Y.: *As survivors Age: Part 1 and Part 2*. NCP clinical Quaterly (1): Winter 1994.

Danieli, Y.: *International Handbook of Multigenerational legacies of Trauma*. Plenum Press. New York, 1998.

Felsen, I: "Transgenerational Transmision of Effects of the Holocaust: The Worth American Research Perspective" In Danieli Y: "International Handbook of Multigenerational legacies of Trauma. Plenum Press. New York, 1998.

Boszormenyi, I. Nagy/Geraldine M. Spark: *Lealtades invisibles*. Editorial Amorrortu. Madrid, 2008.

Grinberg, L. *Culpa y depresión. Estudio Psicoanalítico*. Alianza Universidad textos. Alianza Editorial. Madrid, 1983.

Schüntzenberger, A.: in Kellerman PF and Hudgins MK (ed.) compil. *Psychodrama with trauma survivors*. Jessica kingsley. London, 2000.

Shatan, CH: Entrevista con el Ar. Shatan. Boletín nº 0 de la Sociedad Española de Psicotraumatología y Estrés Traumático" p.p 3-28. Madrid, 2001.

Volkan, V: *Traumatisad societis and Psychological care: Expanding the concept of Preventive Medicine*. Mind and Human Interaction. Volume II. 2000.

Weinberg, H. and Gilmore E, M.: Introduction to Trauma Groups: Models, dynamics, transference and vicarious traumatization. Impartido en el XV International Congress of the International Association of Group Psychotherapy and Group Processes (IAGP). Estambul, Agosto de 2003.

- Recibido: 21-3-12.
- Aceptado: 20-5-12.

Campo de Argelers: el rastro (rostro) de la violencia

Argelers concentration camp: trace (face) of the violence

Anna Miñarro.

Psicóloga Clínica-Psicoanalista. Barcelona.

Resumen: El campo de Argelers de la Marenda, se convirtió en un espacio de horror, de terror y de maltrato continuado a los ciudadanos reclusos, que comportó numerosos y graves síntomas, que se extienden a primera, a segunda, a tercera y a cuarta generación. La vinculación de ciertos problemas psicopatológicos con la represión política, es preciso, también buscarla, fuera de las personas que son víctimas.

Algunos de esos síntomas no deberían considerarse como de una persona enferma, sino como problemas de una persona previamente sana, pero ahora enloquecida social y psíquicamente que presenta cambios significativos: retraimiento, desconfianza, soledad, marginación, privación de las necesidades básicas, es decir, anomia.

Por otro lado, el silencio y la impunidad, es decir la carencia de verdad integral y la ausencia de justicia, tienen mucha importancia en la aparición de cuadros clínicos. Contra ello tenemos el testimonio, un instrumento efectivo que reduce los síntomas. Porque, no sólo hace función terapéutica sino también pedagógica para el conjunto de la comunidad. Convierte las sensaciones e imágenes en palabras, y las memorias traumáticas de los que sobrevivieron pierden toxicidad.

Palabras clave: Trauma psíquico, transmisión intergeneracional, catástrofe social, violencia, campos de internamiento, impunidad, pérdida de derechos, duelos, testimonio, resignificación.

Abstract: Argelès-sur-Mer concentration camp, became a place of horror, terror and continued abuse of detained citizens, that brought numerous and severe symptoms, ranging in first, second, third and fourth generation. The linking of certain psychopathological problems with political repression, we also search for it out people who are victims.

Some of these symptoms could not be regarded as a sick person, but as problems of a previously healthy person, but now it has had social and psychologically significant changes: withdrawal, mistrust, loneliness, marginalization, deprivation of basic needs, ie anomie.

Moreover, the silence and impunity, that is lack of true and complete absence of justice, are of great importance in the clinical appearance. Against this there is the testimony, an effective tool that reduces the symptoms. Testimony does not only therapeutic function but also by the entire educational community. Convert images and feelings in words, and the traumatic memories of those who survived lost toxicity.

Key words: Psychic trauma, intergenerational transmission, social catastrophe, violence, detention, impunity, loss of rights, duels, testimony, re-signifying.

Este trabajo habla de la memoria del terror, del horror, de una marca imborrable que, obligatoriamente, se transmitió, a través de generaciones. La fuga en el olvido, es impracticable. El regreso del recuerdo se impone. Y así lo atestiguan todos los trabajos e investigaciones realizadas hasta hoy.

Me decía Toni en la entrevista que le hice hace pocos meses (ciudadano internado en el campo de Argelers en febrero de 1939, torturado en un campo de castigo y encarcelado al volver a Barcelona en enero del 1941): “la tortura es peor que la muerte, porque crea un muerto para toda la vida que sufre sin solución”.

Tal y como definió Todorov:

“La tortura es peor que el asesinato, porque, al torturar a un ciudadano, no me conformo eliminando aquel que me estorba, sino que obtengo una satisfacción de su sufrimiento, de su exclusión de la humanidad, y este goce dura mientras él viva. La tortura deja una marca imborrable en el torturado, pero también en el torturador. Y, la tortura institucional es peor todavía que la tortura individual, porque subvierte el fundamento mismo de toda idea de justicia y de derecho.”

Argelers de la Marenda es el primer campo diseñado por las autoridades militares francesas en 1938. No es un accidente de la historia, es un lugar de internamiento pensado y previsto como tal y destinado a los futuros perdedores de la guerra. En el artículo primero del decreto ley que lo crea, precisa que los individuos considerados peligrosos pueden, según criterio y decisión de los prefectos, ser alejados del lugar de residencia habitual y en caso de necesidad obligados a residir en un centro designado por el ministerio de defensa y la guerra o del ministerio del interior.

La decisión de crear Campos en el suroeste de Francia destinados a *los vencidos* se toma en París en plena guerra civil española.

“Era una desolación, como un corral”, dice otro testigo del campo. “Como una pesadilla incrustada en la memoria”. Otros decían: “El hotel de la arena con vistas al mar”: niños, adolescentes, adultos, viejos, civiles y militares, soldados, labradores, intelectuales, todos aquellos que

habían investido altamente un ideal de país democrático, que, en aquellos momentos, se desquebrajaba.

Al ser internados empiezan las dificultades y las relaciones tensas: argelinos y marroquíes vigilaban el campo, inspiraban terror, y se asemejaban demasiado a los regulares marroquíes que luchaban al lado de Franco... De forma inmediata, aparece el miedo, el temor, la inseguridad, que implica la conciencia de indefensión biológica y de desamparo social en esta situación amenazadora.

El miedo es una emoción intensa. Indica que el significado que el sujeto atribuye a la situación en la que se encuentra, es de peligro. El sujeto la percibe como una amenaza vital. Esta amenaza vital es percibida en situaciones de internamiento en campos de concentración y de exilio como amenaza de muerte física, muy a menudo real, y como peligro de ser agredido, golpeado, violentado, torturado, es decir, como amenaza a la integridad corporal.

La percepción de la amenaza como inminente puede transformar el miedo en terror o pánico, alterará el funcionamiento psíquico y desencadenará procesos psicopatológicos específicos.

Más de setenta y dos años después, podemos todavía observar miedo, a veces poco visible, de muchos de aquellos ciudadanos que sufrieron internamiento, exilio, tortura y maltrato. En algunos casos el miedo derivó en conductas sociales menos reconocidas, subjetiva y socialmente, y ha producido una privatización obligada del dolor manteniendo encubiertos los malestares y los efectos psíquicos.

Con este trabajo, pretendo hacer un recorrido a través de conceptos teóricos, pero también:

1. Analizando las consecuencias del internamiento en el campo.
2. Las consecuencias de la salida del campo y del regreso.
3. Las consecuencias de la impunidad.
4. Las pérdidas históricas de los derechos económicos, sociales y culturales.
5. El trauma psíquico y su transmisión.
6. El silencio.

7. La atención en salud mental que recibieron estos ciudadanos, y la carencia de formación de los profesionales para poderlos atender.
8. Aquello que han hecho los ciudadanos con el maltrato recibido.
9. y, alguna reflexión más.

El concepto de psiquiatría de guerra, ha sido también denominado “catástrofe”. Aparece tras la primera guerra mundial.

S. Freud describía, antes de 1920, las “neurosis de guerra”, el concepto de trauma psíquico y el desarrollo de la patología consecuencia de este, a la que denominó como “neurosis traumática”.

Clásicamente estos conceptos fueron aplicados a las reacciones observadas después de un hecho de características particulares identificables (situaciones de combate, campos de concentración, catástrofes, maltrato físico o psíquico), que se producen por sorpresa, de forma inexplicable y brutal y que significa una amenaza a la integridad física y/o mental. Se encuentra fuera de las experiencias cotidianas del sujeto, y no se puede ejercer ningún control sobre ellas.

En cualquier caso, la experiencia clínica indica que no todos los sujetos expuestos a la misma situación traumática, presentan alteraciones en la salud mental, posteriores y relacionadas con el hecho. Y, cuando lo hacen, son de diversa naturaleza, cualidad y magnitud.

Internamiento en el campo de Argelers

El campo de Argelers se convirtió en un espacio de horror, de terror.

Y el terror, además de una actividad con finalidad represora, fue un método de control social, un elemento importante de la forma de gobierno fascista.

Muchos ciudadanos internados en el campo, confirman el trato inhumano dispensado a los republicanos, las condiciones de vida indescriptibles, la estricta vigilancia a la que estaban sometidos, los campos de castigo, las múltiples situaciones de agresión y/o de violencia.

La agresión es una actitud o acción que provoca dolor o daño a otro. El agresor se posiciona como

tal, emite signos que alertan al otro y permite desarrollar actitudes y actos de defensa. La agresión está vinculada a la angustia y al desarrollo de patologías vinculadas al sufrimiento.

La violencia, es también una actitud o acción que provoca dolor y daño en el otro, pero que no se detecta, es oculta y solapada. A veces, tiene forma de normalidad y, sobre todo, imposibilita que el otro se defienda. El ciudadano objeto de violencia queda atrapado en esta situación. La violencia, pues, la podemos relacionar con la angustia automática. El ciudadano queda sometido a la vivencia de colapso de las relaciones entre lo psíquico, lo social, lo temporal y lo espacial, y, obligatoriamente, se produce una vivencia traumática.

En el campo de Argelers, y esto es extensivo a todos los campos de concentración tanto en el estado español como en el francés, te quitaban la identidad, y pasabas a ser un número que no tenía ningún valor, es decir, que podía intercambiarse en cualquier momento.

Que te quiten la identidad da una significación de pérdida fundamental, como si te pidieran hacer un luto sobrehumano: *dejas de ser quien eres*, y esto equivale a la más profunda desestructuración, a aquello que los profesionales de la salud mental vinculamos a la psicosis. Instalar y asumirse como el número que les habían otorgado requería una fuerza personal que sólo aquel que ya se encontraba en una situación de equilibrio excepcional previa, pudo superar.

Esta, la pérdida de identidad, es una primera conmoción que genera en los sujetos una crisis importante, porque su continuidad se ve afectada. Deja de ser sujeto y sólo permanece un recuerdo de lo que fue antes. En el campo, no es nadie, el futuro es incierto, y se desconoce si tendrás un futuro o si enfermarás y morirás. Esa es la única certeza del ciudadano dentro el campo y esta se convierte en su vínculo con la salud.

El aquí y el ahora son las únicas herramientas para intentar sobrevivir. El sujeto que no tiene satisfechas las mínimas necesidades, no puede plantearse necesidades superiores. Y sabemos que no había suficiente comida, no se podía descansar sobre la arena y no disponían de abrigo en el frío invierno del 39.

El cuerpo tenía carencias básicas: infecciones, piojos, sabañones, muchas enfermedades atribuibles a la carencia de recursos físicos que garantizan la salud... Por lo tanto, sobrevivir se convertía en prioritario. En estas circunstancias límite, los ciudadanos sufrían también de una carencia de defensas en su sistema inmunológico que, a menudo, les podía llevar a la muerte.

Algunos de aquellos que lo vivieron, quizás ahora pueden pensar que las palabras no son suficientes para describir las condiciones imperantes en el Campo de Argelers.

Sólo aquellos que consiguieron aceptar la realidad como inexorable pudieron soportarlo con un mínimo de salud mental. En estas personas, podemos observar cómo apareció una tímida solidaridad, una tímida confianza, una tímida amistad y una camaradería e incipiente interés hacia el otro, por el hecho de identificarse con el malestar y el sufrimiento del Otro.

Estos consiguieron resarcir herramientas para identificarse con los compañeros. Pero ello, con mucha ambivalencia, y a veces como pesadilla: porque ese otro en el que se ponía interés, al que le quitabas los piojos, le ayudabas a curar heridas, le cedías un trozo de pan, mañana podía haber muerto o lo podían matar, o ser obligado a enrolarse en la legión extranjera francesa. Hacía falta un afecto moderado para defenderse de una posible nueva frustración.

En estas condiciones el psiquismo estaba obligado a recurrir a conductas defensivas que lo protegieran. La única posibilidad: LA ESCISIÓN. A través de esta defensa el ciudadano separa su cuerpo de su psiquismo para poder sobrevivir. Se produce una muerte emocional: evita añorar los seres estimados y evita mirar hacia la sociedad que le rodea (muertes, enfermos, personas torturadas, trata de blancas). Hace el esfuerzo de no guardar en la memoria nada, para mantener sano su psiquismo. Pero pese al esfuerzo, una experiencia traumática de la magnitud del campo de Argelers, deja siempre improntas profundas que marcan a fuego la estructura de la personalidad.

El miedo a la muerte es el miedo a la nada que no sólo está fuera, sino sobretodo dentro del sujeto.

Aquellos que sobrevivieron a las condiciones infrahumanas, a la agresión, a la violencia y al infierno encima la arena (*Robert Capa*), son los que, ignorando la nada que los amenazaba desde la exterior, pudieron cultivar su interioridad buscando un auténtico sentido existencial de forma que la muerte interior no les significara una amenaza.

Entendieron que el sufrimiento era como una tarea obligatoria. No se avergonzaban de sufrir ni de llorar, y estos eran considerados valientes.

Incluso hemos escuchado ciudadanos que hicieron una especie de asistencia psicológica en el Campo de Argelers. Hemos conocido como muchos de ellos, comprometidos con la República y con ideales altamente investidos, transmitieron a sus compañeros la importancia de ser, de pensar y de hacer, de sufrir.

Me decía Miquel o Joan en las entrevistas: *“Somos nosotros los que hacemos ser nuestros actos y pensamientos. La vida tiene dignidad y sentido en todas las circunstancias. El sufrir y el morir es preciso que sea aceptado con dignidad y sentido, porque este sacrificio tiene un significado. Y cada uno de nosotros debe encontrar este significado”*.

Estamos pues, en condiciones de afirmar que el maltrato grave y continuado en el tiempo, sufrido por tantos ciudadanos reclusos en los campos, comportó numerosos y graves síntomas a nivel de la salud y la salud mental individual y familiar.

Y, estos síntomas se extienden tanto a primera como segunda, tercera y cuarta generación.

No hay ninguna duda, que la violencia, la exclusión y el trauma son el origen de los impactos psíquicos que producen fenómenos de desestructuración. Depresiones graves; varias neurosis traumáticas y trastornos de ansiedad; dificultad en el funcionamiento social y en las relaciones interpersonales; conductas autodestructivas. Aislamiento social y/o abuso de sustancias.

Evidentemente las patologías citadas siempre dependen de determinadas variables como la primera estructuración del sujeto, el tiempo de la acción violenta y la frecuencia de las agresiones.

¿Cuáles fueron las consecuencias de la salida del campo y del regreso?

Los vencidos, los sometidos, tuvieron que enfrentarse a la hostilidad, al desconcierto, a la frialdad o a la piedad, y, sobre todo, al rechazo.

Dentro el campo no se acabó el horror. Después de haber salido, los que lo pudieron hacer, incluso los que se enrolaron en la legión, forzados por las autoridades francesas, les empezaron a aparecer patologías diversas que algunos autores denominan síndrome del superviviente (síndrome como un conjunto de síntomas y/o señales que caracterizan el sufrimiento y las heridas).

Muchos presentaron:

1. Un importante complejo de culpa vinculado con el hecho de haber sobrevivido y vivido, cuando tantos otros enfermaron y/o murieron.
2. Una tendencia enorme al retraimiento, al enfado, a la crispación, y a la depresión.
3. Insomnio y alteraciones diversas del sueño durante muchos años.
4. Mucha apatía general, dolores de cabeza, cansancio, y situaciones de irritabilidad y de explosión.
5. Desamparo, inseguridad, falta de iniciativa y de interés.
6. Pesadillas, terrores e imágenes de muerte y enfermedad. Confusión mental.
7. Disminución de la capacidad de pensar y de sentir.
8. Dolores reumáticos y neurológicos.
9. Enfermedades psicosomáticas: úlceras, trastornos gastrointestinales, piedras en el riñón, colitis, trastornos respiratorios, cardiovasculares e hipertensión. Envejecimiento prematuro.
10. Angustia y agitación que incluye tensión interna y sentimientos de infravaloración.
11. Dificultades para estar solo y tendencia a estructurar situaciones paranoicas.
12. Cambios constantes de personalidad y de comportamiento.
13. Necesidad de dar sentido a la vida.

14. Incapacidad para hacer los duelos, a veces impedidos, a veces congelados, inhibidos y/o reprimidos, que ha favorecido una vida de sufrimiento continuado.

En cualquier caso el vínculo entre el sufrimiento y las patologías posteriores ha tardado a ser detectado e incluso aceptado en los servicios de Salud del Estado Español.

Especialmente trágico, fue el caso de los niños que padecieron: la separación de los padres, el frío, el abandono, el hambre, y los recuerdos lejanos.

Cuando salieron, muchos sufrieron malestares continuados, insomnio durante años, una enorme desconfianza y, sobre todo, importantes problemas en la construcción como sujeto y con su identidad. La estancia en el campo les había significado la posibilidad de probar la naturaleza del peligro y de la muerte.

Y ni que decir tiene como de trágico era ser mujer en los campos: maltratadas e internadas como sus compañeros recibieron también el castigo y el olvido posterior por el hecho de ser mujer. Quizás en el campo también tenían en cuenta aquello que decía el psiquiatra del régimen fascista A. Vallejo Nágera:

...toda mujer que haya defendido la república pasa a ser inmediatamente una clase de monstruo responsable de horribles "asesinatos, incendios y saqueos" y son las que "animan a los hombres para que cometan toda suerte de desmanes".

Quizás así podemos entender, el más profundo silencio interior de la mujer republicana represaliada dentro y fuera del país, a veces, incluso por sus propios compañeros (sic) y el pánico, la degradación de la condición humana sometida. En definitiva se trataba de actitudes machistas que tampoco habían quedado suficientemente elaboradas durante la República.

Deberíamos también, hablar de impunidad

Para hablar de impunidad, hará falta primero conocer algo sobre su definición, que no existe ni en el ámbito médico, ni en el de salud mental. Para el diccionario de la lengua, impunidad

significa falta de castigo, y amnistía es uno de los mecanismos más frecuentes utilizados para asentar la impunidad. Significa amnesia, que es un terminología médica aplicada a la pérdida de memoria y al olvido.

Con la impunidad todo queda o está en el desconocimiento. Esto hace que los crímenes penetren en la mente humana como una ausencia, horriblemente presente, como una confusión. No obstante, es una realidad inexorable vivida y negada a la vez.

El crimen de lesa humanidad no es de ninguna forma cualquier crimen, se distingue porque es expresamente ideado y planificado por los agentes de estado.

La impunidad produce importantes alteraciones en el campo de la salud mental, debido, posiblemente, al hecho que los dos pilares en los que se sustenta es la negación de la verdad -referida a hechos, y a la ocultación de los responsables- a la vez que en la ausencia total o parcial de justicia.

La justicia no existe con la impunidad.

Incluso podríamos afirmar que con el tiempo, han pasado 72 años, la impunidad induce mecanismos de malestar en el sujeto que producen trastornos mentales iguales o más graves que la tortura.

La impunidad sería, en sí misma, y por sí sola, una violación de los derechos humanos.

Y así, tal y como habían sido los maltratos, fue también la impunidad: decisión interesada del franquismo. Una forma de llegar al olvido. Olvido que en el caso de los crímenes y maltratos, contra la humanidad es imposible porque quedaron grabados en el recuerdo, en la memoria de los ciudadanos directamente afectados, pero también en la sociedad, en el imaginario colectivo que lo transmitió a las generaciones posteriores.

José, que vio desaparecer su mujer trasladada de Argelers al campo de mujeres, y no volvió a estar con ella, nunca jamás, dice:

“A veces me paro a pensar qué le pasó antes de morir. ¿Cuánto sufrió? El gobierno quiere esconder, pero será peor. No habrá paz hasta que no haya justicia, porque la dictadura sembró torturadores y asesinos.”

Hace pocos años, a través del libro de Montserrat Roig (Catalans als camps nazis) tuvo conocimiento de la muerte de su mujer en Ravensbrück.

Y no hubo suficiente.

Pérdida de los derechos económicos, sociales y culturales

Esta es otra forma de impunidad vivida por gran parte de los que retornaron del campo de Argelers (mayoritariamente obreros de diferentes adscripciones políticas) y, que en muchos casos, fueron encarcelados y reprimidos al volver y durante toda la dictadura.

La carencia de trabajo, la exoneración, la imposibilidad de acceder a una atención adecuada en salud, y salud mental, y a una vivienda digna... Muchos obreros que llenaron el campo de Argelers, cuando volvieron ya no tenían una fuente laboral estable. La mayoría se habían convertido en trabajadores temporales, o tenían un trabajo inestable sin garantías. Alguien recordará los numerosos obreros esperando trabajo, por horas, en la Plaza Urquinaona de Barcelona, y en muchas otras, sin contrato, sin ninguna garantía.

Ello generó un sentimiento todavía más grande de pérdida.

Estos han transmitido un sentimiento de impotencia, de frustración de no sentirse ciudadano de derecho, en definitiva, la sensación de no tener *el derecho a tener derechos*.

Muchos se sintieron obligados a negar su historia, y/o a ocultar los traumas vividos para que no se les identificase, y evitar perder un trabajo, si es que lo encontraban, que tanto les había costado.

Quizás algunos de estos trastornos no podrían considerarse como de una persona enferma, sino como problemas de una persona previamente sana, pero ahora enloquecida social y psíquicamente que presenta cambios significativos: retraimiento, desconfianza, soledad, marginación, privación de las necesidades básicas, es decir, anomia.

Quico, carpintero, afiliado a ERC y al sindicato CNT, volvió de Argelers porque quería volver con

su mujer, y respondiendo al llamamiento de que “todo español que no tenga las manos manchadas de sangre no recibirá represalias”. Al llegar a Cataluña fue encarcelado inmediatamente en la Modelo, y así sucesivamente todas las veces que el dictador viajaba a Barcelona. Nunca jamás tuvo un trabajo digno. Nunca pudo ser padre porque había quedado estéril como consecuencia de las torturas recibidas. Después de muchos años, encontró un trabajo: repartía ensaimadas de un horno a bares con una bicicleta, sin ningún tipo de contrato.

Quico enloquecía cada vez que alguien pasaba por detrás de su silla en casa, o en la calle tomando un café... exhalaba un grito de sufrimiento y dolor y un salto que lo disparaba hasta el techo. Entonces se sostenía con las dos manos en la mesa donde estaba sentado y temblaba como una hoja durante media hora.

Quico murió siempre sufriendo, rechazado por la sociedad y despreciado por una parte importante de su familia, que lo consideraba un inútil y sobre todo un perdedor loco -explica su mujer-.

Su hermano, también volvió de Argelers para encontrar a su familia y fue asesinado por las milicias falangistas, en la puerta de casa el día siguiente de llegar. Hasta hace muy poco nadie de la familia había hecho nunca referencia a las penurias y malos tratos recibidos por los dos tanto en el Campo, como posteriormente durante la dictadura. Nadie explicó sus historias, y desde luego, Quico no fue nunca escuchado, por profesionales de la salud y/o salud mental.

Para los internados en el Campo de Argelers, y posteriormente exiliados o retornados, los vínculos sociales tradicionales habían quedado destruidos y toda organización verdaderamente colectiva se hizo secundaria respecto al estado.

Es decir, que la carencia de verdad integral y la ausencia de justicia tienen mucha importancia en la aparición de cuadros clínicos. Los orígenes de ciertos problemas psicopatológicos vinculados a la represión política, es preciso, también, buscarlos fuera de las personas que son víctimas. Aún cuando, tal y como decía antes, cada ciudadano los incluye en su psiquismo de forma diferente.

Estamos pues, ante una situación gravemente traumática. De un choque brutal vinculado a la amenaza a la vida y a la integridad del sujeto, donde el trauma tiene parte determinante en el contenido de los síntomas (pesadillas, repetición mental del hecho traumático, reacción de angustia automática con gran compromiso somático y neurovegetativo: palpitaciones, sudor, ahogos, cólicos, etc.).

Y todo ello nos lleva, a reconocer: **El trauma psíquico y su transmisión.**

Etimológicamente “trauma” proviene del verbo griego que significa “hacer daño”, “agotar”, “dejar exhausto”. Todos ellos denotan herida o injuria.

Y, “el trauma, no se elabora, es intramitable para el sujeto, pero se transmite y persiste por generaciones, va pasando de padres y madres a hijos, como la vivencia de un horror amenazante. Pasa como una pesadilla y entra en la persona de la generación siguiente como algo que hace daño y perdura” (Miñarro, Morandi, 2007: p.74).

Y todavía más, cuando se trata de situaciones de catástrofe social, como a la que nos estamos refiriendo, donde su intensidad y efectos impiden dar respuesta adecuada al sujeto, es decir, cuando el traumatismo sobrepasa la capacidad de elaborar psíquicamente las circunstancias de la vida.

Muchos son los ejemplos de como los estímulos traumáticos, reaparecen en forma de repetición: *Primo Levi (1987)*, describe como ya liberado y devuelto a su casa en Torino, durante meses continuó andando y mirando al suelo, que era aquello que hacía en el campo de concentración en busca de comida o de un objeto que pudiera tener valor.

Algunos autores, por ejemplo Silvia Bleichmar, consideran que aquello traumático es al mismo tiempo constitutivo y constituyente del funcionamiento psíquico, y que a partir de la necesidad del psiquismo de elaborar los estímulos externos e internos que recibe, se produce la complejidad y la evolución. Todos los excesos de estímulos que no se han metabolizado, que no se han transcrito, persistirán como restos traumáticos.

Si el sujeto no puede defenderse de la acción táctica y el funcionamiento psíquico no consigue elaborar los hechos y apropiarse de los mismos, incorporándolos como aspectos metabolizados y homogéneos al conjunto del psiquismo, el impacto de aquello queda instalado como un cuerpo extraño.

Y esto se transmite... Pero no existe nunca una transmisión ni una recepción pasiva de un cuerpo extraño procedente de una generación anterior. La realidad psíquica de los padres modela la de los hijos, pero nunca de forma pasiva; implica un trabajo activo por parte de los dos.

Los momentos estructurantes del psiquismo, vinculados a los procesos de transmisión de una generación a la siguiente, estuvieron marcados violentamente por situaciones límites respecto a las posibilidades de preservación del psiquismo y de sus vínculos.

Y, cuando un estímulo traumático no puede ser elaborado, la situación queda encapsulada, cerrada y enquistada en el psiquismo como una piedra.

Abraham y Torok (2005), Tisseron (1997) o Nachin (1997), definen este proceso como un fenómeno intrapsíquico que tendrá efectos en generaciones posteriores.

“Hemos podido constatar que en la primera generación, aquello traumático no se puede decir, se conoce y se reconoce pero no puede ser hablado. Se produce una cripta y un espacio en el que queda clausurando aquello no dicho” (Tisseron, 1997, p. 11).

En la segunda generación se perciben los indicios de lo que no se ha dicho. El sujeto será portador de un fantasma que le habita heredando lo encriptado y este fantasma operará desde el inconsciente. El hecho no puede ser objeto de ninguna representación verbal. Sus contenidos son ignorados y su existencia sólo presentida. **Los hechos pasan a estar en el orden de aquello innombrable.**

En la tercera generación **los hechos han pasado a ser impensables**: se ignora la existencia misma de un secreto que pesa sobre un traumatismo no resuelto en la primera generación y que produce síntomas, aparentemente inexplicables. El sujeto

puede tener sensaciones, imágenes, o emociones que le parecen demasiado complicadas, inexplicables.

Para *Abraham*, las influencias entre generaciones no se producen en relación a los contenidos psíquicos que estarían presentes “como un agujero”, sino alrededor de símbolos fragmentados y desmenuzados.

Es decir, que aquello no metabolizado tiene efectos directos en la vida de quien sufre, restringe las capacidades del sujeto, promueve actuaciones, favorece la irrupción de patologías mayores o produce síntomas más específicos, y por lo tanto, afecta de forma diversa a las generaciones siguientes.

Dice Carmen:

“Mi madre se pasaba todo el día llorando, hiciera lo que hiciera, barriendo, limpiando o haciendo la cama. Para evitar el dolor, yo no preguntaba nada. Un día me dijo que no podía hablar con nadie, me dio instrucciones y formas de cuidarme. Hoy sufre de una psicosis paranoica.”

La hipótesis inicial, queda confirmada:

“Los traumas vividos -sobre todo en situaciones denominadas de “catástrofe social”- no se agotan en la generación que los sufrió directamente, sino que son transmitidos a sus descendientes y afectan a segundas, terceras y cuartas generaciones” (Puget, 1991: p. 9).

Y, también como consecuencia... el silencio.

Después de tantos malos tratos se impuso el silencio como única posibilidad de sobrevivir.

Y, el silencio, es la voz de los sin voz. El silencio, se constituyó en la metáfora de todos los horrores sufridos por una sociedad secuestrada por el terror, rota por el dolor y por la pérdida de todo lo que tenía valor: porque lo que se proponen las prácticas genocidas, es destruir lo que tiene valor en sí mismo, *lo humano*.

Y, no hay palabra para lo invisible, para los maltratados, para los torturados, para los exiliados, para los desaparecidos. Aquello innombrable es la huella del exilio forzado de la palabra, en que se silencia lo esencial.

El silencio abraza dos aspectos bien diferenciados: por un lado el silencio social que impuso el Estado Español, que inducía a una identificación alienada con su mandato, y por el otro la necesidad personal de mantener el silencio posterior a una situación traumática.

Esta inducción, tuvo mucha importancia, no sólo por su potencia y por la extensión de su vigencia en el tiempo, sino también por la gravedad de sus efectos, que llevó a un intento de denegación social.

Pero, además, el silencio, debe analizarse teniendo presente las políticas de memoria: es decir, el silencio impuesto por el poder.

Dice Nachin:

“Los testimonios sobre la guerra nos enseñan hasta qué punto son importantes para hacer el duelo la actitud del entorno y el conjunto de las circunstancias familiares y sociales. Sería deseable que el conjunto de las cosas pudiera, a largo plazo, ser puesto en palabras, de forma que pueda ser inscrito en la memoria de la humanidad, y, sobre todo, en la de las personas directamente implicadas, su familia y sus descendientes. Aún cuando hay horrores y terrores que no tienen palabras adecuadas, y que, además, difícilmente encuentran oídos que puedan escuchar y comprender, al superviviente del drama le hará falta un largo periodo, muchos años, para realizar un cierto trabajo psíquico silencioso” (1997).

¿Qué han podido hacer los ciudadanos con el maltrato recibido?

La atención en salud mental durante la dictadura se centraba en una psiquiatría entregada al régimen fascista, por lo tanto imposible.

El *Jefe de los Servicios Psiquiátricos del ejército de Franco* (A Vallejo Nágera) fundó y dirigió un gabinete de investigaciones psicológicas para estudiar la personalidad de los prisioneros en los campos de concentración. Sus estudios dicen que los prisioneros se caracterizaban por un temperamento degenerativo, de inteligencia mediocre y personalidades sociales innatamente revolucionarias. Este diagnóstico lo consideraba típico de seguidores de las ideologías

antifascistas y de izquierdas. Estos trazos eran considerados más importantes en el caso de las mujeres por su característica de inferioridad psicológica.

Por tanto, la posibilidad de atender a ciudadanos republicanos estuvo totalmente descartada.

Desgraciadamente con la guerra perdimos importantes teóricos de la salud mental que fueron forzados a exiliarse: Emili Mira, Francesc Tosquelles o Ángel Garma (padre e iniciador del Psicoanálisis en Argentina). Mira, había introducido, mucho antes, una nueva visión en la Medicina definiendo al enfermo como *“todo aquel que sufre o hace sufrir” por lo tanto “la medicina integral requiere, la adecuada y constante combinación de todas las formas y recursos terapéuticos ante el sujeto”.*

El franquismo, trató de borrar a sangre y fuego la memoria colectiva de los vencidos. Y todo aquello marcó de forma indeleble su memoria y la de sus descendientes, que no sólo sufrieron la crueldad de los tres años de guerra, sino que fueron objeto de una despiadada persecución cuando acabó la guerra. La represión durante la posguerra y la carencia de profesionales de salud mental que pudieran atender a los ciudadanos, no sólo impidió cualquier posible curación de heridas psicológicas causadas por la guerra, sino que añadió sufrimiento a las familias.

La importancia del testimonio

Recordar y decir la verdad sobre situaciones traumáticas, son tareas esenciales para recuperar la salud mental, no sólo de las víctimas, sino también de las familias e incluso la de los perpetradores de los abusos humanos, con el fin de restaurar el orden social.

La lucha de los testimonios que escuchamos, demuestra también, como la transición española no pudo borrar del imaginario social el sentimiento de culpa por lo que pasó. Al contrario, la transición en lugar de convertirse en un lugar de encuentro y reflexión, se ha quedado, cómo podemos ver, en un *simulacro* impuesto por las clases dominantes con el visto bueno de una parte importante de la clase política.

Recuerdos tan traumáticos no se borran pese a que pasen los años. Es entonces cuando el

testimonio con el acompañamiento de los profesionales de la salud mental es indispensable. Como nos dice Freud, “el recuerdo que no re/vive no tiene ningún valor”.

El proceso psíquico original es preciso que sea reproducido con la más grande nitidez, de tal forma que las experiencias traumáticas puedan ser convertidas en conocimiento“. Re/producir aquello vivido para liberarse de la marca del trauma, es precisamente aquello que hacen los testimonios. Pese a la duda que plantean algunas teorías sobre la capacidad del lenguaje para trasladar el horror vivido, los testimonios hablan porque quieren dar constancia de lo que pasó, no para mirar hacia atrás, sino, también, para que quede inscrito en la memoria y en la historia colectiva.

Como decía otro testimonio *“al acabar la guerra una clausura despiadada y mortal cayó sobre todos nosotros”*.

En este ambiente de terror en el que los vencidos y sus familias habían sido segregados del resto de la sociedad, la narración testimonial es indispensable que se convierta en una alternativa para romper la barrera del silencio.

Sin ninguna duda el testimonio ayuda a la reintegración de las experiencias traumáticas, y promueve el bienestar general.

Y, no sólo hace función terapéutica sino también pedagógica para el conjunto de la sociedad. Porque la memoria es también una construcción mental que utilizamos los sujetos para dar sentido a la experiencia traumática. El poder terapéutico de la palabra señala los estrechos vínculos existentes entre lenguaje y curación.

El testimonio es, pues, un instrumento efectivo que reduce los síntomas y por lo tanto, produce mejoría. Porque convierte las sensaciones e imágenes en palabras, y las memorias traumáticas de los que sobrevivieron pierden su toxicidad.

Los testigos han dado constancia del infierno que significa la estancia en un campo de concentración, del exilio, de la desaparición de un familiar y el posterior maltrato y represión, y ellos son los que nos han ayudado a comprender el comportamiento humano en situaciones extremas.

Tal y como decía Bruno Bettelheim y hemos podido observar, existen tres tipos de respuesta ante las situaciones traumáticas:

1. aquellos a quien sus experiencias les destruyeron,
 2. aquellos que negaron el impacto profundo de las experiencias,
 3. aquellos, que se embarcaron en una lucha de por vida para intentar ser conscientes del horror de lo que había pasado y tratar así de poder confrontar las dimensiones más terribles de la existencia humana.
1. Los primeros no tuvieron más camino que el callejón sin salida (autolisis, y enfermedades graves). A continuación quiero compartir una viñeta testimonial, debidamente cambiados nombres y detalles.

Rita. El grito del cuerpo y del alma

Rita era una niña muy pequeña en el año 1939. Pasó la frontera de la mano de su madre con otros tres hermanos. Se exiliaron y fueron internados en el Campo de concentración de Argelers.

La madre de Rita enmudeció y se suicidó, a los pocos días de estar en el Campo.

El padre de Rita pasó “a la fuerza” a un centro de trabajo al servicio del estado francés.

La niña pasó, inmediatamente, a manos de ciudadanos franceses que quisieron adoptarla, y que se ocuparon y cuidaron durante unos meses. Pero más tarde fue entregada, separada de sus hermanos, a un centro social. Sin saber nada del padre, maltratada como hija de rojos, triste, enfermiza y aislada de su familia y de su entorno. A partir de este momento también enmudeció durante meses.

Rita ha hecho tres intentos de autolisis y sufre todavía de llantos intermitentes, palpitaciones, angustia, bulimia o anorexia, insomnio, pesadillas, irritabilidad.

Rita, pues, no toleró la interrupción -la inevitable interrupción- de los vínculos primarios. En ella se reactivó a lo largo de la vida el desamparo y toda la angustia que va asociada.

Para Rita el campo de concentración y el exilio no sólo representó, el maltrato, la enfermedad,

la completa soledad y la duda, sino un corte biográfico brutal. Le significó la pérdida de la propia identidad, le negó la posibilidad de escoger, de fijar objetivos de futuro, de definir un proyecto de vida y de actuar en consecuencia. Todo fue profundamente desestructurador, y representó una forma de represión directa sobre su persona.

El discurso de Rita da cuenta de las severísimas dificultades y efectos que puede representar una catástrofe como la que circuló por el estado español desde el 36 hasta el 39.

2. Los segundos utilizaron como medida de defensa la negación y la denegación y renegación y en algunos casos se afiliaron a partidos de derechas.
3. El tercero, el último comportamiento, es el que resulta más efectivo. Pese a lo horrible de las experiencias, estos ciudadanos han sido capaces de vivir con los efectos de su experiencia sin que acabaran destruidos por sus recuerdos.

Los testimonios, de primera, segunda y tercera y cuarta generación, recuperan así para la memoria, personas y hechos del pasado de los que no tendríamos conocimiento.

Por lo tanto, acompañar a ciudadanos maltratados, a familiares de ciudadanos desaparecidos en los campos, fusilados, tras tantos años de silencio y oscurantismo es una obligación de los profesionales de la salud mental. Porque en situaciones de violencia política continuada, nos encontramos con una situación de terror y, sobre todo, de acumulación de dolor, como decía antes, que llega a límites insospechados.

Las víctimas y su sufrimiento sepultado durante años son el principal exponente que es preciso atender desde nuestro oficio. No hay razones que puedan justificar esta desatención. Es una razón de derechos humanos, de recuperar el derecho a tener derechos, el que da un perfil prioritario a nuestra tarea.

“Porque, también el luto demorado, retrasado, congelado, en el cual se puede negar la pérdida, supone la aparición de muchos trastornos de carácter físico y psíquico, que a veces no son fácilmente identificables con la pérdida misma”. (Miñarro, Morandi, 2007: p. 74)

Para poder hacer el duelo, los humanos disponemos de recursos personales y sociales que ayudan a sostenerlo de forma individual y colectiva. Pero cuando los recursos se bloquean se hace imposible, porque se vuelve a experimentar el terror, el miedo y la represión.

Quiere decir pues, que para algunos ciudadanos resulta fundamental, por un lado, ser acompañados para limpiar las heridas, y por el otro, dar oportunidad al llanto, ofrecer información y acompañar las víctimas como reconocimiento de su papel histórico y simbólico.

La amnesia colectiva, aquella que buscaba anestesiar la sociedad durante la transición, fue en sí misma, una constatación de que las heridas del pasado no han (ps) cicatrizado y de que el trauma perdura, no sólo en los ciudadanos sino en el imaginario social, por lo tanto, en toda la comunidad.

Desde hace un tiempo empezamos el camino indispensable de recuperación de la memoria en un país que parecía condenado a la amnesia. Cruzaremos los dedos y continuaremos trabajando. Porque, ¿qué sería de nosotros sin preguntarnos cómo fue posible tanta maldad, tanta crueldad, tanto maltrato y tanta muerte? ¿Qué sería de nosotros sin memoria y sin dignidad?

Para terminar pediría, no sólo una reflexión sobre la violencia y la teoría del trauma y de cómo se transmite, sino hacer el salto de espectador pasivo o indiferente al de testimonio comprometido en la denuncia del horror y de sus consecuencias.

Contacto

Anna Miñarro, Psicóloga Clínica-Psicoanalista • annaminy@copc.cat

Bibliografía

- Abraham, N., Torok, M. (2005). *La corteza y el núcleo*. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones.
- Freud, S. (1981). *Introducción al simposio sobre las neurosis de guerra. Obras Completas (4ª ed.)*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1981). *Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas (4ª ed.)*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1981). *Duelo y melancolía. Obras Completas (4ª ed.)*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1981). *Recuerdo, repetición y elaboración. Obras Completas (4ª ed.)*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fundació Congrés Català de Salut Mental. (2004). *Quaderns de Salut Mental, núm.3*. Barcelona.
- Fundació Congrés Català de Salut Mental. (2005). *Quaderns de Salut Mental, núm.4*. Barcelona.
- Levi, P. (2005). *Els enfonsats i els salvats*. Barcelona: El Balancí.
- Miñarro, A., Morandi, T. (2007). *Trauma psíquic i transmissió Intergeneracional*. Barcelona: Fundació Congrés Català Salut Mental.
- Nachin, C. (1997). *El psiquismo ante la prueba de las generaciones. Clínica del fantasma: Del Símbolo Psicoanalítico en la neurosis, la cripta y el fantasma*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, pp. 63-93.
- Nash, M. (1999). *Rojas. Las mujeres republicanas en la Guerra Civil*. Madrid: Editorial Taurus.
- Puget, J. (1991). *Violencia de Estado y psicoanálisis*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Tisseron, S. (1997). *El psiquismo ante la prueba de las generaciones. Clínica del fantasma: El psicoanálisis ante la prueba de las generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, pp. 11-33.
- Viñar, M., Viñar, M. (1993) *Fracturas de Memoria*. Montevideo: Ediciones Trilce.

- Recibido: 11-5-12.
- Aceptado: 11-6-12.

Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden

Conductual Psychotherapy in child: the first one therapeutic strategic

Iván Castillo Ledo(*), Hilda I. Ledo González (**), Antonio A. Ramos Barroso (***)

(*) Especialista en Medicina General Integral. Máster en Medicina Bioenergética.
Profesor Asistente. Sala de Rehabilitación Integral. Yaguaramas. Cienfuegos. Cuba.

(**) Doctora en Pedagogía, Profesora Asistente. Centro Universitario Municipal.

(***) Estudiante de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos.

Resumen: *Los enfoques conductuales se caracterizan por una evaluación detallada de las respuestas problemáticas y de las situaciones ambientales que pueden suscitar y mantener el desarrollo de estrategias que produzcan cambios en el entorno y, por tanto, en la conducta del paciente, y la evaluación continuada de la eficacia de la intervención.*

Los métodos conductuales pueden utilizarse para tratar síntomas somáticos. Estas intervenciones deben llevarse a cabo en colaboración con el médico general o con cualquier otro especialista médico que se requiera. Los niños y adolescentes son tan sensibles como los adultos a la idea de que sus síntomas no son «reales», por lo que hay que explicar con sumo cuidado la interacción de los procesos psicológicos con los síntomas físicos y desarrollar una alianza de trabajo.

Palabras claves: métodos conductuales, síntomas somáticos, niños y adolescentes.

Abstract: The conductual psychotherapy is characterized through detailed evaluation and observation the trouble and some live situation then it's possible to develop strategic and produce some change in the patient and the same time we can to evaluate the intervention.

The conductual method can use in the somatic symptom. This intervention should do for the general doctor and other specialist. The child and teenagers are sensible as an adult, in this case is very important to do a work alliance.

Key words: conductual methods, somatic symptom, child and teenagers.

A partir de la segunda guerra mundial comienza a reconocerse socialmente el trabajo psicoterapéutico de los psicólogos, y en la conferencia de Boulder (1949, Colorado, EEUU) se define el rol del psicólogo clínico que debe de recibir formación en tres áreas: diagnóstico,

investigación y terapia. Poco después la Asociación de Psiquiatría Americana defiende que la psicoterapia solo debe de ser practicada por médicos psiquiatras. En este contexto se genera el inicio de las polémicas entre ambas profesiones.

Los psicólogos comienzan a generar modelos terapéuticos ajenos al psicoanálisis (dominante entre los psiquiatras americanos) y los presentan como alternativas más científicas a este. Carl Roger sobre 1943 crea la terapia centrada en el cliente como una alternativa nueva de psicoterapia, e inicia un proceso de investigación sobre la relación terapéutica (grabación de las sesiones, análisis del proceso y contenido, etc.). Desde el ámbito académico se acentúa el conductismo y la terapia de conducta. Desde este último punto de vista se propone que los trastornos mentales sin base orgánica son trastornos aprendidos, derivados de las leyes del condicionamiento y por lo tanto susceptibles de ser modificados en base a procedimientos de re aprendizaje.

Los enfoques conductuales se caracterizan por una evaluación detallada de las respuestas problemáticas y de las situaciones ambientales que pueden suscitarlas y mantener las, el desarrollo de estrategias que produzcan cambios en el entorno y, por tanto, en la conducta del paciente, y la evaluación continuada de la eficacia de la intervención.

Desde un planteamiento operante se identifican las contingencias ambientales positivas y negativas que aumentan y disminuyen la frecuencia de las conductas y, a continuación, se modifican con el fin de disminuir las conductas problema y de aumentar las conductas adaptativas.

Diversas conceptualizaciones se han realizado de la terapia conductual, por ejemplo, Eysenck (1979), definió la terapia conductual como: El intento para alterar la conducta y las emociones humanas de un modo beneficioso y de acuerdo con las leyes de la moderna teoría del aprendizaje.

Yates (1979), ofrece su definición al respecto: El intento por utilizar sistemáticamente el cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos surgidos de aplicar el método experimental a la psicología y disciplinas afines (fisiología y neurofisiología), para con ello explicar la génesis y el mantenimiento de patrones de conductas anormales. Además aplicar esos conocimientos al tratamiento o la prevención de esas anormalidades mediante estudios experimentales controlados de caso único, tanto de modo descriptivo como de remedio.

Kazdin (1983) considera que: Esta área, conocida como modificación de conducta o terapia de conducta, consiste en la utilización de los datos experimentales obtenidos a partir de la investigación psicológica con el propósito de modificar la conducta. El termino modificación de conducta tal y como se emplea en su sentido técnico, se refiere a un enfoque metodológico orientado al desarrollo, aplicación y evaluación de técnicas de cambio de conductas derivadas de la investigación psicológica

Los conductistas Eysenck, Skinner y Wolpe van a desarrollar esta nueva concepción de la psicoterapia. Eysenck (1952) cuestiona la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica que refiere equiparable al no tratamiento, incluso inferior. Skinner desarrolla su paradigma de condicionamiento operante y en su obra "Ciencia y conducta humana" (1953) llega a reexplicar la psicoterapia como efecto del condicionamiento operante substituyendo los mecanismos intrapsíquicos por principios de aprendizaje. Wolpe a partir de su obra "Psicoterapia por inhibición recíproca" (1958) demuestra como la terapia conductista es aplicable y efectiva en el tratamiento de las neurosis, sin necesidad de recurrir a los procedimientos largos y costosos de la terapia psicoanalítica. Todo ello sirve a los psicólogos para alimentar sus deseos de autonomía en esta época de reivindicaciones teóricas y laborales.

El enfoque conductista se hace dominante hasta los años sesenta en los ámbitos académicos de América y Europa, y en gran parte de los clínicos (mas entre los psicólogos). En esta época sin embargo, comienza a ser cuestionado por parte de los propios psicólogos que le atribuyen, reconociendo su efectividad potencial en muchos casos, una imagen del hombre demasiado mecanizada y olvidada de los aspectos mas subjetivos.

Como elementos esenciales del enfoque conductual se citan:

- La consideración de que las leyes que rigen el aprendizaje son aplicables tanto para la comprensión y explicación de las conductas normales como las anormales (o desviadas); es decir, las conductas desadaptativas se adquieren mediante las mismas leyes del aprendizaje que rigen para la conducta normal.



- Las técnicas terapéuticas se deben basar en los hallazgos empíricos y los fundamentos teóricos de la psicología experimental.
- La terapia se dirige hacia la modificación de las conductas desadaptativas que son específicas y manifiestas. También se tratan las cogniciones y las emociones que acompañan a la conducta manifiesta, pero en una forma más concreta y directa.
- El acento principal se pone en los problemas actuales del paciente.
- Se plantea como indispensable la evaluación de los resultados del tratamiento.
- No reduce la necesidad de que los terapeutas conductuales sean personas que se interesen por mantener una adecuada relación paciente-terapeuta.

Los terapeutas conductuales establecen una relación estrecha entre el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento; siendo los dos elementos primeros la base sobre la cual se lleva a cabo el tratamiento.

Estrategias Terapéuticas

En sus intervenciones los terapeutas conductuales se valen de toda una serie de principios de aprendizaje y de otras estrategias más estructuradas:

Principio del reforzamiento positivo: El reforzamiento aplicado contingentemente a un comportamiento determinado, aumenta la probabilidad de ocurrencia del mismo.

Principio del reforzamiento negativo: Se define como aquel estímulo que una vez que se elimina aumenta la probabilidad de ocurrencia de una conducta (que estaba siendo inhibida).

Moldeamiento: Consiste en la aplicación de manera selectiva y planificada del principio del reforzamiento positivo, esto es, se comienza estimulando aquellas conductas que guardan cierta relación con la conducta deseada, hasta que solamente se refuerza la presencia de la conducta en cuestión.

Modelamiento: Sigue el principio del aprendizaje vicario planteado por Bandura (imitación). El sujeto es confrontado con determinado modelo que exhibe el comportamiento que se desea que el adquiera. La participación del sujeto que

aprende se realiza como observador o como participante activo.

Economía de fichas: Se aplican los principios del reforzamiento positivo y del moldeamiento, el sujeto recibe reforzadores como fichas, puntos, estampillas, etc., que después pueden cambiar por otros estímulos.

Control de estímulos: Cuando siempre que se presenta determinado estímulo, al mismo sigue la presencia de determinado comportamiento, decimos entonces que ese comportamiento está bajo el control de ese estímulo.

Técnicas aversivas: Estímulos de carácter negativo que son aplicados ante determinados comportamientos. Se diferencia del castigo en que el sujeto puede evitar o escapar de la situación aversiva, si emite determinados comportamientos cosa que no sucede con el castigo.

Autocontrol: Estrategia mediante la cual el sujeto se aplica sus propios reforzamientos y castigos para controlar sus comportamientos. También pueden estar presentes algunas estrategias de tipo cognitivo.

Desensibilización sistemática: Procedimiento desarrollado por J. Wolpe para el tratamiento de las fobias, temores y ansiedades. Se basa en el contracondicionamiento o inhibición recíproca.

La determinación de las metas u objetivos terapéuticos ocupa un lugar de importancia central en la terapia conductual. El paciente en conjunto con el terapeuta, determina los objetivos terapéuticos específicos sobre los cuales se trabajarán en el transcurso del proceso psicoterapéutico.

La meta u objetivo general de la terapia conductual es el de crear nuevas condiciones para el aprendizaje. Una vez que se ha realizado el análisis funcional de los comportamientos problemáticos, se realiza la selección de las metas u objetivos terapéuticos y se detalla el plan o programa a partir del cual se van a tratar de alcanzar los mismos. El diseño del plan terapéutico es algo flexible que se puede ir ajustando en la medida que se obtiene información.

El establecimiento de metas u objetivos terapéuticos sirve a tres propósitos principales:

- Brindar una dirección al proceso terapéutico.

- Poseer una base para la selección y empleo de las estrategias terapéuticas, particulares que serán empleadas en la intervención.
- Brindar ciertos parámetros sobre los cuales comparar y evaluar los resultados.

En resumen, la estrategia terapéutica se desarrolla según los siguientes pasos:

1. Análisis funcional.
2. Determinación de objetivos y metas terapéuticas.
3. Ejecución del plan de tratamiento.
4. Evaluación de los resultados.
5. Culminación de la terapia y plan de seguimiento.

El terapeuta conductual debe asumir un rol activo y directivo en el tratamiento, funciona típicamente como un maestro, experto en el diagnóstico y tratamiento de conductas desajustadas.

Indicaciones y eficacia

La terapia de conducta es, con diferencia, el tratamiento psiquiátrico para niños que se ha evaluado con mayor detalle. Para que los programas sean lo más eficaces posible se requiere la cooperación de la familia y la escuela, centrarse en conductas específicas y asegurarse de que las contingencias sigan a las conductas de forma rápida y coherente.

La terapia de conducta es el tratamiento más eficaz para las fobias simples, la enuresis y la encopresis, así como para las conductas de desobediencia que se observan en el trastorno negativista desafiante y en el trastorno disocial. En los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la modificación de conducta puede mejorar tanto el rendimiento académico como el comportamiento, si se tratan específicamente. Se requieren componentes de castigo (tiempo muerto y coste de respuesta) y de recompensa. La modificación de conducta es más eficaz que el tratamiento farmacológico para mejorar las interacciones de los pacientes con sus compañeros, pero primero tienen que enseñarse esas habilidades. Muchos menores requieren programas sólidos, intensivos y prolongados (desde meses a años). Una amplia gama de problemas infantiles, como tics motores o vocales, tricotilomanía y ciertas

alteraciones del sueño, pueden tratarse con modificación de conducta, tanto sola como en combinación con farmacoterapia.

El punto más débil de la terapia conductual es la imposibilidad de mantener la mayor parte de las mejoras durante un tiempo prolongado y la falta de generalización de los cambios a situaciones diferentes de las practicadas. La generalización y el mantenimiento pueden optimizarse llevando a cabo prácticas en los ámbitos en que se desea cambiar la conducta, en múltiples momentos y lugares, facilitando el paso a reforzadores del entorno natural y retirando gradualmente el reforzamiento con un programa intermitente (Stokes y Baer, 1977).

Tratamiento conductual de síntomas específicos

Cuando se ha evaluado la presencia de trastornos psiquiátricos y la posibilidad de abusos sexuales, y se ha completado el historial médico, la exploración física y cualquier otra prueba de laboratorio necesaria para descartar un trastorno médico, el tratamiento de elección para la enuresis o la encopresis es el conductual.

Enuresis: En niños pequeños, en especial los que se orinan sólo por la noche, en la mayoría de los casos la enuresis es consecuencia de un retraso en el proceso madurativo. Mientras se espera que el niño consiga esa maduración, la estrategia más útil consiste en reducir al máximo los síntomas secundarios, evitando que los padres castiguen o ridiculicen al niño. Se puede enseñar a los niños de más edad a que cambien ellos mismos las sábanas para reducir las reacciones negativas de los padres. En algunos niños más motivados puede resultar de utilidad un control simple y un procedimiento de recompensas que incluya una cartulina con estrellas que podrán canjearse por recompensas.

Otros dos programas eficaces en el tratamiento de la enuresis nocturna son el dispositivo de alarma y la educación «en cama seca». La alarma es un tratamiento por condicionamiento que consigue que más de dos terceras partes de los niños dejen de orinarse en la cama (Schmitt, 1982). La tasa de éxito puede incrementarse y disminuir las recaídas si se añaden contingencias a las noches «secas» y «mojadas», retirándolas gradualmente una vez se



ha conseguido el control de los esfínteres (Kaplan y cols., 1989).

La educación en «cama seca» (Azrin y cols., 1974) es un programa conductual igualmente eficaz, aunque más engorroso, que incluye la práctica positiva, la respuesta contingente y el dispositivo de alarma en combinación.

Existe un manual para los padres acerca de esta modalidad de tratamiento (Azrin y Foxx, 1974): *Lecturas para padres «Enuresis»*.

Los niños con enuresis secundaria (que al principio no mojaban la cama) y los que presentan otros problemas psiquiátricos son más difíciles de tratar. Pueden ser necesarias otras intervenciones antes de que estén motivados para participar o para que respondan a las técnicas conductuales.

Encopresis: El tratamiento de la encopresis es más complejo, porque suele ser resultado de un estreñimiento crónico con retención de heces, que provoca problemas fisiológicos que requieren tratamiento médico. Además, los niños con encopresis presentan más trastornos psiquiátricos asociados que los niños con enuresis.

El tratamiento conductual de la encopresis debe integrarse en un plan que incluya un tratamiento educativo y psicológico (Levine, 1982). Dado que la encopresis suele provocar retenciones graves y «escapes», en ocasiones es necesaria la limpieza inicial del intestino. Este régimen va seguido de un programa de reentrenamiento del intestino utilizando aceite mineral por vía oral, una dieta rica en fibras, ingestión de líquidos y un supositorio laxante suave.

El programa conductual se centra en el desarrollo de una rutina para ir al lavabo de forma regular con un horario pautado. Se recompensan las conductas que se aproximan progresivamente a la defecación adecuada en el lavabo.

Suelen incluirse comprobaciones rutinarias de la ropa interior seguidas de una respuesta positiva o negativa contingente. Está contraindicada la administración de enemas por parte de los padres, ya que no sólo no mejoran la función intestinal, sino que pueden perjudicar la relación paterno filial.

Trastornos de ansiedad: La desensibilización, *in vivo* o imaginado, es el tratamiento de elección para las fobias simples, a menudo apoyada por técnicas de modelado. Los principios y las técnicas son esencialmente los mismos que los aplicados a los adultos, con modificaciones según el nivel de desarrollo. La desensibilización *in vivo*, a menudo combinada con técnicas de administración de contingencias y orientaciones a los padres, puede ser eficaz en el tratamiento de la evitación de la escuela («fobia escolar») debida a un trastorno de ansiedad por separación.

Los métodos conductuales que utilizan la exposición y la prevención de respuesta parecen eficaces en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes. March y cols. (1994) han elaborado un protocolo de tratamiento de tiempo limitado de exposición y prevención de respuesta que ha demostrado tener efecto terapéutico en un ensayo abierto con niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo. Se están llevando a cabo más estudios que valoran este método.

Terapia cognitiva conductual

El Dr. Albert Ellis, inició hacia 1956, una nueva corriente psicoterapéutica, conocida hoy como Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Seis años más tarde (1962), el Dr. Aaron Beck desarrolló la Terapia Cognitiva (TC), como una nueva propuesta en psicoterapias, la cual fue realmente muy eficaz en el tratamiento de depresiones y trastornos de ansiedad.

Tanto la propuesta de Ellis, como la de Beck, junto a diversos desarrollos, orientaciones y corrientes, como por ejemplo, los modelos integrativos, conductuales, sociales, etc., conforman lo que actualmente se conoce en psicoterapia como Corriente Cognitivo Conductual.

¿Que es la terapia cognitiva conductual?

Ante una determinada situación o estímulo, cada persona realiza una respuesta o reacción, la cual está mediada por el proceso de significación o evaluación, en base a los objetivos, deseos y metas de cada uno. Dichos procesos de significación o evaluación realizados, son en base a la estructura cognitiva de cada uno, lo cual, generalmente, se denominan esquemas, y son el

resultado tanto de predisposiciones genéticas, junto a las experiencias vividas por cada persona, las cuales, aunque sea sin saberlo, generan algún tipo de aprendizaje.

En la Psicoterapia Cognitiva Conductual, las hipótesis de trabajo se basan en que los patrones de pensamiento distorsionados o conceptualmente erróneos (denominados distorsiones cognitivas) ejercen un efecto adverso sobre las diferentes emociones, conductas y modos de funcionamiento conductuales.

La labor de la Psicoterapia Cognitiva, implicará entonces la modificación de dichas estructuras, junto a la de los significados o evaluaciones, para de este modo, lograr modificaciones también en las respuestas generadas. En la Terapia Cognitivo Conductual, las hipótesis de trabajo se basan en que los patrones de pensamiento distorsionados o conceptualmente erróneos y denominados distorsiones cognitivas ejercen un efecto adverso sobre las diferentes emociones, conductas y modos de funcionamiento conductuales y que por lo tanto, la reestructuración cognitiva por medio de intervenciones psicoeducativas, modificaciones emocionales, conceptuales y la puesta en práctica de nuevas modalidades conductuales colaboran en mejorar el estado de los pacientes.

Técnicas conductuales

Los métodos conductuales pueden utilizarse para tratar síntomas somáticos. Estas intervenciones deben llevarse a cabo en colaboración con el médico general o con cualquier otro especialista médico que se requiera. Los niños y adolescentes son tan sensibles como los adultos a la idea de que sus síntomas no son «reales», por lo que hay que explicar con sumo cuidado la interacción de los procesos psicológicos con los síntomas físicos y desarrollar una alianza de trabajo.

Se han utilizado diversas técnicas, en muchos casos muy parecidas a las de los adultos, pero adaptadas al nivel de desarrollo cognitivo o emocional de los niños o adolescentes. Es especialmente importante comprender los errores en las concepciones del niño sobre su estado de enfermedad y su tratamiento. Estas creencias varían según su etapa de desarrollo cognitivo y la experiencia personal.

Hipnoterapia: Los niños son más hipnotizables que los adultos (Williams, 1979). Aunque la hipnosis se utiliza en ocasiones para facilitar la introspección en la psicoterapia dinámica o con el fin de eliminar un síntoma o hábito conductual, el uso más común en niños y adolescentes se da en el tratamiento de síntomas físicos con componentes psicológicos o para ayudar al niño a afrontar el dolor o las náuseas asociados a un trastorno físico o a su tratamiento.

Técnica de relajación: Pueden aplicarse cuatro procedimientos de relajación a niños y adolescentes: relajación muscular progresiva, respiración con meditación, técnica autógena (repetición silenciosa de órdenes o afirmaciones) y técnicas basadas en la imaginación (Masek y cols., 1984). La elección estará determinada por las características del niño o el adolescente y las del trastorno objeto del tratamiento. Las técnicas basadas en la imaginación pueden ser particularmente adecuadas debido al interés que en la mayoría de los niños despierta la fantasía. El aprendizaje en relajación se ha utilizado en el tratamiento de la migraña infantil, la artritis reumatoide juvenil y la hemofilia. Estas técnicas, también denominadas de autorregulación cognitivo-conductual de la percepción del dolor, pueden ofrecer buenos resultados no sólo en la disminución subjetiva de la experiencia del dolor y en la demanda de analgésicos, sino también en la mejoría del estado de ánimo, la autoestima y el funcionamiento físico y social (Varni y cols., 1986). Se han utilizado técnicas similares para el tratamiento del asma y de la fibrosis quística en niños y adolescentes.

Tratamiento conductual del dolor: El tratamiento conductual del dolor utiliza técnicas de condicionamiento operante en el tratamiento del dolor crónico. Por ejemplo, los antecedentes y las consecuencias de las cefaleas se determinan mediante la observación y el registro diario del dolor (si el niño es suficientemente mayor), y a continuación se trata de modificar aquellas situaciones y acontecimientos que parecen precipitar o reforzar positivamente el dolor, trabajando con el paciente, los padres, los profesores, el pediatra y otras personas significativas. Se insiste en el funcionamiento normal, pese al dolor, en lugar de hacerlo en las técnicas de afrontamiento del estrés (Masek y cols., 1984). Al reducirse el dolor



y las conductas relacionadas con el dolor, los pacientes experimentan mayor sentido de control y dominio, y aumento de las actividades positivas adecuadas a la edad (Varni y cols., 1986).

Aplicación de la psicoterapia cognitiva conductual

Diversas investigaciones han demostrado resultados eficaces sobre diversos trastornos y problemáticas, entre ellos: adicciones, ansiedad, ansiedad social, ataques de pánico, depresión, crisis de pánico, conflictos de relación, colon irritable, estrés, disfunciones sexuales, dolor, hipertensión, ira, inhibiciones, Trastorno Bipolar, Trastornos de Ansiedad: fobias, ataque de pánico, TOC, fobia

social..., Trastornos de Angustia, Trastornos del Estado de Ánimo, Trastornos Psicósomáticos.

En conclusión los métodos conductuales pueden utilizarse como útil herramienta para tratar síntomas somáticos. Estas intervenciones deben llevarse a cabo en colaboración con el médico general o con cualquier otro especialista médico que se requiera, teniendo en cuenta que los niños y adolescentes son tan sensibles como los adultos, por lo que hay que explicar con sumo cuidado el tipo de intervención que se propone para así lograr una mejor interacción de los procesos psicológicos.

Contacto

M.Sc. Iván Castillo Ledo

Sala de Rehabilitación Integral • Independencia No. 57 A. Rodas. Cienfuegos. Cuba.

Tel. 53 43 549326 • ivan.castillo@polrodas.cfg.sld.cu

Bibliografía

VV. AA. *Psicoterapia General*. En: *Modelo Conductual*. Pág. 82-87.

Kaplan Harold I., Sadock Benjamín J. *Compendio de Psiquiatría*. En: *Psicoterapias*. Cap.26.2. *Terapéutica de la Conducta*. Pág. 624-627.

Psicoterapia conductual. [Monografía en Internet]. [Consultado 2012 Febrero 6]. Disponible en: http://www.psicologia-online.com/ESMU/beda/Libros/ProfSanitarios/profesionales7c.htm#modelos_conductistas

Psicoterapia cognitivo-conductual. [Monografía en Internet]. [Consultado 2012 Febrero 6]. Disponible en: <http://www.cognitivoconductual.org/content.php?a=32>

Psicoterapia conductual. [Monografía en Internet]. [Consultado 2012 Febrero 6]. Disponible en: <http://www.forumclinic.org/actualidad/la-terapia-cognitivo-conductual-bfque-es-fundamentos-teoricos-y-principios-de-aplicacion>.

Psicoterapia cognitivo-conductual. [Monografía en Internet]. [Consultado 2012 Febrero 6]. Disponible en: <http://www.hipnosisnet.com.ar/cognitiva-terapia-cognitiva-conductual.htm>

Generalized anxiety disorder. [Monografía en Internet]. [Consultado 2012 Febrero 6]. Disponible en: <http://www.1on1health.com/web/info/anxiety/spanish/generalized-anxiety-disorder-treatment/Content>

Generalized anxiety disorder. [Monografía en Internet]. [Consultado 2012 Febrero 6]. Disponible en: <http://www.1on1health.com/web/info/anxiety/spanish/generalized-anxiety-disorder-treatment/Content>

González de Rivera, J. L., Rodríguez- Abuin, M. *Psicoterapia autógena y Psicoterapia cognitivo-conductual*. *Psiquis* 1998; 19(7): 259-264.

Psicoterapia cognitivo-conductual. [Monografía en Internet]. [Consultado 2012 Febrero 6]. Disponible en: <http://psicologia.laguia2000.com/psicologia-cognitiva/terapia-cognitivo-conductual>.

- Recibido: 9-4-12.
- Aceptado: 25-5-12.

Potencial riesgo suicida entre estudiantes de primer ciclo de la carrera de Medicina: Un proyecto de intervención en la Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Potential suicide risk among preclinical medical students: Proposing an intervention at the Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

Sol Mayte Álvarez Torres.

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea

Resumen: Este trabajo revisa trabajos investigativos realizados en otras facultades de medicina sobre el estrés, la ansiedad y la depresión que sufren los estudiantes y plantea una propuesta de intervención en la facultad de medicina del Campus de Vizcaya de la Universidad del País Vasco (Euskal Herriko Unibertsitatea) para contrarrestar estos posibles factores de riesgo suicida.

Palabras clave: Suicidio, estudiantes de medicina, intervención, counseling, mentoring, medicina preventiva, País Vasco, UPV/EHU.

Abstract: This work analyzes research by other medical colleges about stress, anxiety and depression that students suffer, and proposes an alternative intervention at the College of Medicine of the Vizcaya Campus of the University of the Basque Country (Euskal Herriko Unibertsitatea) in order to fight against likely suicidal risk factors.

Keywords: Suicide, medical students, intervention, counseling, mentoring, preventive medicine, Basque Country, UPV/EHU.

“Son aquellos que no se comprenden a sí mismos los que más sed de conocimiento tienen.”

Wilhelm Steckel

Antecedentes

Numerosos estudios se han realizado a lo largo de los años sobre la incidencia del suicidio o de sus factores de riesgo sobre la población de alumnos de la carrera de medicina en diversos lugares. Las razones tras la preocupación que inicia estos estudios suele verse disparada por un hecho específico (el suicidio de un alumno) o por una incidencia real (como demuestran varios trabajos que citaremos a lo largo de este escrito) -pero existe quizás otra razón tras estas investigaciones. La curiosidad por la naturaleza del ser

humano y su funcionamiento es una característica persistente y necesaria por parte de cualquier estudiante de medicina: buscamos respuestas para las preguntas que nos constituyen. Somos piel y huesos y músculos y órganos, y buscamos su conocimiento ávidamente a lo largo de la carrera. Aprendemos cómo funcionamos a la par que aprendemos cómo funcionan los demás, y las preguntas que hacemos sobre el ser humano, nos las hacemos sobre nosotros mismos.

No es de extrañar, pues, que en más de una ocasión nos volvamos sobre nosotros mismos para



estudiar algunos fenómenos que con frecuencia nos preocupan. Sorprendente sería si la población de estudiantes de medicina y médicos en general estuviese exenta de tales estudios.

Es en el siglo XX que se inicia un estudio sistemático de la salud mental del estudiante de medicina y del personal médico. En 1926 el psicoanalista Ernst Simmel en su artículo "*El juego del médico: Enfermedad y profesión médica*"¹ comienza a plantear una relación entre la motivación que empuja a elegir la carrera de medicina y su posterior predisposición psicológica hacia determinadas neurosis. De aquí en más, y en particular en la década de 1950, se discutió la particular naturaleza de la salud mental del estudiante de medicina. Más allá de estas predisposiciones de las que hablase Simmel, la comprensión de las circunstancias que rodean a la carrera y el nivel de estrés que estos estudiantes deben enfrentar a lo largo de la misma hicieron que numerosos estudiosos se fijaran en este tema.

En su trabajo de 1968 "*Mortalidad entre estudiantes de medicina*"², Simon señala la importante incidencia del suicidio como causa de muerte entre los estudiantes de medicina, al menos dos veces mayor que en el resto de la población en la misma franja etaria. Similares preocupaciones reflejaba el artículo "*Salud en estudiantes de medicina*"³ de 1969, que se proponía analizar el manejo de los principales problemas de salud entre 87 universidades de Estados Unidos estudiadas, haciendo particular hincapié en los problemas emocionales que resultaron ser los de mayor incidencia entre todas las patologías consideradas graves que se registraron con un porcentaje superior al 50% del total de casos.

En dicho estudio ya llamaba la atención el que existiese cuando menos una universidad que no contaba con un servicio de asistencia psicológica mínima -la necesidad de dichos servicios en las facultades de medicina había sido señalada en 1910 ya por el profesor de Princeton Stewart Paton⁴, siendo base desde entonces para la creación de los mismos en universidades de todo el mundo.

Los estudios sobre la salud mental en estudiantes de medicina se han continuado en el tiempo, intentando siempre encontrar maneras de paliar los principales problemas psicológicos que se

puedan desarrollar a lo largo de la carrera. Es la profesión médica una de las que mayor tasa de suicidio tiene, y presenta particular interés el estudio de los problemas asociados a su formación y ejercicio para la prevención del suicidio.

Factores de riesgo suicida en estudiantes de medicina

Los estudiantes de medicina no lidian sólo con estresores cotidianos y factores de riesgo suicida para la población en general, si no que además deben enfrentarse a estresores específicos de la carrera, que incluyen (como bien indican otros trabajos consultados^{5,6,7}) sobrecarga de información y conocimiento adquirido, deuda financiera (es una carrera particularmente cara y larga), falta de tiempo libre, presiones de trabajo, relaciones interpersonales en el ambiente académico y dudas sobre la elección de la carrera. Es particularmente interesante el trabajo de Murphy *et al*⁸ en el que se plantea que 2/3 del total de estresores que soportan los estudiantes de medicina derivan específicamente de la vida académica y de los factores sociales a ella asociados. Un estudio realizado en la Universidad de Toronto entre alumnos de primer año de medicina⁹ demostró que los estresores más significativos para la población estudiada se centraban en aspectos académicos, en especial en aquellos referentes a la percepción del propio fracaso.

Interesante es también constatar que tanto el estrés como otros problemas emocionales parecen evolucionar significativamente a lo largo de los distintos años de la carrera⁵⁻¹⁰. En 2008 se publicó un estudio realizado en facultades de medicina de los Estados Unidos vinculando la incidencia del síndrome de *burn-out* (síndrome de desgaste profesional) con la ideación suicida entre los alumnos¹⁰.

En los últimos tiempos lo que había sido el foco central de la profesión médica, el diagnóstico y tratamiento de la patología, ha ido cediendo lugar cada vez más a la prevención con el objetivo de mejorar pronósticos, disminuir la mortalidad, mejorar la calidad de vida de los pacientes al efectuar un diagnóstico más temprano y disminuir costos de tratamiento¹¹. Resulta interesante entonces plantearse un método de prevención de los síntomas tempranos del estrés y otros

problemas emocionales que luego puedan evolucionar a patologías más graves e incluso el suicidio. De ahí la importancia de esta propuesta de intervención.

Propuesta de intervención en el Campus de Bizkaia de la UPV/EHU

La Universidad del País Vasco (Euskal Herriko Unibertsitatea) carece hasta la fecha de elaboración de este escrito (mayo de 2010) de ningún servicio de asistencia psicológica para los alumnos fuera del Campus de Guipúzcoa, donde se encuentra el Servicio de Psicología Aplicada, más específicamente situado en San Sebastián (Donostia)¹². En el Campus de Vizcaya, donde se imparte actualmente el currículo correspondiente al primer ciclo de medicina, no contamos con ninguna iniciativa en favor de la salud mental del alumnado. Esto no se limita, por desgracia, a la carrera de medicina, si no a todas las que en dicho campus se encuentran: tal es la desprotección a nivel sanitario del alumnado, que habiéndose inaugurado en 1972 las facultades de Lejona (Leioa) hubo que esperar más de 10 años para la apertura de un puesto de primeros auxilios por parte de la Cruz Roja.

Pocas universidades hay en el mundo (incluso en países que solemos considerar por debajo de nosotros por encontrarse en vías de desarrollo, como son Nigeria, Uganda o Paraguay) que no cuenten con un despacho de atención psicológica al alumnado. La puesta en marcha de una infraestructura que asegurase la cobertura de las necesidades mínimas de salud preventiva en términos psicológicos en todos los campus de la Universidad del País Vasco es un proyecto que, aunque evidentemente necesario, es demasiado ambicioso para tratarlo desde este trabajo.

No nos centraremos acá en todos los modelos de asistencia que existen en otras universidades, ya que no pretendemos si no exponer algunos de los más sencillos que creemos que podrían instaurarse. Tal es el ejemplo del GRAPAL¹³, un servicio de asistencia psicológica para la facultad de medicina de la Universidad de São Paulo que se instauró con fondos mínimos, una sala desocupada y el generoso voluntariado de dos catedráticos del área de psicología. El proyecto era sencillo: dar a conocer el servicio mediante una entrevista inicial con los estudiantes de primer año (lo que permitía, a la

par de familiarizarlos con este recurso, el realizar un tentativo *screening* preventivo) y luego ofrecer el tiempo de escucha del que se disponía a los alumnos que los solicitasen.

Los resultados de lo que fue en su momento un emprendimiento modesto son, 21 años más tarde, reconfortantes: el índice de suicidio entre los estudiantes de medicina de la Universidad de São Paulo es hoy ocho veces menor de lo que lo fue antes de la creación de este servicio.

Nuestra propuesta de intervención partiría de la base de la que partió la iniciativa que citáramos: del tiempo que tuviesen a bien donar los miembros del equipo del área de psicología médica, psiquiatría y neurociencias de la Facultad de Medicina del Campus de Vizcaya.

Pero desde luego no podríamos centrarnos sólo en ello: es escaso el tiempo del que disponen los profesionales de la salud, y menor aún aquel que nos pudieran ofrecer. Lo que proponemos es crear un cuerpo de voluntariado (tanto por parte del alumnado, al que se le ofrecerían créditos de libre elección por sus horas de servicio, como por parte del personal local, si se diese el interés) con una formación mínima adecuada para el *counseling* informal (y, de tratarse de alumnos de años superiores, *mentoring*) que se pudiera requerir de este servicio.

La razón por la que elegimos estos métodos de evaluación y apoyo, y no una encuesta estandarizada que nos permita valorar el riesgo suicida de los estudiantes a nivel individual para posteriormente remitirlos a servicios de salud independientes de la universidad es que como bien se ha visto en más de un trabajo previo al nuestro¹⁴, las escalas estandarizadas no pueden predecir el suicidio en casos individuales de manera exacta, y no debe de elegirse un curso de acción en base a ellas únicamente.

El *counseling* estudiantil (*peer counseling*) es un método de apoyo social utilizado en gran número de instituciones educativas de los Estados Unidos y otras partes del mundo con gran éxito, como bien señalaban ya en 1984 Salovey y D'Andrea¹⁵. En este trabajo la mayor parte de las universidades estudiadas había dedicado a la formación de los estudiantes que trabajaban en sus centros de servicios psicosociales menos de 10



horas de formación; y los modelos a seguir en la formación fueron en su mayoría elaborados por cada centro. Los *counselors* o consejeros así formados no lo son sólo en sus momentos de voluntariado: son personas a las cuales otros alumnos pueden acercarse con dudas de índole académica, burocrática, relacional, emocional o de cualquier otro tipo.

El sistema de *mentoring* es similar al anterior, pero tiene la diferencia de que está basado en la asignación de una persona de un año superior a quien el interesado puede consultar dudas (una vez más, de cualquier índole) y le reporta su progreso (académico y personal) con regularidad. Este modelo ha demostrado también grandes beneficios no sólo a nivel académico (que en este trabajo en particular no nos interesan) si no al nivel de la salud mental del cuerpo estudiantil y de su bienestar en general^{16,17}.

La prevención del suicidio propiamente dicha

Estas medidas de creación de una red de apoyo a aquellos que la puedan necesitar son en sí

una intervención para la prevención de los niveles de estrés, ansiedad y depresión que pueden llevar al suicidio. Sin embargo, ya que este trabajo trata de la prevención del suicidio en particular, debemos señalar una lista de factores que se deberán tener en cuenta cuando se realicen el *counseling* o el *mentoring*.

Un porcentaje estimado del 50% de las víctimas de suicidio visitó al médico a lo largo del mes anterior a realizar el acto autolítico. Es de esperar que una persona que se encuentra considerando el suicidio intente buscar ayuda en su medio próximo: de ahí la importancia de estas redes.

Pero los voluntarios encargados del asesoramiento deben de conocer una serie de pautas a tener en cuenta ante un potencial suicida.

Las que recomendamos (y que sin duda se enriquecerán con el aporte de los que lleven a cabo este proyecto) son, ante todo, el conocimiento de los factores de riesgo suicida expuestos en la tabla 1.

Tabla 1. Principales factores de riesgo suicida adaptados a los universitarios

Variables demográficas	Condiciones psiquiátricas	
<ul style="list-style-type: none"> - Sexo masculino. - Soltería, separación. - Vivir solo/a. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico psiquiátrico o crisis reciente. - Trastorno emocional (en particular depresión y trastorno bipolar). - Esquizofrenia. - Abuso o adicción al alcohol u otras sustancias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desorden de la personalidad. - Ataques de pánico o ansiedad severa. - Insomnio o desórdenes del sueño. - Dificultad de concentración o confusión. - Anhedonia.
Variables psicosociales	Desórdenes médicos	
<ul style="list-style-type: none"> - Falta o pérdida de entorno social. - Problemas económicos. - Alteraciones psicológicas. - Rasgos agresivos o impulsivos. - Historia de victimización. - Posesión de armas de fuego. - Suicidio por imitación (efecto Werther). - Conflicto relacional severo. - Desesperanza. - Escritos de connotación autolítica. - Abuso de sustancias. - Historia familiar de suicidio. - Intentos previos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad de Huntington. - Esclerosis múltiple. - Epilepsia. - Neoplasia maligna. - Lupus eritematoso sistémico. - Úlcera péptica. - Accidentes o enfermedades incapacitantes. - Enfermedad renal. - SIDA. - Dolor. 	

Pese a conocer los factores de riesgo, el suicidio es difícil de predecir. En su trabajo de 2004, “*Lo que los médicos pueden hacer para prevenir el suicidio*”, Muzina¹⁸ plantea la importancia de inquirir sobre el suicidio, e incluso insistir en ello si se recibiesen respuestas negativas. “*Los pacientes con frecuencia se alivian al iniciar un diálogo directo y preocupado sobre el suicidio*”, asegura, a la par que recuerda que estas conversaciones no dan lugar a ideación suicida que no se habría dado de no haberlas tenido.

Para una guía de evaluación de suicidabilidad utilizaremos la aproximación por pasos progresivos de Jacobs *et al*¹⁹ (y que recoge también Muzina) ante un alumno del cual sospechemos cierto riesgo suicida. Esta se expone en la tabla 2.

Tabla 2. Preguntas que exploran la ideación suicida

- ¿Alguna vez te has sentido tan triste que pensaste que la vida no valía la pena ser vivida?
- ¿Has pensado en hacerte daño, o incluso en quitarte la vida?
- ¿Has pensado en un modo o has ideado un plan para hacerlo?
- ¿Tienes los medios para completar este plan? (¿Tienes acceso a armas, píldoras, etc.?)
- ¿Qué te ha detenido de seguir con este plan?
- ¿Has intentado suicidarte alguna vez?
- ¿Alguien en tu familia ha intentado suicidarse alguna vez, o se ha suicidado?

Al encontrarse con una sospecha de tendencias suicidas respaldada por una evaluación positiva mediante la exploración por pasos, se procedería a derivar al estudiante a una entrevista con uno de los profesionales voluntarios con los que contase el proyecto, o sencillamente se recomendaría una consulta con un servicio de

salud ya no dependiente de la universidad si no de la salud pública.

Trascendencia y posibilidades

El proyecto de intervención que proponemos no sólo consolidaría un servicio necesario al alumnado, si no que además constituiría el único apoyo psicosocial oficial (aunque informal) del primer ciclo de Medicina en el Campus de Vizcaya, además de ser la única iniciativa de prevención del suicidio que se desarrollaría en él de manera sistemática y continuada.

Más allá de los resultados a niveles académicos y de bienestar que cabría esperar tras las experiencias que este tipo de intervención ha dado lugar en otras partes, constituiría una importante base de datos para investigaciones epidemiológicas y, existiendo ya el Servicio de Psicología Aplicada del Campus de Guipúzcoa, la comunicación y colaboración entre ambos sería indudablemente enriquecedora y beneficiosa.

Podrían desarrollarse, si fuese suficiente el interés demostrado por los alumnos, actividades de apoyo como son los grupos de discusión que tan buena acogida y resultados han tenido en la Universidad de Bergen²⁰. Incluso podríamos plantear la ampliación del servicio, si este funcionase como esperamos, a más facultades, cubriendo así cada vez más parte de la población estudiantil total.

Finalmente cabe recalcar la experiencia enriquecedora que supondría para los voluntarios el apadrinar o aconsejar a otros estudiantes, pues sería el primer contacto que tendrían estos con la experiencia de la consulta, que es una parte indudablemente importante de lo que conocemos como el oficio de médico.

Contacto

Sol Mayte Álvarez Torres

Francisco Javier de Landaburu, 76 • 01010 Vitoria-Gasteiz

smat830@gmail.com



Referencias Bibliográficas

1. Simmel E. The 'doctor game', illness and the profession of medicine. *Int J Psychoanal* 1926; 7: 470-83.
2. Simon HJ. Mortality among medical students, 1947-1967. *J Med Educ* 1968 Nov; 43: 1175-1182.
3. Earley LW, Johnson DG. Medical student health. *J Med Educ* 1969 Jan; 1 (44): 36-45.
4. Loreto G. Saúde mental do universitário. *Neurobiologia* 1972 Jan-Dec; 35: 253-276.
5. Supe AN. A study of stress in medical students at Seth G.S. Medical College. *J Postgrad Med* 1998; 44: 1-6.
6. Firth J. Levels and sources of stress in medical students. *Br Med J*. 1986; 292: 1177-80.
7. Perales A., Sogí C., Morales R. Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina en dos universidades estatales peruanas. *An Fac. med.* 2003; 64 (4): 239-246.
8. Murphy J.M., Nadelson C.C., Notman M.T.. Factors influencing first-year medical students' perceptions of stress. *J Humana Stress*. 1984; 10 (4): 165-73.
9. Coburn D., Jovaisas A.V. Perceived sources of stress among first-year medical students. *J Med Educ*. 1975; 50 (6): 589-95.
10. Dyrbye L.N., Thomas M.R., Massie F.S. et al. Burnout and suicidal ideation among US medical students. *Ann Intern Med*. 2008; 149 (5): 334-341.
11. Lage A. Los desafíos del desarrollo. La actividad científica como eje de la formación del personal de salud. *Educ Med Salud*. 1995; 29 (3-4): 243-56.
12. Saúl L.A., López-González M.A. y Bermejo B.G. Revisión de los servicios de atención psicológica y psicopedagógica en las universidades españolas. *Acción Psicológica*. 2009; 6: 17-40.
13. Millan L.R., Corrêa Vaz de Arruda P. Assistência psicológica ao estudante de medicina: 21 anos de experiência. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2008; vol.54, n.1: 90-94.
14. Cochrane-Brink K.A., Lofchy J.S., Sakinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment. *General Hospital Psychiatry*. 2000; 22 (6): 445-451.
15. Salovey P. D'Andrea V.J. A survey of campus peer counseling activities. *J Am Coll Health*. 1984; 32 (6): 262-265.
16. Rose G.L., Rukstalis M.R. y Schuckit M.A. Informal mentoring between faculty and medical students. *Acad Med*. 2005; 80: 344-348.
17. Dunn L.B., Iglewicz A. y Moutier C. A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. *Acad Psychiatry*. 2008; 32: 44-53.
18. Muzina D.J. What physicians can do to prevent suicide. *Cleve Clin J Med*. 2004; 71 (3): 242-250.
19. Jacobs D.G., Brewer M. y Klein-Benheim M. Suicide assessment: an overview and recommended protocol. *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. San Francisco, CA. Jossey-Bass publishers. 1999; 3-39.
20. Stordal K., Roness A., Haaland G. et al. Samtalegrupper for medisinstudenter. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2003; 123: 2287-2288.

- Recibido: 15-1-12.
- Aceptado: 30-5-12.

Indicación de no-tratamiento para personas sin diagnóstico de trastorno mental

Indication no-treatment for people without meeting diagnostic criteria for mental disorder

“Menos es más” (Mies van der Rohe)

Beatriz García Moratalla. Médico psiquiatra. CSM Sestao, RSM Bizkaia.

Resumen: Los profesionales que nos dedicamos a la salud mental estamos siendo protagonistas en las últimas décadas de un incremento incesante de demandas en relación a avatares de la vida cotidiana cuya respuesta sanitaria es dudosa y cuyo manejo hasta hoy en día es controvertido entre los distintos profesionales. A partir de un estudio previo, proponemos la indicación de no-tratamiento para estos casos como una intervención de minimalismo terapéutico con el objetivo de no propugnar una psiquiatrización/psicologización de la vida cotidiana pero también como modo de que las personas que acuden por malestar no se vean rechazadas y expulsadas del sistema sanitario.

Palabras clave: Códigos Z. Indicación de no-tratamiento. Minimalismo terapéutico. Elementos psicoterapéuticos.

Abstract: In recent years, the mental health professionals are protagonist of increased demand of people with problems of everyday life without meeting diagnostic criteria for a mental disorder and whose dubious health response and whose management is controversial between professionals. From a previous study, we propose the indication no-treatment for these cases as a therapeutic intervention of therapeutic minimalism whose aim is not advocating a psychiatrization/psychologization of daily living but also as a way for people who come for discomfort are not rejected by the health system.

Key words: Codes Z. Indication no-treatment. Therapeutic minimalism. Psychotherapeutic elements.

Introducción

En las últimas décadas, los profesionales que trabajan en los servicios de salud públicos, tanto en A.P. como en S.M., estamos asistiendo a un incesante incremento de estas demandas que no se corresponden con los trastornos o enfermedades mentales clásicos y cuya respuesta sanitaria es dudosa. Sobre un estudio previo realizado (1-4), casi una cuarta parte de los usuarios que

acudieron por malestares psíquicos al centro de salud mental no presentaban una patología mental diagnosticable; son aquellas demandas que tienen que ver con un amplio conjunto de sentimientos desagradables relacionados con avatares de la vida cotidiana (problemas de pareja, divorcios, problemas laborales, problemas económicos, soledad...) pero que se corresponden con una respuesta emocional adaptativa, legítima y proporcionada, autolimitada y, por



tanto, no patológica. En nuestro trabajo, hemos seguido la nomenclatura de las clasificaciones nosográficas actuales DSM-IV y CIE-10 que las denominan códigos Z en un capítulo aparte a los trastornos mentales. En versiones anteriores de estas clasificaciones (DSM-III-R y CIE-9) se denominaban códigos V (5).

La pregunta clave que nos hacemos es: ¿hay que tratar en un centro de salud mental a estas personas que presentan un malestar psíquico en relación a acontecimientos vitales estresantes de la vida cotidiana? Está claro que no podemos frenar ni hacer caso omiso a esta demanda actual en nuestros centros, podríamos pensar que no hay nada que hacer y que hay que atender estas demandas; pero, también hay que determinar los límites de nuestras prestaciones, hasta dónde podemos emplear de una manera congruente los recursos sanitarios, sociales y comunitarios de que disponemos. Y para ello hay que preguntarse: ¿qué podemos hacer los profesionales ante estas demandas? ¿cuál es la intervención más adecuada en estos casos que nos ayude a encontrar otra salida que no sea la psiquiatrización/psicologización de la vida cotidiana? (6-8).

La propuesta que nosotros pusimos en práctica en nuestro estudio y que consideramos más acertada sería la indicación de no-tratamiento, pero eso sí, en un encuentro terapeuta-paciente que implique en sí un acto psicoterapéutico y que permita realizar una devolución del paciente a su contexto sin sentirse rechazado ni juzgado por el sistema sanitario (minimalismo terapéutico) (3).

Contextualización del problema

En la sociedad de las últimas décadas, existen un conjunto de factores constitutivos (socioeconómicos, políticos, culturales, asistenciales) que ha propiciado una psicologización/psiquiatrización de la vida cotidiana. En líneas generales, deberíamos considerar, entre otros, el auge del neoliberalismo, el paso del capitalismo de producción al de consumo, el cambio de la oferta en el mercado sanitario que no sólo asiste a la enfermedad sino también a la salud, el individualismo con la pérdida de referentes, el pensamiento salubrista, la desestigmatización psiquiátrica y el acercamiento de la salud mental a la población, el desarrollo de la ciencia positivista y empirista, la

intervención de los medios de comunicación y el uso cosmético de los psicofármacos (8).

Todos estos factores han contribuido a la creación de un individuo posmoderno renuente a los conflictos y a la espera, exigente del bienestar a corto plazo, que reclama satisfacciones sin esperar nada a cambio, con intolerancia a la frustración, al esfuerzo y al displacer, con la necesidad de sostener una euforia perpetua y la resistencia a adoptar una posición adulta con un victimismo irresponsable. Un individuo instalado en una sociedad, que imponiendo la felicidad, proclamando como derecho básico el tenerlo todo sin renunciar a nada, negando lo inevitable de las frustraciones, exigiendo lo posible y lo imposible, se exige de inmediato el remedio contra la angustia masiva de la falta.

Desde el punto de vista médico, la definición de salud de la OMS abrió la versión más radical y completa del pensamiento salubrista: la que postula la eliminación no sólo de la enfermedad sino también del sufrimiento tanto físico como moral y la consecución para la humanidad de un estado de bienestar “físico, psíquico y social”; además de la generalización de la conciencia del derecho del hombre a la salud: “el goce del máximo grado de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”. De ahí, cualquier sentimiento de malestar, por legítimo que sea, puede ser considerado como un síntoma de enfermedad. Es más, promete la erradicación primero del sufrimiento y luego el derecho a la felicidad como posibilidad por la vía del perfeccionamiento científico-técnico. La enfermedad se ha introducido en la vida cotidiana como la gran fantasía que explica y justifica cualquier malestar social e individual; se hace acreedora de etiquetas diagnósticas, alivia el sentimiento de fracaso, genera derechos, aporta beneficios, conlleva un significado personal o permite acceder a una nueva identidad y facilita la incorporación a un entorno de relaciones interpersonales. El enfermar se convierte en un modo de escapar del infortunio cotidiano.

Pero en la conversión del malestar en enfermedad mental no influye únicamente el pensamiento salubrista propuesto por la OMS; las personas

tienen síntomas descontextualizados que han de ser agrupados, recibir un código y una etiqueta diagnóstica y, por tanto, una indicación de tratamiento. El modelo de enfermedad mental vigente en el mundo actual que respalda la comunidad científica dentro del modelo biomédico y del reduccionismo organicista, y que está influenciado por la industria farmacéutica, traduce las emociones y comportamientos a alteraciones de la neurotransmisión que pueden ser modificadas por los psicofármacos. Se crean nuevas enfermedades que tienen un tratamiento psicofarmacológico específico y que se incluyen en las clasificaciones nosológicas como nuevas categorías diagnósticas. Clasificaciones y tratamientos fragmentados y fragmentarios con una indiferencia importante hacia lo relacional y lo psicológico. Se parte siempre desde la perspectiva biologicista, y posteriormente se acomoda lo “psico” y lo “social”. Aspectos clave como el deseo de colocarse en el rol de enfermo, el beneficio secundario, la enfermedad como identidad, el significado de la queja, los conflictos relacionales e intrapsíquicos son generalmente olvidados desde esta perspectiva biologicista. Y dicho pensamiento positivista es lo que está determinando la demanda y la actuación de los profesionales: todos los problemas pueden tener soluciones técnicas o racionales, los psiquiatras y los psicólogos son expertos en herramientas que pueden curar los sufrimientos causados por los avatares de la vida cotidiana (9-17).

El cambio de la demanda en salud mental

Además de los enfermos mentales “clásicos” que se han atendido habitualmente, cada vez nos llegan más demandas de la población en relación a la sociedad en la que estamos instalados. Una proporción relativa de estas demandas tienen que ver con el “malestar” producido por los avatares de la vida cotidiana y que estaría definido como el amplio conjunto de sentimientos desagradables (tristeza, angustia, rabia, impotencia, fracaso, soledad, hostilidad...) que aparecen en el contexto de un acontecimiento o situación vital estresante como respuesta emocional adaptativa, legítima y proporcionada, y por tanto, no patológica.

El sufrimiento y el dolor son inherentes a la condición humana, sin embargo, no son experimentados como naturales y adaptativos, parecen

entendidos por la población como evitables y se recodifican como patológicos y suprimibles por un profesional. Por eso, la mayor parte de las personas con este malestar no acude a los centros de salud mental a ser evaluados sino a ser tratados. Ellos equiparan su malestar a una depresión, ansiedad o estrés y lo que reclaman es un remedio para dejar de sentirse mal. Hay una creencia megalomaniaca según la cual en estos centros hay respuesta para todos los males y las expectativas de hallar soluciones a dichos problemas cada vez son mayores. Estas expectativas con respecto a la atención a la salud mental, no es sólo conseguir el bienestar de sus usuarios, tiene que potenciar sus capacidades para conseguir el mejor rendimiento en todas las esferas, suministrar un plusvalía de armonía y belleza y la satisfacción de los requerimientos emocionales del paciente (1, 3).

Los motivos por los cuales estas personas acuden a salud mental son múltiples: problemas de pareja, separaciones, divorcios, dificultades de manejo con los hijos, dificultades laborales, situación de paro, duelos, enfermedades somáticas, estrés, soledad... Las demandas que traen a consultas son variadas: parejas y familias que se les enseñe cómo tienen que comportarse con sus hijos, cómo educarles, cómo entender a su pareja, como mejorar la vida relacional de la familia... quieren que les devolvamos que son víctimas de mecanismos biológicos, demandan potenciar su capacidad interpersonal y poder desarrollar sus relaciones, superar las inhibiciones, satisfacer los requerimientos emocionales, obtener una gratificación inmediata, precisan un guía que le apoye y aconseje en las múltiples elecciones de su trayectoria vital.

Posibilidades de actuación sobre las demandas y sus consecuencias

Las preguntas claves que hay que plantearse son: ¿qué podemos hacer los profesionales de la salud mental ante semejante panorama asistencial? y ¿tenemos verdaderamente respuestas técnicas para dichos malestares? Ya que, si consideramos que estas personas merecen tratamiento, significa que hay que asumir 2 premisas: que tienen una disfunción biológica y que tenemos una respuesta técnica sanitaria adecuada a su problema.



El clínico actual, ante esta demanda demoledora, hasta hoy en día ha adoptado 2 posturas:

- Una actitud negadora del sufrimiento, de enfado e indignación ante la incomprensión hacia estas personas, de sorpresa e incredulidad ante las expectativas tan altas que depositan ante nosotros para que les ayudemos a resolver su problema. Con espada en mano, se resiste a gestionar como problemas íntimos estos asuntos, a luchar para evitar psiquiatrizar la vida, a responsabilizar a los usuarios de sus cosas e intentar devolverles a sus redes tradicionales. Con esta postura lo único que se entiende es que el deber médico es dar el alta a estas demandas devolviéndoles el mensaje explícito que “no les ocurre nada”. Probablemente esta actitud rígida e intransigente por parte del terapeuta aumentaría más el malestar del sujeto que no se sentiría comprendido, entendería que no queremos ayudarlo o no merece nuestra atención, y le llevaría a buscar soluciones por otras vías alternativas hasta la desaparición de su malestar o el reconocimiento de su enfermedad. Existe un peligro consecuente con esta actitud que es el de humillar al sujeto, desvalorizarlo, fomentar inadvertidamente sus resistencias y minar sus posibilidades de cambio.

- Pero, quizás lo más frecuente, es que al médico le cuesta decir que no le pasa nada, que su dolor está justificado y que él no tiene un remedio para ofrecerle. Y, por otro lado, como ya hemos dicho, el sujeto no admite en muchas ocasiones marcharse con las manos vacías, sin que se le reconozca su malestar como enfermedad. Por tanto, la posición más cómoda que adoptan muchos de los profesionales sería sancionar como enfermedad mental a ese malestar, poner una etiqueta diagnóstica y expender un psicofármaco. Pero está claro que este acto no está exento de sus consecuencias:

- La traducción de una queja en un diagnóstico psiquiátrico desposee al usuario del control de su vida, le desresponsabiliza de sus conductas y emociones que pasan a ser gestionadas por los expertos y tiende a reducir la capacidad del individuo para afrontar sus problemas; consecuentemente, colocamos al individuo como un espectador pasivo y enfermo ante los avatares de la vida.

- Si indicamos tratamiento al malestar afirmamos que todas las desgracias tienen una solución

técnica y pueden cesar con tal de que las vivamos con la psique y el tratamiento adecuados. Supone enmarcar en lo psicológico y en lo íntimo-privado asuntos y dilemas de origen ético y de ámbito público. Significa crear expectativas de felicidad y bienestar mediante el consumo de psicofármacos y psicoterapia.

- Aceptar estas demandas supone respaldar el debilitamiento de las redes tradicionales de contención, la mercantilización de los afectos y la sofisticación de las relaciones desde lo psicológico.

- Es más fácil cambiar los propios deseos que el orden del mundo. En este sentido, indicar tratamiento supone propugnar un adaptacionismo personal frente a las situaciones sociales injustas y contribuye a bloquear cualquier posibilidad de un planteamiento colectivo para luchar contra ellas.

- Y no olvidemos que sancionar como enfermedad a este tipo de quejas conllevará una saturación de la oferta asistencial en los centros de salud mental y el peligro consecuente de disminuir las prestaciones al resto de pacientes con enfermedades mentales, así como una mala distribución de los recursos económicos y asistenciales de los que los profesionales actuamos como gestores.

No podemos creer ingenuamente que nuestras intervenciones, por mínimas que sean y siempre guiadas por nuestra buena voluntad y el deseo de ayudar, van a ser inocuas. Nuestra capacidad terapéutica como profesionales de salud mental resulta bastante limitada y, antes de intervenir, debemos reconsiderar con actitud crítica los beneficios que podemos proporcionar y los daños que podemos infligir. Y, para ello, tenemos que evitar someternos a tener una solución para todo e inmediata y trabajar nuestra tolerancia (y la del paciente) a la incertidumbre. Esto significa reconsiderar la fórmula de “esperar y ver” antes de prescribir y reivindicar la indicación de no-tratamiento que evite efectos negativos de intervenciones innecesarias o excesivas (19).

Reconsideración sobre el abordaje de las personas con malestar

Indudablemente, y muy a nuestro pesar, la demanda existe y no podemos ignorarla, y ante

esta evidencia, lo más sensato sería pensar cuál es el manejo más correcto para estos casos con las mínimas consecuencias negativas tanto para el usuario como para los profesionales de la salud mental. Hasta el día de hoy, no existe ningún estudio sobre la eficacia de tratar los malestares de la vida cotidiana y tampoco sobre el modo más eficaz y efectivo de manejarlos. Sí existe algún estudio en el que se ha descrito que una sola cita en los centros de salud mental puede ser suficiente y positivamente valorada por el paciente y por el médico de cabecera.

Puesto que las 2 posturas anteriormente descritas no han conseguido resolver el problema de una manera satisfactoria, cabría pensar en otra alternativa que ayude a este tipo de personas a encontrar otra salida, facilitarle la convivencia con el conflicto y el manejo del mismo y reivindicar el sufrimiento acompañante como legítimo. La intervención en salud mental sería fundamentalmente una labor de contención, que no significa ignorar el sufrimiento, ni trivializarlo; ni tampoco magnificarlo ni darle el estatuto de enfermedad para el que corresponde un psicofármaco. Y eso podría realizarse en una única entrevista de evaluación, a lo sumo 2-3, que, al mismo tiempo, suponga un encuentro psicoterapéutico en el que, más allá de la comunicación de una etiqueta diagnóstica, se debería establecer una alianza terapéutica de confianza, aceptación y colaboración entre terapeuta y paciente.

Una buena alianza será el sostén relacional de cualquier opción terapéutica que se considere indicada. Y se establece a través de una relación recíproca y bidireccional en la que el terapeuta está incluido y, si todo va bien, la alianza queda silente en la relación, actúa sin sentir. En la investigación psicoterapéutica, uno de los hallazgos más predominantes consiste en que la calidad de la alianza es el predictor más consistente del éxito del tratamiento; ahora bien, muchas veces se observan dificultades en la formación de los profesionales, ya no solo teórica, sino también por factores personales y emocionales complejos, y por la dificultad de transmitir aspectos intuitivos y creativos necesarios para la destreza terapéutica (20).

La calidad de la relación terapéutica siempre se ha considerado como un agente curativo básico

en la tradición experiencial. Los contemporáneos han adoptado explícitamente el concepto de alianza, han hallado que a medida que integran una postura empática con intervenciones más directivas, el concepto de alianza se hace particularmente más útil. El componente del vínculo de la alianza consiste en la calidad afectiva de la relación entre paciente y terapeuta en la que la actitud del terapeuta debe ser de disposición de ayudar y comprender el universo del enfermo en todas sus variables, teniendo en cuenta que el malestar también se ve afectado por circunstancias familiares y sociales para cristalizar con expresión única en aquella persona; el malestar es siempre de la persona, de aquella persona. Y para poder adoptar esta actitud también es básico el humanismo, uno de los pilares básicos en toda relación terapéutica y, a su vez, una verdadera herramienta de trabajo. Hay que tener presente de modo práctico y real que el objeto de la actuación médica es un ser humano, aquella persona única e irrepitable. El terapeuta debe reconocer el camino entre la persona y el significado que el malestar tiene para ella ya que el malestar es para dicha persona una manera de estar en la vida (20-22).

Propuesta para un minimalismo terapéutico

La indicación de no-tratamiento, que es una intervención frecuente en el día a día de los profesionales de salud mental, sujeta a múltiples variables de índole clínica, asistencial, personal del terapeuta y del paciente y del mismo encuentro intersubjetivo y particular entre el profesional y el paciente. Una intervención que además contiene elementos psicoterapéuticos que podemos analizar. Indicar no-tratamiento certifica, de alguna manera, la salud mental del sujeto. Es llamativo que una intervención tan frecuente, con tanta relevancia clínica y que técnicamente precisa el manejo de habilidades psicoterapéuticas haya sido tan poco estudiada y dignificada (6).

El considerar la indicación de no-tratamiento como una intervención psicoterapéutica le permite al profesional ver al paciente como alguien que necesita ayuda y no como un usuario equivocado, lo que permitirá al paciente sentirse comprendido en su sufrimiento y no expulsado del sistema sanitario.



El mero hecho de hacer una entrevista encaminada a determinar si una persona precisa o no tratamiento ya conlleva una intervención con elementos psicoterapéuticos que debemos considerar de una manera consciente para valorar y dignificar dicha intervención. Es más, no olvidemos que la tarea diagnóstica del terapeuta comienza ya cuando se encuentra por primera vez con el paciente y que el tratamiento comienza antes de que formalmente se haya instituido; el terapeuta, por sí mismo, ya es un “medicamento”, por lo que será terapéuticamente conveniente una adecuada relación terapeuta-paciente (23). “El médico empieza a tratar al enfermo -dice E. von Deycleu- en el momento de darle la mano”.

¿Y cuáles son esos elementos psicoterapéuticos con los que vamos a contar en dichas intervenciones?

1. El LUGAR donde se realiza esta intervención tiene peculiaridades a considerar. En la consulta de Salud Mental la narrativa del paciente puede estar más consolidada ya que en Atención Primaria le han respaldado de alguna manera con la derivación y el paciente viene predispuesto con su discurso. Pero, a su vez, puede servirle al terapeuta en salud mental para “desafiar” (reconducir, resignificar) esa misma narrativa ya que, para el paciente, el profesional cuenta con más información, más experiencia y más formación presumiblemente que el médico de cabecera. Este encuentro “terapeuta experto-sujeto que pide ayuda” ya es, en muchas ocasiones, tranquilizador (6). No olvidemos la importancia del ENCUADRE como instrumento terapéutico; pero, en estos casos, no el encuadre en el sentido de una estructura rígida de referencia para el paciente, sino el encuadre en término de sostén y presencia que aportan seguridad y confianza al individuo (el término empleado por Winnicott (25) era el de *holding*), como sinónimo de confiabilidad y afectividad adecuadas. De este modo, posibilitamos la confianza del paciente en el método, en el profesional y en la devolución que le realizamos sobre su malestar.
2. ESCUCHA: Ya, a mitad del siglo XX, Gregorio Marañón advertía del peligro de usar herramientas técnicas sin escuchar con atención al enfermo ni interesarse por él. Cuando el médico se sienta y escucha, le está comunicando una actitud humanista. Hay que buscar de un modo diferente, con mirada diferente. Es necesario escuchar con disposición de acogimiento, con entusiasmo e interés, concentración y tiempo. Hoy en día, estamos perdiendo el gusto por sentarnos y oír narrativas de vida (22). Escuchar con atención es una verdadera herramienta de trabajo y una habilidad que el médico tiene que aprender para conocer y entender al enfermo como persona y, consecuentemente, para curar, aliviar, tranquilizar, calmar de manera competente (21); hay que valorar también el estado emocional del paciente para el que la mayoría de las veces no estamos entrenados. La actitud general de escucha del terapeuta facilita o dificulta la narración del paciente y su participación en la conversación. Tal actitud se traduce en unas manifestaciones como la postura, los gestos, los movimientos, la mirada, el tono/volumen/ritmo de la voz, la indumentaria, etc. (24) Y en esa actitud de escucha activa, es importante lo que transmitimos: el entusiasmo, la cercanía, el interés por el otro. Y todo ello nos puede ayudar a comprender y aliviar a los que buscan alivio de sus sufrimientos cotidianos. Algo sencillo pero cada vez más escaso.
3. Habitualmente, en las primeras entrevistas de evaluación, la técnica más empleada es la EXPLORACIÓN. El instrumento principal en salud mental para la exploración es, obviamente, la conversación en la que la intervención del terapeuta tome la forma de pregunta interrogando, indicando y orientando, animando a proseguir en el relato, incluso con el silencio (24). Pero, en gran medida, la exploración es también intervención: indagar más en la experiencia del individuo con el fin de aumentar su comprensión de sí mismo. Watchel (26) entiende por el arte de explorar la habilidad para analizar aspectos de experiencia y motivación del sujeto, aspectos de su sentido de sí mismo y de otros, y hacerlo de una manera que sea mínimamente crítica para la autoestima del paciente con cautela y respeto, como una invitación a la reflexión. Además, el mero hecho de preguntar en la exploración tiene efectos estructurantes en la relación terapéutica que permite igualar posiciones de los 2 participantes y transmitir un respeto por los matices singulares de la experiencia del individuo. Y no sólo eso, el preguntar también conlleva

metacomunicaciones, también pueden contener connotaciones exculpatorias o acusadoras, ayuda a entender y clarificar la demanda, detectar necesidades y/o expectativas, ayuda al cuestionamiento de la relación causa-efecto, permite la búsqueda de detalles inadvertidos o acontecimientos extraordinarios y el establecimiento de nuevas perspectivas.

4. Nuestro esfuerzo por ayudar a la persona para que cambie se basa en la comprensión de aquello que va mal. El término de empatía se refiere a la capacidad de ponerse en el lugar del otro y darse cuenta de cuáles son sus sentimientos y cómo es su experiencia de esa situación (27). Debemos hacer uso de la EMPATÍA como agente terapéutico para ver el mundo a través de sus ojos y comprender y valorar sus perspectivas, y por tanto, dar así una respuesta adecuada. Es importante entender el sentido y la validez por el que la demanda a salud mental es vivida para esa persona como necesaria, del mismo modo se debe respetar la forma que tiene ese individuo de organizar e interpretar su experiencia. Y una clave para tratar de comprender cómo ve el sujeto el mundo ahora y, al mismo tiempo, ayudarlo a verlo de otro modo, consiste en empatizar simultáneamente con su deseo de cambio y transmitirle la fuente de su malestar como algo transicional o temporal. La respuesta empática (capacidad del terapeuta de hacer ver al paciente que ha entendido su experiencia) es una de las habilidades más importantes en psicoterapia y, por ello, debe ser entrenada. No olvidemos además la importancia de la forma en que el terapeuta comunica su experiencia empática pues su estilo puede resultar crítico a la hora de que el paciente se sienta comprendido; es necesaria una actitud de implicación y sinceridad que transmitan al paciente que es entendido, aceptado y respetado, y así el cambio se produce con más facilidad.
5. El APOYO es el elemento clave en toda psicoterapia. Y en esta propuesta de minimalismo terapéutico no va a ser menos. Si el apoyo es una parte esencial del mismo proceso de exploración, debemos hacer uso de él en estos casos. De hecho la falta de un apoyo adecuado es uno de los impedimentos más comunes para llevar a cabo una evaluación eficaz. La

manera en que se ofrezca y el hecho de que el terapeuta lo haga de forma más o menos explícita es probable que sea distinto en cada caso.

6. El terapeuta debe colocarse implícitamente como LEGITIMADOR de las experiencias, sentimientos, emociones y conductas del individuo ofreciendo una imagen de sí como alguien capaz de percibir la complejidad y de evaluarla en términos comprensivos y benévolos. Hay que generalizar y dar información sobre el problema y su naturaleza con el objetivo de tranquilizar. Es importante resaltar que el problema existe y la legitimidad e importancia correspondiente desde el punto de vista subjetivo. Y también hay que hacer una personalización del problema mediante su contextualización insistiendo en la validación del sufrimiento como algo real pero también como algo no patológico (6, 24). Curiosamente, lo que uno observa en la inmensa mayoría de estas personas no es que tengan unos deseos o sentimientos graves. Por el contrario, suelen ser deseos muy comunes pero que están codificados como vergonzosos, prohibidos o peligrosos. Al paciente no sólo hay que hablarle de sus deseos, sino de la codificación que realiza de ellos, porque el objetivo terapéutico es que se puedan desprender de esos significados negativos y aceptar sus sentimientos.

Con estos elementos terapéuticos, en esa entrevista de evaluación, vamos a poder acompañarnos con el paciente y poder construir conjuntamente una versión inicial del problema, para posteriormente desequilibrar y “violentar” su discurso con la introducción de nuevos significados que justifiquen a su vez la indicación de no-tratamiento. Y los elementos psicoterapéuticos que utilizaremos para esta segunda fase serán la explicación y la resignificación/reformulación.

7. Es importante explicar a estos individuos el significado de su experiencia. Una EXPLICACIÓN con un diálogo sencillo y franco abarca aspectos de la experiencia que trascienden en el aquí y el ahora y capta la experiencia del paciente en su totalidad; dicha explicación debe ser una intervención empática que se deriva de datos próximos de la experiencia, debe incluir mensajes de reconocimiento, aseguramiento, reflejo, sostén



y atención, y nos va a permitir que el paciente se sienta identificado, comprendido y contextualizado. Eso sí, dicha explicación también debe incluir una confrontación, de características no punitivas, que sirva al sujeto a aceptar otras realidades, con unas perspectivas flexibles y limitadas, agrandar los límites de su tolerancia y conocerse y conocer el mundo desde la perspectiva de los otros.

8. La estrategia terapéutica que resulta nuclear y específica en la indicación de no-tratamiento es la resignificación de la demanda. Esto supone que el sujeto logre un cambio de perspectiva en torno a la narrativa que trae con el objetivo de que no se vea a sí mismo como “un enfermo” necesitado de tratamiento, si no como alguien sano que está en una situación problemática que le produce un sufrimiento pero que es legítimo y adaptativo y, por tanto, no requiere tratamiento. Fernández Liria y col. (24,28), afirman que un encuentro es terapéutico cuando en su curso se produce una transformación en los relatos dominantes del paciente, una nueva versión del problema, que permite incluir nuevas experiencias, significados e interacciones, y ello no se realiza a través de la interpretación, sino del comentario. El terapeuta se halla ante una historia que reinterpretar, lo cual conlleva co-crear con la otra persona un significado, o mejor, abrir un abanico de significados nuevos construyendo relatos alternativos que puedan ser reconocidos como propios y permita acceso a una nueva solución. Es lo que denominamos REFORMULACIÓN o RECALIFICACIÓN o RESIGNIFICACIÓN. Los problemas con los que vienen las personas a consulta se derivan, en gran medida, de la forma en que interpretan y dan significado a los acontecimientos de su vida. Igualmente, mucho de lo que contribuye a la resolución de estas dificultades implica ayudarles a construir nuevos significados, encontrar otras formas de dar sentido a sus experiencias y, como resultado, nuevas posibilidades para una conducta más adaptada. También pueden utilizarse para ayudar a encaminar al paciente hacia la acción, hacia el cambio movilizando recursos personales y sociales e, incluso, a una actitud contemplativa en aquellos casos que no precisan de una

intervención inmediata o depende del entorno (29). E igualmente podríamos aplicarlo a las personas que acuden a consulta con malestar; según Watchel (26), el hecho mismo de que la gente crea que la verdad sobre ellos es desagradable es lo que está en la base de sus dificultades, en particular en la forma en que organiza, categoriza y da significado emocional a esa verdad. El terapeuta debe ayudar a afrontar verdades que son incómodas y que han sido negadas o evitadas por esa razón, y el trabajo del terapeuta es transmitir al paciente una forma nueva de comprenderse a sí mismo que le capacite para experimentar el cambio. Hay que ver qué versiones de la verdad son menos dolorosas, más útiles, más fácilmente aceptables para el paciente, con mayor eficacia transformativa. El cambio sólo puede ocurrir en el contexto de la aceptación de la realidad tal como es, y la aceptación fundamentalmente está vinculada a la posibilidad de cambio (Linehan y Wagner).

Con la resignificación de la narrativa que trae el paciente a la consulta, vamos a poder finalmente cerrar la entrevista comunicándole el alta, la utilidad de ese encuentro, informarle de los pasos a dar si empeora y despedirnos.

Conclusión

Dado que la demanda por malestar asociado a los avatares de la vida cotidiana cada vez es mayor en las consultas de salud mental, es necesario replantearnos el manejo de estos pacientes con el objetivo de no psiquiatrizar/psicologizar la vida cotidiana ni producir una saturación de los recursos asistenciales. Pero, a su vez, esta intervención de no-tratamiento debe suponer el establecimiento de una relación de intercambio terapeuta-paciente como un pacto entre 2 personas conscientes de sus límites y con un respeto mutuo con el objetivo de intentar encontrar juntos la mejor solución posible. Esta forma de encarar el malestar es, en apariencia tan simple y tan sofisticada en lo profundo, por cuanto supone hacer posible un encuentro humano y contiene muchos elementos terapéuticos que deben ser entrenados, todos ellos encaminados a que el individuo no asuma su rol de enfermo y no busque una respuesta técnica sanitaria a su malestar.

Como dice Pascal Bruckner (9), “un acto de pensar la historia del sujeto cuya subjetividad ha de ser entendida más allá de los síntomas y que precisa de otro que haga posible la significación de su malestar. Un acto clínico íntimo, de apariencia simple, pero de enorme complejidad subyacente”, “un planteamiento potenciador de los propios recursos y posibilidades del paciente para

desarrollar la salud e impedir la enfermedad”. Este planteamiento potenciador basado en la filosofía esencial propuesta por Mies van der Rohe (“menos es más”) sería la base de una propuesta para la comprensión y atención del malestar en la posmodernidad.

Contacto

Beatriz García Moratalla. CSM de Sestao.
C/ Antonio Trueba, nº 17 (Amb.). • Sestao 48910 Bizkaia
beatriz.garciamoratalla@osakidetza.net

Bibliografía

- Ortiz Lobo A. Consultas sin patología en un centro de salud mental. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría. 2004.
- Ortiz Lobo A., García Moratalla B., Lozano Serrano C. Las consultas sin patología en salud mental. En *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Coordinado por Ander Retolaza. AEN Estudios/41. 2009. Pág.: 97-108.
- García Moratalla B. Análisis prospectivo de las consultas sin diagnóstico de trastorno mental en un centro de salud mental. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría. 2008.
- Ortiz Lobo A., García Moratalla B., Lozano Serrano C., de la Mata Ruiz I., Rodríguez Salvanes F. Conditions that do not reach the threshold for mental disorder in spanish psychiatric outpatients: prevalence, treatment and management. *International Journal of Social Psychiatry*. April 29, 2010; doi: 10.1177/00200764010368616.
- Ortiz Lobo A. Los profesionales de la salud mental y el tratamiento del malestar. *Átopos*, 2008, 7: 26-34. ([www.atopos.es/pdf-7/ los-profesionales-de-salud-mental.pdf](http://www.atopos.es/pdf-7/los-profesionales-de-salud-mental.pdf)).
- Ortiz Lobo A., Murcia García L. La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Coordinado por Ander Retolaza. AEN estudios/41. 2009. Pág.: 179-194.
- Baca E. Los límites de la psiquiatría: entre la demanda de curación y la búsqueda de la felicidad. En *Hechos y Valores en psiquiatría*, 2003. Fundación Archivos de Neurobiología. Ed. Triacastela. Pág.: 529-564.
- Ortiz Lobo A., de la Mata Ruiz I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Átopos*, 2004, 2 (1): 15-22. (www.atopos.es/pdf-3/yaesprimavera.pdf).
- Bruckner P.: La euforia perpetúa. Sobre el deber de ser feliz. Ensayo Tusquets. 2001.
- Marina J.A.: El problema de los valores en psiquiatría. *Archivos de Psiquiatría* 1999; Supl 3: 55-67.
- Bauman Zygmunt. Vida líquida. Paidós y sociedad, 2006.
- Lyon D. Postmodernidad. Alianza Editorial. 2000.
- Lipovetsky G. La era del vacío. Ed. Anagrama. 3ª edición. 2005.
- Ramos García J. Medicalización del malestar. Alegato por una aproximación compleja para un minimalismo terapéutico. *Rev Asoc Esp Neurop*. 2004, 91:99-113.
- Sennett R. La corrosión del carácter. Ed. Anagrama. 5ª edición. 2001.



16. Soria J. La salud como valor en psiquiatría. En *Hechos y Valores en psiquiatría*, 2003. Fundación Archivos de Neurobiología. Ed. Triacastella. Pág.: 97-115.
17. Verdú V. *El estilo del mundo*. Ed. Anagrama. 3ª edición. 2003.
18. Safran Jeremy D. *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Ed. Desclee de Brouwer. 2005.
19. Ortiz Lobo, A. *Introgénia y prevención cuaternaria en los trastornos mentales menores. En Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Coordinado por A. Retolaza. AEN estudios/41. 2009. Pág.: 313- 323.
20. González Blasco P. De los principios científicos para la acción: el idealismo práctico de la medicina de familia. *Atención Primaria*, 2004; 34(6): 313-7.
21. González Blasco P., Janaudis M.A., Rozenfeld Levites M. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Atención primaria*. 2006; 38 (4): 225-9.
22. González Blasco, de Benedetto M.A., Ramírez Villaseñor I. El arte de curar: el médico como placebo. *Atención Primaria*. 2008; 40 (2): 93-5.
23. Pedro Laín Entralgo. *El médico y el enfermo*. Triacastella. 2003.
24. Fernández Liria A., Rodríguez Vega B.: *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Desclee de Brouwer. 2001.
25. Nemirovsky C.: *Encuadre, salud e interpretación. Reflexiones alrededor de conceptos de D.W. Winnicott. Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica en internet: aperturas en psicoterapia psicoanalítica*. 2003. www.aperturas.org
26. Watchel P.: *La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz*. Ed. Desclee de Brouwer. 2010.
27. De Celis Sierra, M.: *Reconsideración del concepto de empatía. Nuevas direcciones en psicoterapia. Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica en internet: aperturas en psicoterapia psicoanalítica*. www.aperturas.org
28. Fernández Liria A., Hernández Monsalve M., Rodríguez Vega B.: *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. A.E.N. Estudios/19. 1997.
29. Zapater Torras F., Vila Rigat R. *Habilidades para no medicalizar*. FMC. 2008; 15(10): 672-7.

- Recibido: 26-4-12.
- Aceptado: 31-5-12.

Evolución clínica de la comorbilidad en el eje I del DSM-IV-TR en pacientes con trastorno límite de la personalidad y trastorno adictivo hallados en hospital de día de patología dual

DSM-IV-TR axis I comorbidity clinical evolution found in dual pathology program patients diagnosed with personality disorder and addictive disorder

Claudio Maruottolo. Doctor en medicina UPV/EHU, Jefe Clínico Hospital de Día, AMSA.

Oscar Landeta. Doctor en psicología Universidad de Deusto.
Psicólogo Área Extrahospitalaria, AMSA.

Resumen: El objetivo de la presente investigación fue analizar la concurrencia de otras comorbilidades del Eje I del DSM-IV-TR en pacientes con trastorno límite y trastorno adictivo, así como su evolución clínica tras la intervención de un programa de tratamiento de carácter psicodinámico. Para ello se empleó una muestra de 51 participantes tratados en el hospital de día. La recogida de datos se llevó a cabo mediante un diseño cuasi-experimental de grupo único con medidas pre y post tratamiento. Los datos obtenidos mostraron la existencia de una alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo y la presencia de adicciones sin sustancia (juego patológico e internet). Los resultados en cuanto a la intervención terapéutica mostraron mejoría entre las medidas pre y post tratamiento en las variables analizadas.

Palabras clave: patología dual, comorbilidad, adicción, ansiedad, depresión.

Abstract: *The aim of the current research was to analyse the occurrence of DSM-IV-TR Axis I comorbidity phenomena in borderline and addictive disorder patients, as well as their clinical evolution after a psychodynamic treatment was applied. The sample was composed by 51 outpatients treated within the Day Hospital setting. The data collection was made using a quasi-experimental design with unique group and pre-post measures. The results showed a prevalence of Mood disorders and the presence of addictions without substance abuse (pathological game and internet dependence). After treatment, patients showed an overall improvement in their clinical condition in the variables measured.*

Key words: *dual pathology, comorbidity, drugs addiction, anxiety, depression.*

La Patología Dual es una denominación clínica basada en un diagnóstico sindrómico donde concomitantemente existe un trastorno mental y un trastorno adictivo. Los aportes de las neurociencias (Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, De Vicente y Valderrama, 2001), la epidemiología (Regier, Farmer, Ral, et al., 1990) y la psicopatología aportan

los conocimientos necesarios para considerarlo así. Ambas manifestaciones de la patología dual pueden originarse en factores y sustratos cerebrales comunes, como vulnerabilidad genética, traumas infantiles precoces y déficit en circuitos y sistemas cerebrales implicados en ambas alteraciones (Szerman, Haro, Martínez-Raga y Casas, 2011).

Los hallazgos en distintas investigaciones también demuestran la correlación de aparición de trastornos psiquiátricos en consumidores de sustancias (Mc Laren, Silins, Hutchinson et al. 2010; Baeza, Graell, Moreno, Castro-Fornieles, Perellada, González-Pinto, et al., 2009) y en otros estudios se evidencia la correlación que a mayor gravedad del trastorno psiquiátrico mayor gravedad del trastorno adictivo (Maruottolo y Guimón, 2011). Las implicaciones derivadas de estas premisas en relación con la patología dual repercutirán en la eficacia de gestionar su prevención, diagnóstico y tratamiento.

La eficacia de un tratamiento dependerá de distintas variables como la disminución de los síntomas, coincidencia de la necesidad percibida del paciente con la necesidad evaluada del clínico, la accesibilidad al programa, la relación retención-abandono, los cambios que se sustenten en el tiempo y la viabilidad económica de su puesta en práctica (Andersen, 1995; Owen, Hoagwood, Horwitz et al. 2002).

En base a estas consideraciones en pacientes con este tipo de doble diagnóstico no es posible aplicar intervenciones terapéuticas eficaces por separado o en tiempos distintos, esperando que cuando se suprima una se podrán abordar las otras. Se requiere por tanto, de intervenciones simultáneas y múltiples, basadas en la premisa que la patología dual requiere una terapéutica específica, integrada y multidisciplinar dado que es más compleja que la suma de ambas patologías por separado.

Otro elemento a tener en cuenta es la presencia de otras comorbilidades junto a la patología dual, dado que de ello dependerá la instrumentación de una terapéutica que resulte eficaz al momento de tratar a esta población de pacientes.

El presente trabajo tiene por objetivo analizar en una muestra de 51 pacientes, que se encontraban en tratamiento en un programa específico de Hospital de Día de orientación Dinámica con diagnóstico de trastorno límite de personalidad (TLP) y por lo menos un trastorno adictivo, determinando la concurrencia de otras comorbilidades del Eje I del DSM-IV TR y su evolución clínica.

Se realiza una investigación para determinar el grado de comorbilidad de otras patologías que acompañan la patología dual para la que había sido creado el programa. Posteriormente se estudia la evolución clínica de estos pacientes al concluir el

tratamiento en las siguientes variables: síntomas depresivos, desesperanza y ansiedad.

Metodología

Participantes

En el estudio participaron de manera voluntaria 51 pacientes de ambos sexos mayores de edad con edades comprendidas entre los 18 y los 56 años (M=33.6; DT=9.9) (Véase Tabla 1) que en el momento de la realización de la investigación se encontraban recibiendo tratamiento en el Hospital de Día. El proyecto se realizó en el marco del Área de Psiquiatría del Departamento de Neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco. El mismo se aplicó en el Programa de Patología Dual del Hospital de Día de Avances Médicos S.A. en la ciudad de Bilbao.

Los criterios de inclusión para participar en la investigación fueron: diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (DSM-IV TR, CODIGO 301.83)-Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad (CIE-10 f 60.3) y Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) (por lo menos un tóxico alcohol y/o drogas). Los Criterios de exclusión fueron: la presencia de trastornos de personalidad que no fuesen TLP, la existencia de alto riesgo de heteroagresividad o autoagresividad que pusieran en riesgo la integridad física o la vida de sí mismo o la de terceros, la presencia de déficit cognitivos severos, la existencia de conductas psicopáticas graves que impidiesen el funcionamiento del Hospital de Día, el consumo activo y compulsivo de drogas y/o alcohol, la presencia de enfermedades médicas descompensadas o infectocontagiosas donde estuviese contraindicada su asistencia.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Estado Civil		
Casado/a 21,6%	Soltero/a 52,9%	
Divorciado/a 25,5%		
Nivel Socioeconómico		
Alto 27,5%	Medio 66,7%	Bajo 5,6%
Nivel Educativo		
Estudios Universitarios 37,3%		
Educación Secundaria 49%		
Educación Primaria 13,7%		
Sin estudios 0%		

Instrumentos

- Inventario de Depresión de Beck (BDI). Beck's Depression Inventory (Bobes y otros, 2003).
- Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI). State-Trait Anxiety Inventory (Bobes y otros, 2003).
- Escala de Desesperanza de Beck (HS). Beck's Hopelessness Scale. (Bobes y otros, 2003).
- Entrevista clínica psiquiátrica-Trastornos de la Personalidad.-SCID II *Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)* (First y otros, 1999).
- Índice Europeo de Gavedad de la Adicción-EuropASI. *European Addiction Severity Index (Bobes y otros, 2003)*.
- Escala de Evaluación de Imagen Corporal de Gardner (Bobes y otros, 2003).
- Test de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test, EAT-26). (Bobes y otros, 2003).
- Test de Othmer y DeSouza para la detección del Trastorno de Somatización. (Bobes y otros, 2003).
- Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP) (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1995).
- Test de Adicción a Internet (Echeburúa, 2003).

Diseño

El estudio se realizó mediante un diseño cuasi experimental de grupo único con medidas pre y post tratamiento (León y Montero, 1999). Para los análisis estadísticos se empleó el programa Statistical Package for the Social Sciences SPSS 17.0 para *Windows*.

Resultados

La gravedad adictiva del TUS en la muestra estudiada según DSM-IV correspondía a un 37,3% de abuso y un 62,7% de dependencia. Mientras que según el instrumento utilizado, el EuropASI, mostraba una severidad de nivel considerable en el 37,3% de la muestra, seguida de un 51 % de nivel extremo y un 11,8% de nivel moderado de severidad adictiva.

Frecuencia de presentación de diagnósticos afectivos

La comorbilidad afectiva se encontró presente en el 98% de la muestra analizada. La variable diagnóstica más frecuente encontrada en la muestra fue

la de Trastorno Adaptativo seguida de otros trastornos afectivos (Síndrome Depresivo, Trastorno Ansioso-Depresivo, Trastorno de Estrés Post-Traumático) y en un caso se observó Depresión Bipolar.

Diagnóstico clínico-sintomático al inicio del Tratamiento:

La gravedad de los **síntomas afectivos** en términos de depresión de los pacientes que acudieron a tratamiento mostró que la mayoría (58, 8%) presentaron síntomas moderados de depresión, seguidos de depresión grave (25,5%). Para terminar, la serie muestra como la sintomatología leve y ausente se presentó en último lugar (13,7 y 2,0 %), respectivamente.

La presencia de la **variable desesperanza**, que determina el índice de riesgo autolítico, con que los pacientes llegaron al ingreso del tratamiento, mostró los siguientes valores: riesgo mínimo o inexistente (23,5%), desesperanza leve (37,4%), síntomas moderados (29,2%) y alto riesgo (9,8%). Es de destacar que el riesgo autolítico elevado es uno de los criterios de exclusión del tratamiento por lo que en caso de detectarse y convalidarlo con la exploración psicopatológica se procede a indicar su ingreso hospitalario como parte de nuestro protocolo de actuación.

La variable ansiedad mostró los siguientes valores: moderada (9.8%), alta (31,4%) y muy alta (58.8%). Cabe señalar que ninguno de los participantes en el estudio mostró niveles bajos o leves de ansiedad.

En relación con la sintomatología de ingreso según el DSM-IV, los participantes presentaron clínica del Eje I en el 96,1 % de los casos.

Trastornos de alimentación

Al estudiar otras patologías asociadas al TLP y adicción a tóxicos y/o alcohol se observó la presencia de trastornos de alimentación en un 47,1% de los participantes. La distribución de los diferentes diagnósticos fue la siguiente: bulimia 15,7%, anorexia 3,9% y otras 25,5%.

Patologías impulsivas y adictivas no tóxicas

En cuanto a otras conductas impulsivas y adictivas no tóxicas asociadas en la muestra estudiada, se halló la presencia de alguna patología en el 54,9% de la muestra. La distribución de las

diferentes patologías fue la siguiente: cleptomanía el 17,6 %, adicción a internet el 19,6 %, ludopatía el 13,7% y otras adicciones el 3,9%.

Trastornos por somatización

En relación con esta patología asociada se halló que el 31,4% de la muestra presentaba un trastorno por somatización.

Diagnóstico clínico-sintomático al finalizar el Tratamiento:

Luego de la aplicación del nuevo programa de tratamiento sobre el grupo experimental se analizan las modificaciones obtenidas en las variables: síntomas depresivos, de desesperanza (riesgo autolítico) y ansiedad.

La variable síntomas depresivos del grupo experimental se ubicó en sintomatología depresiva leve (39,2%), seguida de sintomatología moderada. En segundo lugar, si se observa las escalas obtenidas de depresión mínima-ausente y depresión grave, entre el ingreso y el alta de este grupo se observa la inversión de los datos obtenidos. La escala de depresión mínima-ausente que al ingreso del tratamiento solo contenía a el 2,0% de la población paso a ocupar un 23,5%, mientras que la depresión grave se redujo de un 25,5% al ingreso a un 2,0% al alta (Tabla 2).

Tabla 2. Porcentaje de síntomas depresivos antes y después del tratamiento. Inventario de Depresión de Beck

	Pretratamiento	Postratamiento
Ausentes o mínimos	2%	23,5%
Leves	13,7%	39,2%
Moderados	58,8%	35,3%
Graves	25,5%	2,0%

La variable síntomas de desesperanza (riesgo autolítico) muestra también variaciones a destacar (Tabla 3). Se observa que más de la mitad de los pacientes finalizaron con ningún riesgo o riesgo mínimo de suicidio (51,0%). Se encontró que seguidos a esta cifra, los pacientes con riesgo leve (33,3%) y moderados (13,7%).

Los pacientes que quedaron ubicados en la escala de riesgo alto de autolisis al acabar el tratamiento fueron últimos en la serie estudiada.

Tabla 3. Porcentaje de riesgo autolítico antes y después del tratamiento. Escala de Desesperanza de Beck

	Pretratamiento	Postratamiento
Ninguno	23,5%	51%
Leve	37,4%	33,3%
Moderado	29,2%	13,7%
Alto	9,8%	2%

La sintomatología ansiosa disminuyó significativamente al finalizar el tratamiento (tabla 4) del porcentaje de pacientes ubicados en las escalas ansiedad muy alta y alta al correlacionar entre sintomatología ansiosa al ingreso y al alta.

También se destacan dos fenómenos encontrados para analizar: en primer lugar, el aumento en el porcentaje de pacientes que presentaron ansiedad moderada al alta (19,6%) con respecto de los que la presentaron al ingreso (9,8%) y, por otra parte, la aparición de pacientes que se ubican en la escala muy baja ansiedad (7,8%).

Tabla 4. Niveles de ansiedad antes y después del tratamiento. Escala de ansiedad estado (STAI)

	Pretratamiento	Postratamiento
Bajo	--	7,8%
Leve	--	33,3%
Moderado	9,8%	19,6%
Alto	31,4%	25,5%
Muy alto	58,8%	13,7%

Discusión

El objetivo del estudio era conocer las patologías asociadas en una muestra de pacientes diagnosticados de patología dual (TLP y TUS) en una unidad de tratamiento específico y la evolución de la sintomatología clínica al finalizar el tratamiento.

En relación con la muestra estudiada, TLP y TUS, encontramos la alta incidencia de trastornos afectivos con que los pacientes se presentaron a nuestro tratamiento (98,00%), otros estudios en relación con el TLP determinan porcentajes de comorbilidad depresiva del 87% al 93% (Zanarini, Frankenburg, Dubo, et al, 1998) y en pacientes con TUS, porcentajes que van del 12% al 80%, según el tipo de trastorno psiquiátrico estudiado (Regier, Farmer, Ral, et al, 1990).

En estudios previos en nuestro Hospital de Día, en programas de tratamiento en TLP no duales, al estudiar síntomas afectivos, encontramos cifras inferiores a las encontradas en este estudio (Guimón, Maruottolo, Mascaró, Boyra, 2007) con lo cual coincidimos con las investigaciones que informan de una mayor gravedad clínica de presentación de los pacientes duales. La evolución de la clínica depresiva luego de aplicado el programa presentó mejorías en todos los parámetros con los que se habían presentados los pacientes duales.

Los factores que favorecen los comportamientos suicidas, según Bobes (2004), en pacientes con trastornos adictivos serían Impulsividad, comorbilidad con trastornos de personalidad, sintomatología depresiva, intoxicación aguda, consumo por vía intravenosa, disponibilidad de una cantidad de droga letal, policonsumos de drogas o puntuaciones elevadas en los índices de gravedad de la adicción. En el caso de nuestra muestra la presencia de riesgo autolítico se presentó en un 39,2% de los casos estudiados, representado por riesgo moderado y alto (20 pacientes) y un 37,3% con riesgo leve (19 pacientes) comparativamente con las cifras encontradas al ingreso se produjo una notable disminución.

La variable ansiedad al ingreso del tratamiento, en el grupo experimental mostraba niveles de severidad entre alto y muy alto, modificando a favor de un descenso de los índices en todas las escalas que median esta variable estudiada al finalizar el tratamiento. Asimismo, si se observa detenidamente al ingreso al tratamiento (véase tabla 4), no se encontraron pacientes que se ubicaran en las escalas muy baja y baja, mientras que luego de aplicado el nuevo programa el mayor porcentaje de los pacientes se ubican en la escala baja con 33,3% y muy baja con 7,8%.

Los trastornos somatomorfos estarían más relacionados con los trastornos de personalidad del

clúster C, mientras que los trastornos de somatización se presentan en el clúster B especialmente los TLP, recordemos el término desarrollado por Zanarini (Zanarini y Frankenburg, 1994; Zanarini et al, 1998)) sobre la hipocondría emocional con la que se presentan los pacientes TLP. En nuestra muestra los hallazgos representaban casi un tercio de la muestra estudiada (31,37%) mostrando por tanto la alta incidencia con que se presentó.

En los últimos años han cobrado creciente jerarquía clínica las adicciones sin sustancias, también llamadas adicciones psicológicas, comportamentales, no químicas. Ejemplos de algunas de ellas como el juego patológico y las adicciones a Internet fueron estudiados en nuestra muestra encontrando juego patológico en un 13% de los casos. Se encuentra que esta relación concuerda con estudios de comorbilidad de ludopatía, donde las principales comorbilidades de este trastorno se dan con Trastornos Personalidad y con abuso/dependencia de alcohol seguida de consumo de cocaína (Petry, Stinson, Grant, 2005). El trastorno adictivo a internet como nueva forma de trastorno adictivo no se encuentra hoy incluida en el DSM-IV ni en el CIE-10, encontrándose en discusión para su incorporación en futuros manuales diagnósticos (Sánchez-Carbonell, Beranuy, Castellana y otros 2008; Shapira, Goldsmith, Keck et al. 2000). En nuestra muestra se halló en un 19,9% de los casos estudiados.

Otra variable estudiada fue la presencia de patología alimentaria encontrándose Bulimia Nerviosa en un 15,7% y Anorexia Nerviosa en tan sólo el 3,9% de la muestra estudiada, coincidiendo con distintas publicaciones en cuanto a la predominancia de la primera frente a la segunda en pacientes del Cluster B. Cabe destacar el hallazgo de 25,5% encuadrada dentro de la variable: otras patologías alimentarias: la obesidad mórbida, formas atípicas, Trastorno por Atracón, etc. que actualmente se encuentran en discusión su inclusión en el DSM-5.

Coincidimos con estudios precedentes sobre que, la patología dual es un fenómeno de elevada prevalencia en la población psiquiátrica caracterizado por la mayor gravedad clínica respecto a pacientes psiquiátricos no consumidores de tóxicos.

En base a estos resultados podemos concluir, en primera instancia, que la población con TLP y TUS ha presentado una alta relación con otras



patologías asociadas; y, en segundo término, que la evolución clínica aplicando el tratamiento específico para patología dual fue satisfactorio. En nuestra experiencia clínica, incorporamos un screening de rutina de instrumentos diagnósticos para

detectar estas patologías comórbidas e implementar dispositivos específicos para dar mayor eficacia al programa de tratamiento de patología dual.

Contacto

Claudio Maruottolo • Servicio de psiquiatría, Hospital de Día, Avances Médicos S. A. (AMSA)
C/ Manuel Allende 19 Bis 1ª Planta • 48010 Bilbao • cmaruottolo@avancesmedicos.es

Referencias Bibliográficas

Andersen, R. (1995). "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?". *Journal of Health and Social Behavior* (36), 1-10.

Baeza, I.; Graell, M.; Moreno, D.; Castro-Fornieles, J.; Perellada, M.; Gonzalez-Pinto, A. et al. (2009). "Cannabis use in children and adolescents with first episode psychosis: influence of psychopathology and short-term outcome (Cafeps Study)". *Schizophrenia Research*, Vol 113.

Barrett M.S.; Chua W.J.; Crits-Christoph P.; Gibbons M.B., Casiano D.; Thompson D. (2008). "Early withdrawal from mental health treatment implications for psychotherapy practice" *Psychotherapy*, Nº 45, 247-267.

Beck, A. T.; Weissman, A.; Lester, D.; Trexler, L. "Beck Escala de Desesperanza de Beck (HS)". En banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría. Eds. Bobes, J.; G-Portilla, M. P.; Bascarán, M. T.; Sáiz, P. A.; Bousoño, M. (2003) *Ars Médica*, 3ª Edición.

Beck, A.; Block, J. J. (2008). "Issues for DSM-V: internet addiction". *Am J Psychiatry*; 165:306-307.

Bobes, J. (2004). Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento. *Psiquiatría Editores*.

Cervera, G.; Haro, G.; Martínez-Raga, J.; Bolinches, F.; De Vicente, P. y Valderrama, J. C. (2001). Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias. *Trastornos Adictivos*, Vol 3(3):164-171.

Claret, J. (2006) Trastorno límite de la personalidad. Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.

Spielberger, C. D.; Gorsuch, R. E. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría.

Eds. Bobes, J.; G-Portilla, M. P.; Bascarán, M. T.; Sáiz, P. A.; Bousoño, M. (2003) *Ars Médica*, 3ª Edición.

David, L.; Uezato, A.; Newell, J. M.; Fraizer, E. (2008). "Major depression and comorbid sud". *Current Opinion in Psychiatry*, Vol 21.

Luengo López, A. (2004). Test de adicción a internet: conceptualización y propuesta de intervención. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*. Vol2, 22-52.

Garner, R. M.; Stark, K.; Jackson, N.; Friedman, B. N. Escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner. En banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría. Eds. Bobes, J.; G-Portilla, M. P.; Bascarán, M. T.; Sáiz, P. A.; Bousoño, M. (2003) *Ars Médica*, 3ª Edición.

Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez (1995). Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): Análisis y Modificación de Conductas, Vol 21, Nº 76.

First, M. B.; Gibbon, M.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B. W.; Smith Benjamin, Lorna (1997). Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV-SCID II. Ed. Masson.

Guimón, J.; Maruottolo, C.; Mascaró, A.; Boyra, A. (2007). "Results of a brief crisis program for people with borderline personality disorders". *European Psychiatry*, Vol. 22, Nº 1 (supplement), 58.

- Kokkevi, A.; Hartgers, C. Índice europeo de gravedad de la adicción-EUROPASI. *European addiction severity index*. En banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría. Eds. Bobes, J.; G-Portilla, M. P.; Bascarán, M. T.; Sáiz, P. A.; Bousoño, M. (2003) *Ars Médica*, 3ª Edición.
- Beck, A. T.; Ward, M.; Mendelson, J.; Mock, J.; Erbaugh, J. Inventario de depresión de Beck (BDI). Becks Depression Inventory. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría. Eds. Bobes, J.; G-Portilla, M. P.; Bascarán, M. T.; Sáiz, P. A.; Bousoño, M. (2003) *Ars Médica*, 3ª Edición.
- León; O. y Montero, I. (1999). Diseño de investigaciones: Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación. McGraw-Hill.
- Martínez, R.; Camps, N.; Rodríguez, N.; et al. (2008). "Perfil del paciente dual". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 1:1321.
- Maruottolo, C.; Guimón, J. (2011). Reducción de abandonos en una unidad de día con un programa de psicoterapia breve dinámica para trastornos límite de la personalidad asociados a trastornos adictivos. *Avances en Salud Mental Relacional*, Vol 10 N° 2.
- Mc Laren, J.; Silins, E.; Hutchinson, D.; Mattick, R.; Hall, W. (2010). "Assessing evidence for casual link between cannabis and psychosis: a review of cohort studies". *International Journal of Drug Policy*, Vol 21.
- Owen, P. L.; Hoagwood, K.; Horwitz, S. M.; Leaf, P.; Poduska, J.; Kellam, S. K.; Ialongo, N. S. (2002). "Barriers to children's mental health services". *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 41:6, 731-738.
- Petry, N. M.; Stinson, F.S.; Grant, B. F. (2005). "Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatry disorder: results from epidemiologic survey on alcohol and related conditions". *Journal of Clinic Psychiatry*, Vol 66.
- Regier D. A.; Farmer M. E.; Ral D.S. (1990). "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (eca) study". *JAMA*;264:2511-2518.
- Sánchez-Carbonell, X.; Beranuy, M.; Castellana, M.; Chamarro, A.; Oberst, U. (2008). "Internet and cell phone addiction: passing fad or disorder?". *Adicciones*; Vol 20:149-59.
- Shapira, N. A.; Goldsmith, T. D.; Keck, P. E.; Khosla, U. M.; McElroy, S. L. (2000). "Psychiatric features of individuals with problematic internet use". *Journal of Affective Disorders*, Vol 57(1-3):267-72.
- Szerman, N.; Haro; Martínez-Raga, J.; Casas, M. (2011). Patología dual (Patología psiquiátrica). En Manual de trastornos adictivos. Editores: J. Bobes; M. Casas; Gutiérrez, M. Enfoque Editorial, 2ª ed.
- Garner, D. M.; Garfinkel, P. E. "Test de actitudes hacia la alimentación (Eating Attitudes Test, EAT-26)". En Manual de trastornos adictivos. Editores: J. Bobes; M. Casas; Gutiérrez, M. Enfoque Editorial, 2ª ed.
- Othmer, E.; De Souza, C. Test de Othmer y Desouza para la detección del trastorno de somatización. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría. Eds. Bobes, J.; G-Portilla, M. P.; Bascarán, M. T.; Sáiz, P. A.; Bousoño, M. (2003) *Ars Médica*, 3ª Edición.
- Zanarini, M. C.; Frankenburg, F. R. (1994). "Emotional hypochondriasis, hyperbole, and the borderline patient". *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, Vol 3.
- Zanarini, M. C.; Frankenburg, F. R.; Dubo, E. D.; et al. (1998) "Axis I comorbidity of borderline personality disorder". *American Journal of Psychiatry*, Vol 155.

Hacia un modelo colaborativo de la atención a la depresión en Euskadi: El Proyecto BTS Elkarlanean Depresión

Andrea Gabilondo¹, Naiara Artaza², Jose Antonio de la Rica³, Ander Retolaza³, Pedro Ortueta⁴, Lucía Prieto²

¹ Red de Salud Mental de Gipuzkoa.

² Instituto Vasco de Innovación Sanitaria O+berri.

³ Red de Salud Mental de Bizkaia.

⁴ Comarca Sanitaria de Uribe.

1. Introducción

1.1. Magnitud e impacto de la depresión en nuestro país

La depresión es el trastorno mental más frecuente y genera un gran impacto en el individuo, su familia y la sociedad en términos de padecimiento, discapacidad y coste económico, fenómeno que parece repetirse en numerosas regiones del mundo.

Se estima que la prevalencia de la depresión mayor en España es algo menor a la registrada en otras regiones del norte de Europa. A pesar de ello alcanza el 10.6% de la población general y se ha descrito una evolución a la cronicidad hasta en el 40% de los casos, así como porcentajes de comorbilidad con otros trastornos mentales o físicos del 55% y 67%, respectivamente (1,2). Es causa además de un gran incremento en la mortalidad (hasta del 70%) (3) y genera un importante coste económico para la sociedad, siendo el trastorno del sistema nervioso más caro en Europa (4).

A pesar de su prevalencia y repercusiones, con frecuencia la depresión no es bien diagnosticada ni recibe un tratamiento médico apropiado. El sistema sanitario es un elemento clave para reducir el impacto en la calidad de vida y mejorar el pronóstico de este trastorno, sin embargo, se estima que el 40% de las depresiones en España no reciben atención sanitaria (5). En muchos casos se debe a la falta de demanda asistencial

por parte de la persona que la padece, pero en otros por incapacidad del sistema sanitario, incluido el propio profesional de la salud, de ofrecer un abordaje adecuado de la patología. En un metaanálisis reciente incluyendo estudios sobre más de 50.000 pacientes a lo largo del mundo se observó que cerca del 50% de las personas con depresión atendidas en la Atención Primaria no eran bien diagnosticadas (6).

En España la Atención Primaria es un ámbito asistencial de gran importancia en el abordaje de la depresión y está implicada en el tratamiento del 65% de las depresiones atendidas en todo el sistema sanitario. A pesar de ello se han descrito porcentajes de tratamiento adecuado muy bajos en este entorno (cerca del 12%) así como una distribución ineficiente de los recursos (con altos porcentajes de derivación a la atención especializada de pacientes leves) (5).

No existen datos específicos sobre la prevalencia e impacto de la depresión en población general de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), sin embargo los datos disponibles sobre población atendida están en línea con lo expuesto. A modo de ejemplo, en la provincia de Bizkaia la incidencia tratada en Centros de Salud Mental (CSM), correspondiente al año 2009 fue de 9,4 casos por cada mil habitantes y la prevalencia de 42,4 por mil habitantes. La mayor parte de es-

tos casos pertenecen al grupo de los trastornos depresivos y de ansiedad, con gran frecuencia comórbidos. Este grupo resulta también el más frecuente en consultas de Atención Primaria, que es el ámbito asistencial donde los pacientes son evaluados, tratados y derivados a servicios especializados (7). En 2010, el 88,2% de los pacientes atendidos en los CSM de Bizkaia accedieron a los mismos desde Atención Primaria. Con ligeras variaciones, esta proporción se viene manteniendo desde hace años, por encima del 85% (8).

Las recomendaciones de la OMS para hacer frente al reto que plantea dicha patología incluyen abordajes integrados de este grupo de trastornos y modelos que posibiliten el trabajo coordinado y complementario de psiquiatras, psicólogos, médicos de familia y otros profesionales sanitarios y agentes sociales, a fin de lograr mejores resultados en salud y una mayor eficiencia en la utilización de los recursos (9). Esto supone un importante desafío asistencial y organizativo.

1. 2. Proyectos colaborativos Elkarlanean: Antecedentes

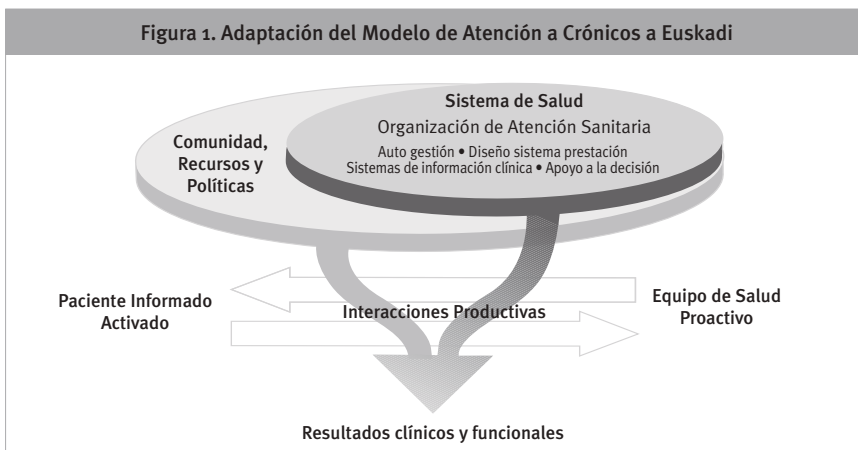
La introducción de proyectos colaborativos (“Elkarlanean”) en el Sistema Sanitario Vasco (SSV) nace por encargo del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco en el marco de la **Estrategia para Afrontar el Reto de la Cronicidad en Euskadi** (10).

Dicha estrategia aspira a mejorar el bienestar de las personas con trastornos crónicos y pretende

dibujar una forma más eficaz y eficiente de organizar la prestación de la atención sanitaria de estos pacientes. Para ello propone una serie de cambios en la gestión de las organizaciones y en su liderazgo: Identifica elementos que permitan mejorar la coordinación y colaboración entre las diversas organizaciones asistenciales como un elemento clave y complementario a la gestión interna de cada organización, y a la vez apuesta por un liderazgo más distribuido en el que los directivos crean las condiciones necesarias para fomentar la innovación organizativa que se genera de forma emergente por los profesionales de la salud y los directivos locales. El objetivo es crear un sistema de salud más innovador en el ámbito local (ámbito “operativo”) por ser aquel en el que residen los verdaderos agentes de cambio y donde se da la interacción entre el paciente y los profesionales de la salud.

La estrategia utiliza como principal referencia teórica el denominado *Modelo de Atención a Crónicos* (The Chronic Care Model, CCM) desarrollado por Ed Wagner en EE. UU. (11). Dicho modelo identifica 3 planos superpuestos en la atención a crónicos: 1) la comunidad con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados 2) el sistema sanitario con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento; y 3) la interacción con el paciente en la práctica clínica. Además enumera seis elementos que interactúan entre sí y que son clave para ofrecer una atención óptima a los pacientes crónicos.

- La organización del sistema de atención sanitaria.

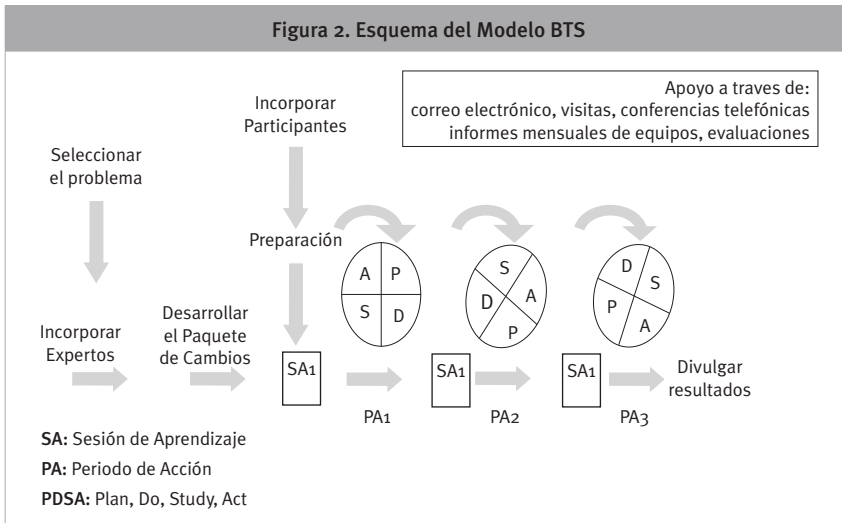


- El estrechamiento de relaciones con la comunidad.
- El apoyo y soporte al autocuidado.
- El diseño del sistema asistencial.
- El apoyo en la toma de decisiones.
- El desarrollo de sistemas de información clínica.

En este marco establecido por la estrategia, el Instituto Vasco de Innovación Sanitaria (O+Berri) y la Dirección y Subdirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza recibieron el encargo de diseñar el lanzamiento de un número de proyectos colaborativos para mejorar la atención integral y coordinada de ciertas patologías crónicas, todos ellos bajo la marca “Elkarlanean”. La depresión y la EPOC son las primeras patologías con las que se ha comenzado a trabajar. Para el desarrollo de los proyectos colaborativos se seleccionó la **Metodología Breakthrough Series o BTS** (12). Dicha metodología fue creada en EE. UU. por el *Institute for Healthcare Improvement* y ha sido usado para implantar el aprendizaje colaborativo en sanidad y promover la mejora de la atención a las personas con enfermedades crónicas en más de 700 proyectos vinculados a diversas patologías. Los colaborativos BTS pretenden promover el desarrollo de cambios positivos en el modelo de atención sanitaria e igual que la estrategia de la cronicidad de Euskadi se basan en el Modelo de Atención a Crónicos.

Se trata de una metodología estructurada y secuencial que se inicia con la identificación por parte de un grupo de expertos de las áreas de mejora más relevantes en la atención a una patología concreta, y la selección posterior de un número de intervenciones eficaces (basadas en la evidencia) que permitan alcanzar dichos objetivos de mejora (Fase 1 o de diseño de la intervención). En la segunda fase el procedimiento requiere de la implementación de la intervención seleccionada por un número de unidades clínicas y genera un proceso de mejora continua de la intervención gracias al intercambio de experiencias entre los profesionales participantes a lo largo de diversas sesiones de intercambio que se intercalan con los periodos de puesta en práctica (Fase 2 o de implementación). Estos cambios están guiados por una serie de documentos elaborados en la fase 1: *Hoja de ruta, Paquete de Cambios, Guía de Evaluación y Toolkit*. La figura 2 describe gráficamente el proceso.

El modelo BTS por tanto no tiene como objetivo generar un nuevo conocimiento científico o demostrar la eficacia de una intervención concreta, más bien pretende estimular y acelerar la implementación y aprendizaje de las mejores prácticas disponibles en un área clínica, u operativa específica.



Fuente: Institute for Healthcare Improvement (traducido por O-Berri).

2. Descripción del Proyecto Elkarlanean Depresión Euskadi

El proyecto Elkarlanean Depresión Euskadi se ha diseñado como un estudio multicéntrico desarrollado en base a la Metodología BTS. Se concreta en el diseño por parte de un grupo de expertos de una intervención multicomponente basada en la evidencia para mejorar la atención sanitaria a la depresión y su posterior implementación por parte de diversas unidades clínicas siguiendo un proceso de mejora continua. El proyecto se inició en el segundo semestre de 2011 y tiene previsto su finalización en el primer semestre de 2013. Ha sido impulsado por O+berri y la Dirección y Subdirección del Asistencia Sanitaria de Osakidetza.

2.1. Objetivos

El proyecto pretende dar lugar a un modelo específico de asistencia sanitaria a la depresión que permita mejorar la calidad de la asistencia a dicha patología en la Atención Primaria. En concreto pretende:

- Mejorar la calidad de vida y resultados en Salud Mental de los pacientes con depresión que acuden a la Atención Primaria.
- Mejorar la coordinación entre la Atención Primaria y la especializada en la atención a estos pacientes.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes y profesionales implicados.
- Mejorar el conocimiento por parte de los profesionales del Modelo de Atención a Crónicos y su utilización en la atención a la depresión.

2.2. Método

El proyecto se divide en 2 fases diferenciadas. La primera fase comprende el diseño de la intervención por parte de un grupo de expertos, la segunda fase incluye la implementación de la intervención y su modificación siguiendo un proceso de adaptación y mejora continua.

Fase 1. Diseño de la Intervención

La primera fase se desarrolló desde septiembre de 2011 hasta febrero de 2012. Un grupo de 25 expertos compuesto por clínicos de Atención Primaria y Salud Mental, gestores y líderes del Sistema Sanitario Vasco fue seleccionado con el

encargo de definir de un modelo de intervención integral, coordinado y basado en la evidencia para mejorar la calidad de la asistencia ofrecida a los pacientes con depresión que acuden a la Atención Primaria.

En un total de 6 reuniones de medio día de duración cada una el grupo de expertos definió y dio respuesta a un plan de trabajo con los siguientes objetivos:

1. Seleccionar el subtipo depresivo que sería objeto de la intervención.
2. Identificar áreas concretas de mejora en la atención a la depresión (“gaps”).
3. Seleccionar objetivos concretos en relación a éstas áreas de mejora.
4. Definir un modelo de intervención basado en la evidencia científica para dar respuesta a dichos objetivos.

La toma de decisiones se basó en una metodología mixta que incluyó la revisión de la literatura nacional e internacional (estudios epidemiológicos, guías de práctica clínica, etc) para aportar datos relevantes y evidencia sobre cuestiones concretas y por otro lado el consenso de los expertos para lo cual se diseñaron formularios de consulta a cumplimentar por los miembros del grupo.

Por último y como conclusión del trabajo anterior, el grupo elaboró un conjunto de documentos que servirían de apoyo y orientación para el desarrollo del proyecto.

Fase 2. Implementación

En la segunda fase, que se inició en Abril de 2012 y se prolonga hasta Marzo de 2013, un total de 25 cupos de Atención Primaria agrupados en 13 unidades clínicas (o “Equipos Participantes”) han iniciado la puesta en práctica del modelo de atención definido en la fase 1. En abril de 2012 y como punto de partida de esta fase se realizó una sesión de formación de los profesionales que permitió dar a conocer el modelo, los instrumentos de trabajo y métodos de evaluación previstos. En los meses sucesivos se realizarán 2 sesiones de formación para el intercambio de experiencias entre los profesionales de la metodología de mejora continua. En las



sesiones se discutirán los puntos fuertes y débiles del modelo, las dificultades encontradas y cómo resolverlas, etc. Es de esperar que dicho intercambio permita incorporar elementos de mejora en la intervención diseñada en la fase 1 a fin de hacerla más adecuada y viable en el contexto de aplicación específico.

2.3. Participantes o “sujetos de estudio”

El proyecto ha definido 2 tipos de muestras o sujetos-grupos sobre los que se estudiará el impacto de la intervención.

Unidades clínicas o equipos participantes: Son los equipos encargados de implementar la intervención y someterla al proceso de mejora continua.

Se han incluido 13 unidades clínicas procedentes de los 3 territorios de la CAPV. Cada unidad está formada por los siguientes profesionales: 1 Médico de Atención Primaria, 1 enfermera de Atención Primaria, 1 enfermera de Salud Mental, 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 metodólogo. En total están implicados más de 75 profesionales clínicos y se cuenta con la participación de las 3 Redes de Salud Mental de la CAPV (Gipuzkoa, Bizkaia y Araba).

Sobre este grupo se estudiará el efecto de la intervención en la colaboración entre niveles, el conocimiento de los profesionales sobre el Modelo de Atención a Crónicos y la satisfacción de los profesionales.

Muestra clínica o pacientes con depresión: Debido a las características particulares de la metodología empleada (no tiene como objetivo prioritario demostrar la eficacia de una intervención en la mejora de los síntomas depresivos sino la viabilidad y conveniencia de la aplicación de dicha intervención en nuestro contexto) no se ha definido un tamaño muestral concreto (mínimo o máximo).

Cada equipo participante es responsable de la selección de sus pacientes y lo hará según unos criterios de inclusión y exclusión concretos.

- a. Criterios de inclusión: Podrá incluirse a cualquier paciente mayor de 18 años que acuda a la consulta del médico o enfermera de Atención Primaria por cualquier motivo y

pertenezca a uno de los grupos de riesgo de depresión definidos (Tabla 1).

- b. Criterios de exclusión: No podrán incluirse en el estudio a los pacientes en tratamiento antidepressivo, aquellos en tratamiento con psiquiatra o psicólogo y aquellos con discapacidad intelectual o la derivada de patología mental grave.

Sobre este grupo se estudiará el efecto de la intervención en la calidad de vida y síntomas depresivos, así como en la satisfacción con la atención recibida.

2.4. Descripción de la intervención: modelo de atención escalonada a la depresión

Cuestiones preliminares: Selección del subtipo depresivo, gaps en la asistencia a la depresión y objetivos de mejora

El grupo de expertos seleccionó el *episodio depresivo mayor unipolar leve o moderado* como objetivo de la intervención de mejora. La decisión se basó en la alta prevalencia de dicho subtipo depresivo en la Atención Primaria (mayor que la de otros subtipos depresivos), así como en la disponibilidad de alternativas de diagnóstico y tratamiento de eficacia probada y viables para su aplicación generalizada en dicho ámbito asistencial. Se consideró como un elemento reforzador de la decisión la existencia de una Guía de Práctica Clínica actualizada y avalada por el Sistema Nacional de Salud (13) que podría orientar en la toma de decisiones y dar especial solidez a las recomendaciones. Se consideró que el episodio grave debía ser atendido en la red de Salud Mental.

Por otro lado, se identificaron diversas áreas de mejora en la atención a la depresión, abarcando todas las fases del proceso asistencial (diagnóstico, tratamiento, etc). Se planteó la necesidad de diseñar una intervención que incluyera todas las fases del proceso asistencial y con los siguientes objetivos específicos:

- Mejora de la identificación del riesgo de depresión.
- Mejora de la fiabilidad diagnóstica.
- Mejora de la adecuación y calidad del tratamiento.

- Mejora de la coordinación entre profesionales a lo largo del proceso asistencial.

Modelo de Intervención: Modelo Escalonado de Atención a la depresión

Se definió un modelo de asistencia formado por 6 intervenciones independientes y consecutivas. La selección de las intervenciones se basó en criterios de eficacia o coste-eficacia según la evidencia disponible, sencillez en su aplicación, sostenibilidad potencial y viabilidad para su aplicación en nuestro contexto sanitario.

I. Cribado de depresión

Descripción: Realizar un cribado de depresión a todos los adultos que acudan a la consulta del médico o enfermera de Atención Primaria y pertenezcan a un grupo de riesgo de depresión (Tabla 1).

Instrumento: Cuestionario de Salud del Paciente 2 (Patient Health Questionnaire 2, PHQ-2) (14).

Profesional implicado: El cribado lo podrá realizar tanto el profesional médico como el de enfermería.

Tabla 1: Grupos de riesgo de depresión, definidos por el grupo de expertos

<p>Se considerará que un paciente pertenece a un grupo de riesgo de depresión si presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de depresión u otro trastorno mental. - Enfermedades físicas crónicas que causan dolor, disfunción o estrés. - Acontecimientos vitales estresantes recientes. - Síntomas sin explicación médica. - Toma de ansiolíticos a demanda. - Clínica de depresión.

II. Diagnóstico y valoración de la gravedad de la depresión

Descripción: Realizar una evaluación diagnóstica de depresión a todos los pacientes con un resultado positivo en el PHQ-2 (sospecha diagnóstica de depresión).

Instrumento: PHQ-9.

Profesional implicado: Dicha evaluación la realizará el médico de Atención Primaria.

- *Instrumento PHQ-9:* Instrumento de apoyo en el diagnóstico y seguimiento clínico de pacientes con depresión. Avalado por numerosos estudios científicos, presenta una sensibilidad y especificidad elevadas para el diagnóstico de la depresión en la Atención Primaria (cerca del 90%). Consta de 9 preguntas con 4 opciones de respuesta cada una. Puede ser autoaplicado. Permite evaluar la gravedad de la clínica depresiva y clasificar el episodio en leve, moderado o grave. El último ítem explora la ideación suicida (15,16,17).

III. Evaluación del riesgo de suicidio

Descripción: Realizar una evaluación del riesgo de suicidio en los pacientes que puntúen positivo en la pregunta 9 del PHQ-9.

Instrumento: Cuestionario de valoración del riesgo suicida (Suicide RiskAssessment).

Profesional implicado: Dicha evaluación la realizará el médico de Atención Primaria.

Resultado: Pacientes con riesgo alto → Derivación a Urgencias hospitalarias; Riesgo moderado → Derivación Urgente al CSM; Riesgo bajo → Interconsulta al CSM.

- *Cuestionario de valoración del riesgo suicida:* Se trata de un cuestionario de 4 ítems y respuesta sí/no. Evalúa el riesgo de suicidio y ofrece una valoración en términos de riesgo alto, medio o bajo. Fue seleccionado por el grupo de expertos debido a su sencillez, fácil aplicabilidad y buena aceptación entre los profesionales en el entorno internacional. Debido a la inexistencia de una versión traducida en castellano se realizó una traducción consensuada por el grupo de expertos (18).

IV. Tratamiento de los pacientes con depresión leve

Descripción: Realizar una intervención psicoeducativa grupal (o individual) en los pacientes diagnosticados de depresión leve, según el PHQ-9.

Instrumento: Programa de Intervención psicoeducativa grupal para depresión del Institut Català de la Salut (ICS) (19).



Profesional implicado: La intervención será indicada por el profesional médico pero realizada y coordinada por el personal de enfermería de Atención Primaria, teniendo como referente a la enfermería de Salud Mental.

- **Programa de Intervención psicoeducativa en depresión del ICS:** Intervención elaborada por profesionales del ICS y desarrollada en diversos centros de Atención Primaria de Cataluña desde 2010. Incluye 12 sesiones semanales de 90 minutos de duración y abarca diversas áreas incluyendo: Hábitos de autocuidado, resolución de problemas, activación conductual o asertividad. Es aconsejable recibir una formación específica para su realización.

V. Tratamiento de los pacientes con depresión moderada

Descripción: Tratamiento farmacológico con antidepresivos, según las recomendaciones reflejadas en la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad (13) (Tabla 2) (Figura 3). En los pacientes que no responden a la estrategia farmacológica, tratamiento combinado con un módulo de psicoterapia individual (o grupal) de orientación cognitivo conductual (TCC).

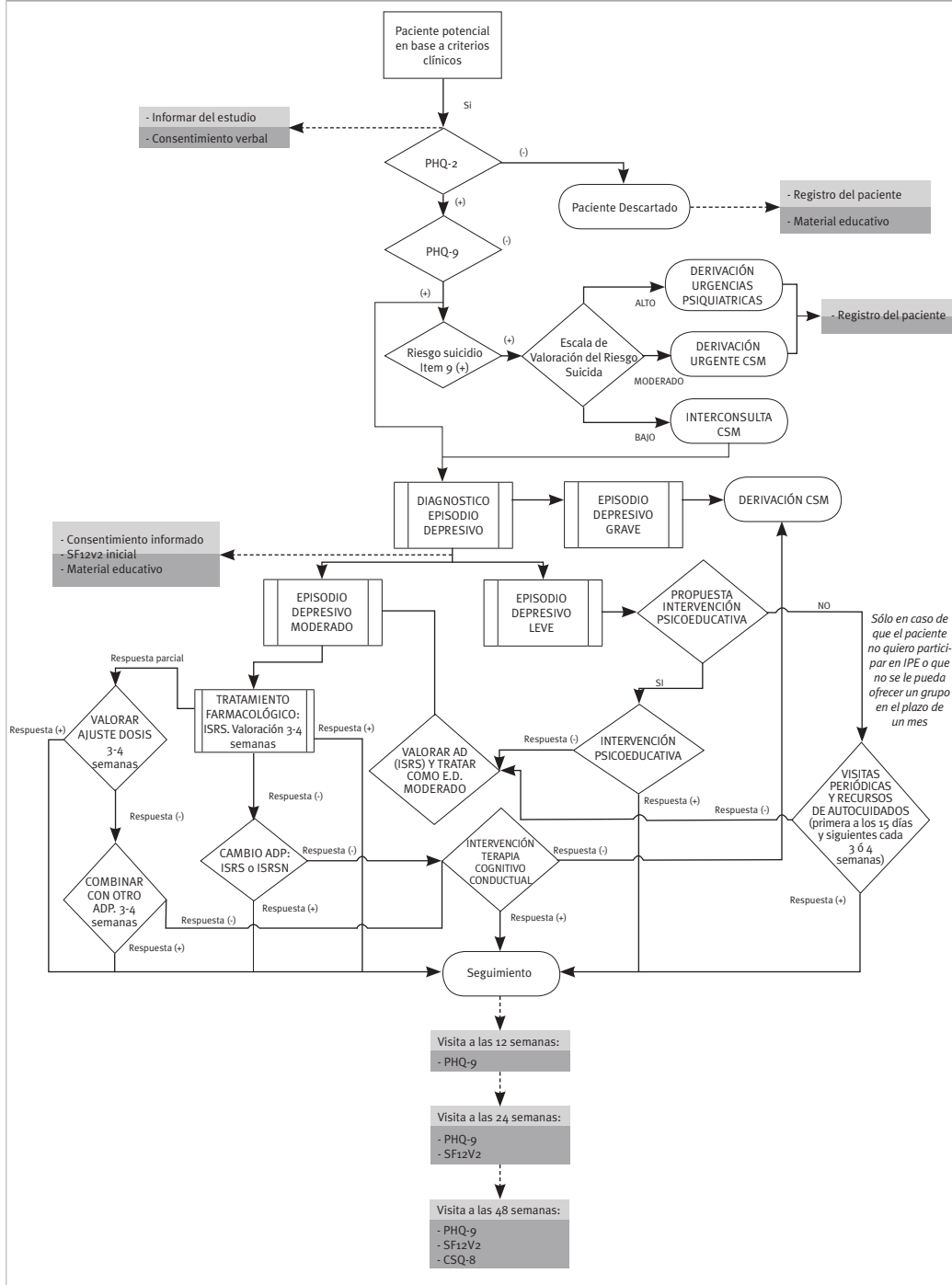
Instrumento: Adaptación del algoritmo de tratamiento farmacológico de la depresión de la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad, para su uso en el contexto de la Atención Primaria. Programa de psicoterapia cognitivo conductual por definir.

Profesional implicado: El tratamiento farmacológico será pautado y controlado por el médico de Atención Primaria. La psicoterapia será realizada por un profesional de la Salud Mental, preferentemente un psicólogo.

Tabla 2: Resumen de las recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la depresión

1. Indicación de antidepresivo: Episodio depresivo moderado o grave.
2. Selección del antidepresivo: Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina (ISRS).
 - Si intolerancia: Cambiar a otro ISRS. Si persiste: Cambiar a nuevos antidepresivos o tricíclicos.
 - Considerar: Respuesta previa a antidepresivos, también en familiares de primer grado y efectos secundarios concretos.
 - Informar al paciente sobre latencia, efectos secundarios y duración del tratamiento.
3. Seguimiento: Estrecho, en especial el primer mes. Primera visita al menos en 2 semanas.
4. Duración: Al menos 6 meses tras remisión. Considerar mantenimiento más largo: 12 meses si 1 episodio previo o síntomas residuales, 24 meses si 2 o más episodios. Usar misma dosis que en fase aguda.
5. Falta de respuesta a ISRS: Si mejoría nula a las 3-4 semanas, cambio de antidepresivo (otro ISRS o ISRSN). Si mejoría parcial, aumentar la dosis del antidepresivo o esperar a 8ª semana. Si persiste mejoría insuficiente en la 8ª semana, valorar estrategia de combinación. Reevaluar cumplimiento, diagnóstico y posología en no respondedores.

Figura 3



Fuente: Grupo de Expertos BTS DEPRESIÓN.



VI. Distribución de material informativo y educativo

Descripción. Incluye dos tipos de intervenciones:

- 1) Entrega de material educativo sobre depresión a pacientes con depresión, síntomas depresivos menores o pertenecientes a los grupos de riesgo y familiares. Lectura acompañada del material.
- 2) Distribución en el centro de Atención Primaria de material informativo sobre la depresión para aumentar la autoconciencia y disposición a solicitar ayuda en el paciente con depresión.

Instrumento: Material educativo: Anexo 5 de la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad (13). Materiales informativos, incluyendo dípticos y posters.

Profesional implicado: Profesional médico y de enfermería de Atención Primaria.

VII. Coordinación con Salud Mental

Descripción: Despliegue de un Modelo concreto de Interconsulta entre primaria y el CSM, seleccionado por cada equipo participante entre un conjunto de propuestas.

Instrumento: Conjunto de propuestas de coordinación, seleccionadas en base a su buen funcionamiento en unidades clínicas concretas de la CAPV.

- Interconsulta no presencial a través de E-Osabide, Osabide Global, Teléfono, Correo-e, etc.
- Interconsulta presencial con fines de formación y consulta de casos, al menos una vez al mes.

Profesional implicado: Todos los profesionales de cada equipo participante.

2.5. Evaluación

Se trata de un estudio de intervención prospectivo, con medición antes después de las variables de interés y sin grupo control.

Se han definido un número de indicadores de proceso y resultado que permitirán evaluar el resultado del proyecto. Estos incluyen:

Indicadores de resultado:

- Síntomas depresivos: Instrumento PHQ-9. Determinación basal, mes 3, 6 y 12.

- Calidad de vida: Instrumento SF12v2 (20). Determinación basal, mes 6 y 12.
- Satisfacción global de los pacientes: Instrumento CSQ8 (21). Determinación a los 12 meses.
- Satisfacción de los pacientes con la intervención psicoeducativa/TCC: Instrumento cuestionario específico. Determinación a los 12 meses.
- Satisfacción de los profesionales: Instrumento cuestionario específico. Determinación a los 12 meses.
- Conocimiento y uso del Modelo de Atención a Crónicos por los profesionales: Instrumento ACDM (Assessment of Clinician Depression Management in Primary Care) (22). Determinación basal y a los 12 meses.
- Colaboración entre niveles asistenciales por los profesionales: Cuestionario de valoración de la colaboración entre profesionales clínicos de distintos niveles de atención. Determinación basal y a los 12 meses (23).

Indicadores de proceso:

Registro semanal de información de la actividad realizada relativa al Cribado, Diagnóstico, Evaluación del riesgo suicida, Intervención psicoeducativa grupal, TCC, Distribución de material informativo y Coordinación entre niveles asistenciales.

La recogida de información para la evaluación la realizará el equipo de Atención Primaria en una serie de registros específicos desarrollados a tal efecto. Cada equipo participante cuenta con el apoyo de un metodólogo que asesorará sobre posibles dificultades en la recogida o codificación de la información, y que será responsable de enviar de forma periódica al equipo un informe de actividad.

2.6. Aspectos éticos

El protocolo del estudio ha sido presentado al Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi. Cada participante recibe una hoja de información sobre el estudio y es un requisito imprescindible para su participación la firma de un consentimiento. Los datos recogidos son tratados de forma confidencial y siguiendo la normativa sobre protección de datos exigida por la Agencia Vasca de Protección de Datos (AVPD).

3. Situación actual

3.1. Datos disponibles

Tras el lanzamiento del proyecto en su fase de implementación a mediados de abril, los equipos de Atención Primaria han ido registrando en papel los casos objeto de estudio. En la actualidad el equipo de investigación no dispone de datos ya que el registro electrónico de los mismos no ha sido posible hasta la primera semana de junio. Los requisitos establecidos por la AVPD en relación a la protección de datos de pacientes, ha obligado a crear un volumen compartido con una serie de carpetas de acceso restringido según permisos de utilización de los equipos participantes en un servidor del Sistema Sanitario Vasco. Por ello se prevé que hasta mediados de julio no se dispondrá de los primeros informes en relación a captación de casos.

Sin embargo, sí se dispone de datos relativos al primer grupo de psicoeducación puesto en marcha en la Comarca Bilbao para pacientes con depresión mayor leve. Participan un total de 9 pacientes, éste grupo es conducido por dos enfermeras del Centro de Salud de San Ignacio, con la supervisión de una enfermera de Salud Mental experta en terapia grupal. Esta iniciativa sirve además como formación de 9 enfermeras que participan como observadoras de las sesiones que se llevan a cabo semanalmente.

3.2. Primeras impresiones de los profesionales

Las impresiones en relación al impacto del proyecto BTS Depresión varían mucho en función del perfil del profesional participante en el mismo. Así, *los gestores* y *“sponsors”* (o promotores del proyecto desde las Instituciones) implicados en el proyecto perciben la implementación de mejoras basadas en la evidencia científica como una estrategia de eficiencia y una oportunidad para aminorar la brecha entre la mejor práctica posible y la que se está llevando a cabo en la actualidad. El desarrollo y utilización de modelos que facilitan la integración asistencial y la colaboración entre niveles asistenciales son percibidos como elementos que favorecen la sostenibilidad del Sistema Sanitario Vasco. Asimismo, perciben que el proyecto está contribuyendo a generar una dinámica de proyectos de investigación entre los equipos participantes, favoreciendo una cultura de evaluación, colaboración y difusión de

resultados. Por último, los gestores prevén una posible optimización de recursos terapéuticos como consecuencia de la utilización de alternativas a los tratamientos farmacológicos.

En cuanto a los *equipos de Atención Primaria*, si bien al principio acogieron el proyecto con ciertas reservas a día de hoy lo perciben con entusiasmo y como una posibilidad real de mejorar la asistencia a sus pacientes con depresión así como la colaboración con los equipos de Salud Mental. Las herramientas de cribado y diagnóstico suponen una ayuda importante de cara a ordenar el percibido como “barullo” de pacientes que acuden a la consulta de Atención Primaria con síntomas depresivos y a los que en ocasiones no es fácil orientar desde el punto de vista clínico. La posibilidad de usar alternativas a las estrategias farmacológicas ha ilusionado especialmente a los equipos participantes, en este sentido el rol de la enfermería de primaria mejora al tener un papel protagonista en la organización y liderazgo de intervenciones de psicoeducación grupal e individual.

Desde la perspectiva de los *profesionales de Salud Mental* se percibe el proyecto como una oportunidad para aliviar la presión asistencial y una posibilidad de optimización de la demanda en el nivel especializado. La existencia de un equipo integrado en el que participan profesionales de ambos niveles asistenciales favorece la conexión y colaboración entre los mismos permitiendo a los profesionales de la especializada apoyar a sus colegas de la primaria en la gestión, seguimiento y control de casos.

4. Conclusiones

Los proyectos colaborativos aparecen como una propuesta elaborada y característica de los contextos sociosanitarios actuales, comunitarios y no “hospitalocéntricos”, con un funcionamiento en red promovido por varios motores: La medicina basada en la evidencia, las tecnologías de comunicación y la gestión descentralizada y compleja del conocimiento.

La estrategia para el abordaje de la cronicidad y los modelos que la sustentan aparecen también como fondo en la elección de aquellos problemas de salud que por su peso epidemiológico,



características evolutivas y gasto sanitario, las hacen susceptibles de enfoques específicos y sostenibles.

La depresión en el ámbito de la Atención Primaria cumple estas características descritas y añade un factor de complejidad determinado por la consistencia de su diagnóstico a partir de síntomas subjetivos y no de signos objetivos (más cercanos a la experiencia de la práctica médica habitual), pero no por ello menos presentes en la Atención Primaria.

La metodología BTS es continente para este tipo de problemas, da un sentido a todos los ámbitos en los que se plantea el diagnóstico y tratamiento de la depresión leve y moderada y además genera una serie de efectos secundarios, consistentes con su modelo.

- Crea un discurso de acercamiento progresivo y sistemático al problema planteado, con unas características de interdisciplinariedad y horizontalidad que ha servido para el replanteamiento de roles y la adquisición de nuevas habilidades escasamente desarrolladas.
- Genera un marco de colaboración interniveles con el respeto y el intercambio de saberes como telón de fondo.
- Es proactivo con la creación de una cultura de colaboración a partir de intervenciones ya experimentadas, en un marco naturalista y con vocación de permanencia.
- Por último la experiencia BTS de depresión en Atención Primaria se ha constituido en un formato de investigación amplio, accesible y amigable con unos resultados que pueden ser incorporados como mejoras desde el primer momento.

A falta de la evaluación más exhaustiva, dado su escaso recorrido, el colaborativo BTS ya ha tenido un efecto “normalizador” en el contexto de la relación interniveles en una muestra importante tanto de la Atención Primaria como de la Salud Mental en la CAPV, quedan por ver sus posibilidades como herramienta de mejora aumentando el nivel de precisión en el cumplimiento de objetivos y su capacidad como metodología efectiva en función de sus resultados finales.

Referencias

1. Gabilondo A., Rojas-Farreras S., Vilagut G., Haro JM., Fernández A., Pinto-Meza A., Alonso J. Epidemiology of Major Depressive Episode in a Southern European Country: Results from the ESEMeD-Spain Project. *J Affect Disorders*. 2010 Jan; 120(1-3):76-85.
2. Gabilondo A Vilagut G., Pinto-Meza A., Haro JM., Alonso J. Comorbidity of major depressive episode and chronic physical conditions in Spain, a country with low prevalence of depression. *General Hospital Psychiatry*. 2012. In press.
3. Eaton WW., 2008. The Burden of Mental Disorders. *Epidemiol Rev*. 30, pp. 1-14.
4. Sobocki, P., Jonsson, B., Angst, J., Rehnberg, C., Cost of depression in Europe. *J. Mental Health Policy Econ*. 2006; 9 (2): 87-98.
5. Gabilondo A., Rojas-Farreras S., Rodríguez A, Fernández A., Pinto-Meza A, Vilagut G., Haro JM., Alonso J. Use of Primary and Specialized Mental Health Care for a Major Depressive Episode in Spain by ESEMeD Respondents. *Psychiatr Serv*. 2011 Feb;62(2):152-61.
6. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S., Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009; 374: 609–619.
7. Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia. Sistema de Información y registro. Memoria 2009.
8. Información no publicada. Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia. Unidad de Gestión Sanitaria.
9. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope: www.who.int/whr/2001/en
10. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. 2010. Disponible en: <http://cronicidad.euskadi.net/descargas/plan/EstrategiaCronicidad.pdf>
11. Wagner, E. H., B. Austin and M. Von Korff. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *The Milbank Quarterly*. 1996; 74(4): 511-44.
12. The Breakthrough Series: un modelo colaborativo para conseguir un avance innovador en el sector sanitario. En Bengoa R, Nuño R.

- Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. 2008. Elsevier España.
13. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N^o 2006/06.
 14. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener. *Medical Care* 2003; 41: 1284-1294.
 15. Kroenke, K, Spitzer, RL, Williams, JBW: The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*. 2001;16:606-613.
 16. Löwe, B, Unützer, J, Callahan, CM, Perkins, AJ, Kroenke, K: Monitoring Depression Treatment Outcomes with the Patient Health Questionnaire-9. *Medical Care*. 2004; 42(12):1194-1201.
 17. Löwe, B, Kroenke, K, Herzog, W, Gräfe, R: Measuring Depression outcome with a brief self-report instrument: Sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders*. 2004; 81: 61-66.
 18. Cole, S, unpublished document. October 2003. Disponible en: <http://lphi.org/CMSuploads/SuicideRiskAssessment-06008-50330.pdf>
 19. Documento no publicado. Fuente: Grupo de trabajo del Protocolo de intervención grupal psicoeducativo para pacientes con depresión leve/moderada en Atención Primaria. Plo7/90712
 20. Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996;34:220-33.
 21. Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A., LeVois, M., Nguyen, T.D., Roberts, R.E. y Ster, B. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*. 1979; 2: 197-207.
 22. Donald E. Nease, Paul A. Nutting, W. Perry Dickinson, Aaron J. Bonham, Deborah G. Graham, Kaia M. Gallagher, Deborah S. Main. Inducing Sustainable Improvement in Depression Care in Primary Care Practices. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. May 2008; Vol 34 (5): 247-255.
 23. Berraondo I, Nuño R, Toro N, Sauto R, San Martín L. Cuestionario de valoración de la colaboración entre profesionales clínicos de distintos niveles de atención O+berri/Osakidetza, 2012.

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XIV)

Psicofarmacología. Bases y Aplicación Clínica 2ª parte, 3ª entrega

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

Presentación

Con esta 3ª entrega damos por terminado el repaso a algunos aspectos introductorios en Psicofarmacología. En próximos números de *NORTE de salud mental* serán abordados los aspectos concretos de diferentes grupos de fármacos.

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

Preguntas

Manejo de psicofármacos en poblaciones médico quirúrgicas

Pregunta 116: Cuando se instaura tratamiento psicofarmacológico al paciente cardiópata se deben tener en consideración aspectos importantes. De las proposiciones siguientes señale la errónea:

- A) La depresión es un factor de riesgo de mortalidad en pacientes con infarto de miocardio.
- B) El empleo de trazodona se ha asociado a un incremento de la actividad ectópica ventricular.

- C) El haloperidol podría considerarse antipsicótico de elección en pacientes con enfermedad cardiovascular.
- D) Bupropión destaca por su seguridad cardiovascular.
- E) El empleo de metilfenidato es particularmente peligroso en pacientes cardiopatas.

Pregunta 117: Cuando se instaura tratamiento psicofarmacológico al paciente hepatópata se deben tener en consideración aspectos importantes. De las proposiciones siguientes señale la errónea:

- A) Excepcionalmente la toma de benzodiazepinas será causante de encefalopatía hepática.
- B) El primer paso hepático puede reducirse por shunts extrahepáticos e intrahepáticos ocasionando elevaciones en las concentraciones plasmáticas fármacos.
- C) La ascitis altera el volumen de distribución de fármacos hidrosolubles como el litio.
- D) Las reacciones metabólicas de fase I (desmetilación) se afectan intensamente en la hepatitis alcohólica y la cirrosis activa.
- E) Los antidepresivos heterocíclicos deben emplearse con extrema cautela.



Pregunta 118: Cuando se instaura tratamiento psicofarmacológico al paciente epiléptico se deben tener en consideración aspectos importantes. De las proposiciones siguientes señale la errónea:

- A) Los IMAOs están contraindicados por el alto riesgo de ataque comicial.
- B) Antidepresivos heterocíclicos y bupropión reducen el umbral convulsivo.
- C) Clozapina y maprotilina deben emplearse extremando las precauciones.
- D) El litio puede reducir el umbral convulsivo.
- E) Venlafaxina puede emplearse con seguridad porque tiene escaso poder proconvulsivante.

Pregunta 119: En el paciente que ha sufrido un accidente cerebral vascular -ACV-, todo lo siguiente es cierto, excepto:

- A) Nortriptilina, venlafaxina e ISRS están considerados de primera elección en el tratamiento de la depresión postACV.
- B) Fluoxetina facilita la recuperación de pacientes que están en rehabilitación tras un ictus.
- C) Citalopram o escitalopram pueden ser preferibles a otros ISRS al asociarse con menor riesgo de hemorragia tras el episodio vascular.
- D) Se ha apreciado un aceleramiento de la recuperación tras el ACV con trazodona y amitriptilina.
- E) Escitalopram mejora la recuperación de la memoria verbal y visual.

Manejo de psicofármacos en situaciones vitales específicas

Pregunta 120: ¿Cuál de los siguientes ISRS parece estar asociado, cuando se emplea durante la gestación, a un incremento de malformaciones cardiovasculares?

- A) Sertralina.
- B) Citalopram.
- C) Paroxetina.
- D) Fluoxetina.
- E) Fluvoxamina.

Pregunta 121: ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto al empleo de benzodiazepinas (bzd) durante el embarazo es falsa?

- A) Es preferible el empleo de lorazepam debido a su baja capacidad de acumulación.
- B) Se debe realizar una suspensión gradual de bzd antes del parto para evitar fenómenos de abstinencia.
- C) La exposición a bzd antes del nacimiento puede dar lugar a hipotonía, hipotermia, e hipoactividad temporal.
- D) Existen datos fiables sobre la toxicidad postnatal y las consecuencias sobre el desarrollo de la exposición a las bzd.
- E) El empleo de diazepam poco antes del parto o durante este puede dar lugar al síndrome de bebe hipotónico o *floppy infant*.

Pregunta 122: Según la clasificación de la FDA de teratogenicidad psicofarmacológica ¿Cual de los siguientes fármacos está clasificado en el grupo de mayor riesgo?

- A) Benzodiazepinas hipnóticas.
- B) Clozapina.
- C) IMAOS.
- D) Litio.
- E) Carbamacepina.

Pregunta 123: En relación con el empleo de antipsicóticos en la tercera edad, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- A) Las personas mayores tienen una sensibilidad incrementada a los efectos extrapiramidales de estos fármacos.
- B) Tanto los antipsicóticos típicos como los atípicos, incrementan el riesgo de accidentes cardiovasculares en pacientes con demencia.
- C) Se recomienda evitar antipsicóticos de alta potencia.
- D) La clozapina es mal tolerada y existe un riesgo aumentado de agranulocitosis con la edad.
- E) En caso de hipotensión ortostática, aripiprazol puede ser una buena elección.

Respuestas

Pregunta 116, Respuesta correcta: E

Comentario: El empleo de metilfenidato es seguro en el paciente cardiópata. En muchas ocasiones resulta más beneficioso por su poder activador y estimulante que el uso de antidepresivos para el tratamiento de la depresión “funcional” o somatógena.

Bibliografía: Salazar M., Peralta C., Pastor J. Manual de Psicofarmacología 2ª edición. Salazar M, Peralta C., Pastor J., autores-editores. Editorial Médica Panamericana 2011, 68-76.

Pregunta 117, Respuesta correcta: A

Comentario: Algunos sedantes como las benzodiazepinas, pueden desencadenar *encefalopatía* en pacientes con afectación hepática, al contrario que el flumacenoilo, que puede producir efectos beneficiosos en pacientes con encefalopatía.

Las reacciones metabólicas de fase I (desmetilación) tienden a afectarse más por procesos como la hepatitis alcohólica y la cirrosis activa. El aclaramiento de lorazepam, oxazepam y temazepam, que sufren principalmente reacciones de fase II (glucoronización), resultará poco afectado en estos trastornos, al contrario que el de diazepam, alprazolam o nitrazepam.

A la hora de decidir los fármacos que pautar deben tenerse en cuenta las ventajas de los fármacos con amplio índice terapéutico (ISRS de corta semivida media, venlafaxina o bupropión), y evitar aquellos con un índice terapéutico estrecho (antidepresivos heterocíclicos).

Bibliografía: Salazar M., Peralta C., Pastor J. Manual de Psicofarmacología 2ª edición. Salazar M, Peralta C., Pastor J., autores-editores. Editorial Médica Panamericana 2011, 78-81.

Pregunta 118, Respuesta correcta: A

Comentario: Algunos trastornos, como depresión o psicosis, se presentan con mayor frecuencia de lo esperable en pacientes epilépticos. Aunque los ISRS o la venlafaxina podrían considerarse de primera elección, los IMAO son los más seguros, si hay alto riesgo de crisis. La epilepsia es una contraindicación relativa al uso de antidepresivos heterocíclicos y bupropión, ya

que reducen el umbral convulsivo. Deberían evitarse la maprotilina y la clomipramina. Aunque la mayoría de los antipsicóticos puede *reducir el umbral convulsivo*, este efecto es más importante con alguno de ellos, como los de baja potencia y, sobre todo, clozapina. Otros compuestos que pueden reducir el umbral convulsivo son los estimulantes, el litio y los inhibidores de la colinesterasa.

Bibliografía: Salazar M., Peralta C., Pastor J. Manual de Psicofarmacología 2ª edición. Salazar M, Peralta C., Pastor J., autores-editores. Editorial Médica Panamericana 2011, 83-84.

Pregunta 119, Respuesta correcta: D

Comentario: Nortriptilina, venlafaxina e ISRS están considerados de primera elección en el tratamiento de la depresión postACV. Fluoxetina, aparte de la mejora en la depresión, facilita la recuperación de pacientes que están en rehabilitación tras un ictus, así como reduce la *incontinencia emocional* en aquellos que sufren accidentes cerebrovasculares.

Sertralina puede prevenir la aparición de la depresión postictus y citalopram o escitalopram pueden ser preferibles a otros ISRS al asociarse con menor riesgo de hemorragia tras el episodio vascular. El uso de escitalopram en pacientes con ACV reciente previene significativamente la aparición de depresión. Escitalopram mejora la recuperación de la función cognitiva global post-ACV y, específicamente, la memoria verbal y visual. Por el contrario, se ha apreciado un entorpecimiento de la recuperación tras el ACV con trazodona y amitriptilina.

Bibliografía: Salazar M., Peralta C., Pastor J. Manual de Psicofarmacología 2ª edición. Salazar M, Peralta C., Pastor J., autores-editores. Editorial Médica Panamericana 2011, 81-82.

Pregunta 120, Respuesta correcta: C

Comentario: Diversos estudios parecen sugerir que no hay una asociación de fluoxetina, citalopram y sertralina, con una mayor tasa de anomalías en el nacimiento. En cambio sí parece que existe una asociación de la toma de fluoxetina con una mayor tasa de abortos espontáneos, con bajo peso (sobre todo a altas dosis), con alteraciones conductuales transitorias, incluyendo



efectos motores, irritabilidad y molestias gastro-intestinales tras el parto, así como hipertensión pulmonar postnatal. La paroxetina debe evitarse durante la gestación ya que con él sí parece darse un incremento de malformaciones cardiovasculares, incluyendo defectos auriculares y septales.

Bibliografía: Govantes Esteso C., Vázquez Souza M.I., Oca Bravo L. Manejo de psicofármacos en situaciones vitales específicas. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág. 246.

Pregunta 121, Respuesta correcta: D

Comentario: Las benzodiazepinas atraviesan la barrera placentaria durante la gestación. Aunque no está clara su teratogeneidad, se han asociado a la aparición de labio leporino y paladar hendido en el recién nacido. En general, se recomienda evitar su empleo durante el primer trimestre debido a este riesgo potencial. No hay evidencias claras de una evolución negativa del embarazo debido al empleo de benzodiazepinas, de forma esporádica, después del primer trimestre. No existen tampoco datos fiables sobre la toxicidad postnatal y las consecuencias sobre el desarrollo de la exposición a benzodiazepinas. Se ha observado disminución de los reflejos, déficit en la memoria o dificultades en el aprendizaje e incluso la posibilidad de retrasos en el desarrollo o de influencia en la aparición de trastornos conductuales.

Bibliografía: Govantes Esteso C., Vázquez Souza M.I., Oca Bravo L. Manejo de psicofármacos en situaciones vitales específicas. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág. 244-245.

Pregunta 122, Respuesta correcta: A

Comentario: La FDA (Food and Drug Administration) clasifica a los diferentes fármacos que atraviesan la placenta según el riesgo potencial de provocar defectos posnatales. Se clasifican en A, B, C, D y X. Los del grupo A son los de menor riesgo, que se incrementa hasta el X (teratógenos). En el grupo A los estudios controlados no muestran riesgo en seres humanos. En el grupo B no hay evidencia de riesgo en seres humanos, pero

no se han realizado estudios adecuados en humanos. En el C el riesgo no puede ser calculado. Hay evidencias de teratogenidad en animales, pero no existen estudios controlados en mujeres o no están disponibles. En el Grupo D existen evidencias de riesgo en seres humanos, riesgo que puede sobrepasar los beneficios, pero pueden ser indicados en situaciones concretas. El grupo X hay riesgo de teratogeneidad. Las benzodiazepinas hipnóticas están incluidas en este grupo. La clozapina está clasificada en el grupo B. Los IMAOS en el C. El litio y la carbamazepina en D.

Bibliografía: Govantes Esteso C., Vázquez Souza M.I., Oca Bravo L. Manejo de psicofármacos en situaciones vitales específicas. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág. 243-244.

Pregunta 123, Respuesta correcta: C

Comentario: La farmacoterapia con antipsicóticos tiene como escollos fundamentales la sensibilidad incrementada a efectos extrapiramidales y la aparición de discinesia tardía. Aunque inicialmente se relacionaron exclusivamente los antipsicóticos atípicos con una mayor mortalidad por accidentes cerebrovasculares en pacientes con demencias, posteriormente se ha comprobado que ese riesgo también se asocia a los convencionales. La elección del antipsicótico se realiza según el perfil de efectos secundarios. Se recomienda evitar los antipsicóticos de baja potencia debido a los efectos anticolinérgicos, el riesgo de hipotensión, sedación y alteración de la conducción cardíaca. Es preferible el empleo de los de alta potencia en dosis bajas. La clozapina es mal tolerada y existe un riesgo aumentado de agranulocitosis con la edad; el incremento rápido de dosis es particularmente problemático. Para los casos con hipotensión ortostática, aripiprazol puede ser un buen candidato, ya que tiene muy poca afinidad por el receptor 1-adrenérgico.

Bibliografía: Govantes Esteso C., Vázquez Souza M.I., Oca Bravo L. Manejo de psicofármacos en situaciones vitales específicas. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág. 253.

La asistencia psiquiátrica en la ciudad de Valencia durante la Guerra Civil española (1936-1939)

Psychiatric care in the city of Valencia during the Spanish Civil War (1936-1939)

Xavier García Ferrandis. Universidad de Valencia.

Resumen: Valencia fue una de las ciudades más importantes de la retaguardia republicana durante la totalidad de la Guerra Civil española. Esta situación geoestratégica convirtió rápidamente a la ciudad en un foco receptor de refugiados que huían de zonas en conflicto y de heridos de guerra procedentes del frente. En este contexto caracterizado por el colapso de los establecimientos sanitarios de la ciudad se enmarca esta investigación.

El objetivo de este artículo es analizar la articulación de la asistencia psiquiátrica en Valencia durante la contienda, valorando el grado de aplicación del Decreto de 3 de julio de 1931.

Palabras clave: Guerra, Hospitales Psiquiátricos, Prestación de Atención de Salud.

Abstract: Valencia was one of the most important city in the republican rearguard during the whole Spanish Civil War. Due to this geostrategic situation, the city quickly became a focus receiving refugees from conflict areas and war wounded from the war front. Therefore, this research is inserted in a context of collapse of health infrastructures in the city.

The aim of this paper is to analyze the psychiatric care organization in Valencia during the war. Implementation of the Decree of 3 July 1931 is also analyzed.

Key words: War, Hospitals, Psychiatric, Delivery of Health Care.

1. Introducción

El estudio de la asistencia psiquiátrica a la población no combatiente durante la Guerra Civil española es muy limitado debido a una serie de dificultades metodológicas (pérdida de documentación, evacuación de establecimientos psiquiátricos, utilización de manicomios como cárceles, etc.). Por este motivo, resulta muy complicado alcanzar conclusiones generales, siendo necesario el abordaje de esta temática desde el punto de vista local (1). En este sentido, se ha estudiado la situación en el manicomio de Leganés

y la evacuación de los pacientes psiquiátricos del Hospital Provincial de Madrid durante la contienda española (2-4). Asimismo, durante este período se ha abordado la asistencia psiquiátrica en los manicomios de La Cadellada (Oviedo) y San Baudilio de Llobregat (Barcelona), y en los hospitales Provincial de Madrid y Casa de Salud de Valdecilla (Santander) (5).

En el caso de la ciudad de Valencia, sin embargo, el estallido de la Guerra Civil ha supuesto un muro infranqueable para la historiografía española, ya que los estudios realizados sobre

la asistencia psiquiátrica no abarcan el período 1936-1939 (6-11). Por otra parte, el reformismo de la asistencia psiquiátrica impulsado por la Segunda República a partir del Decreto de 3 de julio de 1931 ha sido un tema profundamente abordado por los historiadores de la psiquiatría española (12-16).

Esta investigación tiene como objetivo analizar la asistencia psiquiátrica de la población no combatiente durante la Guerra Civil española en la ciudad de Valencia. En concreto, el objetivo fundamental de este artículo es analizar cómo articularon las autoridades valencianas del período bélico la atención psiquiátrica ante un acontecimiento demográfico de gran envergadura: la llegada masiva de refugiados. Asimismo se pretende determinar el grado de aplicación del Decreto de 3 de julio de 1931 en los establecimientos psiquiátricos de Valencia durante la Guerra Civil.

2. Contexto histórico

Valencia fue durante la totalidad de la contienda un importante territorio de la retaguardia republicana. Esta situación geoestratégica atrajo a la ciudad a numerosos civiles evacuados de zonas en conflicto (Madrid, Asturias, Málaga, etc.) y a heridos de guerra procedentes de diferentes frentes, especialmente del cercano Teruel. La ciudad tuvo que acometer una profunda reforma del sistema sanitario para poder atender a este numeroso contingente que, sin embargo, fue incapaz de absorber la demanda asistencial, lo que dio lugar a un progresivo proceso de colapso de las instituciones sanitarias de la ciudad del que no estuvieron exentos los establecimientos psiquiátricos (17). En Valencia el fracaso de sublevación militar del 18 de julio de 1936 produjo un vacío de poder que fue aprovechado por los sindicatos y partidos del Frente Popular para reconducir la situación (18). En este contexto, la gestión y el control de la asistencia sanitaria fue asumida por el Comité Sanitario Popular, un organismo revolucionario con una compleja estructura administrativa integrado dentro del Comité Ejecutivo Popular (19-20).

El Comité Sanitario Popular mostró desde un principio su preocupación por el deficiente estado de la organización psiquiátrica en la ciudad de Valencia. Así, basándose en el Decreto de 3 de julio de 1931 y en los modelos asistenciales existentes en Madrid, Barcelona, Munich, Zurich, Berna, Ginebra, París y Bruselas, las autoridades sanitarias revolucionarias acordaron que la organización psiquiátrica en Valencia debía articularse alrededor de cuatro establecimientos: el dispensario, el hospital, el asilo y la colonia agrícola psiquiátrica (21). En noviembre de 1936 el Gobierno republicano se trasladó a la ciudad de Valencia y acometió una profunda reforma política para recomponer la autoridad del Estado con el fin de ganar la guerra (22-24). Por ejemplo, creó los Consejos Provinciales (25) que, en el caso de Valencia, supuso que la asistencia sanitaria pasara a estar gestionada por la Consejería de Sanidad, un organismo con las competencias recortadas y sometido al control del Estado.

3. Los hospitales psiquiátricos en Valencia durante la Guerra Civil

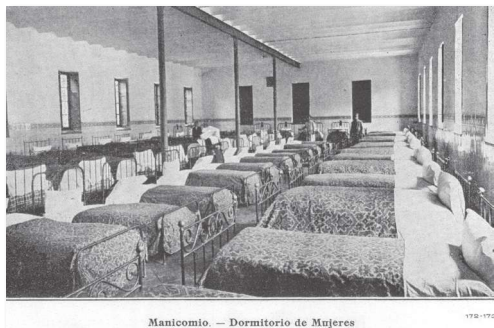
Durante el período bélico funcionaron en Valencia tres hospitales psiquiátricos: el Manicomio Provincial, el Hospital Neurológico y el Sanatorio Psiquiátrico de Montemar. Los tres establecimientos funcionaban con anterioridad a la guerra; sin embargo, la contienda tuvo graves consecuencias en su gestión y funcionamiento.

3.1.1. El colapso del Manicomio Provincial de Valencia durante la Guerra Civil

El reformismo sanitario que impulsó la Segunda República incluyó la mejora de la asistencia psiquiátrica, que cristalizó a través del Decreto de 3 de julio de 1931. En el caso del Manicomio Provincial de Valencia (a partir de ahora MPV), la Diputación de Valencia¹ tomó diferentes iniciativas con el fin de mejorar la asistencia al enfermo mental, como el aumento de la plantilla de número de médicos especialistas y la construcción de un pabellón destinado exclusivamente a niños.

¹ Desde que en 1868 fueran suprimidas las Juntas Provinciales de Beneficencia y sus atribuciones pasaron a las diputaciones provinciales, el manicomio de Valencia estaba administrado por la Diputación de Valencia.

Imagen 1: Dependencias del Manicomio Provincial de Valencia durante la Segunda República



Fuente: Memoria elevada a la dirección General de Administración por el secretario de la Excm. Diputación Provincial de Valencia referente a la gestión administrativa de la Corporación; 1933. Valencia: Diputación de Valencia, 1934.

Sin embargo, estas reformas no consiguieron que el MPV superara una serie de graves deficiencias: el edificio era antiguo y disponía de poca capacidad, el personal médico y de enfermería seguía siendo insuficiente, el número de internos era excesivo, el establecimiento presentaba una tasa de mortalidad elevada y, pese al Decreto de 1931, se continuaban empleando medios crueles de contención física. Estas deficiencias pueden ser atribuidas a la falta de compromiso presupuestario de la Diputación de Valencia y a la ausencia de talante renovador de los médicos del establecimiento, salvo algunas excepciones como López Ibor (26).

De lo expuesto anteriormente podemos deducir que la reforma psiquiátrica impulsada por la Segunda República tuvo un efecto muy limitado en el MPV, lo que hizo que el centro presentara graves deficiencias antes del estallido de la Guerra Civil española.

En julio de 1936 la plantilla del MPV estaba integrada por el director médico (Fernando Domingo Simó), el subdirector médico (José Nadal Conca), tres médicos especialistas (Juan José López Ibor, Jorge Sempere Corbí y Francisco Marco Merenciano) y tres médicos residentes: Pedro Laín Entralgo, Juan Estellés Salarich, Víctor Galiana Guiñón y Héctor Cortina Benejas (27). Domingo Simó había sido médico del MPV desde 1919 y el 31 de diciembre de 1931 había sido nombrado director del mismo; entre 1932 y 1936, preocupado por la asistencia médica que se dispensa

en el establecimiento que dirigía, impartió clases para la obtención de un “Diploma del Enfermero psiquiátrico”. Su objetivo era que los enfermeros tuvieran nociones de medicina y psiquiatría para que colaborasen con los médicos. De la recopilación de los apuntes de sus lecciones surgió el “Prontuario del enfermo psiquiátrico” (Domingo Simó, 1936), donde se describen algunos tratamientos que se dispensaban en el MPV, como la inducción de sueño prolongado para el tratamiento de la esquizofrenia hebefrénica, la paludización terapéutica para la parálisis general progresiva y otros tratamientos psiquiátricos basados en la generación de fiebre.

Retomando el estado del MPV antes de la guerra, hay que señalar que el director había solicitado medidas para mejorar los servicios, que consideraba deficientes. Entre las más urgentes destacaba el aumento de la plantilla (ya que debía atender a 1.170 enfermos), el traslado de aquellos reclusos foráneos cuyas diputaciones no asumían los gastos ocasionados (tal y como marcaban las leyes provinciales) y la construcción de un departamento para separar a las niñas de las adultas. Asimismo, Domingo Simó destacaba el severo déficit presupuestario del establecimiento, que cifraba en 5.5 millones de pesetas (28).

Otro problema que debió afrontar la dirección del MPV antes del comienzo de la guerra fue la sustitución del personal religioso, siguiendo los criterios de laicidad del Estado declarados por la Constitución de 1931. El 28 de mayo de 1936 tuvo lugar el cambio de personal que, según el director, se hizo con total transparencia y no afectó a la normalidad del establecimiento; sin embargo, un acta manuscrita de una reunión del personal sanitario subalterno celebrada el 20 de agosto de 1936 demuestra la indisciplina y conflictividad del nuevo personal sanitario que, lógicamente, repercutió negativamente en la asistencia de los enfermos; concretamente, en esta reunión se hicieron patentes las diferencias entre enfermeras y auxiliares por temas como la distribución de las tareas y el sueldo (29).

Además, la sustitución del personal religioso dio lugar a irregularidades en el nombramiento de personal, según denunció el director del MPV, “donde hay un señor que trabaja y la Dirección no sabe quién lo ha nombrado” (30). Estas irregularidades

fueron comprobadas por el Comité Sanitario Popular: “No existen en la actualidad vacantes de enfermera en el Manicomio Provincial, por estar cubierta la plantilla con exceso” (31).

Posteriormente los sindicatos promovieron una queja contra la Diputación porque el personal femenino del MPV cobraba menos que el resto del personal femenino que trabajaba en otros establecimientos de la Corporación. Finalmente, después de las presiones sindicales se aumentó el sueldo al personal femenino del MPV, a pesar de que la situación económica de la Diputación era precaria.

Por tanto, podemos concluir que la sustitución del personal religioso del MPV se llevó a cabo por presiones políticas sin seguir un criterio de mejora del servicio. Este proceso se caracterizó por la actuación unilateral de los sindicatos y estuvo lleno de irregularidades.

Al estallar la guerra, el MPV perdió a dos médicos de su plantilla. Por una parte, López Ibor, a principios de agosto de 1936 huyó de Valencia para refugiarse en Valladolid (32); a Laín Entralgo, el estallido de la guerra le sorprendió en Santander. Ambos fueron sometidos a un expediente de depuración, que resolvió “declarar cesantes y separar de sus respectivos cargos por considerarlos bajas voluntarias” (33).

El proyecto de reforma psiquiátrica del Comité Sanitario Popular incluía modernizar parte del MPV y dotarlo de laboratorios para transformarlo en Hospital Psiquiátrico, donde recibirían asistencia los enfermos que requirieran una atención terapéutica intensa de acuerdo con su pronóstico favorable. Proponía, asimismo, sanear la parte antigua para transformarla en Asilo Psiquiátrico, para asegurar la atención de los pacientes con mal pronóstico: dementes, oligofrénicos, etc (34).

Sin embargo, en septiembre de 1936, el Comité Sanitario Popular tuvo que realizar en el MPV una primera gestión que trascendía del ámbito sanitario: a instancias de la Comisaría de Orden

Público de Valencia nombró a dos psiquiatras del centro para reconocer a todos los pacientes que hubieren ingresado en el MPV desde el 18 de julio. La policía consideraba que algunos partidarios del fracasado golpe militar habían buscado cobijo entre los muros del manicomio², con el fin de evitar responsabilidades o sanciones (35). No obstante, el informe médico elaborado por Jesús Bartrina y Juan Estellés Salarich descartó que, entre los 96 pacientes ingresados en el MPV entre el 19 de julio y el 22 de septiembre de 1936, hubiere alguno por motivos políticos (36). Jesús Bartrina³ era catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Valencia (37) mientras que Juan Estellés Salarich era médico residente del manicomio desde 1932 y militante del Partido Comunista de España. Al acabar la guerra, Estellés Salarich se exilió a Francia y posteriormente a Méjico, donde trabajó de psiquiatra en una prisión (38).

Por otra parte, las deficiencias que aparecieron en el MPV durante la Guerra Civil fueron innumerables. Especialmente significativas fueron las referidas al personal del establecimiento; así, el 10 de febrero de 1937, el director del MPV comunicó al Comité Sanitario Popular la falta reiterada a sus puestos de trabajo de cinco enfermeras, ausencias injustificadas que a veces se prolongaban durante todo un mes (39). El estado de guerra también afectó al Cuerpo de Practicantes del establecimiento, ya que algunos de sus miembros fueron movilizados sin llegar a ser sustituidos. La falta de recursos humanos en el MPV también afectó al personal facultativo; de hecho, esta carencia se venía arrastrando desde antes de la guerra, ya que en marzo de 1936 los facultativos especialistas, al no haber un Cuerpo de Médicos de guardia, tuvieron que asumir también esta función. Además, tras el golpe de estado de julio de 1936 habían causado baja dos médicos titulares.

La situación se hizo insostenible en febrero de 1937 debido a que “el notable aumento de los ingresos en esta última época ha determinado un aumento importante en la población

² Algunos manicomios sirvieron de “refugio” tras el alzamiento militar de julio de 1936. Tierno R. Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952). *Frenia* 2008; 8: 97-130.

³ Llama la atención que este psiquiatra no trabajara en el Manicomio de Valencia, al menos de manera oficial; es decir, entre la documentación consultada no aparece en la plantilla del mismo, sí bien es cierto que en las plantillas de personal de la Diputación de esta época abundan las listas de “personal que trabaja en este establecimiento y no figura en la plantilla”.

manicomial que exige (*sic*) mayor número de asistencias facultativas” (40). Por este motivo, desde la dirección del MPV se reclamó la creación de tres plazas de médicos encargados del servicio de guardia, y se solicitó ayuda al Gobierno para solucionar los problemas del MPV, ya “que no sólo afecta a Valencia, pues en su Manicomio Provincial se atienden dementes de otras provincias” (41). Finalmente, el 13 de febrero de 1937, el consejero de Sanidad convocó a una reunión a todo el personal del MPV “en vista de las irregularidades en los servicios del Manicomio Provincial” (42).

Las irregularidades del personal se tradujeron en deficiencias en el funcionamiento del centro, en deficiencias higiénicas y en alteraciones del orden interno. En primer lugar, la Consejería de Régimen Interior denunció que algunos enfermos trabajaban sin supervisión; además detectó irregularidades en cuanto a los víveres: se extendían vales para comida sin prescripción facultativa y el personal que tenía menor sueldo decidió llevarse comida del centro a casa (43). En segundo lugar, Domingo Simó denunció deficiencias higiénicas, como la limpieza de utensilios del departamento de hombres en un fregadero situado en el de niños “con riesgo de la salud de estos enfermitos y siendo necesario corregir esta deficiencia” (44).

Por último, la falta de personal en el MPV provocó un aumento de las fugas; efectivamente, en el período 1919-1930 la tasa de fugas se había situado en 2,8% (45), mientras que en el período de estudio ascendió al 5,87% (46).

La situación se hizo insostenible y, en junio de 1937, la Inspección General de Nosocomios del Ministerio de Instrucción Pública y Sanidad realizó una visita de inspección en el MPV, que puso al descubierto numerosas irregularidades (47). En primer lugar la Inspección denunciaba la elevada mortalidad del establecimiento, que situaba en el doble que en otros centros similares y que atribuía al hacinamiento de más de 1.000 enfermos. Asimismo, en el informe se recogían las deficientes condiciones higiénicas del establecimiento, describiendo enfermos llenos de parásitos, comidas contaminadas por moscas y casos extremos de enfermos desnudos yaciendo en un montón de paja entre excrementos. Por otro lado, se denunciaba

la falta de sedantes e hipnóticos que obligaba a la sujeción mecánica de enfermos agitados con grilletes y cadenas de hierro, camisas de fuerza, y al aislamiento en celdas sin ningún tipo de ventilación. Otras deficiencias técnicas denunciadas eran la falta de una sala especial para epilépticos, la ausencia de separación de niñas y mujeres adultas, la falta de terapia ocupacional (tareas agrícolas y domésticas) de la mayoría de los internos y la deficiente vigilancia de los internos, lo que justificaba el elevado número de fugas que sufría el centro. En último lugar, el informe atribuía estas irregularidades a la escasa dotación presupuestaria. Se ha comprobado que esta acusación estaba fundamentada, ya que el MPV sólo había recibido el 2% del presupuesto de la Consejería de Sanidad para el año 1937, unas 20.000 pesetas (48).

Enumeradas todas estas deficiencias, la Inspección General de Nosocomios consideraba que la solución pasaba por la urgente reducción de la población manicomial, así como la aplicación de una serie de medidas, como el despiojamiento de los enfermos, la supresión de las celdas de aislamiento, la creación de una sección especial para aislar a los enfermos de tuberculosis y el tratamiento de los enfermos epilépticos en salas especializadas. Para acabar, el informe describía la importancia de fomentar la disciplina de los enfermeros, que consideraba el elemento fundamental para que la asistencia sanitaria fuera correcta. Después de esta serie de recomendaciones, la Inspección General de Nosocomios esgrimía el Decreto del Gobierno de 12 de junio del 1937, que permitía al Ministerio de Instrucción Pública y Sanidad la incautación de aquellos centros sanitarios donde las dificultades económicas afectaran a la asistencia de los enfermos (49).

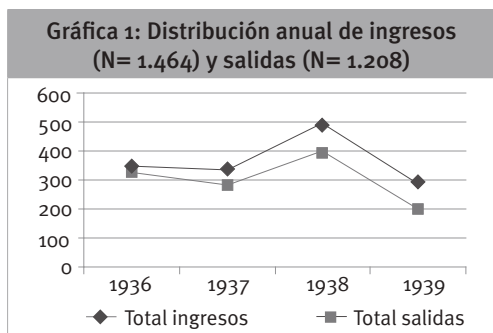
El director se defendió de las acusaciones argumentando que la situación del MPV se derivaba de la escasa inversión económica, tanto del Consejo Provincial como del Ministerio. En agosto de 1937 Domingo Simó dimitió del cargo de director médico del MPV (50) y fue sustituido por el que había sido subdirector hasta entonces, José Nadal Conca (51). En diciembre de 1937, Nadal Conca volvió a denunciar que el MPV no disponía de agua potable y se abastecía de un pozo en malas condiciones, afirmando que “son excepcionales los casos de curación porque las demencias y

enfermedades neurológicas de base se ven agravadas por procesos infecciosos”⁴ (52).

3.1.2. El Manicomio Provincial de Valencia: demografía psiquiátrica durante la Guerra Civil

En este apartado se analiza la repercusión que tuvieron en la población manicomial todos los problemas descritos anteriormente. Con este objetivo han sido analizados los libros de entrada de enfermos y se han estudiado los 1.464 pacientes ingresados entre febrero de 1936 y agosto de 1939. El seguimiento de los pacientes se ha realizado hasta la fecha posterior del período de estudio; por ejemplo, para el cálculo de la tasa de mortalidad no hemos tenido en cuenta aquellos pacientes ingresados antes o durante la contienda pero fallecidos en 1940. Por otra parte, los reingresos no han sido considerados como casos nuevos.

En la gráfica 1 se observa la distribución del número anual de ingresos y de salidas durante el período de estudio.

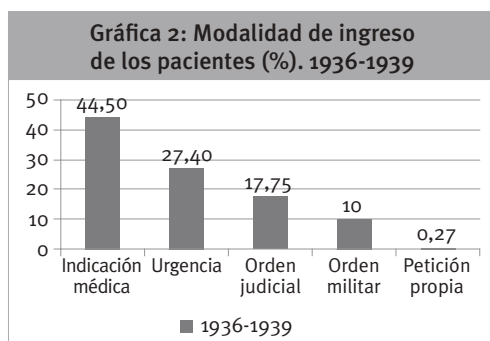


Fuente: elaboración por el autor a partir de datos consultados en Libro de ingresos en el Manicomio. 1936-1939. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, VI.3.1, libros 5132, 5133, 5155 y 5156.

Los datos expuestos podrían hacer pensar que esta relativa estabilidad entre el número de entradas y de salidas era incompatible con la situación de hacinamiento descrita. Sin embargo, el número total de pacientes ingresados había aumentado claramente desde 1931, pasando de los 960 de ese año a los 1.149 de 1935 (53), seguramente fruto del Decreto de 3 de julio de 1931. En 1936 el número siguió aumentando hasta situarse en 1.189, estabilizándose en 1937 en 1.175 (54).

Por tanto, los datos presentados en la gráfica 1 no solo son compatibles con una situación de hacinamiento, sino que cabe considerar que ésta los condicionó. Es decir, pensamos que la sobresaturación del MPV obligó a sus responsables a conceder un número de altas similar al número de ingresos. Dicho de otro modo: las altas en el MPV durante la Guerra civil no se concedieron siguiendo criterios médicos, sino con el objetivo de no incrementar el hacinamiento.

En la gráfica 2 se puede apreciar que la indicación médica (incluida la urgencia) fue, con creces, la modalidad más frecuente de ingreso en el MPV durante la Guerra Civil, consecuencia de la mayor relevancia que el Decreto de 1931 otorgó al médico. No sucedió lo mismo con el intento de favorecer la voluntad del paciente, también objetivo de la reforma republicana, ya que únicamente cuatro de los 1.464 paciente optaron por esta modalidad de ingreso. Destacan, igualmente, los ingresos por orden de la autoridad militar -modalidad no contemplada en el Decreto- que refleja, lógicamente, la situación excepcional derivada del estado de guerra.



Fuente: elaboración por el autor a partir de datos consultados en Libro de ingresos en el Manicomio. 1936-1939. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, VI.3.1, libros 5132, 5133, 5155 y 5156.

Por otra parte, resulta interesante conocer el lugar de procedencia de los pacientes ingresados durante la Guerra Civil, ya que, como hemos señalado, la llegada masiva de evacuados condicionó extraordinariamente el funcionamiento del MPV. Así, durante el período de estudio ingresaron en el centro un total de 556 pacientes procedentes de otras provincias (un 38% del total). Esta realidad se hace más patente tomando como referencia el día 18 de julio de 1936; así, entre el uno de febrero

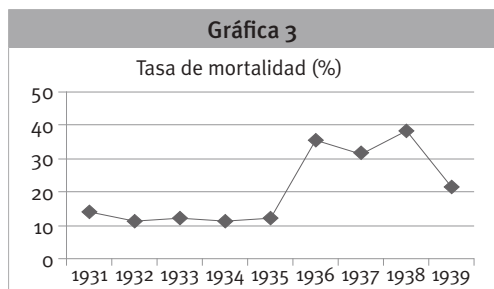
⁴ Inferimos que el director se refería a enfermedades de transmisión hídrica, como la disentería y la fiebre tifoidea.

y el 16 de julio de 1936, el porcentaje de pacientes ingresados de otras provincias fue despreciable (0,1), mientras que a final del mismo año alcanzó el 23%. En 1937 se alcanzó un 45,5%, porcentaje que se estabilizó en 1938 (44,8%).

Resulta evidente, por tanto, que la Guerra Civil hizo que el Manicomio de Valencia perdiera su carácter provincial, ya que una vez consolidado el estado de guerra, casi la mitad de los pacientes ingresados procedían de provincias diferentes a la valenciana.

Otra consecuencia directa de la contienda en el MPV fue el ingreso de milicianos y militares, constituyendo este colectivo el 10% de los ingresos (N=147). Además, de los 57 militares ingresados en 1938, 50 procedían de diferentes instituciones médicas militares (Clínica Psiquiátrica Militar de Benidorm, Policlínica del Instituto de Carabineros de Valencia, Hospital Militar de Valencia) y habían sido declarados por un tribunal médico “inútil total para el servicio de armas” (55). Podemos considerar, por tanto, que las autoridades militares utilizaron el MPV para trasladar a militares con alteraciones psiquiátricas graves procedentes de los organismos médicos que gestionaban.

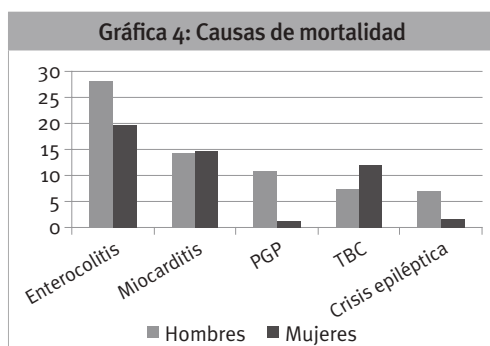
A continuación presentamos en la gráfica 3 la tasa de mortalidad en el Manicomio de Valencia durante la Guerra Civil. Se puede apreciar la estabilidad de este parámetro durante la etapa republicana anterior a la guerra (ligeramente superior al 10%). Llama la atención el brusco aumento que experimentó la tasa de mortalidad del MPV durante la Guerra Civil, situándose en 1938 en el 38,2%. Hubo que esperar hasta 1939 para que se produjera la disminución de este parámetro, que se mantuvo, no obstante, en el doble del valor de la etapa prebélica.



Fuente: elaboración por el autor a partir de datos consultados en Heimann C. El Manicomio de Valencia (1900-1936) [tesis doctoral]. Valencia: Universitat de València; 1994 y en Libro de registro de ingresos en el Manicomio de Valencia. 1936-1939. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, VI.3.1 libros 5132, 5133, 5155, 5156.

En la gráfica 4 se observa la distribución de las causas de mortalidad. Las enfermedades infecciosas fueron la causa más frecuente de fallecimiento en el MPV entre 1936 y 1939, constituyendo el 55,75% de todas las muertes. La enterocolitis fue la primera causa de muerte entre la población manicomial, tanto masculina (28,1%) como femenina (19,6%) (56).

Llama la atención que la distribución de las causas de mortalidad permaneció estable con respecto a lo que venía ocurriendo desde principios del siglo XX: causas digestivas (24,72%), tuberculosis (14,3%), parálisis general progresiva (9,2%) y crisis epilépticas (4%). La miocarditis constituye la excepción a esta observación con una incidencia del 5% (57).



Fuente: elaboración por el autor a partir de datos consultados en Libro de registro de ingresos en el Manicomio. 1936-1939. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, VI.3.1, libros 5132, 5133, 5155 y 5156.

Destaca, asimismo, la distribución por sexos de la parálisis general progresiva; efectivamente, las fase terminal de la sífilis tuvo una incidencia mucho mayor entre los enfermos varones (10,8%) que entre las enfermas (1,1%), que puede ser atribuida a la mayor promiscuidad sexual de los hombres; sin embargo, consideramos que no existe una relación directa con el estallido de la guerra, ya que, como acabamos de comentar, este porcentaje de PGP es muy similar al que se venía registrando desde comienzos del siglo XX. Por otra parte, la mortalidad por causa psiquiátrica aparece en 10 casos, constituyendo únicamente el 2,1% de la mortalidad total, un porcentaje similar al que se venía observando desde principios de siglo. Finalmente, cabe destacar la baja incidencia del suicidio como causa de muerte durante el período de estudio (N=1).

En cuanto a la mortalidad en el MPV durante la Guerra Civil podemos concluir que, si bien se evidencia un claro aumento de la misma con respecto al período republicano, las causas de fallecimiento son muy similares a las que se venían registrando desde principios de siglo.

3.2. El Hospital Neurológico

Como hemos señalado anteriormente, uno de los objetivos del Comité Sanitario Popular fue la mejora de la asistencia psiquiátrica en Valencia. Dado que la ciudad no disponía de dispensario psiquiátrico y ésta era la institución alrededor de la cual debía articularse la asistencia psiquiátrica según el reformismo impulsado por la Segunda República, las autoridades revolucionarias valencianas consideraron que el Hospital de Santa Ana reunía las condiciones para acoger esta infraestructura médica (58).

Fundado en 1880 por los marqueses de San Juan, estaba situado en el número 1 del paseo de la Pechina. Tenía carácter benéfico y se había especializado en el tratamiento de la corea minor o baile de San Vito, ya que prestaba asistencia, principalmente, a los niños del cercano Asilo de San Juan Bautista (59).

En septiembre de 1936 fue incautado por el Comité Sanitario y pasó a denominarse Hospital Neurológico, Hospital Psiquiátrico o Hospital Frenológico. Posteriormente, las autoridades sanitarias nombraron director del centro a Fernando Domingo Simó, que era el médico director del Manicomio Provincial y fue el único médico del Hospital Neurológico (60).

Imagen 2: Denominación “tradicional” (izquierda) y “revolucionaria” (derecha) del hospital



Fuente: Oficio del director del Hospital de Santa Ana. 1936. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1, caja 31 (izquierda) y Oficio del director del Hospital Neurológico. 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia., D.6.1, caja 31 (derecha).

La existencia de un inventario muy detallado datado el 14 de mayo de 1937 nos ha permitido inferir la actividad asistencial que debió tener lugar en este hospital. Así, el Hospital Neurológico disponía de abundante material de laboratorio y de una “sala de corrientes” con un aparato de radiología completo y “un baño electrostático”. Además, en el botiquín abundaban diferentes sustancias con propiedades anestésicas (éter), sedantes (morfina), antiparkinsoniana y antiespasmódica (escopolamina), y diverso material quirúrgico en baja cantidad: tres ligaduras, varias vendas, un bisturí y dos pinzas de Pean (61). El material y las sustancias presentes en el Hospital Neurológico nos permite inferir que este centro estaba especializado en el tratamiento de enfermedades del sistema nervioso central y que se administraba electroterapia, limitándose la actividad quirúrgica a procesos leves. Efectivamente, una relación de los servicios realizados por los practicantes durante junio de 1937 confirma nuestra hipótesis, ya que durante ese mes se pusieron 83 inyecciones subcutáneas, se aplicaron 196 corrientes galvánicas y 160 baños electrostáticos, se hicieron 45 curas, se drenó un absceso y se suturó una herida (62).

El Hospital Neurológico proporcionaba asistencia ambulatoria a 250 enfermos y tenía capacidad para hospitalizar a 30; sin embargo, en marzo de 1937 el centro hospitalario acogía a 47 enfermos varones (63), lo que permite afirmar que el Hospital Neurológico se colapsó a lo largo de la primavera de 1937.

Este hacinamiento provocó la aparición de una serie de deficiencias que se tradujeron en una elevada mortalidad, superior al 17,3% (64), que los enfermos no dudaron en denunciar: “Aquí nos asisten muy mal (...) yo he venido aquí a curarme y no a morir de hambre” (65).

Por este motivo, el director reclamó más personal de enfermería para poder atender correctamente a los enfermos ingresados (66), y solicitó la realización de una obras para mejorar el funcionamiento del hospital: “Es urgente en este Hospital el colocar una puerta de un water que dá (sic) a una sala de enfermos por peligrar éstos por las emanaciones que despiende” (67).

Por otro lado, el 3 de abril de 1937 el director solicitó el traslado de cinco pacientes que, atendiendo al diagnóstico, no tenían que haber ingresado en el hospital: epiteloma de lengua, reumatismo articular, arteriosclerosis y endocondritis (68). Además, la documentación consultada indica que este hospital presentó un elevado índice de derivación a otros hospitales de la ciudad (69). La información que acabamos de exponer permite afirmar que este hospital perdió su concepción inicial de centro asistencial para enfermos psiquiátricos, por lo que el director optó por el traslado no sometido a criterio médico para intentar paliar el colapso.

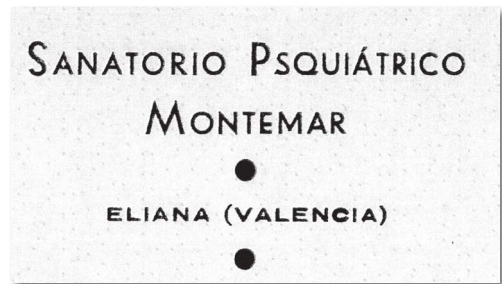
El funcionamiento deficiente del Hospital Neurológico hizo que el 7 de agosto de 1937 las autoridades sanitarias tomaran una solución radical: “Cumpliéndose acuerdos de esta Consejería, y en vista de la suspensión de actividades del H. Neurológico (...)” (70). Sin embargo, en agosto de 1938 el Ministerio de Defensa compró el Sanatorio Antituberculoso de Porta-Coeli con el fin de instalar la Escuela Superior de Guerra, lo que provocó el traslado e ingreso de los enfermos tuberculosos en el Hospital Neurológico hasta 1940 (71).

Del estudio de este centro sanitario se puede concluir que la readaptación del Hospital Neurológico -que ya existía antes de la guerra- consistió en su transformación en un dispensario para enfermos psiquiátricos. Sin embargo, las numerosas deficiencias asistenciales se materializaron en una elevada tasa de mortalidad y finalmente obligaron a la clausura del centro. Posteriormente, la evolución de la situación epidemiológica de la población de Valencia -auténtica y refugiada- provocó su reapertura como hospital antituberculoso.

3.3. El Sanatorio Psiquiátrico de Montemar

Situado en la localidad de L'Eliana (a unos 15 km. de Valencia), había sido fundado a finales de 1935 por José López Luz, practicante del MPV. Con este fin, López había arrendado una finca rústica y un edificio conocido como “el Palacio”.

Imagen 3



Fuente: Oficio del director del Sanatorio de Montemar. 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 24.

Según el Comité Sanitario Popular, este sanatorio reunía las condiciones para ser transformado en colonia agrícola psiquiátrica donde poder llevar a cabo la laborterapia, ya que “las colonias [deben estar situadas] en el campo libre a una distancia no inferior a quince kms de la capital y no superior a veinticinco kms (...). Deben ser establecidas en alguna masía o heredad de bastante extensión de tierra de labrantía” (72).

Finalmente, el 23 de febrero de 1937, José López Luz cedió los derechos del contrato de explotación de Montemar al Consejo Provincial sin ninguna contraprestación a cambio, salvo ser nombrado temporalmente administrador del sanatorio sin perder su plaza de practicante en el MPV (73). En agosto de 1937 Domingo Simó asumió la dirección, tras haber dimitido como director del MPV (74). Estos movimientos de personal desde el manicomio al centro de L'Eliana han de ser situados en un contexto laboral caracterizado por la presión asistencial y las irregularidades, tal y como hemos descrito anteriormente.

Finalmente el Consejo Provincial de Valencia aceptó la cesión del sanatorio y asumió los gastos que se derivaban del funcionamiento del mismo, unas 9.000 pesetas al mes (75). Por otra parte, el número mensual de enfermos que dependían de este centro osciló entre los 30 y 45, que cuyas familias pagaban entre 150 y 400 pesetas mensuales (76). De estos números se desprende la existencia del equilibrio presupuestario del sanatorio; incluso se evidencian los potenciales beneficios que obtenía el Consejo Provincial por la gestión del centro de Montemar.

Además, resulta interesante establecer dos comparaciones en este sentido con el MPV. En primer lugar, los pensionistas del manicomio pagaban entre 30 y 105 pesetas al mes⁴; no solo la cantidad era notablemente inferior a la tarifa de Montemar, sino que el número de enfermos pensionistas en el MPV apenas alcanzaba el 5% de la población total (77). Por otra parte, frente a la estabilidad presupuestaria del sanatorio, en 1937 el MPV presentaba un déficit de 1.256.542'5 pesetas, que constituía el 56% del déficit total de la Consejería de Sanidad (78).

El Reglamento del Sanatorio Psiquiátrico de Montemar presentado al Consejo Provincial el 25 de junio de 1937 confirma que la idea inicial del Comité Sanitario Popular había quedado desvirtuada. Efectivamente, el centro fue elegido para seguir desarrollando una idea piloto que había tenido lugar en Bélgica con buenos resultados: el régimen de asistencia familiar heteróloga (79); es decir, algunos de los enfermos se integraban en familias voluntarias de L'Elia que previamente habían recibido un curso de enfermería psiquiátrica. Por otro lado, la forma de ingreso en Montemar no difería de la señalada en el Decreto de 3 de julio de 1931; sin embargo, el matiz introducido por el Reglamento en su primer artículo ("solo serán admitidos en él enfermos pensionistas") desvirtuó el decreto republicano, estableciéndose claras diferencias entre la forma de ingreso en Montemar y en el MPV. Efectivamente, en el supuesto de ingreso por orden gubernativa o judicial o por procedimiento de urgencia, además de los requisitos legales establecidos en el Decreto de 1931, el Reglamento establecía que la estancia no podía prolongarse más de 48 horas, siendo los pacientes que carecían de medios económicos trasladados posteriormente al MPV. Este último extremo está en consonancia con el artículo adicional número 16: "Cuando los enfermos pensionistas dejaren de pagar la estancia correspondiente, serán trasladados al Manicomio provincial" (80), "amenaza" que en ocasiones se materializó: "No habiéndote presentado para formalizar la pensión de (...), ingresada en el Sanatorio de Montemar, te comunico que si no te presentas, procederemos a trasladarla al Manicomio Provincial" (81). En este

contexto restrictivo, también llama la atención el artículo adicional número dos, que señalaba que "únicamente podrán ingresar en el Sanatorio "Montemar" los enfermos psíquicos que sean naturales de la provincia de Valencia" (82). Como en el caso anterior, este artículo también se llevó a la práctica; así, en abril de 1937, de los 38 ingresados en Montemar, únicamente dos eran evacuados, siendo el resto naturales de la provincia de Valencia (83).

La explicación del requisito económico para el ingreso en el Sanatorio de Montemar aparece reflejada en el Reglamento. Éste se exigirá "mientras una reorganización general de la asistencia psiquiátrica provincial cree estancias gratuitas para enfermos pobres" (84). Es decir, las autoridades valencianas se dieron cuenta de la imposibilidad de la reforma de la asistencia psiquiátrica en el ámbito público, por lo que optaron por intentar que se materializara a nivel privado. Por otra parte, la restricción de ingreso a pacientes valencianos puede considerarse como una manera de evitar que se repitiera la situación del MPV: el colapso debido a la masiva llegada de militares y evacuados enfermos con el consecuente descenso de la calidad asistencial.

En cuanto a la demografía psiquiátrica, entre el 28 de agosto de 1936 y el 18 de agosto de 1937 se produjeron 68 ingresos (85). Solamente cuatro de ellos tuvieron lugar "por urgencia"; los 64 restantes se produjeron a instancias de algún familiar que, supuestamente, satisfacía la pensión. Asimismo, de las 23 altas documentadas, 17 se produjeron "por reclamación de la familia", posiblemente al no poder seguir pagando las estancias. Solo seis altas están justificadas "por curación o remisión". Por otra parte, en este período de tiempo tan solo se produjo un fallecimiento y una fuga. Por lo que respecta al diagnóstico, en abril de 1937 había 32 pacientes ingresados, de los que 11 padecían esquizofrenia paranoide, 9 esquizofrenia hebefrénica, dos catatónica y otros dos psicosis de situación (86).

De la información expuesta podemos concluir que el ingreso en el Sanatorio Psiquiátrico de Montemar no estuvo fundamentado en criterios médicos sino económicos. Además, el equilibrio

⁴ El Reglamento del 17 de octubre de 1930 introdujo la posibilidad de que el MPV acogiera enfermos pensionados.

presupuestario del centro y las restricciones para ser admitido influyeron en la calidad de la asistencia médica, lo que se tradujo en un bajísimo porcentaje de fugas y fallecimientos.

4. Conclusiones

El intento de las autoridades sanitarias valencianas de articular la asistencia psiquiátrica durante la Guerra Civil de acuerdo con los postulados del Decreto de 3 de julio de 1931 resultó infructuoso. En Valencia se consagró la existencia de una doble red de asistencia psiquiátrica: una pública y otra privada. Con este modelo, la atención a enfermos mentales en la ciudad se retrotrajo a niveles de mediados del siglo XIX (Reglamento de 1852).

El tímido efecto reformista del decreto republicano en el Manicomio de Valencia fue anulado por la situación derivada de la guerra, muy especialmente debido al hacinamiento como consecuencia del ingreso de evacuados y militares. Así, el centro sanitario volvió a convertirse en un espacio poco medicalizado, insalubre y masificado con una elevada tasa de mortalidad; frente a esta realidad, el Sanatorio Psiquiátrico de Montemar, dirigido a un público acomodado, se caracterizó por una asistencia psiquiátrica de calidad y pionera. También fracasó el intento de transformar el Hospital de Santa Ana en dispensario psiquiátrico, ya que el hacinamiento y las deficiencias asistenciales e higiénicas precipitaron su clausura.

Contacto

Xavier García Ferrandis • xagarfe@alumni.uv.es

Escuela Profesional "Xavier" • C/ Pintor López, 8. 46003 Valencia.

5. Bibliografía

- (1) Huertas R. La atención psiquiátrica a la población no combatiente durante la guerra civil española. En: Campos R., Villasante O., Huertas R., editores. De la «Edad de Plata» al exilio. Construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española. Madrid: *Frenia*, 2007; p. 259-67.
- (2) Villasante O., Vázquez de la Torre P., Tierno R. La guerra civil en el manicomio de Leganés: aproximación de un estudio a la población manicomial. En: Martínez J., Estévez J., Blas V., Cura M., editores. La locura y su gestión: conocimiento, prácticas y escenarios. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 2008; p. 543-87.
- (3) Villasante O., Vázquez de la Torre P., Tierno R. El manicomio nacional de Leganés: entre la reforma legislativa y la práctica asistencial (1936-1939). En: Campos R., Villasante O., Huertas R., editores. De la «Edad de Plata» al exilio. Construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española. Madrid: *Frenia*, 2007; p. 107-28.
- (4) Villasante O. Los viajes de los «dementes» del Provincial de Madrid durante la Guerra Civil (1936-1939). *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2010; 30: 613-35.
- (5) Huertas R. La atención psiquiátrica a la población no combatiente durante la guerra civil española. En: Campos R., Villasante O., Huertas R., editores. De la «Edad de Plata» al exilio. Construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española. Madrid: *Frenia*, 2007; p. 259-67.
- (6) Tropé H. Locura y sociedad en la Valencia de los siglos XV al XVII: los locos del Hospital de los Inocentes (1410-1512) y del Hospital General de Valencia (1512-1620). Actas de las II jornadas de Historia de la Psiquiatría; 1997, 9-10 de mayo; Valencia: Diputació de València, 1997.
- (7) Císcar C. El Hospital General de Valencia en el XVIII: un siglo de locos. Actas de las II jornadas de Historia de la Psiquiatría; 1997, 9-10 de mayo; Valencia: Diputació de València, 1997.
- (8) García MA. Población y locura en la Valencia de la segunda mitad del siglo XIX. Actas de las II jornadas de Historia de la Psiquiatría; 1997, 9-10 de mayo; Valencia: Diputació de València, 1997.
- (9) Heimann C. El Manicomio de Valencia (1900-1936). Actas de las II jornadas de Historia de la Psiquiatría; 1997, 9-10 de mayo; Valencia: Diputació de València, 1997.

- (10) Heimann C. El Manicomio de Valencia (1900-1936) [tesis doctoral]. Valencia: Universitat de València; 1994.
- (11) Livianos L., Císcar C., García MA., Heimann C., Luengo MA., Tropé H. El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Folls, ortats e ignoscents al convento de Jesús. Valencia: Ajuntament de Valencia, 2006.
- (12) Huertas R. El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España. *Dynamis* 1995; 15: 193-209.
- (13) Campos R., Huertas R. Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1998; 18: 99-108.
- (14) Huertas R. Mental Health and psychiatric care in the Second Spanish Republic. *Hist Psychiatr* 1998; 9: 51-64.
- (15) Espino A. La reforma de la legislación psiquiátrica en la Segunda República: su influencia asistencial. *Estudios de Historia Social* 1980; 14: 59-106.
- (16) Campos R. Higiene mental y peligrosidad social en España (1920-1936). *Asclepio* 1997; 49: 39-60.
- (17) García X. La reorganització de l'assistència medicoquirúrgica de la ciutat de Valencia durant la Guerra Civil espanyola (1936-1939) [tesis doctoral]. Valencia: Universitat de València; 2010.
- (18) Para ampliar información sobre la sublevación militar del 18 de julio de 1936 en Valencia consúltese Mainar E. El fracaso del golpe de Estado. En: Girona A., Santacreu JM., coords. La Guerra Civil en la Comunidad Valenciana. Vol. 2. Valencia: Editorial Prensa Valenciana, 2006; p. 31-71.
- (19) García X., Munayco AJ. La asistencia sanitaria en el frente de Teruel durante la primera campaña republicana (agosto de 1936- febrero de 1937). *Sanid Mil* 2010; 66 (4): 245-249.
- (20) García X. La asistencia sanitaria en la provincia de Valencia durante la Guerra Civil española (1936-1939). *Llull* 2011; 34 (73): 13-38.
- (21) Proyecto de articulación de la asistencia psiquiátrica en Valencia. [Agosto 1936]. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 14.
- (22) Aznar M., editor. València, capital cultural de la República (1936-1937). Valencia: Consell Valencià Cultura, 2007.
- (23) Barona JL., Bernabeu J. Ciencia y sanidad en la Valencia capital de la República, Valencia: Publicacions de la Universitat de València, 2007.
- (24) Calzado A., Navarro J., editores. Valencia, capital antifascista: Visiones e impresiones de una ciudad en guerra. Valencia: Publicacions de la Universitat de València, 2007.
- (25) Decreto de 23 de diciembre de 1936, *Gaceta de la República*. 25 de diciembre 1936; 360: 1102.
- (26) Heimann C. El Manicomio de Valencia (1900-1936). Actas de las II jornadas de Historia de la Psiquiatría; 1997, 9-10 de mayo; Valencia: Diputació de València, 1997.
- (27) Plantilla del Manicomio de Valencia. 1936. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, A.6.1.7, caja 3, Plantilla de la Diputación, 1931-1937.
- (28) Actas de las sesiones celebradas por la Comisión Gestora de la Excma. Diputación Provincial de Valencia; 1936. Valencia: Diputación de Valencia, 1937.
- (29) Reunión del personal sanitario subalterno del manicomio. 20 agosto 1936. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 1, Correspondencia.
- (30) Actas de las sesiones celebradas por la Comisión Gestora de la Excma. Diputación Provincial de Valencia; 1936. Valencia: Diputación de Valencia, 1937.
- (31) Personal Manicomio. 1 octubre 1936. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 12.
- (32) Moleres J. Historia de Sollana. Sollana: Ajuntament de Sollana, 2002.
- (33) Actas de las sesiones celebradas por la Comisión Gestora de la Excma. Diputación Provincial de Valencia; 1937. Valencia: Diputación de Valencia, 1938.

- (34) Proyecto de articulación de la asistencia psiquiátrica en Valencia. [Agosto 1936]. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 14.
- (35) Oficio de la policía al director del manicomio. Septiembre 1936. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 1, Correspondencia.
- (36) Informe de dos psiquiatras. Septiembre 1936. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 12.
- (37) Salmón F., García L., Arrizabalaga J. La Casa de Salud Valdecilla. La introducción del hospital contemporáneo en España. Santander: Universidad de Cantabria, Asamblea Regional de Cantabria, 2001.
- (38) Bernabeu J. La salud pública que no va poder ser. José Estellés Salarich (1896-1990): una aportació valenciana a la sanitat espanyola contemporània. Valencia: Consell Valencià de Cultura, 2007.
- (39) Ausencia de enfermeras. 10 febrero 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 12.
- (40) Falta de personal médico. 10 febrero 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 12.
- (41) Actas de las sesiones celebradas por la Comisión Gestora de la Excm. Diputación Provincial de Valencia; 1937. Valencia: Diputación de Valencia, 1938.
- (42) Reunión Consejería de Sanidad. 13 febrero 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 12.
- (43) Denuncias de la Consejería de Régimen Interior. Febrero 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 12.
- (44) Deficiencias higiénicas. Febrero 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 12.
- (45) Heimann C. El Manicomio de Valencia (1900-1936) [tesis doctoral]. Valencia: Universitat de València; 1994.
- (46) Libro de registro de ingresos en el Manicomio de Valencia. 1936-1939. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, VI.3.1 libros 5132, 5133, 5155, 5156.
- (47) Denuncia de la Inspección General de Nosocomios. Junio 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1, caja. 1, Correspondencia.
- (48) Actas de las sesiones celebradas por la Comisión Gestora de la Excm. Diputación Provincial de Valencia; 1937. Valencia: Diputación de Valencia, 1938.
- (49) Decreto de 12 de junio de 1937, Gaceta de la República. 13 junio 1937; 164: 1194-5.
- (50) Dimisión de Domingo Simó. Agosto 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 14.
- (51) Plantillas Diputación, 1931-1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, A.6.1.7 caja 3.
- (52) Actas de las sesiones celebradas por la Comisión Gestora de la Excm. Diputación Provincial de Valencia; 1937. Valencia: Diputación de Valencia, 1938.
- (53) Heimann C. El Manicomio de Valencia (1900-1936) [tesis doctoral]. Valencia: Universitat de València; 1994.
- (54) Personal existente en Manicomio. 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1, caja 12.
- (55) Libro de registro de ingresos en el Manicomio de Valencia. 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, VI.3.1 libro 5133.
- (56) Esta realidad está en consonancia con los problemas de suministro de agua que tenía el MPV y que hemos descrito anteriormente, un problema similar que también afectó a otros manicomios españoles. Tierno R. Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952). *Frenia* 2008; 8: 124-8.
- (57) Heimann C. El Manicomio de Valencia (1900-1936) [tesis doctoral]. Valencia: Universitat de València; 1994.
- (58) Proyecto de articulación de la asistencia psiquiátrica. [Agosto 1936]. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 14.

- (59) Fresquet JL. La asistencia. En: López Piñero JM., coord. Historia de la medicina valenciana. Vol. 3. Valencia: Vicent García Editor, 1992; p. 186.
- (60) Nombramiento del director. Septiembre 1936. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 31, Hospital Neurológico.
- (61) Inventario. 14 mayo 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 31, Hospital Neurológico.
- (62) Servicios prestados. Junio 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 31, Hospital Neurológico.
- (63) Número de hospitalizados. Marzo 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 31, Hospital Neurológico.
- (64) Ingresos. Septiembre 1936-marzo 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, I-3/200, Hospital Neurológico.
- (65) Quejas de enfermos. Mayo 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 31, Hospital Neurológico.
- (66) El director solicita más personal. Mayo 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 31, Hospital Neurológico.
- (67) El director solicita mejoras. Junio 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 31, Hospital Neurológico.
- (68) Solicitud de traslado de pacientes. 3 abril 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 31, Hospital Neurológico.
- (69) Ingresos. Septiembre 1936-marzo 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, I-3/200, Hospital Neurológico.
- (70) Clausura. 7 agosto 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 31, Hospital Neurológico.
- (71) Hospital de Santa Ana. 1940. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.2.2 caja 178.
- (72) Proyecto de articulación de la asistencia psiquiátrica. [Agosto 1936]. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 14.
- (73) Cesión del Sanatorio Psiquiátrico de Montemar. 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 14.
- (74) Dimisión de Domingo Simó. Agosto 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 14. 1937.
- (75) Facturas. 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 24.
- (76) Número de enfermos y pago de estancias. 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 24.
- (77) Clasificación del personal existente en el Manicomio. 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 12.
- (78) Déficit del Manicomio. 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 34.
- (79) Carta del director del sanatorio al Consejo Provincial. 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 14.
- (80) Artículos 3, 4, 5 y adicional 16 del Reglamento del Sanatorio Psiquiátrico de Montemar. 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 14.
- (81) Falta de pago de la pensión de un enfermo de Montemar. 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 24.
- (82) Artículos adicionales 2 del Reglamento del Sanatorio Psiquiátrico de Montemar. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 c.14.
- (83) Lista de ingresados en Montemar. Abril 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 24.
- (84) Artículo adicional número 13 del Reglamento del Sanatorio Psiquiátrico de Montemar. 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 14.
- (85) Admisión de enfermos. Agosto 1936-1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 24.
- (86) Diagnósticos. Abril 1937. Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, D.6.1 caja 24.

Psiquiatría y cine en España durante la democracia (1982-2000)

Psychiatry and cinema in Spain during democracy (1982-2000)

María Herrera Giménez (*), Carmen Llor Moreno (**), Pedro Marset Campos (***),
Joaquín Cánovas Belchí (****)

(*) Psiquiatra, H.G.U. Morales Meseguer. Murcia.

(**) Psiquiatra, Centro de Salud Mental San Andrés. Murcia.

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

(****) Catedrático de Historia del Cine. Facultad de Letras. Campus Universitario La Merced. Murcia.

Con este trabajo pretendemos realizar una exposición descriptiva fundamentada en una recopilación documental sistemática y cronológica situándola en el momento histórico, científico y cultural en que se produjeron los acontecimientos objeto de nuestro estudio (cine y psiquiatría durante la democracia en España). El método seguido para la realización de este trabajo es el propio de la investigación histórico-médica, basándose en una recogida de datos fundamentales y un análisis riguroso de la información recogida, tanto en el campo de la disciplina de la psiquiatría como en el ámbito cinematográfico.

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 tan 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 (1982-2000), lo novedoso del trabajo presentado es el estudio de la interacción entre ambas disciplinas.

De este modo 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.

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 (1975-1982), 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 realizar este trabajo hemos recurrido a diversas fuentes escritas: bibliografía relativa a psiquiatría, como a cinematografía: catálogos de Filmoteca Española de este periodo señalado, información sobre los estrenos de la época 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

o profesionales de la psiquiatría, seleccionando las más representativas.

Marco histórico-político

Durante la democracia ya instalada en 1982, con el triunfo de los socialistas en su primera legislatura, se desarrollaron unos cambios sociopolíticos a nivel nacional. El programa socialista proponía una sociedad más justa e igualitaria con la extensión de la sanidad, la seguridad social y la educación a toda la población. Se comprometían a la mejora de los servicios públicos, incluyendo la sanidad, y dentro de ella la salud mental (1).

Las principales reformas emprendidas estaban guiadas por la decisión de consolidar la democracia sin perder la benevolencia de los poderes tradicionales de España.

De tal manera que al finalizar el siglo se podía hablar de: un sistema de partidos consolidado, de una monarquía reconciliada con la democracia y una cultura permisiva y pluralista que ha incorporado el reconocimiento de los hechos diferenciales y la realidad del Estado.

Marco médico-psiquiátrico

Al inicio de los años 80 ante la llegada de la democracia a España y con la Reforma Psiquiátrica del año 1985 surge una corriente de psiquiatría que tenían en común referentes ideológicos y prácticos tales como la lucha por las libertades democráticas. Esta corriente de psiquiatras accede en algunos lugares a tomar las riendas de un cierto poder respecta a la gestión de la planificación en salud mental, tanto en el Ministerio de Sanidad como en algunas Comunidades Autónomas (2).

En las Comunidades Autónomas se elaboran "Planes de Salud Mental" donde se especifican el desarrollo de los servicios sanitarios y sociales necesarios para realizar la transformación de la atención psiquiátrica.

En 1985 se redacta el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Los principales puntos de este documento (en el que se integra la psiquiatría y salud mental dentro del marco sanitario y se proponen los Centros de Salud Mental como base de la asistencia sanitaria ambulatoria), asumido públicamente por el ministro de Sanidad Ernest Lluch serán la base de referencia en la planificación asistencial en materia de salud mental (3).

En 1986 la Ley General de Sanidad supuso un buen refuerzo a la reforma, al establecer en su artículo 20 la inclusión explícita del tratamiento de las enfermedades mentales dentro del Sistema Nacional de Salud, esto supone la total equiparación en cuanto a los derechos y prestaciones del enfermo mental en relación con los demás pacientes, así como al definir la nueva organización de servicios de Salud Mental y asistencia psiquiátrica desde una perspectiva claramente comunitaria (4).

Por lo tanto con la Reforma Psiquiátrica se ha logrado un importante avance en: la normalización de los cuidados de los pacientes y una mejor integración en sus relaciones con los demás, se ha conseguido disminuir la estigmatización del enfermo y su tratamiento, se han propiciado nuevos perfiles de demanda, así se observan importantes cambios en las características demográficas de los pacientes que contactan con los servicios de psiquiatría, igualándose al resto de especialidades.

Como ingredientes impulsores del cambio en la asistencia además de los cambios culturales y políticos generales, cabe destacar un amplio consenso entre la mayoría de profesionales, comprometidos con los valores de equidad y eficiencia, eticidad y lucha frente al estigma social del enfermo mental, y una progresiva implicación de la ciudadanía, manifestada especialmente por la importante iniciativa que las asociaciones de familiares de pacientes, y las de usuarios de servicios de Salud Mental están tomando en los últimos años.

Marco cultural-cinematográfico

La etapa socialista se caracterizó por una elevada actividad y modernización en el ámbito de la mejora de la infraestructura cultural del país. Se da una vida cultural más plural, diversificada y abierta a

los aires procedentes del exterior. Al mismo tiempo las instituciones culturales de los gobiernos autónomos impulsaron una notable actividad cultural preocupados por la recuperación de la identidad.

1983 fue un excelente año en la recogida de premios de diversos festivales, por lo que supuso un excelente aliciente para la nueva imagen internacional de la España democrática. Destacan en este año títulos como: “*Volver a empezar*” (J.L. Garcí), “*La colmena*” (M. Camus), “*Los santos inocentes*” (M. Camus), “*Los zancos*” (C. Saura). En este mismo año el Festival Internacional de San Sebastian recupera la categoría A y surgen las filmotecas regionales. Luis García Berlanga consigue renovar la vieja Filmoteca Nacional en la actual Filmoteca Española (5).

Por tanto la llegada de la democracia ha supuesto un indudable triunfo para el cine español, siendo reconocido como una parte integrante de la cinematografía europea. En este cine de la democracia vemos cómo han proliferado perspectivas de personajes marginales, como eran los cómicos o los enfermos mentales, ya incluidos en diversos géneros y diversos argumentos como “*La guerra de los locos*” (Manuel Matjí, 1986), en el que el conflicto de la guerra civil se ve a través de los ojos de unos enfermos que han escapado de un hospital psiquiátrico.

Así se normaliza la figura del enfermo mental y ya pueden aparecer en distintos argumentos y géneros sin los prejuicios de épocas anteriores.

En los años 90 surgen una nueva generación de cineastas (“Joven Cine Español”) que no han conocido la guerra civil ni tampoco la experiencia de la dictadura de forma directa, en sus obras hay mayor libertad formal y temática que en el cine precedente, por tanto carecen de estigmas y prejuicios propios de sus predecesores, entre ellos de los estigmas relacionados con las enfermedades mentales y esto lo podemos ver reflejado en sus obras. La enfermedad mental se normaliza, mostrando en la pantalla a los pacientes con normalidad, favoreciendo el acercamiento al público de la enfermedad y su integración en la sociedad. Mejora la representación de la enfermedad mental, mostrando a los pacientes tal y como son, sin relacionarla con castigos moralistas ni condicionada a la aprobación o concesión de su visionado si cumple la función de



un castigo moralista, representando las instituciones mentales con un mayor realismo.

En el cine realizado por estos nuevos realizadores comprobamos como las preocupaciones de tipo social o ideológico están en segundo plano y son tratadas sin prejuicios (6).

Discusión

Durante la democracia se consolida el régimen de garantías y libertades, se produce con normalidad la alternancia de partidos políticos y se promulgan leyes como la del divorcio.

Se aprueba la reforma psiquiátrica, por la que se desplaza el hospital psiquiátrico a los Servicios Comunitarios, así los enfermos mentales salen a la calle. Se integra la asistencia psiquiátrica y la salud mental a la salud general.

En el cine de forma paralela se puede mostrar la enfermedad mental con libertad y sin censuras, de forma más cercana al espectador. Se produce una pluralidad cultural, pudiendo establecer un paralelismo con la pluralidad de géneros cinematográfico en el que se incluye la salud mental. Se representa mejor las instituciones psiquiátricas en el cine, sus diferentes recursos y a los enfermos mentales.

Revisando la producción filmográfica del periodo destacan cuatro largometrajes de ficción que tratan el tema de la enfermedad mental. En ellas se representa con mayor veracidad la institución psiquiátrica y los diversos recursos asistenciales, abarcando diversos ámbitos de la psiquiatría, pacientes y profesionales que nos dedicamos a ella.

Con este tipo de cine se refleja el aumento del desarrollo de la sociedad española que conlleva la implantación de la democracia, ya que la capacidad de una sociedad para acoger la diferencia habla de su nivel cultural y de desarrollo, al igual que de su compromiso con las personas que más dificultades tienen para su integración, como son los enfermos mentales.

El abandono de los tópicos en perjuicio de la enfermedad mental asociada a la violencia por parte del cine y los medios de comunicación permitirá ir borrando un estigma aún vigente que impide acercarse sin miedo y desconfianza a esa realidad.

Así cabe esperar que en el futuro el cine refleje la enfermedad mental de una forma que no sólo esté desprovista de los estigmas que la han acompañado desde la noche de los tiempos sino que ayude a construir una imagen en la que el enfermo no se distinga de cualquier otro ser humano.

Contacto

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

Bibliografía

1. Santos Julia, J.L., García Delgado, J.C., Jiménez, J.P., "La España del siglo XX". Editorial Marcial Pons Historia. 2007. Pp.: 273-275.
2. Aparicio Basauri, V. "La Reforma Psiquiátrica de 1985". En: Aparicio Basauri, V. "Evaluación de Servicios de Salud Mental". A.E.N. Madrid. 1993. Pp.: 127-182.
3. Menéndez Osorio, F. "Veinte años de la Reforma Psiquiátrica. Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a 2000: de un pensamiento único a otro". *Revista de la*

- Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XXV, nº 95, Julio/Septiembre 2005. Pp.: 69-81.
4. González Duro, E. "De la psiquiatría a la salud mental". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. XX, nº 74, 2000. Pp.: 252-253.
5. Seguin, Jean-Claude. "Historia del cine español". Editorial Acento. Madrid. 1995. Pág.: 76.
6. Gubern, R., Monterde, J.E., Pérez Perucha, J., Torreiro, C. "Historia del cine español". Editorial Cátedra. 2009. Pp.: 490-492.

• Recibido: 21-4-2012.

• Aceptado: 31-5-2012.

El mar

Raúl Velasco.

Escritor, periodista en Radio Nikosia y Radio Rubí, Barcelona.

Beto escribía. En un despacho forrado de estanterías repletas escribía como si le fuera la vida en ello. No tenía más intención que acabar, pero el final se dilataba, escapaba de las redes que extendía como un pez escurridizo.

Sumido en su trabajo, pasaban las horas, los días; el tiempo que no se paraba a contar, como los relojes de Dalí, fundidos, irreales, habitantes de un mundo onírico, donde la realidad y la fantasía se funden. ¿Quién sabe, quién puede afirmar qué es real y qué no lo es? Las historias se componen de personajes y los personajes se nutren de historias. La lógica de este bucle infinito sucumbe hasta ser derribada por el azar. Su mordaz ironía se basa en mostrarnos constantemente un atlas de calles, esquinas, sonidos, voces, rostros propios y ajenos, ante la ventana de nuestra alma, de nuestro pueblo, de nuestra pequeña o gran ciudad. Creemos encerrarlos dentro del espejo de los sentidos pero en realidad se desvanecen en el olvido, se escapan de la frágil memoria del tiempo.

Beto escribía. Ignoraba a donde quería llegar. Perdido en el mar de palabras donde había sido arrojado no encontraba una tabla a la que asirse, ni siquiera una bolla que le indicara con esperanzas que se acercaba a la costa. Iba a la deriva, como si estuviera en medio de una pesadilla, daba brazadas sin dirección, con el único fin de no perecer, no, aún no, mientras le quedara un atisbo de energía no bajaría los brazos. No le quedaba otra que nadar hasta la extenuación, hasta la muerte, si la perseverancia es igual a victoria él perseveraría hasta morir. Puede que la victoria sea pobre, Itaca no te engañó, Itaca te dio el viaje soñado. ¿Pero de qué materia están

hechos los sueños? ¿Era ese el problema? ¿Era eso lo que buscaba? Cumplir sus sueños, volver a ser el de antes, el de otros tiempos, absurdo deseo que le pesaba como un plomo hundiendo su línea de flotación, haciéndole tragar agua, conduciéndole sin remedio hasta las profundidades. Cansado, agotado, exhausto, no se resignaba. No supo de donde pero extrajo fuerzas cuando creían que se le habían acabado. No, el no quería ser el de antes. Él simplemente deseaba ser. Poder vivir, poder subsistir, poder sobrevivir.

Beto escribía, nadaba, soñaba. Una barca, el sonido de una barca llegó hasta él con claridad. ¿Le verían, recogerían su cuerpo arrugado, salvarían su vida, salvarían su voz? Los sentidos nos engañan, son traicioneros, según el terreno que pisemos se hace más evidente. Pero de repente la vio. La barca, pequeña, se acercaba. Quiso gritar de alegría, mover los brazos señalando su posición, pero de su garganta no brotó más que un quejido como el de un gato al que se pisa sin querer. Volvió a intentarlo. No podía dejar escapar esta oportunidad, porque era muy posible que fuera la única. Perseverancia, alimento de campeones. Perseverancia incluso para saber pedir ayuda. No le parecía paradójico seguir vivo gracias a su orgullo de luchador y no poner ninguna objeción en pedir ayuda. Es estúpido no pedirla cuando la vida está en juego. Quizás ya no quedaban ideales por los que morir, quizás él nunca los tuvo. La igualdad, la justicia, la fraternidad ya no parecían revolucionarias, aunque quizás lo fueran. Resulta tan difícil hacer planes de futuro cuando no tienes perspectivas de futuro. El truco podía residir en mantener viva la ilusión, una ilusión que alimentara la imaginación, que se reencarnara en utopía. ¿Nada es imposible? En el mundo de los sueños no, nada es imposible.

Beto escribía cuando la barca llegó hasta su posición. Tenía frío, la mirada borrosa, no pudo distinguir a su salvador, sólo supo que alguien le agarró del pelo, después de los brazos y que su cuerpo era arrancado de la muerte y depositado sobre la sólida superficie de la barca. ¿Dentro o fuera de la ballena?, ¿vida o muerte?, ¿sueño o realidad...?

Beto escribía. Enajenado. Los relojes de Dalí gotearan lágrimas por el tiempo perdido, gemían los gatos en la calle, tan solitarios, tan independientes en su manada. En la barca sólo se escuchaba el runrun del motor, tan monótono como el tic-tac de un viejo carillón. Abrió los ojos, pero no vio a nadie, estaba abandonado a su suerte, pero al menos no moriría ahogado. Volvió a cerrar los ojos y soñó que la barca avanzaba, que alguien la conducía y deseó que esa persona fuera Almudena; deseó estar en sus brazos, protegido durante toda la eternidad, pero sabía que no era ella, él no había estado a la altura. ¿Pero quien está a la altura? Más allá de una medida física ¿cuál es la altura de un hombre? Abrió los ojos, vio a un hombre joven, un marinero. Supo que llegaba el fin de aquella pesadilla, le llevaban a puerto. El marinero mantenía la mirada fija en el horizonte, indiferente a la captura de aquel día, como si fuera una red de merluzas. Beto intentó incorporarse, pero no tenía fuerzas; deseaba estar escribiendo, tomando un café en el Kampen, cocinando un plato original para sus amigos, riendo, viajando, respirando; entonces cayó en la cuenta que quizás estuviera haciendo eso, pero que no era capaz de disfrutarlo. Nada es imposible.

Abrió los ojos y miró al marinero que seguía mirando al frente como una estatua. Le habló, ¿cómo te llamas marinero? Consiguió balbucear. El marinero le observó en silencio. Es la primera vez que se miran a los ojos, ya no parece tan joven, tiene una mirada viva y profunda. Beto deseó ser él. Soy tú. Siempre he sido tú, dice el marinero. ¿Tú y yo somos el mismo? No, yo soy tú, porque tú no existes, sentencia el marinero. Beto se ofendió, quiso discutirle, sabía o creía saber que sí existía, que era algo más que una

quimera; sus recuerdos, sus vivencias, sus ilusiones no le engañaban, aún siendo reduccionista podía considerarse un digno náufrago. Sé lo que estás pensando, continúa el marinero, pero te equivocas, tu vida me pertenece, siempre me ha pertenecido.

Beto escribía o creía escribir. Ha llegado a un punto muerto, al que se llega a veces en la literatura y en la vida; un punto a donde no llega la luz y las sombras se desparraman como un café volcado sobre una hoja en blanco. La duda, el tiempo, los errores, la muerte, el amor, parecían poca cosa cuando uno intentaba desvelar los enigmas clásicos: ¿Quién soy? ¿de dónde vengo? ¿a donde voy? ¿Quién puede responder a estas preguntas? Cada persona, cada personaje es diferente y parecido, una vida sucede a otra, generación tras generación, la búsqueda de respuestas se parecía a la eterna escalada del pobre Sísifo. Beto tenía miedo, sabía o creía saber que había llegado su final. Le hubiera gustado saber como iba a ser. Sin premoniciones, a él, que la astrología siempre le pareció un engañoso, una forma de condicionar voluntades, un timo que se lucraba de la inseguridad de la gente, no le hubiera importado pedir una hipoteca por saber como iba a ser su final. Mira al marinero, le pregunta su nombre, pero éste no responde, vuelve a parecer una estatua al que le importan un pimiento las dudas de Beto. No es así, le ha recogido del mar, le ha salvado la vida, no era mala persona, tenía una mirada limpia, concentrada, le recordó la mirada de alguien pero no supo de quién. Estamos llegando, dijo de repente el marinero. ¿Dónde? Preguntó Beto que seguía sin poder levantarse. El marinero bajó la velocidad de la barca hasta que ésta fue llevada por las olas hasta la costa. ¿Dónde estamos? Responde por favor, suplicó Beto. Pero la única respuesta que escuchó fue el chillido de las gaviotas.

En ese instante Beto supo que no obtendría respuestas, por lo que dejó de escribir.

- Recibido: 2-11-11.
- Aceptado: 25-04-12.

Voluntariado sociosanitario

Miren Viña García.

Oviedo.

La experiencia comenzó en primavera de 2011. Se gestó en el invierno de ese mismo año, gracias al valor de dos profesionales que apostaron por un proyecto un tanto utópico, a primera vista, como fue éste. Desde aquí, no puedo menos que agradecer su confianza y su firme apuesta por este programa, así que dejo constancia de mi gratitud tanto al Director como al trabajador social del Centro donde se llevó a cabo la experiencia.

Todo comenzó en una charla informal, donde valorábamos la posibilidad de alguna forma de colaboración y, buscando el bienestar de los usuarios de ambos colectivos, surgió la idea de implementar un programa de voluntariado en el Centro Polivalente de Recursos para la tercera edad El Cristo. Hubiera sido algo habitual, que se hace en muchos sitios y está completamente normalizado, si no llega a ser por la problemática tan específica de los voluntarios. Perteneían a ese colectivo tan estigmatizado, con una imagen social muy negativa, eran personas con problemas de salud mental. Padecían algún tipo de trastorno mental grave y, entre las patologías más frecuentes, sufrían esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno límite de personalidad, etc. A primera vista, parecía una “locura” que estas personas pudieran aportar tanto a otro colectivo tan necesitado de compañía como este denominado *de la tercera edad*. Locos y viejillos ayudándose ¿Quiénes ayudan a quiénes?

Los comienzos no fueron fáciles. Los voluntarios mostraban buena disposición y voluntad para empujar la tarea, pero las dificultades eran muchas. Existía una carencia importante de habilidades sociales que, por mucho que intentamos trabajar previamente, hasta que no llegó el momento de ponerlo en práctica no se vio la dimensión real de

esa carencia. Los voluntarios estaban acostumbrados a recibir ellos la atención de sus familias y no precisamente a proporcionar ayuda a los demás. Ahí el primer reto. A añadir la creencia que tenían los voluntarios sobre los ancianos. Idealización absoluta del colectivo, estaban convencidos de que los ancianos eran pacientes, bondadosos, que inspiraban ternura y que iban a recibirnos como si realmente fueran nuestros propios abuelos. No contemplaban la posibilidad de que fueran personas como las demás, unos con mejor carácter y otros con personalidad difícil. También persistía la creencia de que todos los ancianos tienen paciencia infinita y reciben a cualquier persona que acuda a visitarlos con una gran sonrisa.

Este grupo tan especial de voluntarios estaba formado por diez personas, cuatro mujeres y seis hombres, con edades que oscilaban entre los treinta y tres y los cuarenta y ocho años. También hubo bajas en el recorrido, dos hombres y una mujer, pero el resto del grupo fue fiel al programa, y es de destacar que sólo en contadas ocasiones, y de forma justificada, hubo alguna ausencia. Era el grupo de *los siete*.

Fue un trabajo muy arduo de concienciación de la seriedad de la actividad a realizar. Supuso mucho esfuerzo para asumir que no podían entrar y salir a cualquier hora, que si se comprometían a ir debían de intentar cumplir su compromiso. Establecieron unas normas a ese respecto y así se comprometieron a acudir a la hora acordada, estar el tiempo previamente pactado, salvo circunstancia especial, a tener un comportamiento adecuado con los ancianos y como el personal del Centro, respetar las normas de funcionamiento del Centro, etc. También establecimos normas

de comportamiento, de respeto, cuando hubiera familiares visitando a los ancianos. Llegados a este punto tengo que decir que en numerosas ocasiones mi sorpresa fue mayúscula al descubrir que había ancianos que manifestaban a sus familiares que fueran otro día a verlos, ya que preferían estar “con los chavales” como decían ellos. Claro, algunos familiares manifestaron su agradecimiento por la labor realizada.

Hubo una visita previa, en la que el trabajador social actuó como anfitrión y disfrutamos de una visita guiada por el Centro. Fue la primera toma de contacto, para romper el hielo y que vieran la realidad a la que se iban a enfrentar. Disfrutaron y les sirvió para relajarse un poco, pero así y todo, el primer día que acudimos los nervios eran visibles. Los voluntarios no sabían cómo actuar con los ancianos, no se atrevían a entablar conversación con ellos, ni siquiera a decidir con quién iban a hablar. Pero fue más fácil de lo que parecía, y de forma muy natural. Simplemente hubo que guiarlos un poco, hacer una introducción y buscar un tema de conversación. Por su parte, los ancianos no sabían por qué estábamos allí, no entendían que nuestro objetivo fuese hacerles compañía. Les explicamos que hacíamos labor de voluntariado y que a partir de ese día, si les parecía bien, volveríamos todos los miércoles por la tarde.

He de confesar que como explicación a nuestra labor no les dije a qué colectivo pertenecían, simplemente les informé de que eran miembros de una asociación. A medida que transcurrieron las semanas, les dijimos cuál era la problemática de estos voluntarios, pero para entonces, ya se había establecido un vínculo importante entre voluntarios y ancianos, de forma que estos últimos, no tenían ningún tipo de prejuicio, ya que para ellos lo más importante era esa visita de los miércoles por la tarde. Es más, casi todos estaban ya enterados.

Las actividades a realizar dependían de varios factores. En primer lugar, del estado del tiempo. Cuando hacía buen tiempo, solíamos bajar al jardín y disponíamos unos bancos para sentarnos todos juntos. Había ancianos que preferían dar un paseo por los alrededores, y otros disfrutaban más de la charla, tanto en grupo, como de forma individual, ya que con el tiempo, cada uno de los

voluntarios fue teniendo una relación más cercana con cada uno de los ancianos. Incluso hubo tardes en las que los ancianos nos enseñaron canciones, ya que algunos de ellos eran muy aficionados a cantar.

Si el tiempo no permitía salir a la calle, nos quedábamos en el interior del Centro, y la actividad variaba en función de los gustos de los ancianos. Algunos disfrutaban jugando a las cartas, otros comentando hechos que habían sucedido a lo largo de la semana, relatando su historia de vida, jugando al parchís o a otros juegos de mesa, etc. Incluso llegamos a participar en las celebraciones de cumpleaños de los residentes que se realizaban el último miércoles de cada mes, que incluían, entre otras cosas, baile.

Otra gran dificultad al comienzo, fue el manejo de las sillas de ruedas. Los voluntarios no tenían destreza, ya que nunca habían manejado ninguna. Pero salvo algún pequeño incidente al principio, gracias a su afán de aprender y a sus ganas de hacerlo bien, en muy poco tiempo habían adquirido la habilidad suficiente.

Comenzábamos a las cuatro de la tarde, aunque nos reuníamos antes para entrar todos juntos. Disponíamos de un espacio donde dejar nuestras pertenencias y acto seguido subíamos a la Tercera Planta, donde estaban los ancianos a los que visitábamos. Los residentes de esta planta eran asistidos, de ahí la elección de este grupo, ya que no podían salir por sí solos pero podían beneficiarse de estas visitas. Hacia las cinco salíamos de la sala para que merendasen, momento que aprovechábamos para bajar a la calle y, los que lo hacían, fumar un cigarro. También era el momento de la merienda de los voluntarios. Algunos de ellos iban a la cafetería del Centro y tomaban algo allí. Este descanso era una buena oportunidad para comentar cómo habíamos encontrado a los ancianos, si había alguna novedad o si era aconsejable seguir alguna pauta de actuación. Sobre las cinco y veinte volvíamos a subir, y era entonces cuando, si hacía buen tiempo, comenzábamos a bajar a los ancianos al jardín.

La despedida llegaba sobre las siete y veinte o siete y media. Hasta las ocho (y hubo días que hasta mucho más tarde) hacíamos un repaso de lo que había sucedido durante la tarde. Comen-

tábamos las reacciones de los ancianos, las de ellos, si había alguna actuación a corregir, cómo estaba evolucionando la situación, lo que sentían, sus miedos y alegrías, y también sus expectativas.

Cuando comenzamos con este programa, eran más las dudas que las certezas, y mucho más el miedo que la seguridad. Sin embargo, se superaron con creces todas nuestras expectativas. Y digo todas, las mías y las de los voluntarios. El objetivo que nos habíamos marcado era, además de una mejora en la calidad de vida de los ancianos, que el voluntariado fuera consciente de que pueden asumir responsabilidades y obligaciones como los demás miembros de la sociedad, e interiorizaran, por su parte, que si quieren que mejore la imagen de su colectivo, hay que comenzar por trabajar desde dentro para posteriormente, poder exigir.

El resultado fue impresionante. Todos los voluntarios tuvieron una mejora evidente, pero hubo un caso concreto, de un chico de treinta y tres años, que tuvo una evolución espectacular. La experiencia le ayudó enormemente a adquirir habilidades sociales, pero sobre todo, el mayor beneficio fue un aumento importante en su autoestima, que tuvo reflejo en su vida cotidiana. Con un poco de apoyo y refuerzo positivo, el resultado tuvo su fruto.

¿Y aquellos ancianos? Nos convirtieron en parte de su vida, según eran más fuertes los vínculos. Recuerdo sus caras con aquellos reflejos de alegría y gratitud según nos veían entrar por la puerta.

También hubo días duros, por ejemplo, cuando uno de los voluntarios no se encontraba bien, aquella comida que no le sentó bien, pero así y todo no fallaba y seguía acudiendo. Los ancianos percibían situaciones como esa y se preocupaban por los voluntarios, les preguntaban, se interesaban y hasta les proporcionaban ánimo y consuelo. Los voluntarios, a su vez, se mostraban sorprendidos de que los ancianos lo percibieran y respondieran mostrando su preocupación y afecto.

Todos los implicados en este proyecto nos llevamos un bagaje impagable. Los ancianos recibieron afecto y compañía, eran conscientes de que no sólo la vejez provoca problemas de salud o resta calidad de vida, sino que hay jóvenes que tienen un grado importante de sufrimiento.

Los voluntarios comprobaron (al igual que los ancianos) que existen personas que sufren no sólo por enfermedad, sino por otras muchas circunstancias. Descubrieron los sentimientos y reacciones que pueden provocar en otras personas, y el bienestar que les pueden proporcionar, así como el potencial que todo el mundo posee, aunque no sean conscientes de ello.

En cuanto a mí, ha sido una experiencia difícil de olvidar, ya que considero que me he beneficiado del aprendizaje que me proporcionaron, tanto los voluntarios como los ancianos, e indudablemente me supuso un enorme crecimiento personal. Definiría esta experiencia como un acto de fomento de la palabreja mágica, *empowerment*, ya que realmente supuso la adquisición de una responsabilidad para ellos, un incremento de su autonomía, una oportunidad de demostrar que todo el mundo puede aprender, que sólo se necesita apoyo y por qué no, también exigirles que cumplan con obligaciones. La inserción social pasa por estas vías, debemos de enseñar, apoyar, guiar y reforzar a las personas, para conseguir que asuman obligaciones y responsabilidades. Mientras, seguimos aprendiendo, también de estos mayores que parece que se despedían y, sin embargo, se quedaron a nuestro lado, compartiendo gratitud.

Miren Viña García

miren.v@hotmail.com

- Recibido: 20-3-12.
- Aceptado: 30-5-12.

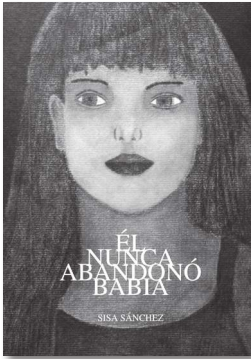


Distribución de libros

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

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



Él nunca abandonó Babia

Autora: Sisa Sánchez.

Grupo Delta Ediciones Digitales S.L.

Donostia, 2011. 370 pág.

ISBN: 978-84-96287-69-3.

Una autora y su libro

El pasado 19 de abril, en el Centro de Cultura Koldo Mitxelena, presenté en sociedad a una autora y a su ópera prima. La autora es Sisa Sánchez y es merecida y sobradamente conocida entre nosotros por su faceta de profesional de la psiquiatría en Osakidetza, porque lleva más de veinte años entre nosotros ejerciendo su arte, respetada y querida por sus compañeros y sus pacientes.

Lo que muy pocos sospechaban es que estábamos delante de una escritora con nervio. Los que decidan entregarse a la lectura de *Él nunca abandonó Babia* se encontrarán, de pronto, seducidos y secuestrados por la fuerza de este relato, por sus personajes y su manera de moverse, por ese mundo que ella tan bien muestra conocer y, mejor, explicar.

Poco importa a que género pertenece una obra. Lo que importa es si nos llega dentro, si nos dice algo, si nos remueve las entrañas. A aquellos que les gustan las clasificaciones, les diría que este relato de ficción encaja dentro de lo que se ha dado en llamar realismo psicológico, que ha sido cultivado desde mediados del XIX por autores tan sublimes como Stendhal, Dostoievski o el mismo Zweig (aunque los mejores retratos de este autor eran de personajes históricos reales). Estos autores diseccionan el alma de sus personajes con meticulosidad y precisión, pero focalizan su esfuerzo, quizá, en los protagonistas principales.

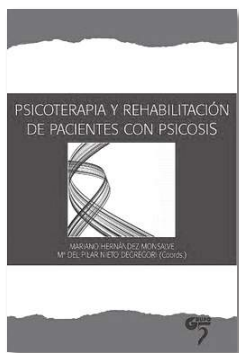
En el caso de Sisa, su pluma bistrú apunta al grupo; es más coral. Como dice Jodorowski, en *El loro de siete lenguas*: “No quise crear las aventuras de un personaje, sino las de un grupo de arquetipos”.

Bermyo es el nudo de la obra. Es una realidad y es una metáfora, fuera y lejos de las convenciones y de las reglas de la sociedad “real”. Hombres y mujeres buscan con ardor, y sin inhibiciones, una verdad profunda, que intuyen que llevan dentro, en una especie de metanoia o viaje interior. Lo que hay antes, en y después de Bermyo es, pues, una realidad compleja que no se puede ventilar con un relato lineal, por lo que Sisa opta por un estilo retórico pleno de contrapuntos, tanto en el espacio/tiempo como en la alternancia de lo onírico con lo más consciente, el uso de la primera o la tercera persona.

Es un viejo, eterno e inacabado debate el que intenta concluir: si todas las obras de ficción son, al final, autobiográficas. En este caso, tomaremos el camino de en medio, tal como dice Paul Auster: unos personajes son completamente inventados y confeccionados a partir de retazos, y en otros se encuentra el modelo solo con rascar un poquito.

Como *Él nunca abandono Babia* tiene también mucho de *thriller*, no puedo ir mucho más allá en mi comentario, por lo que me despido en plan cervantino: “No tengo más, señores, que decir de mi historia, la cual, si es agradable y peregrina júzguenlo vuestros buenos sentimientos; que de mí sé decir que quisiera habérsela contado más brevemente, puesto que el temor a enfadaros más de cuatro circunstancias me ha quitado de la lengua...”.

Marcos Tolosa Oyarbide



Psicoterapia y Rehabilitación de pacientes con psicosis

Autores: Mariano Hernández y M^a Pilar Nieto (Coords.).

Edita Grupo 5. Madrid, 2011. 244 pp.

ISBN: 978-84-938948-8-7.

Primer libro de la serie *Intersecciones y fronteras en salud mental* de la Editorial Grupo 5, elaborado por un grupo de profesionales de larga experiencia en diferentes dispositivos públicos de rehabilitación psicosocial y de salud mental que han compartido sus controversias e iniciativas en la clínica, cuestionando y proponiendo saberes y tecnologías, recursos y modos de funcionamiento, orientados siempre hacia un mayor bienestar y recuperación de sus pacientes. Este grupo de autores ha compartido iniciativas y puntos de vista proyectados en cursos de formación continuada y en diversas publicaciones.

Son las personas que padecen esquizofrenia, otras psicosis y otros trastornos mentales más o menos graves y complejos quienes requieren de mejores técnicas y modalidades de intervención. Con sus vaivenes entre la necesidad de delimitar territorios específicos -fronteras- como son las psicoterapias, la rehabilitación, el estigma, los derechos, la inclusión social o la preservación de las capacidades. Y ensamblar -intersecciones- como son los valores, la práctica clínica, las técnicas de intervención, las estrategias, los conceptos,... a lo largo de los procesos de atención a la salud mental. Intersecciones y coincidencias también entre quienes han elaborado este libro.

Por eso en este monográfico nos sitúan con aspectos menos conocidos de la práctica clínica convencional con detenimiento en el duelo en los procesos de recuperación y las dinámicas grupales en dispositivos de rehabilitación (Antonio Tarí), atención al sentido del humor de quienes sufren (Mercedes Chico), reconocerse en el otro (Eva Muñiz), o se adentran en particularidades de aspectos

más cotidianos como las psicoterapias de apoyo a la rehabilitación (Isabel Blasco), el equipo terapéutico (Pilar Nieto), la resiliencia y los grupos de afrontamiento de la enfermedad (Mercedes Chico), la (des) conexión clínica y social (Eva Muñiz).

Inicia el libro con un amplio trabajo de Mariano Hernández, revisando diferentes perspectivas sobre la psicosis, elementos de la clínica ligados a la vulnerabilidad o otros factores asociados, con detenimiento en diferentes modalidades de tratamiento desde una perspectiva integradora. Las psicoterapias de las personas con psicosis con profundización en las intervenciones grupales en los dispositivos de rehabilitación, a sabiendas que ofrece oportunidades para experimentar la cooperación, construir cultura de ayuda mutua y espíritu de equipo, mitigar el aislamiento y el sentimiento de inutilidad y desamparo, así como el acceso a compartir responsabilidades y a experiencias de intercambio de afectos, y, como no, adquirir habilidades a través de información y pedagogía básicas. Terminando con la importancia de construir una alianza terapéutica con los pacientes como eje del proceso de intervención a mantener en la continuidad de cuidados.

Finalmente un trabajo brillante de Pilar Nieto sobre la organización del equipo terapéutico en el cuidado de las personas con psicosis, en un clima suficientemente estable, creando espacios de intercambio de relaciones, manteniendo vínculos de interdependencia recíproca que permita el trabajo de rescate del paciente de su situación de extravío. Como bien señala, el trabajo en equipo con estas personas es más una necesidad que una elección.



El sentido de la locura

Autores: Jim Geekie y John Read.

Herder Editorial, Barcelona, 2012. 350 pp.

ISBN: 978-84-254-2847-0.

La obra analiza la locura, esquizofrenia o psicosis, presente en todas las sociedades y, hasta donde alcanza nuestro conocimiento, en todas las épocas, ya que la tendencia de la mente a desviarse de lo que una sociedad determinada considera «normal» y aceptable, junto con la propensión del resto de los miembros de dicha sociedad a sancionar estas desviaciones, es uno de los aspectos centrales de la naturaleza humana. Abordan en esta obra las experiencias subjetivas, cuestión fundamental y tradicionalmente relegada por los estudios, ya que consideran que los individuos que experimentan la locura están capacitados para realizar comentarios únicos sobre dicha experiencia y pueden ofrecer una contribución importante a nuestra comprensión de la misma.

Inicia con una historia sobre una joven madre pasa las noches en casa pensando en su problema. Sus dos hijos, de dos y cinco años, están durmiendo y su marido trabaja en el turno de noche en una mina de carbón. Le preocupa el curso reciente de su vida y noche tras noche no es capaz de pensar en nada más. A medida que pasan las semanas, descubre que está discutiendo estos pensamientos con su propia cabeza que, como por milagro, aparece en la esquina del techo de su dormitorio. Después de varios meses de discusiones, la madre y su cabeza sin cuerpo llegan a una solución: lo único que tiene que hacer es quitarse la vida. Pero esta solución genera otro problema ¿qué pasará con los niños? Sería cruel. Tras hablar con su cabeza, encuentra la solución: primero matará a sus dos hijos y luego acabará con su propia vida. La mujer siente que algo no encaja.

Decide visitar a su médico de cabecera pero no quiere explicarle las discusiones que ha mantenido con su cabeza. Le menciona otro problema que ha estado experimentando: está convencida

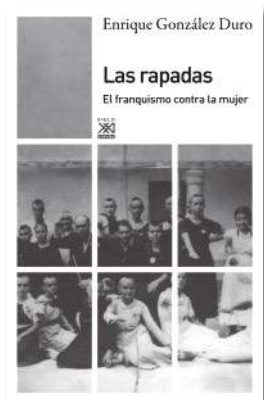
de que su forma de caminar es extraña y que al andar inclina su cuerpo hacia un lado. El médico le receta un fármaco que ella no toma. Convencido el médico de que tiene un problema de salud mental, le dice que la tendrá que enviar a un hospital mental para que la visiten.

Al final la joven no acaba con su vida ni la de sus hijos. En cambio, decide abandonar a su marido. Tras un tiempo de haberlo hecho, descubre que las discusiones con su cabeza han desaparecido y deja de tener la sensación de que se inclina hacia un lado al caminar.

Entender a los pacientes es importante. Cualquier interpretación de la locura que pase por alto la experiencia subjetiva del individuo es incompleta. Para los autores es insensato pensar que sólo los “expertos” están capacitados para hacer observaciones sobre las experiencias de locura. Este enfoque ha llevado a la estigmatización de los enfermos, como en la historia planteada más arriba, en la que el médico nunca llega a saber que la mujer dialoga con una cabeza sin cuerpo. Los pacientes son silenciados y se les excluye de las discusiones sobre la naturaleza de la experiencia.

John Read, una de las voces actuales más transgresoras en el campo de la salud mental, propone un nuevo planteamiento: primar los procesos terapéuticos psicológicos en el tratamiento de los pacientes con experiencias de locura por delante de los farmacológicos. Hay que dar valor a la experiencia del paciente y la medicalización de la mente se sitúa en ocasiones en las antípodas de este reconocimiento.

El sentido de la locura es una lectura esencial para los profesionales de la salud mental, así como para los pacientes y para sus familiares.



Las rapadas. El franquismo contra la mujer

Autor: Enrique González Duro.

Edita Siglo XXI, Madrid, 2012. 224 páginas.

ISBN: 978-84-323-1629-6.

Son pocos los libros que han mostrado la represión ejercida sobre las mujeres republicanas. Ellas fueron víctimas de abusos institucionalizados y sistemáticos que tenían como objetivo demonizar el estereotipo de feminidad que había comenzado a extenderse durante la Segunda República que permitía un cierto escape respecto a la rigidez previa y, aun más, respecto a la que vino después.

Mientras que ellos habían caído en el frente, habían sido ejecutados o huían ante la llegada de los sublevados, ellas permanecían en los pueblos, a cargo de sus familias, en miseria, y eran, muchas de las veces, juzgadas en tribunales militares en los que se decidía qué mujeres debían ser vejadas y marcadas por haber contribuido al derrumbe de la moral. Así se extendió el corte de pelo al rape y la ingesta de aceite de ricino para provocarles diarreas y pasearlas por las principales calles de las poblaciones «liberadas», acompañadas por bandas de música. No se trataba tanto de apartar o perseguir al enemigo, sino, más bien, de exhibir a una especie de «deformidad» generada en la República. Era algo más que un abuso ejercido sobre las mujeres, fue un ataque a un modelo de mujer libre e independiente.

Con capítulos dedicados a las milicianas republicanas, a las madres combatientes, al escarnio público con muchas de ellas. La tortura, violaciones y operaciones de limpieza, siempre presentes durante y después de la guerra. Las represalias en Málaga, genocidio en Córdoba y Granada, la represión en Extremadura, Madrid y en el norte. El anticlericalismo de las mujeres, la trama policial, resistencia en las cárceles... por el mero hecho de ser disidentes.

Enrique González Duro, destacado psiquiatra, miembro de la AEN, con varias décadas de labor a sus espaldas, fue uno de los líderes del movimiento antiinstitucional que cuestionaba la psiquiatría tradicional y proponía otras alternativas teóricas y prácticas. Puso en marcha el primer Hospital de Día en España y emprendió la reforma de las instituciones psiquiátricas de Jaén. Colaborador habitual en diversos medios de comunicación, es autor, entre otras, de las obras Represión sexual, dominación social; Las neurosis del ama de casa; Franco, una biografía psicológica; Historia de la locura en España; La sombra del General o Biografía del miedo.

I.M.

Agenda

- 27 al 29 de junio • Pamplona
XXI Congreso Nacional de Psiquiatría Legal de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal:
Psiquiatría, Capacidad y Ley.
www.psiquiatrialegal.org/
- 25-28 de septiembre • Bilbao
XVI Congreso Nacional de Psiquiatría. • www.psiquiatriabilbao2012.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
- 5 y 6 de octubre • Bilbao
Congreso APAG: *Impacto social, crisis y transformación. Claves para (Re)pensar lo Identitario y Relacional desde el Conocimiento Grupal.*
www.congresoapag2012.com
- 13-17 de octubre • Viena
25th ECNP Congress. Vienna2012@ecnp.eu • www.ecnp-congress.eu
- 25, 26 y 27 de octubre • Zaragoza
IV Congreso Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP).
- 25, 26, 27 de octubre • Madrid
XIV Jornadas Nacionales de Patología Dual.
Organiza SEPD: www.patrologiadual.es
- 16 y 17 de noviembre • Valladolid
La Revolución Delirante, II Jornadas de Jóvenes Pensamientos de la Salud Mental.
Colaboran AEN, UVa • www.revoluciondelirante.com
- 23 y 24 de noviembre • Gijón
III Jornadas de Salud Mental del Norte (AEN) • www.aen.es
- 29 noviembre, 1 de diciembre • Madrid
XVII Curso anual de Esquizofrenia “Biografía, familia, narrativas y psicoterapia de la psicosis”.
www.cursoesquizofreniamadrid.com
Organiza: FITEP. Colabora AEN y ISPS
- Junio 2013 • Almagro
XIV Jornadas de Salud Mental de la AEN. www.aen.es
- 29 junio- 3 julio de 2013 • Lisboa
21st World Congress Social Psychiatry: *The bio-psycho-social model: the future of Psychiatry.*
www.wasp2013.com
- 14-18 de septiembre de 2014 • Madrid
XVI World Congress of Psychiatry: *Focusing on access, quality and humane care.*
Organiza: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM)
www.wpamadrizo14.com

Normas de publicación

La Revista NORTE de Salud Mental considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella.

En general no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para su publicación en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los “Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas” (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores previa a su publicación. El primer autor podrá recibir tres ejemplares de la revista, cuando desee recibir un mayor número lo comunicará con antelación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de NORTE de Salud Mental y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

Requisitos de los trabajos a publicar

Se enviarán al Consejo Editorial de NORTE de Salud Mental: norte@ome-aen.org, 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 pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

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

• Autor institucional

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

• Sin nombre del Autor

Cancer in South Africa (Editorial), *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

Libros y otras monografías

• Indicación de autores personales

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses, 2ª ed. 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. 2ª ed. New York: Raven Press; 1995 p. 465-78.

• Actas de congresos

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

• Original presentado en un congreso

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

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

• Tesis doctoral

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and 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; 19995. 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.