

NORTE

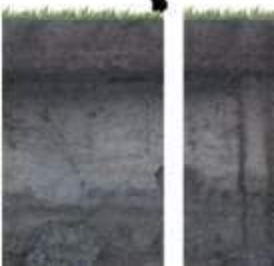
DE SALUD MENTAL



Comisión de Asesoría Científica y Organizativa | Universidad de Chile

Programa de Asesoría Científica y Organizativa

Departamento de Psicología y Psicología Clínica



NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

Del Rio, Francisco
Estévez, Juan
García-Ordás, Alfonso
Gay, Eudoxia
Martínez-Azumendi, Óscar
Redero, Jose María
Rodríguez Pulido, Francisco
Sánchez, Ana
Sierra, Deirdre
Sureda, Catalina
Tarí, Antonio

Consejo Asesor y de Redacción:

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

✓ 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
- Directory Open Acces Journals (DOAJ)
- e-revist@s
- IME (Índice Médico Español)
- MEDicina en ESpañol (MEDES)
- psiquiatría.com
- Psiquiatría Sur
- RCS
- Repositori UJI
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental

Vol XI nº 45, Febrero 2013

www.ome-aen.org/norte.htm

Realización y Administración:

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

norte@ome-aen.org

Autor de la portada: Maddi Monclús Vicente

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 2013 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 almacenamiento 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 45. Febrero 2013

Editorial	5
• Suicidios, desahucios y más recortes. <i>Federico Menéndez Osorio, Iñaki Markez, Eudoxia Gay, Goyo Armañanzas y otros.</i>	7
Originales y Revisiones	11
• Género binario y experiencia de las personas transexuales y transgénero. <i>Marina de la Hermosa, Beatriz Rodríguez Vega, Cristina Polo.</i>	13
• Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave. <i>Francisco González, Juan González Cases, Marisa López Gironés, Daniel Olivares, Cristina Polo, Margarita Rullas.</i>	23
• La figura del Educador Social en el campo de la Salud Mental Comunitaria: el amor por la pregunta y la construcción del caso en red. <i>Cosme Sánchez Alber.</i>	33
• Salud mental en la Ertzaintza. <i>Luis Fernando Barrios Flores, Ramón Rizo Gómez.</i>	40
• Exploración de las Tendencias y Prevalencia de Condiciones Relacionadas en los Niños Identificados con Problemas de Alimentación. <i>Joan M. Surfus.</i>	55
• Márgenes de la psiquiatría. Desigualdad económica y enfermedad mental. <i>Fernando Pérez del Río.</i>	66
Formación Continuada	75
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XVI). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	77
Historia	85
• Pinturas de Juan de Aranoa para la capilla neorrománica del Hospital Zaldibar. <i>Itxaso Martelo García de Garayo, Sonia Polo Escobes, Enrique G. Arza.</i>	87
Humanidades	105
• “Las horas”. Análisis filmográfico desde la Salud mental. <i>María Herrera, Carmen Llor, Pedro Marset, Joaquín Cánovas Belchí.</i>	107
• La crisis. Mi crisis. (Infortunio social y consecuencias psiquiátricas). <i>Carlos Sirvent.</i>	111
Actualizaciones. I. Markez.	117
• La mediación familiar en situaciones asimétricas. <i>Cristina Merino.</i>	119
• Drogas, legislaciones y alternativas. <i>Xabier Arana.</i>	120
• Adolescentes violentos. Con los otros, con ellos mismos. <i>Elisa Balbi, Elena Boggiani, Michele Dolci, Giulia Rinaldi.</i>	121
• Adolescencias por venir. <i>Fernando Martín Aduriz (Compilador).</i>	122
Agenda	125

Summary

NORTE de salud mental 45. February 2013

Editorial	5
• Suicides, evictions and more economical cuts. <i>Federico Menéndez Osorio, Iñaki Markez. Eudoxia Gay, Goyo Armañanzas et al.</i>	7
Original and Reviews articles	11
• Binary gender and experience of transsexual and transgender people. <i>Marina de la Hermosa, Beatriz Rodríguez Vega, Cristina Polo.</i>	13
• Family and intimate partner violence against women with severe mental illness. <i>Francisco González, Juan González Cases, Marisa López Gironés, Daniel Olivares, Cristina Polo, Margarita Rullas.</i>	23
• Notes on the community worker role within the Community Mental Health field: love with the question and the network building case. <i>Cosme Sánchez Alber.</i>	33
• Mental Health in the Ertzaintza. <i>Luis Fernando Barrios Flores, Ramón Rizo Gómez.</i>	40
• Exploration of Trends and Prevalence of Related Conditions in Children with Identified Feeding Issues. <i>Joan M. Surfus.</i>	55
• On the verges of psychiatry. Economic inequality and mental illness. <i>Fernando Pérez del Río.</i>	66
Continuing Education	75
• Continuing Education in Clinical Psychiatry: Self Opinion (XVI). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	77
History	85
• Paintings of Juan de Arana for the hospital chapel of Zaldibar. <i>Itxaso Martelo García de Garayo, Sonia Polo Escobes, Enrique G. Arza.</i>	87
Humanities	105
• The hours: a film analysis from Mental Health. <i>María Herrera, Carmen Llor, Pedro Marset, Joaquín Cánovas Belchí.</i>	107
• The crisis. My crisis. <i>Carlos Sirvent.</i>	111
Book reviews. I. Markez.	117
• La mediación familiar en situaciones asimétricas. <i>Cristina Merino.</i>	119
• Drogas, legislaciones y alternativas. <i>Xabier Arana.</i>	120
• Adolescentes violentos. Con los otros, con ellos mismos. <i>Elisa Balbi, Elena Boggiani, Michele Dolci, Giulia Rinaldi.</i>	121
• Adolescencias por venir. <i>Fernando Martín Aduriz (Compilador).</i>	122
Calendar	125

Suicidios, desahucios y más recortes

En los diarios se repite una noticia trágica: “Al entrar en el piso a ejecutar la sentencia de desahucio se encontraron con su propietario ahorcado”. Sobredosis con pastillas, se arrojó al vacío desde el domicilio, etc. son otras trágicas expresiones del dolor y la angustia de muchos miles de personas que están padeciendo estas situaciones. Los suicidios y las movilizaciones de las personas afectadas han constituido un revulsivo que ha llevado al gobierno y a otras instancias, a plantearse la toma de medidas para parar los desahucios. Hospitalet de Llobregat, Barakaldo, Granada, Las Palmas de Gran Canarias, Alicante, Basauri, Calvià en Mallorca, Córdoba, Castellón, Sevilla, Málaga... son lugares donde se han producido últimamente los suicidios que han salido a la luz pública, los reales sin duda serán muchos más, pues no olvidamos que hay muchos suicidios presentados como accidentes, los llamamos «suicidios en blanco».

El suicida volvió sobre sí lo que, para el decir del vulgo, debía de haber hecho a los culpables de su desahucio. El suicidio es una opción -no debe patologizarse la vida- que como decía H. Arendt “quizás estén en lo cierto los filósofos que nos enseñan que el suicidio es el garante supremo de la libertad humana”; o bien Wittgenstein para quien “el suicidio es el eje sobre el cual gira todo sistema ético”.

El acto suicida, como opción forzada y suprema, creemos que supuso para estos y otros propietarios, la forma última y testimonial de denunciar una injusticia y una impotencia “dando la vida” como protesta y acto de rebeldía. El mayor daño que una persona se puede infligir a sí misma, pero no la única dañada. En última instancia el suicida siempre se lleva con él, la clave de su decisión y solo él podría dar cuenta de lo que le llevó a ese final, que nos deja abocados a todo tipo de interpretación y valoración. Una cadena de tragedias ha empezado a hacer daño a familiares, amigos, vecinos y también a todos

nosotros de alguna manera. Su efecto, como las ondas en el estanque tras la caída, llegará lejos en el tiempo y en el espacio. De todas formas, su acto merece ser acreedor del respeto y de nuestra consideración.

La vivienda de la que se les desahucia no es simplemente esa estructura física arquitectónica e inmobiliaria. Representa y constituye algo muy propio de uno mismo, una prolongación del cuerpo, parte de la vida, del entorno, del refugio y el acogimiento, del acomodo, de la posesión y seguridad, etc. La casa forma parte de la identidad y los sentimientos de vergüenza por su condicionamiento cultural generan salidas dramáticas. Trasciende para el desahuciado, lo que para las entidades financieras es una mera transacción inmobiliaria, -al menos para quien lo habita como su morada y no lo tiene como especulación- y es de esto lo que el suicida deja constancia como testimonio al ahorcarse o arrojarse de su propia casa. Si me quitan mi casa, me quitan mi vida. Que se la lleven, “dejo el muerto” a quien viene por mi vida. Es acaso la forma de señalar su dignidad y su testimonio de impotencia, de rechazo y de hacer justicia.

Hay héroes y mártires a los que se ensalza por ofrecer su vida por un ideal. En este caso, la vida ofrecida por este y otros propietarios, ensalza el valor de denunciar aquello que ahora todos reconocen como injusto e inhumano. Estos suicidios, así como otras muchas “muertes en vida”, que no trascienden y no son conocidas, testimonian y pagan con su vida, el ser víctimas de la codicia del capital.

Hay una propiedad que no es embargable, que corresponde a lo que representa y forma parte del derecho, también y además, de la vida: la vivienda. Derecho constitucional reconocido, pero no reconocido por la codicia y la rapiña sin medida, de la cual esta crisis manifiesta su cara más cruda y lo que un sistema puede llegar a determinar.



A veces y para algunas gentes, aunque hay otras formas de luchar y de manifestarse contra lo injusto, solo queda “dejarles el muerto” ante esa inhumana y brutal codicia especulativa que mata sin disparar, ni hacerse cargo de lo que destruye y aniquila. Como expresa Máximo en una de sus viñetas “no nos queremos enterar de que la ley del desahucio multiplica la pena de muerte”.

Aún con estas tragedias -suicidios y desahucios- cuesta horrores sensibilizar a los poderes económicos, a la Administración en general y a los gobernantes para que sintonicen con la sociedad. Estos días el pleno del Congreso ha aprobado por unanimidad admitir a trámite la iniciativa legislativa popular (ILP) que reclama la dación en pago retroactiva, la paralización de todos los desahucios y la creación de un parque de vivienda en alquiler social con los pisos vacíos que están en manos de los bancos. Una propuesta que ha llegado al Congreso acompañada de casi millón y medio de firmas (tres veces las necesarias), y con el respaldo explícito de todos los grupos parlamentarios excepto el partido gobernante. Los políticos reconocen la “insuficiencia de las medidas” adoptadas en la pasada legislatura y que ahora hace falta remediarlo cambiando una Ley “obsoleta”, reclaman “soluciones verdaderas, no placebos ni parches”. Mientras, masivas concentraciones y manifestaciones con gritos de ‘Sí se puede’ son clarificadores y exigen una solución urgente ante semejante situación, todo ello, con el precedente de advertencias de Bruselas sobre la injusta situación española.

Los que nos dedicamos a la salud mental, a ayudar para que otros estén menos afectados, tal vez hemos levantado la mirada de nuestro último paciente o cliente o de nuestra pantalla de ordenador donde la persona se transforma en datos, y hemos recordado que la conducta humana tiende a ser imitada. Y que el suicidio es también una forma de conducta. Leyendo a Viktor E. Frankl, psiquiatra judío que pasó por varios campos de concentración nazis y vivió para contarlo, en su obra “El hombre en busca de sentido”, nos dice: “el hombre que no podía ver el fin de su “existencia provisional” tampoco podía aspirar a una meta última en la vida, cesaba de vivir para el futuro... El obrero parado, por ejemplo, está en una posición similar”. El Dr. Frankl nos transmite la impresión de que en esas circunstancias se vive una vida menos viva.

Pero no nos deja sin salida ante circunstancias externas terribles como la suya. Muy al contrario, ante los hechos como los que él vivió, nos habla de la libertad interna: “que determina si uno iba o no iba a ser juguete de las circunstancias, renunciando a la dignidad, para dejarse moldear”. Sus condiciones externas fueron las más extremas que se puedan imaginar. Pero solo si esas circunstancias le lograban arrebatar la dignidad interior, el sentimiento de su propio valor interno, el orgullo de sí mismo, le destruirían. Es entonces la vergüenza, la propia infravaloración y la aniquilación interior la que se adueñarían de él. Si la carencia de recursos económicos pasa a sentirse como una falta de valor interno, hemos perdido la batalla interna.

Comprobamos como aumenta considerablemente las atenciones específicas relacionadas con los desahucios, con la crisis, con el desempleo, con la penuria económica de muchos millones de personas. Tamaña afectación exige también cambios en los dispositivos asistenciales, y posiblemente haya que pensar en una mayor oferta desde los centros de salud de Atención Primaria con profesionales cualificados de plantilla pues la demanda es mucha aunque quienes consultan con frecuencia lo hacen al médico de cabecera por problemas mentales, de “depresión y ansiedad” sin señalar su situación de exclusión.

Aumento de episodios de depresión, rabia, tristeza, dependencias de fármacos o alcohol, y un malestar general del estado de ánimo. Los problemas psicológicos se van gestando, poco a poco. El empobrecimiento de tantos miles de hogares está pasando factura a nuestros cuerpos que expresan el sufrimiento a través de la dificultad de manejar el estrés y la ansiedad, a través de trastornos psicósomáticos, que se están disparando, y sus consecuencias pueden verse agravadas si no se toman soluciones anticipadamente.

Llegamos a oír que los suicidios son un problema de salud pública. Seguro, pero el verdadero problema de salud pública es que bajo el paraguas de “la crisis económica” se cubren los fraudes y la especulación, los desahucios y la amplia corrupción, los sobresueldos y los despropósitos gubernamentales, los rescates a quienes previamente engañaron, etc. Al tiempo, son muchos miles las familias excluidas, que

están más desfavorecidas que hace pocos años y carecen de recursos, lo que conlleva una serie de problemas emocionales. Esto está generando un aumento preocupante de patologías depresivas, de medicación con psicofármacos sin otras terapias ni medidas preventivas y hasta de casos de suicidio debidos principalmente a situaciones de exclusión social en los sectores más vulnerables. Las clases medias se empobrecen, las clases pobres ya ni tienen categoría.

Los problemas de salud mental se están agravando por la crisis, en cambio los poderes públicos no están tomando medidas “preventivas”, como sí ha ocurrido en otros países desarrollados. En el caso de los desahucios, son personas que están al límite, que optan por esa salida. Pero la prevención del suicidio es posible, como lo es apoyar a las familias que atraviesan una situación dura. No siempre es evitable pero si trabajáramos desde un punto de vista multidisciplinar se podría prevenir en muchas ocasiones.

Reducción presupuestaria en educación, sanidad, servicios sociales e investigación, lo que equivale a hipotecar el presente y el futuro de la próxima generación. No son consignas, lo estamos comprobando: cierre de centros, expedientes de regulación de empleo, reducir el número de profesionales sanitarios, peores condiciones de trabajo

de quienes se quedan, deterioro de los servicios, menos prestaciones y aumento del riesgo de enfermar y morir prematuramente. Muchos estudios muestran que la atención sanitaria pública se asocia a un riesgo menor de morir y enfermar, a menores desigualdades en salud según la clase social, el género y la situación migratoria.

La sanidad mercantilizada es injusta, rompe el concepto de ciudadanía y solidaridad y abre paso al clasismo, la discriminación y la desigualdad. Los “ajustes” o estrategias de mercantilización y privatización de la sanidad, conducen a una sanidad de tres niveles, que profundizará en las desigualdades en la salud: una sanidad de pago para los ricos que puedan pagarla, una sanidad para la clase trabajadora y clases medias empobrecidas con servicios mínimos y de baja calidad, y una sanidad de beneficencia para las personas en situación de pobreza y marginación.

La sanidad pública española estaba situada desde hace años entre las mejores del mundo y una de las más eficientes. También los datos contrastados señalan que al disminuir la inversión sanitaria empeora la calidad asistencial y aumenta la mortalidad. Aun estamos a tiempo de elegir.

Autoría

Federico Menéndez Osorio, Iñaki Markez, Eudoxia Gay, Goyo Armañanzas, Tiburcio Angosto, Chus Gómez, Manuel Desviat, Onésimo González, Luis Vila, Jose M^a Redero, Alberto Ortiz Lobo, Ramón Área, Fernando Iglesias, Francisco del Río, Juan Estévez, Fernando Márquez, María Jesús Acuña, Javier Pérez Montoto, David Simón Lorda, Oscar Martínez Azumendi, Ana Sánchez, Deirdre Sierra, Francisco Rodríguez Pulido, Antón Seoane Pampin, J.M. García de la Villa, Antonio Tarí, Catalina Sureda, Víctor Pedreira, M^a Victoria Rodríguez García, Alcira Cibeira, Elena Gato, Rubén Touriño, Jesús Alberdi, Yolanda Castro, José A. Campos, José Filgueira.

Género binario y experiencia de las personas transexuales y transgénero.

Binary gender and experience of transsexual and transgender people.

Marina de la Hermosa Lorenci,* Beatriz Rodríguez Vega,** Cristina Polo Usaola.***

* Psiquiatra. Hospital Dr. R. Lafora.

** Psiquiatra. H. La Paz.

*** Psiquiatra. CSM Hortaleza.

Resumen: Varios autores señalan la necesidad de incorporar la voz y la experiencia de las personas trans en la investigación sobre transexualidad. En este trabajo, que se trata de un estudio exploratorio previo a una investigación más amplia, profundizamos en las narrativas biográficas de algunas personas trans a través de su discurso. En un segundo paso, ponemos en relación estas experiencias con los criterios diagnósticos DSM IV TR del Trastorno de la Identidad de Género, explorando las concordancias y disonancias de estas narrativas biográficas con las que se especifican en los requisitos diagnósticos, y realizando un análisis crítico de las conclusiones.

Palabras clave: Transexualidad. Transgenerismo. Género binario. DSM IV TR. Metodología cualitativa. Criterios diagnósticos. Narrativas biográficas.

Abstract: Several authors indicate the need to incorporate the voice and the experience of trans people in transsexuality research. In this work, which is an exploratory study before a wider research, we explore in more detail the biographical narratives of some trans people through their discourse. In a second step, we put in relation these experiences with the diagnostic criteria in the DSM IV TR for the Gender Identity Disorder, exploring the conformities and dissonances of these biographical narratives with those who are specified in the diagnostic requirements, writing a critical analysis of the conclusions.

Key Words: Transsexuality. Transgenderism. Binary Gender. Diagnostic criteria. DSM IV TR. Qualitative methods. Biographical narrative.

Introducción. Transexualidad y derechos humanos

La primera cirugía genital a una persona transexual data de Alemania en 1931 (1), fue realizada por Abraham a Lili Elbe. En 1953 Christine Jorgensen volvería a EEUU tras realizarse una vaginoplastia en Dinamarca (2), generándose un gran revuelo en el contexto social y médico de opiniones encontradas sobre la cirugía genital.

En España se despenalizaron las cirugías genitales en personas transexuales en 1983 (3), y comenzaron a realizarse únicamente en clínicas privadas.

En 1999, tras la aprobación por el Parlamento de Andalucía de la prestación sanitaria a personas transexuales en el Sistema Sanitario Público Andaluz, se crearía una primera Unidad de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG) en el Hospital Carlos Haya de Málaga (4). En 2007 se aprobó

la ley que regulaba la rectificación del registro sobre el sexo de las personas en España (3), y se creó la UTIG de Madrid, a la que siguieron unidades en Barcelona, Asturias, Tenerife o Bilbao(5).

A nivel internacional, en marzo de 2007 se presentaron en la Asamblea de Derechos Humanos de la ONU los Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género. En el punto 18 de este documento se expone que “la orientación sexual y la identidad de género de una persona no son, en sí mismas, condiciones médicas, y no deberían ser tratadas, curadas o suprimidas” (6). Posteriormente se han publicado otros documentos internacionales, entre los que destaca el informe temático “Derechos Humanos e Identidad de Género”, en el que el comisario de Derechos humanos del consejo de Europa, Thommas Hammarberg, considera la patologización de las personas trans como un obstáculo en el disfrute de sus derechos humanos (7).

Aunque algunas organizaciones de personas transexuales defienden la necesidad de mantener y utilizar la categoría del Trastorno de la Identidad de Género de forma estratégica para no perder la cobertura sanitaria conseguida (8), recientemente algunas asociaciones de transexuales y equipos médicos que promovían la noción de enfermedad han modificado sus planteamientos y defienden la despatologización (9).

Objetivos y metodología

Varios autores (10, 11) desde diversos ámbitos, señalan la necesidad de tener en cuenta en la investigación sobre transexualidad la voz y la experiencia subjetiva de las propias personas transexuales.

Algunos clínicos que trabajan con personas transexuales (12, 13) señalan que los criterios diagnósticos resultan insuficientes para contener la diversidad de vías de expresión del género en estas personas y la posibilidad de que, en el contexto clínico, las biografías sean adaptadas, consciente o inconscientemente, a la “historia natural” que se desarrolla en los textos médicos (14, 9)

Recogiendo estas sugerencias, este trabajo tiene como primer objetivo explorar las narrativas

biográficas de personas diagnosticadas de transexualidad, como una forma de aproximación a su experiencia con su cuerpo, con su género, y con el proceso médico que llevan a cabo. Nuestro segundo objetivo es explorar las concordancias y disonancias de esa experiencia con los requisitos que se utilizan de forma habitual para realizar el diagnóstico.

Este estudio se presenta como un estudio exploratorio, una primera aproximación al campo previa al desarrollo de un proyecto de investigación más amplio.

A la hora de plantear el proyecto, existía un interés especial en explorar las narrativas de las personas trans descontextualizándolas en lo posible del contexto médico. Para ello, las personas entrevistadas fueron reclutadas a través de asociaciones. Utilizando como criterio de inclusión haber recibido el diagnóstico de transexualidad, y la disponibilidad para colaborar en el trabajo, se realizaron las siguientes entrevistas:

- P1. Hombre trans de 30 años. Licenciado en Ciencias Ambientales. Diagnosticado a los 30 años. No ha comenzado el tratamiento médico.
- P2. Hombre trans de 31 años. Estudios medios. Diagnosticado a los 25 años. Ha realizado hormonación, mastectomía e histerectomía.
- P3. Mujer trans de 30 años. Licenciada en Ciencias Económicas y Empresariales. Diagnosticada a los 22 años. Ha realizado hormonación y cirugía facial.

Se realizaron entrevistas individuales en profundidad con un proceso no directivo y semi-estructurado, basadas en un cuestionario creado específicamente para este trabajo. Las entrevistas fueron registradas y grabadas en formato mp3. Posteriormente fueron transcritas por la misma investigadora que las había realizado y la transcripción fue revisada y corregida por dos miembros diferentes del grupo de investigación, manteniendo siempre la confidencialidad de las mismas. Se realizó un análisis cualitativo según el enfoque de la “Grounded Theory” o teoría emergente, utilizando el programa ATLAS.ti (Visual Qualitative Data Analysis Management

Model Building) en su versión win 4.2., que fue revisado por dos jueces independientes.

Para realizar el análisis de las narrativas, tuvimos en cuenta los criterios diagnósticos utilizados en la clasificación DSM IV TR (14), dado que es la que los Standards of care (16) de la HBGDA recomiendan para realizar el diagnóstico, y la más frecuentemente utilizada en las unidades especializadas (56).

Resultados

Encontramos que antes del primer contacto con los profesionales de salud mental, las personas entrevistadas habían buscado información, y continuaban haciéndolo a lo largo del proceso diagnóstico:

“De hecho, en la reunión y tal, (...), levanté la mano y dije: decidme cómo va esto que voy a conocer al coordinador de la UTIG y a mí éste, a ver por dónde va a salir, y digo: bueno, pues me contaron sus sensaciones, cómo fue su proceso, cómo fue su vivencia...” (P1. 234)

Referían haber encontrado información por diferentes vías, de las que las más frecuentemente citadas fueron las asociaciones de personas transexuales, e internet, y en algunos casos consideraban que los profesionales que les atendían no tenían suficientes conocimientos sobre transexualidad:

“Tuve un desencanto enorme, con el psiquiatra. Porque no tenía ni idea, porque daba cosas por asumidas, porque me prejuzgaba, porque me hacía unas preguntas que me parecían estúpidas.” (P3. 152)

Encontramos también en el discurso la convicción de que la transexualidad no es un trastorno mental, y una cierta percepción del profesional como juez:

“Yo sé cómo soy, sé que soy una persona súper coherente. Yo me he sacado mi carrera, mi historia, y yo no veo ningún tipo de... yo, en mí mismo no me veo ningún tipo de enfermedad. Simplemente que no me identifico con mi género. Punto, no hay más.” (P1. 120)

“(...) pero yo... claro, pues fingía para que él no se diera cuenta, porque dependía de él para

que luego me pasara a la siguiente fase, que era lo de las hormonas.” (P3. 156)

Respecto a las experiencias en salud mental, las personas entrevistadas referían en algunos casos satisfacción, sensación de desahogo, o experiencias que describen como desagradables:

“En ese sentido la verdad es que tuve suerte con M. y con E. (psicólogos que le atendieron en la UTIG).” (P2. 256)

“Pues, no sé. Entraba llorando por la angustia, la desesperación, todo, la ansiedad, o sea, un cúmulo de cosas. La presión de la familia, no sé... y entraba llorando y bueno, me desahogaba con ellos, y me ponía a llorar más.” (P2. 267)

Y en ocasiones explican que les ayudó a facilitar la comprensión familiar de la situación:

“Me sentí bien porque hizo sentir muy bien a mi madre. O sea, porque mi madre salió muy a gusto de esa consulta y estaba muy insegura con el tema, y eso, porque le faltaba información, y la veo cada vez más... a ver, no la veo más contenta, pero con el proceso más tranquila.”

Todo lo explicado anteriormente estaría relacionado con la forma en que, en algunos casos, estas personas se acercan a los profesionales de salud mental, que hemos descrito como “*Conformidad utilitaria*”. Acceden a acudir a las consultas y cooperar con los profesionales con la esperanza de conseguir el diagnóstico de trastorno mental que permitirá que comiencen el proceso médico:

“Pero ya luego te lo replanteas, y dices, a ver, es un proceso, son varias fases, con lo cual, vale. ¿Estoy es lo que hay?, pues vale, venga, te cuento todo lo que quieras saber y más, pero tú dame mi informe que yo me quiero hormonal. Un poco así.” (P2. 263)

Modificando en algunos casos sus narrativas biográficas en función de los criterios diagnósticos:

“(...) porque si él decía que yo tenía que estar continuamente pensando en tener una vagina, y yo no lo hacía, pues ya no encajaba, y si yo tenía que tener pensadísimo otro nombre porque tenía que aborrecer el mío y no lo hacía, pues no encajaba, y entonces empecé como a... que no encajaba, y al final, eran como los

pequeños detalles éstos los que me crucificaban, ¿no?, pero yo... claro, pues fingía para que él no se diera cuenta.” (P3. 156)

Analizando el discurso a la luz de los criterios diagnósticos, encontramos concordancias y disonancias entre las experiencias relatadas y las que se describen en las clasificaciones diagnósticas:

Respecto al criterio A, “Identificación acusada y persistente con el otro sexo”, al preguntar por el inicio de la identificación, se encuentra con frecuencia la respuesta de que les ocurre “de toda la vida”:

“Yo sobre todo ya te digo, echaba la vista atrás, y me planteaba desde cuándo, y yo pensaba: mi comportamiento ha sido así de toda la vida.” (P1. 14)

Es llamativo que, en algunos casos, al preguntar por la primera percepción de diferencia, la respuesta está relacionada con la certeza de la orientación sexual:

“O sea, desde... Yo me acuerdo cuando era pequeño que me gustaban las niñas, y no las miraba y era muy tímido, por aquello de qué me iban a decir...” (P1. 6)

Se señalan conductas que se consideran propias de una identidad de género diferente a la asignada desde la infancia. De esta forma, se habla de preferencias por juegos y compañeros de juegos propios de un género:

“(…) y luego en el recreo, y eso, hablaba con todo el mundo pero yo jugaba con los chicos. Yo jugaba al fútbol (...), yo todo lo que fuera bestia y lo que tal, me gustaba, ¿sabes?” (P1. 24)

Del deseo de utilizar vestimenta que consideran propia del género expresado y sentirse bien al hacerlo, o de tener ademanes que son considerados propios del género deseado:

“(…) debía tener así como... pues así, unos ademanes muy afeminados, ¿no?, muy femeninos.” (P3. 36)

A pesar de referir claramente conductas que consideran más propias de un género u otro durante la infancia, coinciden en no haberlas considerado así en un principio, y no tener la sensación en

un primer momento de que se tratara de conductas que no debían tener:

“¿Sabes qué pasa?, que cuando eres muy pequeño muy pequeño, tampoco es que te pongas..., quiero decir, hasta cierta edad, cuatro o cinco años... inclusive a ocho, lo que quieres es jugar, pero ¿a qué juegas?, o sea, tú no te preocupas en lo que te van a decir ni nada, actúas libremente...” (P2. 9)

Como consecuencia de estas conductas e intereses, refieren haber sido corregidos insistentemente por su familia, o en el caso de que hubieran sido respetadas en su familia, haberse dado cuenta de que no se consideraban adecuadas al comenzar el colegio:

“¡No juegues con eso!, ¿Por qué estás siempre con tu vecino tal y no con las niñas y con tu hermana?, siempre bajo la corrección. Absoluta. O sea... no puedes hacer esto, tienes que hacer lo otro, no puedes jugar a esto, juega con lo otro.”

En relación con las correcciones, aparece en el discurso una sensación de incompreensión de la norma e impotencia al darse cuenta que no se consideraba adecuado que se expresaran de la forma deseada:

“(…) en realidad tú dices, pues siento un deseo así como un poco irresistible, de ser así, pero a la vez no puede ser, no sé porqué exactamente, pero todo el mundo dice que no puede ser, entonces no puede ser. Y como no puede ser, además, si es va a ser malo, entonces no puede ser más todavía.” (P3. 24)

Y una de las personas entrevistadas relaciona estos sentimientos con la idealización que sentía en la infancia por el género deseado:

“Yo antes... yo supongo que es por la imposibilidad. Cuando eres pequeño, y no te puedes acercar a lo que a ti te gusta, ¿no?, de imagen, o físicamente, o de forma de comportamiento, o como sea. Pues yo creo que ante esa imposibilidad, también porque todos los mensajes día a día desde muchísimos lados, empezando desde la familia, de la escuela, de los profesores, todo, todo, todo, obviamente distingue cómo son los chicos y cómo son las chicas, y al hacer esta distinción, como tú no puedes ser

de la forma que te gustaría, yo creo que por esa imposibilidad hay como una especie de idealización, ¿no? Entonces, pues yo de pequeño, tenía esta idealización.” (P3. 14)

Algo que nos parece importante en el proceso es lo que una de las personas entrevistadas llama: “integrar rosas y azules”. Refiere que a lo largo del proceso, gracias a algunas lecturas, al apoyo de su psicólogo, y a haber entrado en contacto con personas trans que mantenían discursos críticos, se fue dando cuenta de que no todo en las mujeres era femenino, ni todo en los hombres masculino, y eso le ayudó a integrar sus propia diversidad respecto al género y a sentirse más tranquila en su relación con otras personas:

“(…) como decía mi sexólogo: parece ser... un problema que se encuentra mucho con los trans y las trans, el que integren sus rosas y sus azules, ¿no? Porque quieren ser completamente rosas y completamente azules, y parece ser que yo integraba muy bien mis azules en mi personalidad, en mi cuerpo, y en mi... todo, ¿no?” (P3. 182)

Todas las personas entrevistadas describían su experiencia como un proceso, y un episodio importante de este proceso es el de “poner nombre” a la discordancia entre su expresión de género y la norma, que en las personas entrevistadas ocurrió al final de la adolescencia. Esa identificación como transexual puede producir alivio, indiferencia, culpa, o malestar:

“Yo al principio sí. Porque yo veía a mi madre cuando se lo conté que era como... se acostaba súper pronto, nada más cenar, y se levantaba súper temprano, y con los ojos hinchados, o sea, llorando, pero a más no poder. Y claro, eso te hace sentir, de cierta manera, culpable. Es como, jo, mi madre está sufriendo... por esto, ¿sabes?” (P2. 340)

Una de las personas entrevistadas refería haber realizado un intento de suicidio tras ponerle nombre:

P1: (...) cuando me enteré en la tele y tal, de que había... ya pude poner nombre, ¿no?, a lo que me pasaba. Y es como... no, no, no, no.

E: No querías que te pasara eso...

P1: No, no, no, no quiero que me pase esto, no. O sea, y realmente tú sabes que es eso. Porque lo sabes. Y me tomé (resopla) no sé, todas las pastillas del mundo y más.

Tras la identificación, suele llegar el momento de la revelación a los familiares y amigos más cercanos, o en algunos casos a la pareja, pudiendo producirse diferentes reacciones. Con frecuencia refieren comprensión por parte de las madres y rechazo por parte de los padres, llegando incluso a la expulsión del domicilio familiar. En el caso de los amigos las reacciones también oscilan entre la comprensión y el rechazo, y en el caso de la revelación a la pareja, encontramos incredulidad, comprensión, y en algunos casos una ruptura de la relación:

“(…) porque además mi padre me llegó a echar de casa. Mi padre me echó de casa. Yo estuve un año fuera.” (P2. 297)

“Pero se lo conté a la chica con la que estaba y me dijo: tú estás mal (rie), de hecho me dejó.” (P2. 173)

A partir de la revelación, comienza a aparecer una demanda abierta de ser tratados con el género deseado que en ocasiones también coincide con una demanda de “demostración de género” por parte de otras personas, e incluso por parte del psiquiatra que realiza la evaluación:

“(…) yo me vi ya con 25 años, y es como... quiero, ya. Y te entra una ansiedad... O sea, no puedo seguir así. Entonces lo quieres todo ya. Y quieres que te llamen D. de la noche a la mañana.” (P2. 46)

“(…) y me decía que tenía que demostrar cosas, y que me tenía que vestir de no sé qué forma, y que tenía que realmente hacer ver que yo era una chica, (...) y es que dije, o sea, es que tengo que ser más tía que cualquier tía.” (P3. 152)

Respecto al criterio B, malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol, encontramos diversas expresiones de rechazo de partes del cuerpo en el discurso analizado. En la pubertad, refieren angustia por la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y sentimientos de desagrado con algunas partes del cuerpo:



“O sea, a mí no me gustaba nada, digo ¡uf!, yo que me quede... ¡virgencita, virgencita, que me quede como estoy!” (P3. 46)

El rechazo se menciona con más frecuencia en relación con tener que mostrar el cuerpo a otras personas, y sobre todo en las relaciones íntimas, negándose que sus parejas toquen sus genitales:

“(...) porque no quieres enseñarlo, o sea, no quieres que se muestre nada. El viento por ejemplo, yo lo digo, esto, para mí... mi peor enemigo es el viento. ¿Que qué pasa?, pues que te pega la camisa al cuerpo, y es que no quieres que se te vea, que se te vea eso.” (P1. 90)

Sin embargo, estas citas coexisten con otras, en las que se muestra el cuerpo desnudo en público, o en las que aparece un proceso de aceptación del cuerpo sin modificar, o de aquellas partes de él que se consideran adecuadas al género que se quiere expresar. Además, ninguna de las personas entrevistadas refería rechazo a la propia masturbación:

“Pues mira, por ejemplo yo nunca había tenido asco con mis genitales, o sea, no me habían provocado ahí...” (P3. 176)

En la “historia natural de la transexualidad” se cita con frecuencia la idea de que las personas transexuales sienten su cuerpo como “un error de la naturaleza” o como “un cuerpo que no me pertenece”. Al preguntar por esto, encontramos diferentes respuestas. Algunas personas se sienten identificadas con esa expresión, mientras otras la cuestionan, relacionándola con el contexto social:

“Y eso es lo que te duele, lo que te hace decir: ¡joder! ¡No has nacido de esta forma! ¡Eres transexual!, porque estás en un cuerpo que no te corresponde, es lo que más me ha costado ¿sabes?, el aceptarlo.” (P1. 106)

“(...) yo me pregunto, si yo viviera en un mundo donde hubiera ya un recorrido histórico de aceptación y donde se asumiera, (...) que alguien que tiene los hombros grandes, o que tiene pelos en la cara, puede ser una mujer, e incluso puede resultar atractiva para otra gente, si eso lo asumiéramos y no viviéramos en la hipocresía de por el día te escupo, por la noche te compro, y ese tipo de cosas, ¿no?, y toda la

sociedad hiciera eso, pues yo me pregunto si empezaría con un proceso médico, si hubiera tomado hormonas, si estarían presentes en la sociedad frases como: “vivir en un cuerpo que no me pertenece”. Si esas condiciones cambiaran, y son condiciones sociales, ¿eh?, no son condiciones biológicas, pues yo me pregunto si esa frase tendría sentido en una sociedad así...” (P3. 204)

En relación con el deseo de modificación corporal, hay múltiples referencias en las que se expresa el deseo de someterse a intervenciones médico-quirúrgicas de diferentes tipos. Se demanda hormonación y mastectomía en el caso de los chicos trans, pero la histerectomía y la faloplastia suscitan más dudas. Uno de los chicos entrevistados, explicaba que cuando comenzó el proceso se preguntaba qué clase de hombre sería si no iba a poder tener un pene, pero que a lo largo de los años se dio cuenta de que no se trataba de un pene, sino que era algo que estaba en la cabeza:

“Cuando ya te empiezan a contar un poco y es como que o cambias el chip, o te vuelves loco. En ciertos momentos añoras, pero luego, pues igual, esto te puedo decir que durante el primero, segundo año, luego pues te das cuenta de que hay muchos métodos (ríe), de que hay unas prótesis maravillosas, y de que está aquí (señala la cabeza). (...) No está en un pene.” (P2. 121)

Además, se cita frecuentemente la demanda de modificaciones por parte de otras personas, sintiéndose en ocasiones presionados por sus parejas, personas conocidas, o el personal médico:

“Entonces... pues, con eso muchísimas veces, empezando desde los profesionales médicos, mogollón, o sea, a lo bestia, hasta terminar... pues eso, la mayoría de la sociedad, que luego, gracias a Dios hay gente que no te está cuestionando por eso, menos mal, o sea, como que puedes tener ahí tu isleta de remanso y de paz, con respecto a tu cuerpo frente a los demás, pero con lo de las tetas también. Es: genitales, tetas. Que parece que es como lo definitorio de los cuerpos masculinos y femeninos, ¿no?, no son nada más que genitales y tetas...” (P3. 218)

Al preguntar por los motivos que relacionan con el deseo de someterse a intervenciones, la respuesta más frecuente las asocia con el deseo de ser tratados por otras personas conforme a su género deseado:

“Y con respecto a la gente de la calle, yo creo que las agresiones han parado cuando me han empezado a notar como una chica. O sea, es un poco triste decirlo, ¿eh?, pero yo creo que es así. Y yo creo que eso también justifica que yo me redujera el mentón, o que me tomara hormonas, porque realmente... o sea, sí. La gente cuando ya no nota nada sospechoso en ti que le haga pensar que no eres una chica, no te agrade.” (P3. 236)

Respecto al criterio C, que alude al malestar clínicamente significativo o al deterioro, con frecuencia se hace alusión a sentir miedo, malestar y soledad:

(...) un miedo terrible. Un miedo espantoso.” (P3. 88)

“(...) yo estuve como tres años sin ningún tipo de amigo de nada, ¿no? Perdí a los de mi instituto, en el primer año de carrera y estuve hasta cuarto sin nadie. O sea, yo no salía los fines de semana... no hacía nada.” (P3. 68)

La sensación de malestar no parece presentarse desde el principio del proceso, sino poniéndose en relación con la ruptura de la norma social que supone la identidad de estas personas. Por ejemplo, una de las personas entrevistadas refería la angustia que le producían las continuas correcciones por parte de su familia:

“¡No juegues con eso!, ¿Por qué estás siempre con tu vecino tal y no con las niñas y con tu hermana?, siempre bajo la corrección. Absoluta. O sea... no puedes hacer esto, tienes que hacer lo otro, no puedes jugar a esto, juega con lo otro. ¡No te pongas tanto pantalón!” (P1. 32)

En el contexto escolar se refieren insultos y agresiones continuas:

“Sí, insultos y agresiones físicas. Los 20 minutos, media hora del recreo eran lo peor, o sea, era como... que no llegue, que no llegue, estaba que... quería que desapareciera de la faz de la tierra el recreo.” (P3. 54)

Y estas situaciones se ponen en relación con la gran angustia que producen los momentos de interacción social, que es la codificación que hemos encontrado con más frecuencia en el discurso analizado:

“(...) porque ya me cuesta, yo por ejemplo cuando me corto el pelo, me lo corto más, cuesta mucho, cuesta mucho por ejemplo lo del tema de los baños, el tema de las tarjetas de crédito, cuando te piden la documentación, ya te están mirando de arriba a abajo: ¿esto qué es? eso cuesta y duele ¿sabes?” (P1. 162)

En relación con esta ansiedad, comienzan a aparecer dificultades para afrontar algunas situaciones sociales, porque se aproximan a ellas con miedo:

“(...) yo antes le tenía miedo, y me defendía de la gente nada más conocerla, y digo: algo me van a hacer, ¿no? Algo me van a hacer. Entonces siempre era como a la defensiva, entonces, eso dificultaba un montón también, que tuviera amigos.” (P3. 126)

A lo largo de todo su proceso, estas personas son conscientes de que su expresión de género supone una transgresión con la norma social, y esta presión social puede suponer períodos de negación, en los que se intenta una adecuación a lo que los demás esperan. El malestar que producen estos episodios de negación puede llegar a estar relacionado con la aparición de ideación autolítica, y en algún caso se puede llegar a pasar al acto.

“Pues sí, desde ir a la comunión de no sé quién, hasta... anda, lleva un vestidito a... y te estoy hablando de..., yo dí el paso con 25, yo a los 19, llevaba el pelo largo, y yo salía con mi hermana y con sus amigas, y aunque me aburría como una ostra, con ellas, pero... no sé, o sea, sí. Es como... joder, tengo este cuerpo, pues, no sé, voy a aprovecharlo. Es lo que me han dado, es como que yo a mí mismo me negaba. Es como, no. No puedo, o sea... un montón de cosas.” (P2. 90)

De esta forma, uno de los principales sentimientos que aparecen al comenzar a plantearse el proceso médico es el miedo a las consecuencias

sociales del mismo, que preocupa tanto a las personas entrevistadas, como a sus familiares:

“Era otro año perdido, ¿no? Otro año que... ¡buh!, otro año que no me atrevo, otro año que... pero claro, pero luego era: ya, pero si empiezo con esto... ¡ostras! ¡Es que las consecuencias van a ser terribles!” (P3. 86)

Por último, en el discurso de todas las personas entrevistadas, se encuentra también una demanda de cambio social:

“Creo, que si la sociedad, sigue avanzando, o avanzara mucho en la manera de pensar, creo que muchas personas transexuales sí que se pondrían como personas transgénero, si les da miedo operarse, si no pueden operarse por cierto estado de salud, o lo que sea. Llegará un momento en el cual, creo que habría más personas transgénero, que no tuvieran tanto esa necesidad de operación, hormonación... y las personas transexuales quedaríamos como en un segundo plano, e incluso... no sé, ojala que evolucione esto muchísimo, y dejaríamos de existir.” (P2. 355)

Discusión y conclusiones

Revisando la literatura, encontramos en ella algunos argumentos que cuestionan los criterios diagnósticos de transexualidad tal y como están descritos en el momento actual, y en nuestro trabajo encontramos aspectos que podrían aportarse a esta controversia y añadir algunas reflexiones al abordaje a la transexualidad por parte de los profesionales de salud mental.

Algunos autores (15, 16, 13) cuestionan el mantenimiento en los criterios de alusiones a comportamientos típicos de un género u otro, señalando juegos, compañeros de juegos o actitudes que se consideran más deseables según el caso, dado que están basados en estereotipos, y contribuyen a patologizar identidades de género no normativas en personas que no sufren por ello (14, 17). Las personas entrevistadas referían haber manifestado estas conductas e intereses en la infancia, pero en otros momentos cuestionaban que se tratara de aspectos que no se expresarían por parte de los dos géneros. Por nuestra parte, coincidimos con los autores que señalan que las conductas citadas son estereotipadas

respecto al género, que no se cumplen exclusivamente por uno u otro sexo, y que su inclusión en los criterios patologiza expresiones de género no normativas, por lo que pensamos no deberían mantenerse en los criterios diagnósticos tal y como se describen en el momento actual.

La idealización del género y la identificación con aspectos extremos de la masculinidad y femineidad que encontramos en nuestro análisis también son mencionadas por algunos clínicos que trabajan con personas transexuales (12, 13), que también consideran que las demandas de “demostración de género” que reciben desde varios lugares pueden estar relacionadas con esta identificación. Compartimos el punto de vista de Garaizabal (16) cuando señala la importancia de trabajar sobre los estereotipos de género que manejan estas personas durante el proceso de apoyo psicológico en las unidades, tratando además de que no centren todo su interés en estos aspectos, y puedan atender también a cuestiones, intereses y relaciones más allá de su identidad de género.

También la sensación de ser presionados para realizar modificaciones en su cuerpo que aparece en este trabajo ha sido descrita previamente en la literatura, tanto desde discursos críticos (15), como desde los clínicos (16). En nuestro trabajo encontramos que no todas las personas entrevistadas se sienten identificadas con la idea de un “cuerpo que no les pertenece”, y algunas incluso la critican abiertamente asociándola con la demanda social de coherencia entre el sexo asignado y el género expresado.

En relación con el criterio D, que hace alusión al malestar y las dificultades de funcionamiento de estas personas, diversos autores han señalado este aspecto en sus trabajos, e incluso en la propuesta de modificación de los criterios para el DSM V (18) se introduce un matiz en relación con este aspecto, proponiendo que el malestar sea valorado de forma independiente al diagnóstico.

Varios autores refieren además que el malestar que sienten estas personas no es inherente al trastorno, sino una consecuencia de la estigmatización y las violencias a las que son sometidas por la discordancia entre su expresión de género y la norma (14;9;19). En nuestro trabajo

encontramos que cuando se refiere malestar está intensamente relacionado con la ruptura de la norma social y sus consecuencias, e incluso aparece una demanda expresa de cambio social, que facilitaría que estas personas pudieran vivir y ser reconocidas de la forma deseada sin realizar intervenciones en sus cuerpos. Desde nuestro punto de vista, esta necesidad, y la angustia por no tener identidades normativas de género, disminuiría mucho si en nuestra sociedad se permitiese una mayor fluidez en los roles de género

(10), como se demanda por parte de los colectivos transgénero.

Consideramos que los hallazgos de este trabajo aportan argumentos que apoyan la salida de la transexualidad de las clasificaciones diagnósticas tal y como está definida en el DSM y en la CIE, sumándonos a una posición que defienden diversos autores (10, 17, 20).

Contacto

Marina de la Hermosa Lorenci • marinahl21@hotmail.com
Plaza de los Reyes Magos 9, 2L • 28007 Madrid

Bibliografía

- (1) Pauley IB. Adult manifestations of female transsexualism. In: Green R, Money J, editors. *Transsexualism and Sex Reassignment*. Baltimore: John Hopkins Press; 1969. p. 34-58.
- (2) Hamburger C, Sturup GK, Dahl - Iversen E. Trans-vestism: hormonal, psychiatric and surgical treatment. *J Am Mess Assoc* 1953;152-391.
- (3) Platero R. Transexualidad y agenda política. *Política y sociedad* 2009;46(1 y 2):107-28.
- (4) Bergero T, Cano G, Giraldo A, Esteva I, Ortega M, Gómez M, et al. La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el sistema público de salud. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2004;24:9-20.
- (5) Asenjo-Araque N, Rodríguez-Molina JM, Lucio-Pérez M.J., Becerra A. Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG Madrid). *Semergen* 2011;37(2):87-92.
- (6) Principios de Yogyakarta. <http://www.yogyakartaprinciples.org/>. 2007.
- (7) Hammarberg T. Human rights and Gender Identity. <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=1476365>. 2009.
- (8) Martínez A. La fabricación del Trastorno de Identidad sexual. Íñiguez L, editor. Estrategias discursivas en la patologización de la transexualidad. *Discurso y Sociedad* 4, 30-51. 2010.
- (9) Suess A. Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales. In: Missé M, Coll Planas G, editors. *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: *Egales*; 2010. p. 29-54.
- (10) Polo C, Olivares D. Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2011;31(110):285-302.
- (11) Martínez-Guzman A, Montenegro M. Producciones narrativas: Transitando conocimientos encarnados. In: Missé M, Coll Planas G, editors. *El género desordenado*. Barcelona: *Egales*; 2010. p. 229-63.



- (12) Garaizabal C. Transexualidades, identidades y feminismos. In: Missé M, Coll - Planas G, editors. El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona: *Egales*; 2010. p. 125-40.
- (13) Bergero T, Asiain V, Gorneman I, Giraldo F, Lara J, Esteva I, et al. Una reflexión sobre el concepto de género alrededor de la transexualidad. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2008;XXVIII(101):211-26.
- (14) Cohen-Kettenis PT, Pfafflin F. The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Arch Sex Behav* 2010 Apr;39(2):499-513.
- (15) Coll-Planas G. La voluntad y el deseo. La construcción social del género y la sexualidad: el caso de lesbianas, gays y trans. Barcelona: *Egales*; 2010.
- (16) Garaizabal C. Problemas de diagnóstico en los casos de transexualidad. *Revista de Psicoterapia* 1999;X(40):41-8.
- (17) Isay RA. Remove Gender Identity Disorder From DSM. *Psychiatric News* 1997;32(22):9-13.
- (18) American Psychiatric Association. DSM 5 Development. <http://www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/GenderDysphoria.aspx> . 2011.
- (19) Bower H. The gender identity disorder in the DSM-IV classification: a critical evaluation. *Aust N Z J Psychiatry* 2001 Feb;35(1):1-8.
- (20) Fernández S. Derechos sanitarios desde el reconocimiento de la diversidad. Alternativas a la violencia de la psiquiatrización de las identidades trans. In: Missé M, Coll - Planas G, editors. El género desordenado. Barcelona: *Egales*; 2010. p. 177-94.

- Recibido: 15-4-2012.
- Aceptado: 12-2-2013.

Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave.

Family and intimate partner violence against women with severe mental illness.

Francisco González Aguado (1), Juan González Cases (2), Marisa López Gironés (3), Daniel Olivares Zarco (4), Cristina Polo Usaola (5), Margarita Rullas Trincado (6).

- (1) Psiquiatra. Servicio de Salud Mental de Alcalá de Henares. Madrid.
- (2) Psicólogo clínico. Director CRPS Alcalá de Henares. Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (Gestión técnica Grupo Exter S.A.).
- (3) Psicóloga clínica. Servicio de Salud Mental de Hortaleza. Madrid.
- (4) Psiquiatra. Hospital de Guadalajara.
- (5) Psiquiatra. Servicio de Salud Mental de Hortaleza. Madrid.
- (6) Psicóloga clínica. Directora CRPS, EASC y Pisos San Fernando de Henares. Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (Gestión técnica Grupo Exter S.A.).

Resumen: El objetivo de esta investigación es estudiar la prevalencia y características de la violencia familiar y de pareja hacia mujeres con trastorno mental grave (TMG). La muestra estaba compuesta por 62 mujeres con TMG en atención en dos Centros de Rehabilitación Psicosocial (San Fernando de Henares y Alcalá de Henares). La prevalencia de la violencia en los doce meses previos a la entrevista fue del 40,3% y del 74,1% a lo largo de la vida. La forma de abuso más frecuente fue el psicológico seguido del físico y en último lugar el sexual. Las mujeres víctimas de abuso presentan un apoyo social bajo. Los profesionales identifican entre el 80% y el 100% de los casos que son víctimas de abuso reciente. Esta investigación pone de manifiesto la magnitud de la violencia que sufren las mujeres con trastorno mental grave en el ámbito doméstico.

Palabras clave: Violencia de pareja; Violencia familiar; Trastorno mental grave; Abuso; Esquizofrenia, Mujer.

Abstract: The aim of this research is study the prevalence and characteristics of family and intimate partner violence towards women with a severe mental illness (SMI). The sample consisted of 62 adult women with SMI treated in two Psychosocial Rehabilitation Center (San Fernando de Henares y Alcalá de Henares). The prevalence of violence in the twelve months preceding the interview was 40.3% and over the life of 74.1%. The most frequent form of abuse is psychological, followed by physical and then sexual. Women victims of abuse have a low social support. The professionals identified 80%-100% of recent abuse cases. This research highlights the extent of domestic violence experienced by women with SMI.

Key words: Intimate partner violence; Familiar violence; Severe Mental Illness; Abuse; Schizophrenia; Women.



Introducción

En los últimos años han aumentado los estudios de prevalencia de violencia contra las mujeres por parte de sus parejas, tanto en población general como en la atendida en servicios sanitarios. Así, por ejemplo, en nuestro medio la primera macroencuesta sobre violencia familiar llevada a cabo por el Instituto de la Mujer en el año 2000, estimó que el 153,4% de las mujeres madrileñas cumplían los requisitos técnicos para ser consideradas víctimas de maltrato por parte de la pareja o ex-pareja. El 4,7% de las encuestadas se definió a sí misma como maltratada y algo más del 70% de ellas refirió encontrarse en esa situación desde hace más de 5 años. [1]

En otro estudio realizado en 1402 mujeres que acudieron a consultas de Atención Primaria se observó que 32% del total de mujeres de la muestra tuvo algún tipo de maltrato a lo largo de su vida. El 52% de las mujeres que refirieron los 3 tipos de maltrato (físico, emocional y sexual) lo habían sufrido durante más de 5 años [2].

También se han publicado bastantes trabajos sobre las consecuencias que en la salud mental de las mujeres produce la violencia de género [3]; sin embargo, en el caso de mujeres con enfermedad mental grave, los estudios han sido fragmentarios y escasos. Una revisión realizada por Friedman [4] sobre la bibliografía contenida en las principales bases de datos durante el periodo comprendido entre 1966 y 2004 referida a violencia de pareja en enfermas mentales graves, sólo encontró 17 artículos que trataran específicamente el tema. Los resultados obtenidos en esta revisión mostraron que este tipo de violencia es mayor en mujeres con enfermedad mental grave que en población general. Así, en Estados Unidos, la prevalencia de violencia física por parte de la pareja en población general se ha calculado comprendida entre el 9 y 30%, y la violación por la pareja entre un 7,7 y 8%, cifras muy inferiores a las obtenidas en población de mujeres con diagnóstico de enfermedad mental grave.

Otra revisión de Goodman [5] sobre estudios de agresiones físicas y sexuales en mujeres con enfermedad mental grave, mostró que entre un 51 y un 97% de las participantes había sufrido abuso físico y sexual y una proporción muy significativa múltiples actos de victimización. Carlile [6] informó

en un estudio realizado con 152 mujeres casadas e ingresadas con diversos diagnósticos psiquiátricos que al menos la mitad de ellas (49%) habían sido golpeadas por sus maridos. De ellas, un 42% indicó que habían sufrido alrededor de 20 agresiones violentas durante su matrimonio. Este mismo porcentaje indicó que habían sido agredidas inmediatamente antes de su hospitalización.

Cole [7] en una muestra de 254 mujeres pacientes ingresadas en unidades de psiquiatría observó que el 21% habían sido violadas en su matrimonio y el 42% había sufrido abuso físico. En la misma línea, un trabajo de Bryer [8] realizado en 66 pacientes psiquiátricas ingresadas, mostró que el 26% de ellas había sido maltratada físicamente por sus allegados masculinos. Un 24.2 % informaron haber sido abusadas por sus amigos, maridos, parejas, amantes y personas que tenían autoridad sobre ellas.

Goodman [9] en un estudio realizado con 105 mujeres sin domicilio atendidas en un centro de salud mental, con diagnósticos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar y depresión mayor, encontró que en el 80% de las 86 mujeres que habían sufrido abuso físico, el perpetrador había sido su pareja. Asimismo, del 65% de mujeres que habían sufrido abuso sexual, el 40% informaron que el agresor era su pareja. En otro estudio posterior, Goodman [10] observó que en las mujeres con enfermedad mental grave, los abusos sexuales que habían sufrido de adultas estaban asociados a una historia de abuso sexual en la infancia, y cuando se unían abuso físico y sexual se asociaba una historia de abuso físico infantil.

Según Friedman [11] las discrepancias obtenidas en los distintos estudios pueden deberse a diferencias conceptuales sobre lo que se considera violencia de pareja y a las distintas patologías que pueden incluirse como enfermedad mental grave. Así, algunos estudios sólo incluyen trastornos esquizofrénicos, bipolares y depresión mayor, mientras que otros incluyen, además, otras patologías. Una dificultad que los autores encuentran en los estudios revisados es que frecuentemente falta información para saber si la violencia recibida es previa o posterior a la enfermedad.

En relación a los hallazgos mencionados por algunos autores sobre el hecho de que las mujeres con

enfermedad mental grave son con más frecuencia víctimas de violencia por parte de otros miembros de la familia que los hombres con el mismo diagnóstico, los resultados no son concluyentes. En lo que sí hay coincidencia es en las mayores tasas de victimización interpersonal de hombres y mujeres con enfermedad mental grave con respecto a la población general. Así, Mueser[12] encontró que el 26% de los hombres y el 64% de las mujeres con esta patología habían sufrido abusos sexuales en algún momento de sus vidas, mientras que el 49% de los hombres y el 37% de las mujeres habían sido atacados con armas.

En la misma línea se sitúa un trabajo de Goodman [13] con una muestra de 782 participantes (321 mujeres y 461 hombres) con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar y depresión mayor. Centrándose en el año anterior, 25.6% de las mujeres de la muestra informaron haber sufrido abuso físico, comparadas con un 1,9% de la población general. Con respecto al abuso sexual, un 20,30 % de mujeres con enfermedad mental grave comparadas con un 0,3% de mujeres de la población general, informaron haber sufrido este tipo de abuso. En varones los resultados mostraron que un 34.1% de la muestra comparado con 3,4% de la población habían sufrido abuso físico y un 7.6 versus 0.1% abuso sexual. Combinando abuso físico y sexual, las mujeres con enfermedad mental grave informaron 16 veces más de episodios de violencia en el año anterior que las mujeres de la población general (33,4% vs. 2,1%). Los hombres 10 veces más (36,7% vs. 3,5%). Intentando estudiar los factores asociados a la victimización en estos pacientes, se observó que figuraban como factores de riesgo datos sociodemográficos, historias de abuso infantil, severidad de la patología psiquiátrica y abuso de sustancias. No se encontró que estos factores de riesgo fueran diferentes en hombres y mujeres.

La revisión realizada muestra que las mujeres con trastorno mental grave están en un riesgo muy elevado de ser víctimas de violencia por parte de sus parejas y/o familiares.

Los objetivos que nos planteamos en este trabajo son:

- Evaluar la prevalencia de la violencia familiar y de pareja en mujeres diagnosticadas de

trastorno mental grave y que son atendidas en la red pública de salud mental de la Comunidad de Madrid.

- Sensibilizar a los profesionales de la red de salud mental sobre la detección y abordaje de la violencia ejercida sobre las mujeres con trastorno mental grave.

Método

Muestra

La muestra seleccionada estaba formada por todas las mujeres atendidas durante el mes de abril de 2010 en los Centros de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares y San Fernando de Henares pertenecientes a la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Comunidad de Madrid.

Todas ellas tenían un trastorno mental grave, su edad estaba comprendida entre 18 y 65 años, estaban siendo atendidas en los Centros de Salud Mental de Alcalá de Henares y Coslada respectivamente y habían sido evaluadas y estaban en intervención en los Centros de Rehabilitación Psicosocial citados.

Durante ese período se estaban atendiendo entre los dos servicios a un total de 75 mujeres. Sólo en 13 casos no fue posible la aplicación de la encuesta: en 6 de ellas porque fue imposible localizarlas, en 4 porque rechazaron ser entrevistadas y en 3 casos se aconsejó no aplicárseles por motivos clínicos.

Finalmente se entrevistó a 62 mujeres para el apartado de violencia familiar y a 19 para el apartado de violencia de pareja. En este último caso se incluyó a todas las mujeres entrevistadas que tenían o habían tenido pareja con la que habían convivido o convivían actualmente.

El perfil sociodemográfico de la muestra corresponde a una mujer con una edad media de 39 años, españolas en el 96% de los casos. El 55% convive con la familia de origen y sólo un 20% con su pareja, con una media de 11 años de convivencia. Casi la mitad (40%) también conviven con los hijos. Con respecto a la formación recibida, el 37% de las mujeres tienen estudios primarios, un 34% no tienen cualificación profesional



y sólo el 8% realizaban trabajos remunerados. El resto son pensionistas, paradas o no activas. Los ingresos económicos (71%) eran de media de unos 600 euros. El 71% de las mujeres entrevistadas tienen certificado de minusvalía.

Con respecto a los datos clínico-sanitarios, en su mayoría están diagnosticadas de esquizofrenia (70%) u otros trastornos psicóticos (13%), han permanecido estables psicopatológicamente en los últimos 6 meses (80%) y no han tenido ingresos psiquiátricos en el último año (84%). El inicio de la enfermedad se sitúa en torno a los 25 años y con una historia de ingresos previos de 3 como media. En relación con los servicios llevan 7 años de tratamiento en salud mental y 3 años de estancia en el CRPS.

Material

Para la recogida de datos se han utilizado diferentes instrumentos que describimos a continuación, algunos de ellos elaborados por nosotros para la recogida de información general y otros ya validados en España e internacionalmente.

- Hoja de datos sociodemográficos que se cumplimentaron a la entrada de las usuarias al centro de rehabilitación. Esta hoja incluye datos generales (edad, estado civil, nivel educativo, tipo de convivencia, número de hijos, ingresos económicos, profesión, situación laboral, declaración de minusvalía, situación jurídica) y datos clínicos (diagnóstico principal, existencia de diagnóstico asociado, edad de la usuaria al inicio de la enfermedad, ingresos psiquiátricos, estabilidad psicopatológica en los últimos 6 meses). Con esta hoja se elaboró el perfil de la muestra de usuarias que entrevistamos.
- Evaluación de violencia: Para evaluar la violencia tanto de pareja como familiar utilizamos la misma encuesta que se utilizó en el estudio de salud pública de la comunidad de Madrid en el año 2008 titulado "Magnitud, impacto en salud, y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la comunidad de Madrid" [14]. La encuesta seleccionada fue elaborada para el estudio citado a partir de la *Enquête nationale sur les violences envers les femmes*

(Encuesta nacional para la violencia ejercida sobre las mujeres) en Francia (Enveff) y de *Conflict Tactics Scale* (CTS-1) y fue validada para población española [15]. El cuestionario final consta de 16 preguntas que evalúan la violencia psicológica (12 en escala ordinal de 5 categorías de menor a mayor frecuencia y 4 en escala cuantitativa), 2 que exploran violencia sexual (cuantitativa) y 9 que evalúan violencia física, y es el mismo que utilizamos nosotros.

Utilizamos como criterios de caso los mismos que utilizaron en el estudio mencionado en el párrafo anterior. Así, como criterio de caso de abuso psicológico entendemos la presencia de actos por parte de su pareja dirigidos a desestabilizar a la mujer, ejercer control sobre su libertad física, coartar su independencia, amenazarla o debilitarla físicamente, cuantificado como 3 ó más respuestas a partir de muchas veces o una de sistemáticamente. Los criterios de violencia física y sexual se especifican como haber sufrido un acto de violencia física o sexual y se cuantifica, por tanto, como una ó más respuestas a partir de una.

En cada uno de los ítems se pregunta si ese acto se ejerció a lo largo de la vida y/o en los últimos 12 meses, así como quién fue el agresor o agresores, y no recogiendo sólo cuando el agresor es una pareja sino cualquier persona del entorno doméstico de la mujer.

- Detección del profesional: Completamos la encuesta con preguntas relativas a la detección que hace el profesional de la violencia en sus tres categorías (física, sexual y psicológica) y en dos momentos: a lo largo de la vida y en el último año. Queríamos ver si los profesionales de rehabilitación psicossocial detectaban violencia sobre las usuarias del centro. Elegimos como profesional el responsable de cada caso en el servicio.
- Valoración del profesional sobre fiabilidad de las respuestas: Uno de los problemas que muchos de los estudios sobre violencia de género y con el que se justifica excluir a las mujeres con trastorno mental grave es la fiabilidad de sus respuestas, para eliminar este sesgo incluimos en la encuesta un apartado final donde el entrevistador

hace una valoración sobre la fiabilidad de las respuestas que ha dado cada una de las encuestadas.

- Evaluación del apoyo social: Para completar el estudio utilizamos también un cuestionario que midiera el apoyo que cada mujer subjetivamente consideraba que tenía en su entorno social. Usamos el Cuestionario de Apoyo Social DUKE-UNC, validado para población española [16], que ha sido utilizada en otros estudios con población con trastorno mental grave. Este cuestionario de 11 ítems evalúa la percepción subjetiva del apoyo percibido por el usuario en áreas como afecto, compañía, distracción, apoyo práctico, etc. Es un cuestionario fácil de usar y que puede ser autoaplicable.

Análisis datos

El conjunto de datos se procesó utilizando la versión 15.0 del paquete estadístico SPSS/PC+. En un primer lugar se analizó la población muestral con fines puramente descriptivos. Utilizamos la media y la desviación típica para los datos cuantitativos. Los cualitativos están expresados en forma de porcentaje. Posteriormente realizamos una comparación de grupos. Para ello realizamos un análisis univariante. En el caso de las variables cuantitativas se obtuvieron medidas de centralización y dispersión y se estudió el grado de significación estadística mediante la t de Student. Para las variables cualitativas, se obtuvieron frecuencias y se utilizó la comparación de distribuciones según la prueba de chi-cuadrado.

Resultados

A continuación se presentan algunos resultados obtenidos sobre la muestra de mujeres del Centro de Rehabilitación Psicosocial de San Fernando de Henares y de Alcalá de Henares en los que se ha realizado el pilotaje de los instrumentos antes descritos.

Violencia familiar

Se han analizado los datos de las 62 mujeres entrevistadas. 14 de ellas vivían fuera del entorno familiar (miniresidencia, piso supervisado o solas) y

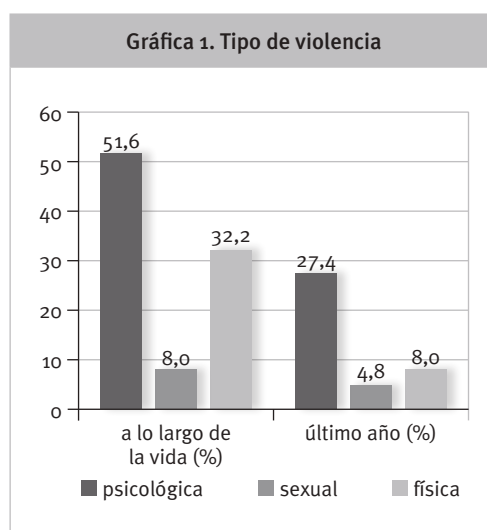
el resto, 48 mujeres, se distribuían de la siguiente forma:

- 12 con pareja, con o sin hijos.
- 17 con el padre o la madre.
- 17 con ambos padres, con o sin hermanos.
- 1 con sus hijos.
- 1 con otros familiares.

En el último año, 25 mujeres de las 62 entrevistadas (40,32%) han sufrido algún tipo de violencia en el entorno familiar. Si descartamos las mujeres que no conviven con ningún familiar dicho porcentaje asciende al 52,08%. Es decir, más de la mitad de las mujeres entrevistadas que conviven con algún familiar han sufrido recientemente o están sufriendo en la actualidad maltrato por parte de algún familiar.

Cuando se recaba información, no ya del último año, sino a lo largo de la vida, excluyendo la infancia y la adolescencia, 46 de 62 mujeres (74,19%) han sufrido algún tipo de violencia por parte de familiares con los que han convivido.

El tipo de violencia más frecuente es la psicológica, seguida de la violencia física y por último la sexual. Su distribución se muestra en la gráfica siguiente:



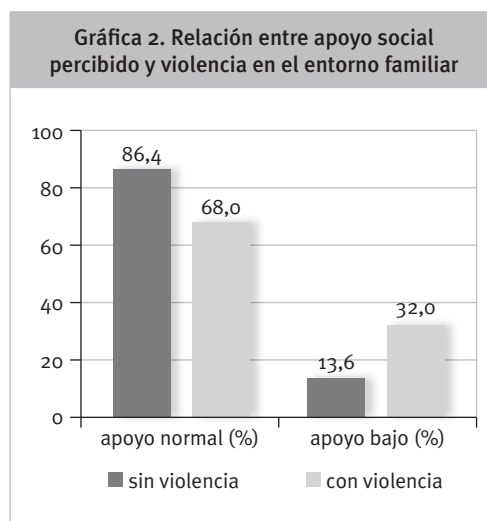
En cuanto al agresor o agresores su distribución en función del tipo de violencia se muestra en las tablas 1 y 2:

Agresor	v. psicológica	v. sexual	v. física
	%	%	%
Pareja actual	9,38	50,00	8,89
Expareja	3,13	50,00	31,11
Padre	12,50	0,00	17,78
Madre	37,50	0,00	17,78
Hermano/a	25,00	0,00	15,56
Hijo/a	3,13	0,00	6,67
Padrastra/ madrastra	6,25	0,00	2,22
Otros	3,13	0,00	0,00

Agresor	v. psicológica	v. sexual	v. física
	%	%	%
Pareja actual	9,52	23,81	30,00
Expareja	25,40	47,62	10,00
Padre	17,46	0,00	0,00
Madre	25,40	0,00	20,00
Hermano/a	15,87	0,00	40,00
Hijo/a	1,59	0,00	0,00
Padrastra/ madrastra	0,00	4,76	0,00
Otros	4,76	23,81	0,00

La relación entre apoyo social percibido y violencia en el entorno familiar se ha analizado sólo en el último año por ser la medida de apoyo subjetiva y referida al momento en que se pasó el cuestionario de violencia. Se han clasificado en apoyo bajo o normal según criterios de validación en muestra española (apoyo bajo=puntuación inferior a 32; apoyo normal=puntuación igual o superior a 32).

En la gráfica 2 se observa que existe mayor proporción de apoyo normal cuando la mujer no ha sufrido violencia y por el contrario las mujeres maltratadas en el entorno familiar perciben con más frecuencia un apoyo bajo.

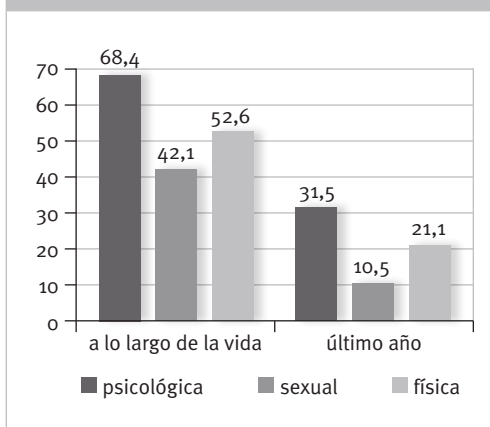


Violencia de pareja

Analizados los datos de las 19 mujeres que tienen o han tenido una relación de pareja, se constata que 15 de estas mujeres, el 78,95%, han sufrido agresiones por parte de su pareja en algún momento de la relación, y que el 42,11% las han sufrido en los últimos 12 meses.

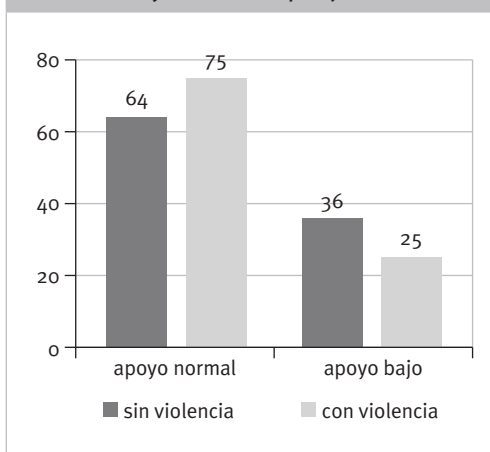
Al igual que en la violencia doméstica, la agresión más frecuente es la psicológica, seguida de la física y la sexual. Sin embargo la violencia sexual está mucho más presente en la relación de pareja. En la gráfica 3 se observa la distribución del tipo de violencia que está más presente en la relación de pareja:

Gráfica 3. Distribución del tipo de violencia en la relación de pareja



Cuando se relaciona el apoyo percibido y la violencia de pareja en los últimos 12 meses se observa una relación inversa a la observada en la violencia doméstica: las mujeres que sufren más violencia en la relación de pareja muestran una mayor percepción de apoyo que aquellas mujeres que no sufren violencia en la pareja. La gráfica 4 ilustra esta relación:

Gráfica 4. Relación entre apoyo percibido y violencia de pareja



Detección de la violencia doméstica y de pareja por los profesionales

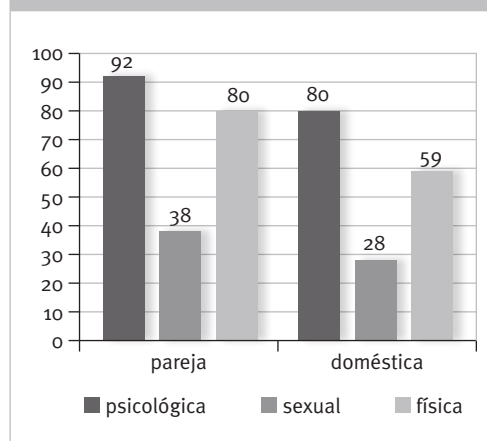
La detección de casos de violencia constatada entre los profesionales de los centros de reha-

bitación psicosocial donde se realizó el estudio ha sido la siguiente:

- en violencia familiar: 71% de casos detectados en violencia a lo largo de la vida y un 68% en violencia en el último año.
- en violencia de pareja: 80% de casos detectados en violencia a lo largo de la vida y un 100% de casos detectados en violencia en los últimos 12 meses.

Tanto en el ámbito doméstico como en el de pareja, la violencia psicológica es la que presenta porcentajes más altos de detección, seguida por la física y la sexual. La gráfica 5 muestra dicha distribución:

Gráfica 5. Detección de diferentes tipos de violencia



Discusión

Los resultados del trabajo son todavía provisionales ya que en estos momentos se está aumentando el tamaño de la muestra e incluyendo a mujeres con trastorno mental grave que no han sido derivadas a recursos específicos de rehabilitación, por lo que en un futuro podremos llegar a resultados más extensos y significativos.

Según los resultados de nuestro estudio, las cifras de violencia por parte de la pareja que sufren las mujeres con trastorno mental grave son llamativamente más altas que en población general. Los resultados obtenidos en un estudio realizado en población general (2501 mujeres) con el mismo instrumento que el usado por nosotros, mostraban



que en los doce meses anteriores a la realización de la encuesta, el 10,1% de las mujeres entre 18 y 70 años habían sufrido algún tipo de violencia (psicológica, física o sexual) por parte de su pareja o expareja [14]. Comparando con los datos de nuestro estudio se puede observar que las mujeres con un trastorno mental grave sufren 4 veces más violencia por parte de su pareja o expareja que las mujeres de la población general. Esta comparación es meramente orientativa, ya que en población general la encuesta se pasó telefónicamente. La comparación de los resultados obtenidos de prevalencia de maltrato con otros trabajos habría que hacerla con cautela ya que existe gran heterogeneidad en las definiciones de maltrato y en los instrumentos para usarla.

Aunque la muestra es pequeña debido al escaso porcentaje de mujeres con trastorno mental grave presentes en dispositivos de rehabilitación que mantienen relaciones de pareja, los resultados coinciden con las hipótesis de las que partíamos. Es posible que la significación aumente cuando podamos incluir a las mujeres en tratamiento en los Centros de Salud Mental no derivadas a recursos de rehabilitación.

La violencia que más aparece en nuestra muestra es la familiar y dentro de ella la psicológica. Hay que tener en cuenta que gran parte de las mujeres de nuestro estudio no habían tenido relaciones de pareja por lo que sólo pudimos estudiar la violencia por parte de pareja en un escaso número de mujeres.

En cuanto a la capacidad de detección de los profesionales que atendían a estas mujeres en dispositivos de rehabilitación (en un futuro también se incluirán los profesionales de otros dispositivos) los datos nos muestran que detectamos menos casos que los reales, sobre todo a lo largo de la historia biográfica de la usuaria. No obstante, detectamos llamativamente más que otros dispositivos asistenciales: urgencias hospitalarias, atención primaria o centros de salud mental. En algunos estudios se ha visto que la detección por parte de los profesionales sanitarios varía de un 10% a un 40% en atención primaria, un 17% en ginecología y un 6% en medicina interna [17].

Un estudio de Caralis [18] realizado en consultas de Atención Primaria con una muestra de 406

mujeres, encontró que un 40% de ellas había sufrido abuso físico en algún momento de su vida y un 7% estaban sufriendo abuso en ese momento. El personal sanitario sólo les había preguntado datos sobre experiencia de haber sido abusada a un 12% de la muestra. En aquellas en las que se detectó abuso, en un 20% de los casos los médicos no hicieron ningún comentario al respecto. Otra investigación realizada por McLeer [19] en un departamento de urgencias americano, encontró que al introducir un protocolo para detectar malos tratos, la prevalencia de maltrato en las mujeres atendidas, aumentó de un 5,6% a un 30%.

Por parte de especialistas de los servicios de salud mental comunitaria la cifra varía entre un 29% y un 51,5% [20]. Un estudio realizado en 477 mujeres que estaban siendo tratadas en centros de salud mental mostró que en la anamnesis habitual sólo se detectó que había habido abuso físico en algún momento de la relación en un 8,2% de las mujeres atendidas mientras que tras incluir el instrumento de detección, la prevalencia de abuso físico encontrada fue de un 28,1% [21].

En relación con el apoyo social, los datos son similares a los de las mujeres en población general en el caso de la violencia familiar y se invierten en el caso de violencia de pareja. Así, en el estudio ya citado realizado en población general con una muestra de 2501 mujeres que usó el mismo cuestionario de detección de violencia y de apoyo social que nosotros, se observó que las mujeres que sufrían violencia tenían una percepción de apoyo social muy inferior al de las mujeres que no la sufren [14]. Los resultados obtenidos en nuestro estudio en relación a la relación inversa entre apoyo social percibido y ser víctima de violencia de pareja, nos crean algunas dudas. Así, pensamos que estos hallazgos puedan tener sesgos relacionados con el escaso tamaño muestral y con las dificultades en responder el cuestionario por parte de las usuarias.

Como reflexiones finales de nuestro estudio parece claro que las usuarias con trastorno mental grave padecen cifras muy elevadas de maltrato. Nos quedan tras este primer trabajo muchos más interrogantes que respuestas, ¿la violencia tan prevalente se debe al sexo o a la propia enfermedad mental?, ¿qué ocurre en el caso de los hombres con trastorno mental grave?, ¿mejoran

todas estas cifras en las usuarias derivadas a nuestros dispositivos de rehabilitación?

En cualquier caso parece que son mujeres que sufren el calvario del maltrato desde la familia, en muchas ocasiones desde la infancia, la pareja, los profesionales y las instituciones. Y, además de todo ello, el maltrato que sufren es mucho más invisible que el ya oculto de otras mujeres, en ocasiones incluso justificado: “es que son locas”. Su palabra y su dignidad no tienen valor ya no solo por ser mujeres si no por tener un trastorno mental grave, ¿quién cree a una paranoica, a una psicótica, a una esquizofrénica?, ¿no generan ellas también mucho sufrimiento?, ¿no son muchas veces ellas mismas peligrosas, violentas?, ¿qué podemos ofertarles, no están mejor con su familia o pareja aunque a veces sean maltratadas?, ¿qué hacer cuando lo detectamos?, ¿en qué lío nos podemos meter si sacamos a la luz todo esto?, ¿cómo proteger mejor a nuestras usuarias?, ¿cómo trabajar entre el intervencionismo más peligroso -no hay residencias para la protección de mujeres con trastorno mental grave, por ejemplo- y la ceguera, alejamiento más cruel de neutralidad maltratadora?, ¿cómo visibilizar el problema?

Desde hace muchos años se ha visibilizado la violencia que genera el enfermo mental, de hecho gran parte de las políticas asistenciales se han diseñado teniendo en cuenta este hecho.

Violencia en el seno de la familia y en el medio social. No negamos de forma inocente o militante estos hechos pero parece que a lo largo de la historia se ha confundido al enfermo con el malvado y, en ocasiones y de forma ambivalente, se nos presenta al malvado como un enfermo. Ha sido para nosotros más llamativo en el caso de las mujeres con enfermedad mental. Creemos que en esta paradoja puede radicar una parte del núcleo del problema. Por ello hemos querido mostrar parte de la violencia que ejercemos sobre estas personas que sobre todo son víctimas sin juzgar por ello de forma superficial y fácil a los maltratadores y consentidores de estas situaciones donde en muchas ocasiones también nos vemos como profesionales.

Como profesionales nos hemos ido preguntando a lo largo de este trabajo la cantidad de veces que negamos, aceptamos, ocultamos y toleramos estas situaciones, en ocasiones centrándonos en los síntomas, en la enfermedad, utilizando eufemismos (¿el de alta expresividad emocional no sería uno?), identificándonos con el agresor, minimizando, justificando... Pensamos que haciendo visible este otro prisma del mismo problema de la violencia, abriendo la perspectiva es la única forma de comenzar un camino de reflexión y mayor respeto y libertad para las mujeres a las que intentamos ayudar.

Contacto:

Cristina Polo Usaola, Servicio de Salud Mental de Hortaleza • C/ Mar Caspio, 8. 28033 Madrid.
Teléfono: 91 381 82 66/83 32 • Fax: 91 381 83 98 • cristinapolo83@hotmail.com

Bibliografía

- (1) Instituto de la Mujer. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. III Macroencuesta de violencia sobre las mujeres. Madrid: Instituto de la mujer 2006. Disponible en URL: <http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/estud>.
- (2) Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco JM.: La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria* 2006; 20(3): 202-208.
- (3) Krug E G, Dahlberg, L L, Mercy J A, Zwi A B. y Lozano R. World Report on Violence and Health. World Health Organization. Ginebra, 2002.
- (4) Friedman SH, Loue S: Incidence and prevalence of intimate partner violence by and against women with severe mental illness. *Journal of Women's Health* 2007; 16(4):471-480.



- (5) Goodman LA, Rosenberg SD, Mueser KT, Drake RE: Physical and sexual assault history in women with serious mental illness. *Schizophrenia Bulletin* 1997; 23(4):685-696.
- (6) Carlile JB: Spouse assault on mentally disordered wives. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie* 1991; 36(4):265.
- (7) Cole C: Routine comprehensive inquiry for abuse: A justifiable clinical assessment procedure? *Clinical Social Work Journal* 1988; 16(1):33-42.
- (8) Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, Krol PA: Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *The American journal of psychiatry* 1987; 144(11):1426.
- (9) Goodman LA, Dutton MA, Harris M: Episodically homeless women with serious mental illness: Prevalence of physical and sexual assault. *American Journal of Orthopsychiatry* 1995; 65(4):468-478.
- (10) Goodman LA, Falloot RD: HIV risk-behavior in poor urban women with serious mental disorders: Association with childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry* 1998; 68(1):73-83.
- (11) Friedman SH, Loue S: Incidence and prevalence of intimate partner violence by and against women with severe mental illness. *Journal of Women's Health* 2007; 16(4):471-480.
- (12) Mueser KT, Salyers MP, Rosenberg SD, Ford JD, Fox L, Carty P: Psychometric evaluation of trauma and posttraumatic stress disorder assessments in persons with severe mental illness. *Psychological Assessment* 2001; 13(1):110-117.
- (13) Goodman LA, Salyers MP, Mueser KT, Rosenberg SD, Swartz M, Essock SM, Osher FC, Butterfield MI, Swanson J: Recent victimization in women and men with severe mental illness: prevalence and correlates. *Journal of Traumatic Stress* 2001; 14(4):615-632.
- (14) Lasheras L, Pires M, Zorrilla B, Sánchez LM, Seoane L, Morant C. Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid, 2008.
- (15) Zorrilla B, Morant C, Polo C, Pires M, García S, Lasheras ML, Sánchez L, Escortell. Validación de un cuestionario para la detección de la violencia de pareja hacia las mujeres. *Gaceta Sanitaria* 2005; 19 (supl 1):53.
- (16) Bellón JA, Delgado A, Luna Y, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*, 1996; 18: 153-63. 18, 153-163.
- (17) Rodriguez MA, Bauer HM, McLoughlin E, Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians. *JAMA* 1999 Aug 4;282(5):468-74.
- (18) Caralis D, Musialowski R. Women's experience with domestic violence and their attitude expectations regarding medical care of abuse victims. *South Med J* 1997 Nov; 90 (11): 1075-1080.

• Recibido: 25-7-2012.

• Aceptado: 7-2-2013.

La figura del Educador Social en el campo de la Salud Mental Comunitaria: el amor por la pregunta y la construcción del caso en red.

Notes on the community worker role within the Community Mental Health field: love with the question and the network building case.

Cosme Sánchez Alber.

Lcdo. en Derecho Jurídico, Máster en drogodependencias y otras adicciones, Experto en Salud Mental Comunitaria. Interabide Asociación Educativa.

Resumen: Este texto propone una reflexión sobre la figura del educador social en el campo de la Salud Mental Comunitaria. El educador social va a desempeñar una labor fundamental en una multiplicidad de dispositivos que podríamos calificar como espacios socio-sanitarios. Nuestro marco teórico es al mismo tiempo terapéutico, educativo y social, y se basa en un modelo de atención que cuenta con el acompañamiento como eje central de su organización y de su sentido de ser. En consecuencia, el Modelo que proponemos tiene previsto involucrar en su intervención la creación de equipos interdisciplinarios y la ética de la construcción del caso (Ubieto, 2012). La función del educador como aquel agente capaz de acoger tanto la singularidad de cada persona, el caso por caso, como la diversidad de disciplinas y saberes fragmentados para producir un trabajo cuidadoso en el marco de las problemáticas emergentes contemporáneas.

Palabras clave: Educación Social, Acompañamiento, construcción del caso, espacio socio-sanitario, Salud Mental Comunitaria, Trabajo en red.

Abstract: This text shows our consideration over the community worker role within the Community Mental Health field. The community worker plays a key role within the different social health environments. Our scenario is not just a theoretical one but therapeutic, educational and social, and it is based in a service model with the accompaniment as a key point in its organization and in its own sense. As a consequence, this suggested model will combine the creation of cross-multidisciplinary teams together with the ethic of the case building (Ubieto, 2012). The community worker role as the agent with the ability to integrate both the singularity of each person, the “case by case”, and the wide range of multiple disciplines and fragmented knowledge to produce a careful and thorough work in the current emerging difficulties framework.

Key words: Social support, accompaniment, case building, Community Mental Health, network, Community Social Health.



Justificación

Frente a las prácticas monitorizadas y burocráticas que producen el borramiento de las subjetividades contemporáneas, propongo un educador social capaz de sostener su responsabilidad, su lugar y sus juicios valorativos. Considero indispensable explicitar, cercar y discernir una forma de entender la profesión, la práctica educativa.

Las personas que nos dedicamos al campo de la Educación Social debemos pues *tomar la palabra*, hablar de nuestra propia práctica. De lo contrario, Otros lo harán por nosotros. Y conocemos muy bien, francamente, las nefastas consecuencias y los devastadores efectos de nuestro silencio. La Nueva Gestión Pública y los discursos de la eficacia y la eficiencia del furor evaluador están raudos y precisos, justos, para ocupar sus posiciones haciendo uso de sus tecnologías del poder, el control social y los métodos disciplinarios más mortíferos. El educador social debe ser capaz de aceptar el reto de hablar sobre su práctica y contribuir a la producción de conocimientos en Educación Social así como situar su labor donde corresponde, en la primera línea, en la brecha. Nos corresponde a nosotros habitar estas brechas donde pueda emerger la acción educativa.

Como señala Hannah Arendt (1) la tarea de pensar hay que situarla en la brecha entre el pasado y el futuro, entre el legado de la tradición y lo que está por venir, *poder pensar* es hoy más que nunca un acto y un desafío de índole político.

Aplicación

Es en el abordaje comunitario de las problemáticas emergentes contemporáneas (toxicomanías, Salud Mental, exclusión social, Educación, Servicios Sociales) donde podemos ubicar en la actualidad el trabajo desarrollado por el educador social en multitud de dispositivos del área socio-sanitaria. Esta nueva arqueología que estructura espacios y escenarios inéditos para el tratamiento de la Salud Mental va a contar con un potente aliado. El educador social va a ocupar un lugar de especial trascendencia en el entramado de recursos y redes de atención

social y Salud Mental comunitaria. Es pues esta posición la que quiero interrogar. Aún está por ver si el educador social va a ser capaz de estar a la altura de esta difícil tarea para la que ha sido convocado.

La pregunta que anima este trabajo es: ¿Cuál es la aportación de la Educación Social en el tratamiento comunitario de las personas que viven con una enfermedad mental? O bien ¿Qué lugar ocupa el educador social en la red de atención comunitaria y Salud Mental? Otra declinación posible sería ¿Cuál es la función que el educador social puede sostener para contribuir de la mejor manera en el tratamiento asistencial de los males contemporáneos?

Me propongo atravesar los ámbitos institucionales de trabajo, los contextos concretos, para acercarnos a los signos y los detalles que hacen que un educador social pueda dar cuenta de su función, de su responsabilidad (2) y de su singular acto en el trabajo sobre los otros.

Me centraré en la responsabilidad de los educadores sociales con relación a dos temas centrales: lo que conocemos con el nombre de acompañamiento social y los beneficios que esta metodología puede aportar en nuestro trabajo con personas con enfermedad mental; y la incorporación del “método” y la ética de la *construcción del caso en red* desarrollada por José Ramón Ubieto (2012), imprescindible para pensar la función de la red y de los profesionales en el abordaje de la Salud Mental comunitaria.

1. La función del educador social

“En el ejercicio de la pedagogía la función de la pregunta, de cierto no saber, resulta estructurante... trabajar con la incertidumbre.” Anna Aromi Folch. (3). Ser contemporáneo implica meterse con lo tenebroso de nuestros tiempos, pensar nos aterra, pero solo es posible si somos capaces de discutir con los viejos paradigmas.

¿Cuál es el deseo de ser educador?

Este punto de interrogación es fundamental para todos y cada uno de los que hemos decidido de-

dicarnos a esta profesión tan *particular*. Es muy curioso que existan personas que se quieran dedicar a tratar o conversar con el malestar y la dificultad de otros. Ya que cada uno de nosotros tiene, a su vez, su propio malestar y su propia dificultad. Necesitamos educadores con un fuerte deseo, que no vayan a dimitir de su función. Y el deseo siempre incluye la falta, la interrogación, el vacío, ya que sin falta el deseo se torna imposible. *Uno debe estar en falta para poder desear*. Es sobre esta dialéctica, entre la falta y el deseo, de lo que hablamos cuando decimos que el educador debe ser capaz de *tomar la palabra*. Y esto es, precisamente, lo que va a poder poner en marcha un discurso posmoderno de la Educación Social atendiendo a la subjetividad de nuestra época, y a nuestra propia subjetividad, la de cada uno de nosotros, y la de las personas a las que atendemos.

La relación con el otro

“Cuando se afirma la necesidad de hacer posible el acompañamiento lo que se viene a recalcar es que la efectividad de las acciones sociales, terapéuticas o educativas está asociada a la compañía.”(4)

La relación con el otro, la necesidad de abordar ciertas cuestiones en compañía, el poder terapéutico de la palabra y la escucha, en definitiva, la importancia de la *relación* es lo que se pone en juego cuando hablamos de las potencialidades que nos ofrece la figura del acompañamiento. Toda persona necesita de alguien con quien contar, con quien contarse, es decir, incluirse. Es en la relación a un otro, en la transferencia, donde cada uno de nosotros podemos producirnos como sujetos.

Acompañar

“Para hacer posible los procesos de cambio de las personas, para que tengan posibilidades de formar parte de la sociedad (o de volver a ella si fueron segregados), para que puedan recuperar su autonomía, necesitan que se les ofrezca ser acompañadas, necesitan que se les atiende en clave de acompañamiento.”(4)

En el panorama actual de la relación asistencial el dilema es el siguiente: Escuchar el sufrimiento del otro, o evaluarlo en silencio. El acompañamiento social surge precisamente con motivo de animar una escucha, una posibilidad de enunciación subjetiva. Pensar que en el trabajo con el otro hay que sostener el registro de una creencia, *confiar que uno no sabe lo que el otro necesita* pero que hay algo que puede hacerse si nos detenemos a escuchar, a acompañarlo en su propia enunciación sobre aquello que ni él ni nosotros sabemos.

Tras la caída de los ideales reguladores de la Modernidad, el sujeto se encuentra abandonado al empuje de sus pulsiones más mortificantes y a las nuevas maneras de entender la relación con su cuerpo, su satisfacción y su deseo. El acompañamiento nace para plantear *otra mirada* sobre el fenómeno del abordaje psicosocial y la relación con el otro. Esta figura nace para construir un tratamiento más cuidadoso y respetuoso con la persona, que requiere de un marco de construcción de ciudadanía que implica el respeto de los derechos y su dimensión como ciudadano y sujeto de derecho.

Esta singular manera de encarar nuestra práctica en Educación Social supone un reto para aquellos profesionales que han basado sus competencias en la imposición de unos objetivos y unos tiempos que no cuentan con el sujeto, al cual, se supone, deberían servir de ayuda. Se trata de una metodología más sutil, en la que lo importante no es tanto el saber del profesional, sino el saber que cae del lado del sujeto, hacerlo emerger, acompañarlo. No se trata de imponer unos objetivos unívocos, para todos igual, sino más bien de acompañar a cada persona en sus propias elaboraciones y decisiones particulares.

Educación Social y Salud Mental comunitaria

Como decíamos, en el campo de la Salud Mental comunitaria, el educador social va a ocupar un lugar de especial trascendencia. En muchos casos el educador que trabaja en la brecha, en primera línea, va a ser uno de los primeros agentes de la red de atención social con el que se en-



cuentren muchas de las personas susceptibles de poder beneficiarse de una atención integral que incluye, obviamente, todo lo referente a sus malestares subjetivos.

Por otra parte, para que el trabajo del educador sea posible en este ámbito será del todo imprescindible la creación de dispositivos de conversación entre el campo de lo psi y la Educación Social. El educador necesita ser orientado en el campo de las enfermedades mentales y más profundamente en el abordaje de las psicosis contemporáneas. En el campo de la Salud Mental comunitaria y sus conexiones con la Educación Social es del todo fundamental que el educador social consienta en ser acompañado por otros profesionales del campo de lo psi (psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas) de cara a poder orientarse en el trabajo con personas que vivan con una enfermedad mental. En estos casos es imprescindible tanto la supervisión de los casos que el educador atiende, como la conversación y el trabajo en conjunción con otros profesionales de la red de Salud Mental.

En el campo de la desinserción social, por ejemplo, es muy común encontrarnos con sujetos psicóticos que no tienen contacto con nadie, menos aún con instituciones sanitarias y Salud Mental. El educador social debe saber cómo hablar a estas personas, por ejemplo para no convertirse en uno más de sus perseguidores. Por otro lado, el educador ha de ser capaz de rastrear los signos y síntomas de las personas que atiende para, según los casos, acompañar a la persona en el discernimiento del malestar psíquico en el que es ocupado, y quizás posteriormente poder solicitar una consulta con un psi.

A mi entender, no se presta suficiente atención al hecho de que la psicosis es una tragedia, en cuanto a que tiene como consecuencia inevitable una “degradación” del sujeto, un empobrecimiento de la persona que le convoca, en multitud de ocasiones, a evitar cualquier tipo de lazo social. En consecuencia, en el campo de las psicosis la pregunta circula en términos de cómo acoger al sujeto, sea como sea. Para ello la figura del educador social debe prestarse a ocupar diferentes posiciones, semblantes y lugares con las personas a las que atiende.

“Toda alucinación verbal, en el instante mismo en el que se percibe, produce en el sujeto un efecto de exclusión. Ese efecto de exclusión es, como tal, una llamada al pasaje al acto. El pasaje al acto ejerce, en efecto, la intención de rechazo que comporta toda alucinación verbal.”(5)

La enfermedad mental produce en muchos casos una ruptura, un corte, una grieta entre el sujeto y el Otro. Lacan produce a este respecto la categoría de Otro. Para decirlo de una manera sencilla el Otro engloba a la vez a los otros semejantes y al lenguaje. De tal manera que es en el Otro donde cada uno de nosotros podemos encontrar los objetos de nuestra satisfacción y las significaciones de nuestra propia existencia. En el sentido que nos ocupa, el Otro puede encarnarse en aquellas figuras, discursos e instituciones sociales en las que nos inscribimos para ocupar un lugar en la sociedad, para dirigir nuestras demandas, nuestras satisfacciones o nuestros malestares.

Hay sujetos para quienes- por múltiples razones- la relación al Otro está rota. En consecuencia lo que surge como Otro lo hace en oposición a ellos. El Otro es aquí lo que se opone al sujeto. Entonces, en la interlocución con este tipo de sujetos, en lugar de apelar al Otro, en lugar de hacerlo existir, se trata de lo contrario: hacer inconsistentir, inexistir al Otro. Esto quiere decir que, en la interlocución con este tipo de sujetos, no hay que encarnar al Otro, no hay que ponerse del lado del Otro sino del lado del sujeto. Para que un vínculo social sea posible con un sujeto así, hay que aprender a hablar su lengua, es decir, hacerse el compañero de la reconstrucción o del anudamiento que el sujeto opera con la palabra, por precario que este sea. Estar atento a lo que el sujeto pueda inventar – o haya inventado ya- para ver cómo se puede aplicar en su búsqueda de un lugar en el mundo.

Se trata de un trabajo sutil y delicado para el cual el educador social necesita poner en juego grandes dosis de invención y pericia. Nos conviene, en este sentido, dejarnos orientar por lo que, en el campo del psicoanálisis, llamamos una *política del síntoma*. El síntoma es aquello que causa malestar, “*lo que no marcha*”, pero al mismo tiempo permite *abrir un campo a la*

pregunta, ya que esconde un núcleo de verdad. Sostener una posición de *no saber* es preguntarse por el sujeto. Una mirada que nos permita interrogarnos sobre cada caso, para atenderlo en su singularidad, y *producir un saber nuevo*, que pueda orientarnos en el trabajo sobre los otros.

2. La construcción del caso en red

“Los casos no existen per se, existen los expedientes que recogen las informaciones sobre el sujeto y su contexto social y familiar, la cronología de las actuaciones, pero eso no basta para captar la lógica del caso.”(6).

En las profesiones *sobre los otros* (7) resulta estructurante el valor de la pregunta, de cierto *no saber*, que nos ponga en el lugar de interrogar vivamente cada caso para atenderlo en su singularidad. La propuesta desarrollada por Ubieto (2012), en el programa Interxarxes propone la creación de dispositivos para pensar los casos en conjunción con otros profesionales de la red que atienden un caso común. Interxarxes lleva diez años funcionando, en el distrito barcelonés de Horta Guinardo, poniendo a trabajar de manera conjunta a profesionales de toda la red de Salud Mental, toxicomanías, Servicios Sociales y Educación.

¿Cómo se construye un caso?

La construcción de casos en red (6) supone articular una práctica interdisciplinar capaz de poner a trabajar juntos a educadores, trabajadores sociales, abogados, psiquiatras, Servicios Sociales y psicólogos en torno a los interrogantes de cada caso. La pregunta en cuestión será: *¿Qué podemos aportar cada uno? ¿Cómo puedo yo colaborar en la atención del caso?* La propia pregunta incluye ya al otro profesional como partenaire en ese trabajo colaborativo.

Cada agente social tiene obviamente un saber, fragmentado, sobre el sujeto al cual atiende, se trata pues de poner en valor aquello que sabemos, pero también *poder abrir una dimensión a la pregunta sobre aquello que permanece velado, oculto, tanto para nosotros como para la persona a la que acompañamos*. En Educa-

ción Social nos conviene sostener que, con respecto a la particularidad y los avatares del lazo social de cada uno, *no está todo dicho*. Se trataría pues de poder abrir un territorio de pensamiento sobre aquella dificultad del sujeto que se presenta como una incógnita, algo que se muestra inefable, indescifrable, pero que *no por permanecer oculto opera menos*. Es esta posición de *no saber* sobre el sujeto, la que animará una conversación a la que llamaremos la construcción del caso en red, una mirada que nos permita interrogarnos sobre cada caso, para atenderlo en su singularidad, y producir un *saber nuevo* que pueda orientarnos en el trabajo con las personas.

¿Por qué es necesario un método para la construcción del caso?

Necesitamos un “método” y un tiempo para construir los casos, poder pensar más allá de la inmediatez y de la urgencia que tan habitualmente habitan nuestra práctica. De cara a encontrar una orientación, una brújula, en nuestro trabajo sobre los otros. La realidad actual de muchos equipos profesionales es que ese espacio colectivo, destinado a la construcción del caso, o bien no existe o, si está previsto, acaba devorado por la contingencia de las urgencias, de aquello del día a día que siempre se impone como un imponderable que impide realizar lo importante.

El paradigma de la interdisciplinariedad

El paradigma interdisciplinar trata de articular las partes y el todo sin renunciar a la doble perspectiva que comporta. Es por esto necesario generar espacios capaces de acoger los diversos saberes fragmentados que intervienen en la atención social, y donde cada uno de ellos pueda tener su lugar, su espacio. El trabajo interdisciplinas exige, por tanto, la consideración de que no existe un saber que sea más que otro. En las ciencias sociales no nos interesa un saber total, en el sentido de *totalitario*. Sino que de lo que se trata es de poder *pensar juntos*, cada uno desde su lugar, en una suerte de *dispositivo de trabajo no-totalitario* donde las diferentes disciplinas puedan articularse dando cuenta de su conocimiento parcial y de sus límites. Y donde cada una



de ellas pueda aportar su saber particular sobre el sujeto.

El tratamiento es la propia red

La red puede representar diversas maneras de trabajo con el otro. Puede ser una red basada en la derivación, en poner a circular al sujeto bajo las premisas de la eficacia y la eficiencia. *O bien podemos pensarla como un lugar de conversación capaz de atender las subjetividades.* De tal manera que la red pueda adaptarse y flexibilizarse para cada sujeto, solo así, la red encuentra su verdadera función, *ser sostén para el otro.* Partimos de una hipótesis, a saber, en la actualidad el tratamiento es la propia red, y cada profesional tiene una función de acuerdo con el *lugar* que ocupa en esta red. Pensamos que es más propicio, al abordaje de las problemáticas emergentes, pensar el trabajo en red en términos de *conversación y deliberación* entre servicios y profesionales.

El Proyecto Interxarxes (6) analiza los fundamentos teóricos de las prácticas de red e incluye aportaciones precisas sobre el método, partiendo de una experiencia en curso, el propio proyecto Interxarxes, una innovadora iniciativa en la gestión de los servicios sociales consistente en el establecimiento de una red de coordinación regular y estable -en el ámbito del distrito de Horta-Guinardó (Barcelona, España)- entre los distintos actores implicados en la salud, la educación y la atención social de la población infantil.

Conclusiones

En nuestra práctica como educadores, no son pocas las ocasiones en las que nos vemos interpelados a preguntarnos por nuevos lugares y maniobras que permitan poder alojar a aquellas personas que no pueden seguir los itinerarios marcados, y que nos convocan a nuevas búsquedas. Cada disciplina se ve empujada a reinventarse, a investigar nuevas maneras de pensar la profesión.

Hoy, más que nunca, necesitamos espacios de reflexión conjunta, “entre varios”. *Trabajar en red implica que la red pueda alojar la particu-*

alidad de cada uno, de cada situación particular, y de cada disciplina. En caso contrario, quedaríamos *atrapados en lared*, que haría la función de una tela de araña paralizante.

En mis conversaciones con otros educadores y agentes sociales que desarrollan su trabajo en diversos dispositivos de la red de asistencia social, he podido constatar como en una generalidad de ocasiones se nos limitan notablemente los tiempos de atención así como los contextos, lugares o espacios donde poder trabajar la singularidad que presentan las personas a las que atendemos. Estas dificultades, lejos de desanimarnos, nos empujan a perseverar en la búsqueda y la producción de una praxis y unas metodologías capaces de atender a la *particularidad* de las personas que atendemos, así como tratar de contribuir, en la medida de nuestras posibilidades, a la mejora de la calidad de los servicios sociales, el tejido asociativo e institucional, y su interconexión en el abordaje de las problemáticas emergentes.

Propongo pues abrir una pregunta en torno a la necesidad de trabajar desde la ética de la construcción del caso y en consecuencia atender a la incorporación de dispositivos de conversación interdisciplinar en el panorama de la Salud Mental comunitaria y la Educación Social.

Graciela Frigerio nos advertía en el pasado Congreso Estatal de Educación Social (Valencia 2012): “*La manera en la que se ponen a trabajar los conceptos, no es sin consecuencias políticas*”. El *acto de pensar* es en sí mismo un acto político, y además, un desafío. En el sentido de confrontarnos con los saberes de nuestra época, de nuestra disciplina y de nuestra práctica, y aceptar el reto de considerar que no-todo el saber está escrito, y que nosotros podemos contribuir al pensamiento contemporáneo de la Educación Social.

Bibliografía

- (1) Arendt, H. Entre el pasado y el futuro. Ocho ejercicios sobre la reflexión política. Ediciones Península. (1954-1968).

- (2) Fryd Schapira, P. y Silva Balerio, D. Responsabilidad, pensamiento y acción. Ejercer Educación Social en una sociedad fragmentada. Editorial Gedisa, 2009.
- (3) Tizio, H. Reinventar el vínculo educativo. Editorial Gedisa, 2008.
- (4) Alonso, I. y Funes, J. El acompañamiento social en los recursos socioeducativos.
- (5) Naveau, P. Las psicosis y el vínculo social. El nudo desecho. Editorial Gredos, S. A. 2009.
- (6) Ubieto, J. R. La construcción del caso en red. Teoría y práctica. Editorial UOC.2012.
- (7) Dubet, F. El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad. Ed Gedisa. 2006.

Contacto:

Cosme Sánchez Alber • Interabide Asociación Educativa
C/ Bruno Mauricio Zabala, 19, 2ªA • 48003 Bilbao
cosmesan@hotmail.com • Tel.: 620 313 855

- Recibido: 10-01-2013.
- Aceptado: 12-02-2013.

Salud mental en la Ertzaintza.

Mental Health in the Ertzaintza.

Luis Fernando Barrios Flores. Doctor en Derecho. Profesor de Derecho Administrativo de la Universidad de Alicante.

Ramón Rizo Gómez. Doctor en Psicología. Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Técnico Superior PRL.

Resumen: Cualquier profesión u oficio requiere unas determinadas condiciones físicas y psíquicas. En el caso de la Policía tales condiciones son muy relevantes debido a las situaciones de estrés, violencia y otras circunstancias del trabajo policial. El policía ha de reunir tales condiciones cuando es aspirante y también a lo largo de toda su carrera profesional. Una disminución de condiciones psico-físicas puede determinar un cambio en su situación laboral. Puede incluso, dicha ausencia provocar la jubilación. Se analizan en este artículo los aspectos más importantes de la incidencia de la salud mental en los miembros de la Ertzaintza.

Palabras clave: Salud mental. Policía, Ertzaintza, Condiciones psicofísicas.

Abstract: Any job or profession requires a certain physical and mental conditions. In the case of the Police such conditions are very important due to stress, violence and other circumstances of police work. The police must meet these conditions when aspirant and also throughout his career. A decrease of psycho-physical conditions can lead to a change in employment status. Such absence can cause even retirement. This article discusses the most important aspects of the incidence of mental health in Ertzaintza members.

Key words: Mental health, Police, Ertzaintza, Psychophysical conditions.

1. Salud mental y función policial

Todo ejercicio profesional requiere unas determinadas condiciones psicofísicas, que varían según la tarea a realizar. En el caso de la Policía, constituye un requisito esencial que concurren determinadas condiciones, tanto para el acceso, como a lo largo de su carrera profesional (incluidos los procedimientos de promoción interna). Ampliamente nos hemos extendido sobre estos y otros aspectos

relevantes relacionados con la salud mental de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (1).

A este respecto, la ONU adoptó, en el curso del 8º Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (La Habana, 27 agosto-7 septiembre 1990), unos Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza y de Armas de Fuego por los Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley, recomendando en



su punto 18 que han de establecerse procesos de selección que tengan en cuenta las aptitudes psicológicas y físicas apropiadas para el ejercicio eficaz de las funciones policiales, siendo pertinente un examen periódico de aquellas.

Por su parte, la Recomendación Rec. (2001) 10 del Comité de Ministros a los Estados miembros del Consejo de Europa, sobre el Código Europeo de Ética de la Policía (adoptada por el Comité de Ministros el 19 de septiembre de 2001, en la 765ª reunión de los Delegados de los Ministros), dentro del apartado IV sobre “Organización de la estructura de la Policía”, dedica su epígrafe B) a la cualificación, reclutamiento y fidelización del personal de policía, conteniendo referencias a aspectos importantes de dichos procesos.

En el ámbito de la Unión Europea ha sido creado el EMPEN –European Medical and Psychological Experts’ Network for Law Enforcement- aprobado tras las reuniones del Grupo de Trabajo de Aplicación de la Ley (LEWP) celebradas el 11 de enero, 18 de febrero, 18 de marzo y 5 de abril de 2011, que pretende ser un marco para el intercambio de experiencias, el desarrollo de la cooperación, la organización de formación común y condiciones de empleo de la terminología técnica por parte de oficiales médicos y psicólogos de la policía.

En el Derecho interno estatal la Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (LOFCS) desarrolla el art. 104.2 CE que remite a una normativa de tal rango para la determinación de las funciones, principios básicos de actuación y estatutos de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, las cuales comprenden las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (Cuerpo Nacional de Policía y Guardia Civil), los Cuerpos de Policía de las Comunidades Autónomas y los Cuerpos de Policía dependientes de las Corporaciones Locales (art. 2 LOFCS). En el Preámbulo de la LOFCS (apartado II.b) se alude a la necesidad de “una adecuada selección que garantice el equilibrio psicológico de la persona”.

Para la prevención de riesgos que afecten a las condiciones psicofísicas de los agentes policiales existen por su parte unos dispositivos *ad hoc*. Y, por supuesto, para el tratamiento de los policías existen igualmente unos recursos asistenciales.

2. Factores psicosociales de la actividad policial

En 1974 la Asamblea Mundial de la Salud resaltó la importancia y los efectos de los factores psicosociales en el trabajo sobre la salud de los trabajadores. Posteriormente la Comisión paritaria de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud en 1984 elaboró un importante documento sobre el tema (2), el cual daría lugar a posteriores documentos de cada una de dichas organizaciones (3,4). En el citado documento de la Comisión Paritaria OIT/OMS, se emplea la siguiente definición:

“Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo” (2).

Los riesgos psicosociales, a diferencia de los factores psicosociales, no son condiciones organizacionales sino hechos, situaciones o estados del organismo, con una alta probabilidad de dañar la salud de los trabajadores de forma apreciable. Se caracterizan por (5):

- La afectación de derechos fundamentales del trabajador.
- Los efectos globales sobre la salud del trabajador.
- La afectación de la salud mental del trabajador.
- La existencia de formas de cobertura legal.

Los riesgos psicosociales tienen repercusiones especialmente notables en la salud mental. Aunque no pueda hacerse una diferenciación neta, los riesgos psicosociales, por su propia naturaleza, afectan de forma relevante y global a los procesos de adaptación de la persona y a su sistema de estabilidad y equilibrio mental.

Los datos actuales indican que la ansiedad y la depresión, además de otros indicadores de mala salud mental, están asociados a la exposición a



los riesgos psicosociales (6, 7). Especial mención merece el trastorno de estrés postraumático que, aunque en el ámbito laboral comúnmente suele verse asociado a riesgos psicosociales tales como la violencia, el acoso laboral y el acoso sexual (5, 8-10), en el caso de los trabajadores de los servicios públicos de emergencia está íntimamente relacionado con las situaciones que deben afrontar en su específica actividad laboral. Por ejemplo el reciente fallecimiento de un joven hincha del Athletic de Bilbao tras ser alcanzado por una pelota de goma lanzada por la Ertzaintza, sin lugar a dudas produjo un fuerte impacto emocional en los agentes que participan de manera habitual en acciones de mantenimiento del orden.

2.1. Estrés

En lo relativo al estrés, ya en el año 2003, la OIT, en su “Reunión paritaria sobre los servicios públicos de urgencia”, elaboró unas directrices al efecto (11). Se resalta en ellas que la extensión de las consecuencias psicológicas no abarcan sólo a profesionales sino que se extienden a familias y organizaciones y la necesidad de que los propios trabajadores participen en su planificación (punto 3.1); que a dicho colectivo se le deben aplicar las leyes nacionales y locales en materia de seguridad (punto 3.2.1); que se debe investigar específicamente el riesgo al que están sometidos dichos colectivos (punto 3.3) y que es importante implantar programas preventivos y asistenciales (punto 3.5).

Tras recabar informes de expertos, el Consejo de Administración de la OIT aprobó una nueva lista de enfermedades profesionales el 25 de marzo de 2010, en su 307ª reunión. Esta nueva lista sustituye a la que figuraba en el Anexo de la Recomendación núm. 194 que fue adoptada en 2002 (12). Todo ello, había sido objeto de varias reuniones de trabajo, en las que se afirmó que: “un trastorno de estrés postraumático era el resultado de una exposición a una o a una serie de situaciones o sucesos extremadamente violentos o estresantes a los que muchos trabajadores podrían verse expuestos, entre ellos, los funcionarios policiales, los trabajadores de los servicios de urgencia y socorrismo, los bomberos y los conductores de trenes”. El representante de

la OMS hizo hincapié en que “no podía considerarse la salud sin tener en cuenta la salud mental y destacó además que una lista de enfermedades profesionales que no contemplara un punto sobre trastornos mentales y del comportamiento no podría considerarse una lista completa” (13).

Así por primera vez se incorporan los trastornos mentales y del comportamiento con la siguiente redacción:

“2.4. Trastornos mentales y del comportamiento:

2.4.1. Trastorno de estrés postraumático

2.4.2. Otros trastornos mentales o del comportamiento no mencionados en el punto anterior cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a los factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y el(los) trastorno(s) mentales o del comportamiento contraído(s) por el trabajador”.

También la Recomendación 2003/670/CE, de 19 septiembre, del Consejo de Europa, en su artículo 1. 7, recomienda a los Estados miembros “que promuevan la investigación en el ámbito de las enfermedades relacionadas con una actividad profesional, en particular para las enfermedades que se describen en el anexo II y para los trastornos de carácter psicosocial con el trabajo” (14).

Abordar el tema del estrés entre los componentes de las FCS, requiere tener en cuenta aspectos tanto del desempeño profesional, como de la organización policial. El individuo en su desempeño laboral, no puede abstraerse del resto de sus circunstancias vitales, por lo tanto, y tal como señala Peiró (15), “resulta difícil, no obstante, llegar a diferenciar claramente el peso concreto de la organización en todos esos aspectos de la vida del individuo porque otros factores personales, sociales, familiares, y otros comportamientos extra-organizacionales pueden influir también sobre ellos, e interactuar con las situaciones y los comportamientos dentro de la organización”. De esta manera, y si queremos afrontar en profundidad el problema del estrés en estos profesionales, debemos abordar la figura humana del componente de la Institución y en qué medida

los avatares de su devenir vital influyen y son influenciados por su pertenencia a las FCS. Es dentro de dicha filosofía asistencial, donde hay que inscribir las palabras de Solan y Casey (16), cuando concluyen que en las fuerzas policiales del siglo XXI no debe resultar incompatible la existencia de un fuerte sentido de servicio a la Sociedad, con evitar el olvido del bienestar de las propias familias, amigos y de uno mismo.

2.2. Suicidio

Evidentemente Estrés y Suicidio se hayan íntimamente relacionados. Por ello, debe entenderse que cualquier actuación preventiva sobre el primero repercutirá sin lugar a dudas en el segundo; de ahí la importancia de la prevención primaria y la atención psicosanitaria a los agentes de las FCS que a diario deben afrontar situaciones potencialmente estresantes.

La OMS define el suicidio, como “el resultado de un acto deliberadamente emprendido y ejecutado por una persona con pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal”, y añade que constituye hoy día un problema muy importante de salud pública (17), que está en aumento (18). Lo anterior lo convierte en objeto de estudio y atención en general y también en el específico ámbito policial, como señaló un estudio de la OIT (19).

La correlación entre índice de suicidio y actividad ocupacional está suficientemente documentada a nivel general (20-24). También ha sido muy abundante desde hace décadas, especialmente en el ámbito anglosajón, la literatura científica acerca del fenómeno suicida entre los miembros de los cuerpos policiales, señalándose una mayor incidencia de dicho fenómeno en tal tipo de empleados públicos (25-29). Algunos trabajos, en base a estudios estadísticos, han ponderado algunos factores de medida (30-31). En este sentido, aunque está constatada la relación entre posesión de armas y suicidio en diversos cuerpos de policía (32) y que la limitación en el acceso a armas de fuego es una medida preventiva eficaz (33), parece obvio que dicha limitación en el caso que nos ocupa es inviable.

Uno de los autores más reputados en la actualidad es Thomas Joiner, autor de la teoría sobre el suicidio de la psicología interpersonal (34). Para

este autor son necesarias tres circunstancias para suicidarse: sentimientos de aislamiento en relación a los otros, convicción de constituir una carga para otras personas o para la sociedad y tener capacidad para sobreponerse al dolor y al miedo asociados con el acto suicida. En la citada teoría se establece una distinción entre ideación suicida y acto suicida; esto es, diferencia entre quien desea morir y quien puede morir suicidándose. Para Joiner, el deseo de muerte por suicidio surge de la confluencia de dos estados interpersonales: onerosidad percibida (convicción de ser una carga para amigos, familiares, sociedad) y la pérdida de pertenencia (sentirse aislado del grupo, del entorno, alienado); no obstante, para que se produzca el acto suicida, el poderoso instinto de supervivencia debe ser superado; y ahí es donde juegan un papel fundamental experiencias previas del sujeto, que pueden facilitar su afrontamiento de situaciones potencialmente peligrosas, haciendo más fácil que lleve a cabo el suicidio.

Como parte del estudio del preocupante fenómeno del suicidio dentro de las Fuerzas Armadas de los EE.UU., se han obtenido interesantes evidencias para comprender la dinámica que subyace al mismo. En ellas se sugiere que la exposición al combate puede ser un facilitador de las conductas suicidas, en la medida que un intento autolítico despierta anticipados sentimientos de miedo y dolor y la exposición a situaciones derivadas del combate también originaría miedo y dolor, al producirse en este último caso una habituación a los mismos; ésta posteriormente ayudaría al sujeto a vencer también el temor al suicidio, esto es, lo llevarían a tener mayor capacidad para suicidarse. En dicho trabajo se observa que, incluso tomando en cuenta aspectos tales como géneros, antecedentes suicidas, pertenecer a un grupo clínico o manifestar signos de depresión o estrés postraumático, aquellos militares que habían estado desplegados en zona de combate mostraban un mayor grado de capacidad suicida; no obstante, también se observó que el propio entrenamiento militar mostraba incluso una mayor incidencia en la variable denominada capacidad (35-37). En nuestro caso, contamos con que los policías también reciben un entrenamiento para que puedan superar situaciones estresantes; su día a día laboral incluye la exposición a culturas presididas por la violencia y donde se producen



agresiones que pueden conducir a la muerte o heridas graves, a su vez disponen de armas, dándose por lo tanto condiciones suficientes para que exista el incremento de riesgo señalado.

Es necesario incidir en que el abordaje de la conducta suicida debe realizarse a nivel multidisciplinar, con la participación de psiquiatras, psicólogos, médicos y –en su caso- religiosos formando equipo (38). Asimismo, también es importante que la intervención tome en consideración el núcleo familiar del agente (39-40). Naturalmente ha de prestarse atención a la existencia de problemas previos de índole mental, así como a la concurrencia de eventos vitales que pudieran favorecer la aparición de trastornos de estrés postraumático (PTSD) (41).

2.3. Acoso psicológico

Esta materia se encuentra regulada en la Orden de 10 de septiembre de 2007, del Consejero de Interior del Gobierno Vasco, referente a las medidas de prevención y el procedimiento de actuación en los casos de acoso moral en el trabajo del personal de la Ertzaintza (BOPV, 3 de octubre). En ella se afirma: “Se entiende por acoso moral en el trabajo, aquella situación en la que una persona o grupo de personas ejercen una violencia psicológica sobre otra u otras personas en el lugar de trabajo, con el fin de destruirlas personal o profesionalmente, creando un clima o ambiente laboral hostil. Esta violencia ha de ser sistemática o habitual, esto es, está inmersa en un proceso y no se trata de un único acto, por grave e intenso que éste pueda ser” (art. 3.1).

Las conductas de acoso moral tienen un amplio espectro: “Esto incluye, entre otras conductas, la intimidación y el hostigamiento que se base en la edad, en la discapacidad, en el estado de salud, en las circunstancias familiares, en el sexo, en la orientación sexual, en el género, en la raza, en el color, en el idioma, en las creencias u opiniones políticas, sindicales u otras, en el origen nacional o social, en la asociación con una minoría, en la propiedad, en el nacimiento u otra condición, y que afecta a la igualdad de hombres y mujeres en el trabajo” (art. 3.3).

En el plano descriptivo lo anterior se completa con la concreción que realiza el art. 3.2 de la

Orden precitada: “El acoso puede obedecer a motivos laborales o extralaborales, pero ha de producirse en el lugar de trabajo”.

3. La Policía propia del País Vasco

Tanto las Policías Locales como la Ertzaintza tienen más remotos antecedentes (42-43). No obstante fue en el marco autonómico instaurado con la Constitución de 1978 en el que se sientan las bases del sistema competencial en materia de seguridad del País Vasco.

La Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para el País Vasco (EAPV), dedica su art. 17 a los Cuerpos policiales, estableciendo que “corresponderá a las Instituciones del País Vasco, en la forma que se determina en este Estatuto, el régimen de la Policía Autónoma para la protección de las personas y bienes y el mantenimiento del orden público dentro del territorio autónomo”. Correspondiendo el mando supremo al Gobierno del País Vasco, inicialmente las Policías Autónomas del País Vasco estaban integrada por el Cuerpo de Miñones de la Diputación Foral de Álava, ya existente y por los Cuerpos de Miñones y Miqueletes dependientes de las Diputaciones de Vizcaya y Guipúzcoa que se restablecen mediante el Estatuto de Autonomía (art. 17.5 EAPV).

La Ley autonómica 4/1992, de 17 de julio, de Policía del País Vasco (LPPV), modificada en varias ocasiones, configura la actual Ertzaintza y además integra a ésta y a las Policías Locales dentro del concepto de “Policía del País Vasco” (PPV) (art. 2.b).

Los Cuerpos de la PPV son “institutos armados de naturaleza civil y estructura y organización jerarquizada”, siendo sus miembros funcionarios públicos que ostentan el carácter de agentes de la autoridad (art. 25 LPPV).

La Ertzaintza está formada por las Escalas Superior (actual subgrupo A1), integrada por las categorías de Superintendente e Intendente; Ejecutiva (actual subgrupo A2), integrada por las categorías de Comisario y Subcomisario; de Inspección (actual subgrupo C1), integrada por las categorías de Oficial y Suboficial y Básica (actual subgrupo C2), integrada por las categorías de Agente Primero y Agente. Además existe la Esca-

la de Facultativos y Técnicos que pertenecerán a cada grupo de clasificación en función de la titulación exigida en cada caso.

La jefatura y superior dirección de la Ertzaintza corresponde al Departamento de Interior del Gobierno Vasco (art. 5.2 LPPV).

Dentro de la estructura orgánica de la Ertzaintza existen la Secciones de Miñones de Álava, Forales de Bizkaia y Mikeletes de Gipuzkoa (art. 107.4 LPPV), las cuales funcionalmente dependen de las respectivas Diputaciones Forales (art. 110 LPPV). Ejercen las funciones de representación de las instituciones forales, protección de sus autoridades y protección y custodia de los bienes del patrimonio foral, prestando auxilio al resto de las unidades o servicios de la Ertzaintza y pudiendo asumir asimismo funciones policiales en materia de transporte por carretera y conservación y policía de carreteras (art. 109 LPPV).

La LPPV regula en sus aspectos principales la Academia de Policía del País Vasco, que juega un importante papel en la labor de selección y formación de la PPV.

4. El proceso de ingreso

La selección de los funcionarios de los Cuerpos que integran la PPV, corresponde a la Administración pública correspondiente (autonómica o local) (art. 44.1 LPPV), pero se produce una homogeneización de los procesos selectivos (1). Tal homogeneización viene explicitada en el preámbulo del Decreto 315/1994, de 19 de julio, por el que se aprueba el reglamento de selección y formación de la Policía del País Vasco (BOPV, 19 de agosto), el cual se refiere al establecimiento de “un régimen común respecto al ingreso, formación y régimen estatutario con la finalidad de garantizar la profesionalidad, homogeneidad y la movilidad de los funcionarios entre los distintos cuerpos que conforman la Policía del País Vasco”.

En cualquier caso se ha de “garantizar la selección de quienes reúnan las *condiciones cognitivas, psíquicas y físicas* más apropiadas para el desempeño de la función”, a cuyo efecto se prevé la realización de test psicotécnicos, pruebas de aptitud física y entrevistas (art. 44.2 LPPV), pruebas todas ellas que serán tomadas también en consideración con posterioridad (44).

El régimen de selección de la Policía vasca se encuentra regulado, además de por la propia LPPV (arts. 44-59) por el Decreto 315/1994, de 19 de julio, por el que se aprueba el reglamento de selección y formación de la Policía del País Vasco (BOPV, 19 de agosto) (D 315/1994). La LPPV reconoce la eventual instauración de cualquier sistema que resulte adecuado “para garantizar la selección de quienes reúnan las condiciones cognitivas, psíquicas y físicas más apropiadas para el desempeño de la función” (art. 44.2).

En el Capítulo V, Selección, Sección 2ª “Sistemas de Selección” de la LPPV, se establece que el ingreso en los Cuerpos que integran la Policía del País Vasco se llevará a cabo mediante los sistemas de oposición, concurso o concurso-oposición, según las distintas categorías. En el caso de la categoría de Agente, rige el sistema de oposición o concurso-oposición libres (art. 56.1). También se establece un turno libre para la categoría de Subcomisario (art. 56.3) y tal posibilidad de turno libre también se contempla para el ingreso en las Escalas de Facultativos y Técnicos, aunque sólo cuando las vacantes no pueden proveerse por promoción interna (art. 56.5).

Para tomar parte en los procesos selectivos es preciso reunir un conjunto de requisitos, entre los que se encuentra “no estar incurso en el cuadro de exclusiones médicas”, al que alude la Disp. Adic. 8ª LPPV y que figura en el Anexo del D 315/1994, que fue modificado por el Decreto de 36/2004, de 17 de febrero (BOPV, 2 de marzo). En su apartado E) se recogen las siguientes exclusiones referidas al “Estado mental”:

“14.- Síntomas y/o signos clínicos biológicos indicadores de intoxicación exógena (detección de metabolitos de drogas de abuso en orina). Toxicomanías. Alcoholismo.

15.- Trastornos mentales y de conducta o antecedentes de los mismos que, a juicio del tribunal médico, ocasionen limitación para el desempeño de la función policial”.

También figura como exclusión la “Epilepsia y/o antecedentes de la misma. Convulsiones sin filiar. Temblor de cualquier etiología” (apartado D.11 del Anexo).



El cuadro de exclusiones por razones psíquicas de la Ertzaintza es muy breve, y en este sentido similar al vigente para el Cuerpo Nacional de Policía (Orden de 11.1.1988, BOE, 19 de enero). Ambos contrastan con los más amplios cuadros de la Guardia Civil: el general de la Orden 9.4.1996 (BOE, 16 de abril) y el específico para la Escala Superior de Oficiales de la Orden PRE/2622/2007, de 7 de septiembre (BOE, 13 de septiembre) (45-46).

El “órgano responsable” para proponer la exclusión del aspirante es un “tribunal médico” que emite el correspondiente dictamen (art. 37 D 315/1994). Tal como puede comprobarse, en cualquiera de las convocatorias para ingreso como Agente de la Ertzaintza¹, el Tribunal médico es nombrado por la Dirección de la Academia de Policía del País Vasco y estará integrado por un Presidente, dos vocales y un secretario. Los informes que dicho Tribunal emita “deberán ser motivados cuando se advierta la concurrencia de alguna causa de exclusión del proceso selectivo”, garantizándose en todo caso el derecho de audiencia de la persona afectada.

Por otra parte, en la modalidad selectiva de “oposición” se establece la realización de “pruebas psicotécnicas dirigidas a determinar las aptitudes y actitudes de los aspirantes para el desempeño de los puestos y tareas policiales de que se trate, entre las que podrán incluirse la realización de test psicológicos, entrevistas personales, dinámica de grupos u otras” (art. 9.b) D 315/1994).

Utilizando como referente la citada Resolución de 19 de abril de 2010, durante el procedimiento selectivo para Agente de la Ertzaintza, se realizarán ejercicios dirigidos a evaluar las aptitudes de los aspirantes (aptitudes cognitivas, aptitudes verbales, aptitudes espaciales e interpretación de datos) (base 7^a.1.b) e igualmente se realizará un test de personalidad “dirigido a evaluar los rasgos de personalidad y otros indicadores de desajuste o inadaptación de los aspirantes al perfil profesiográfico del puesto convocado” (base 7^a.1.c). Además la tercera prueba de la

oposición, de carácter obligatorio y eliminatorio, consiste en la realización de pruebas psicotécnicas, entrevista y/o dinámica de grupos (todos o algunos de ellos); dichas pruebas están “dirigidas a determinar la idoneidad conductual y competencial de los opositores con el perfil profesiográfico del puesto convocado” (base 7^a.3).

Tras la fase de selección han de realizarse cursos de formación y períodos de prácticas (art. 51.1 LPPV). En tal fase se establece asimismo un control médico de los aspirantes a ingreso. El art. 54.3 señala al respecto:

“Durante el curso y prácticas, o al término de las mismas, los aspirantes podrán ser sometidos a cuantas pruebas médicas sean precisas en orden a comprobar su adecuación al cuadro de exclusiones médicas establecido para el ingreso en la categoría. Si de las pruebas practicadas se dedujera la concurrencia de alguna causa de exclusión, el órgano responsable podrá proponer, en función de la gravedad de la enfermedad o defecto físico, la exclusión del aspirante del proceso selectivo, correspondiendo al órgano competente para efectuar el nombramiento adoptar la resolución que proceda”.

En cuanto a la valoración de la idoneidad profesional se realizará durante el curso de formación (únicamente cuando se trate del ingreso por turno libre). Se complementará la evaluación de la aptitud personal (art. 33.a) D 315/1994) en el período de prácticas, cualquiera que sea el proceso de ingreso (art. 33.b) D 315/1994), definiéndose con claridad el tipo de instrumentos a utilizar, los cuales han de ser de probada eficacia a fin de reducir al mínimo la subjetividad de los datos registrados (art. 33.2 D 315/1994), procediéndose igualmente a supervisar que se mantienen las condiciones que determina el anteriormente citado cuadro de exclusiones médicas (art. 37 D 315/1994).

También durante la estancia en la Academia han de valorarse las actitudes de los aspirantes, valorándose aspectos tales como: “el interés en los cursos, método de trabajo, capacidad de juicio, expresión verbal, regularidad en el esfuerzo, participación en los grupos y compañerismo, confianza en sí mismo, autocontrol y capacidad de liderazgo” (art. 21.1 Orden de 22 de febrero de 1982,

¹ Por ejemplo, Resolución de 19 de abril de 2010 de la Directora de la Academia de Policía del País Vasco, por la que se convoca Procedimiento Selectivo para ingreso en la Categoría de Agente de la Escala Básica de la Ertzaintza (BOPV, 6 de mayo), Base 13^a.

del Consejero de Interior, por la que se aprueba el reglamento de régimen interior de alumnos de la Academia de la Ertzaintza (BOPV, 1 de abril) (Orden 22.2.1982), reformada por la Orden de 12 de febrero de 1990 (BOPV, 19 de febrero).

En el período de Academia está prohibida en cualquier estancia de la misma la tenencia y consumo de bebidas destiladas y drogas ilegales, así como el consumo de sustancias psicotrópicas legales sin el conocimiento de los Servicios Médicos (art. 10 Orden 22.2.1982).

5. La promoción interna

El ingreso en las categorías de Agente Primero, Suboficial, Oficial, Comisario, Intendente, Superintendente y Escalas de Facultativos y Técnicos tiene lugar por promoción interna, mediante los sistemas de oposición, concurso o concurso-oposición, existiendo también un turno de promoción interna para la categoría de Subcomisario (art. 56 LPPV).

El art. 58 LPPV establece que el acceso por promoción interna “requerirá la superación de las mismas pruebas que las establecidas para el ingreso en turno libre”, las cuales se complementarán, como una fase más del proceso selectivo, con la realización de cursos de formación y períodos de prácticas” (art. 51.1 LPPV).

Sin embargo, llamativamente no existe ninguna mención relativa a la evaluación del estado psicofísico ni de las actitudes (aunque sí de las aptitudes) de los aspirantes a superar los cursos de capacitación para el acceso a la Escala de Inspección (Oficial y Suboficial) y ejecutiva (Comisario y Subcomisario) de la Ertzaintza y Técnica de los Cuerpos de Policía Local².

² Órdenes de 8 de junio de 1995, del Consejero de Interior, por la que se determinan los contenidos generales y los modos de evaluación de los cursos de capacitación para el acceso a la escala de inspección previstos en el artículo 57.1.a) del Decreto 315/1994, de 19 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Selección y Formación de la Policía del País Vasco y de 8 de junio de 1995, del Consejero de Interior, por la que se determinan los contenidos generales y los modos de evaluación de los cursos de capacitación para el acceso a la escala ejecutiva de la Ertzaintza y técnica de los cuerpos de Policía Local previstos en el artículo 57.1.b) del Decreto 315/1994, de 19 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Selección y Formación de la Policía del País Vasco (ambas en el BOPV, de 22 de junio).

Por ejemplo, mediante Resolución de 18 de julio de 2011 (BOPV, 19 de julio), de la Directora de la Academia de Policía del País Vasco, se convocó procedimiento selectivo para ascenso a la Categoría de Subcomisario o Subcomisaria de la Escala Ejecutiva de la Ertzaintza. Esta convocatoria no hace mención alguna a pruebas médicas, aunque sí contempla la realización de pruebas psicotécnicas y de personalidad (base 2^a.5). La prueba psicotécnica, al igual que en el caso de los Agentes de la Escala Básica, está “dirigida a determinar las aptitudes y actitudes de las personas para el desempeño del puesto y tareas policiales de la categoría de Subcomisario o Subcomisaria”, pudiendo incluir uno o varios de los siguientes tipos de ejercicios: test psicológicos, entrevistas personales, dinámicas de grupo u otros que el Tribunal considere convenientes (base 7^a.1). Similares pruebas se realizan para el ascenso a la categoría de Intendente [Resolución de 18 de julio de 2011 (BOPV, 19 de julio)].

Por otro lado, en la realización de cursos de especialización, puede regir un cuadro específico de exclusiones médicas (art. 55.3 D 315/1994) (44).

6. Incidencia de la salud mental sobre las situaciones administrativas y la pérdida de la condición de funcionario

6.1. Licencia por enfermedad

Los funcionarios de la PPV tienen reconocido el derecho a las licencias que, con carácter general prevé la Ley 6/1989, de 6 de julio, de la Función Pública Vasca (LFPV) (art. 75.j LPPV). A este respecto el art. 70.2.g) LFPV contempla la licencia, debidamente justificada, “por enfermedad que impida el normal desempeño de la función”.

El Anexo del Decreto 4/2012, de 17 de enero, por el que se aprueba el Acuerdo regulador de las condiciones de trabajo del personal de la Ertzaintza para los años 2011, 2012 y 2013 (BOPV, 20 de enero), reconoce en su art. 43 el permiso a los miembros de la Ertzaintza, “en los supuestos de enfermedad o accidente que les incapacite para el normal desarrollo de sus funciones, siempre y cuando este extremo venga avalado por baja de los servicios de la asistencia sanitaria”; en tal caso, “tendrán derecho a permiso



hasta el alta médica correspondiente, siempre y cuando continúe vigente la relación de servicios que le une a la Administración”. Tales permisos “podrán ser controladas por la Administración en la forma que estime oportuna”, pudiendo la Administración hacer el seguimiento y verificar el estado de enfermedad o accidente mediante el reconocimiento a cargo del “Servicio Médico de Empresa”. Los *ertzaintzas* están obligados a acudir a las citaciones de este Servicio, acarreado la inasistencia no justificada la pérdida de los auxilios económicos complementarios.

6.2. Segunda actividad

Se contempla el pase a segunda actividad, excepto para la Escala de Facultativos y Técnicos de la *Ertzaintza*, cuando se produzca una insuficiencia apreciable y presumiblemente permanente, de las facultades físicas o psíquicas necesarias para el eficaz desempeño de las funciones propias de la categoría (art. 85.b) LPPV). Como más específicamente establece el art. 87.1 LPPV, pasarán a la situación de segunda actividad “aquellos funcionarios que antes de cumplir la edad reglamentariamente establecida, o cumplida ésta si hubieran obtenido la prórroga en la situación de servicio activo, tengan una disminución apreciable de las facultades psíquicas o físicas necesarias para el ejercicio de sus funciones que, sin impedirles la eficaz realización de las fundamentales tareas de la profesión policial, determine una insuficiente capacidad de carácter permanente para el pleno desempeño de las propias de su categoría”.

El procedimiento para determinar la situación de segunda actividad podrá iniciarse de oficio o a instancia del interesado, correspondiendo la evaluación de la incapacidad a un Tribunal Médico compuesto por tres facultativos, que se designarán por el Departamento de Interior y el órgano competente de la respectiva entidad local, uno de ellos a propuesta de la representación sindical; además “dicho tribunal, podrá recabar la participación de aquellos especialistas que estime precisos para el correcto ejercicio de su función, y disponer la práctica de cuantas pruebas, reconocimientos o exploraciones médicas considere necesarias a tal fin” (art. 87.2 LPPV). Los dictámenes de éste resultarán vinculantes para el órgano que deba adoptar la decisión (art. 87.3

LPPV). En el caso que se considere que se está incapacitado con carácter permanente, ello se pondrá en conocimiento del órgano competente, al objeto de que se tramite el oportuno expediente de incapacidad (art. 87.4 LPPV). Sin embargo se proyectó la modificación de este precepto en el ALPPV, que hubiera pasado a establecer: “Si, como consecuencia de los reconocimientos efectuados, el Tribunal apreciara en el funcionario un estado de imposibilidad física o de disminución de sus facultades que le incapaciten con carácter permanente para el desempeño de sus funciones, lo pondrá en conocimiento del interesado a los efectos oportunos”.

Podrá producirse el reingreso en el caso que se demuestre fehacientemente la total recuperación, previo dictamen del Tribunal Médico (art. 89.2 LPPV).

Para el pase a segunda actividad rige un cuadro de incapacidades que aparece recogido en el Anexo I del Decreto 7/1998, de 27 de enero, por el que se desarrollan determinados aspectos relativos al pase a la situación administrativa de segunda actividad de los funcionarios de los cuerpos de la Policía del País Vasco (BOPV, 12 de febrero). En lo que aquí interesa, el apartado 1 sólo contiene una referencia genérica a trastornos psíquicos, cuando se refiere a “enfermedades, síndromes, procesos patológicos físicos o *psíquicos* que, a juicio del Tribunal Médico, le incapaciten para permanecer en la situación de servicio activo, y no le ocasionen limitación funcional apreciable, y previsiblemente permanente para el elemental desempeño de las tareas fundamentales de su categoría, siempre y cuando no constituyan motivo de jubilación forzosa por incapacidad permanente para el desempeño de sus funciones”.

6.3. Pérdida de la condición funcional.

La condición de funcionario de la PPV se pierde, entre otros motivos, por la jubilación forzosa (art. 61.1 LPPV en relación con el art. 37.1.e) de la LFPV). Afirma el art. 62.2 LPPV:

“Se podrá declarar la jubilación forzosa, bien sea de oficio o a petición del interesado, y previa instrucción del correspondiente expediente, cuando, no alcanzando el funcionario la

edad de jubilación legalmente establecida, se halle en estado de imposibilidad física o disminución de sus facultades que le incapaciten con carácter permanente para el desempeño de sus funciones”.

En el caso de que el Tribunal Médico que intervenga en un procedimiento de pase a segunda actividad, como consecuencia de los reconocimientos efectuados, llegara a la conclusión de que el funcionario policial tiene un estado de imposibilidad física o de disminución de sus facultades que lo incapaciten con carácter permanente para el desempeño de sus funciones, deberá ponerlo en conocimiento del órgano competente a fin de que se tramite el oportuno expediente de incapacidad “y, si así procede, su jubilación forzosa” (art. 87.4 LPPV).

7. Prevención de riesgos laborales y vigilancia de la salud

El art. 40.2 CE establece que “los poderes públicos... velarán por la seguridad e higiene en el trabajo”. En desarrollo de este precepto constitucional y a la vez trasponiendo la Directiva 89/391/CEE, del Consejo de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo, fue aprobada la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), que crea un nuevo marco normativo sobre la materia (47).

En realidad, ya el Convenio 155 OIT, sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores y Medio Ambiente de Trabajo, de 22 de junio de 1981, afirmó, en su art. 2.1, que el mismo “se aplica a todos los trabajadores de las ramas de actividad económica abarcadas”, concretando en su art. 3 que “la expresión ‘ramas de actividad económica’ abarca todas las ramas en que hay trabajadores empleados, incluida la Administración Pública” y que “el término ‘trabajadores’ abarca todas las personas empleadas, incluidos los empleados públicos”.

Cabe afirmar que, naciendo la prevención de riesgos laborales en el ámbito de la relación contractual trabajador-empresario, posteriormente se amplió al contexto de las Administraciones Públicas (48-49), con algunas dificultades para

la implantación a empleados públicos militares o incluso civiles, pero policiales.

En efecto, la Comisión Europea ya requirió a España, mediante escrito de 25 de octubre de 2000, para que adoptara las medidas dispuestas en la Directiva 89/391/CEE a los cuerpos de policía, a raíz de un procedimiento primero administrativo y luego judicial que se siguió ante el Tribunal de Justicia de la Comunidad Europea. Efectivamente, la S. del Tribunal de Justicia de la Comunidad Europea (Sala 2ª), 12.1.2006, en el asunto C-132/04 (50-52), declaró el incumplimiento por parte de España de las obligaciones que le incumbían en virtud de la Directiva 89/391/CEE del Consejo, por lo que respecta al personal no civil de las Administraciones Públicas (Ejército y Guardia Civil). Intuyendo el sentido de este fallo fue aprobado el Real Decreto 179/2005, de 18 de febrero, sobre prevención de riesgos laborales en la Guardia Civil (BOE, de 26 de febrero) y posteriormente el Real Decreto 2/2006, de 16 de enero, por el que se establecen normas sobre prevención de riesgos laborales en la actividad de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía (BOE, de 17 de enero).

En su día el Departamento de Interior adoptó como modelo de organización preventiva un Servicio propio de prevención, que se rige por lo dispuesto en el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (BOE, 31 de enero). Dicho Servicio tiene, entre otras, las funciones de realizar la evaluación de los factores de riesgo –tan diferentes según la clase de actividad policial (53) -, informar y formar a los ertzaina en materia de salud laboral, vigilar la salud de los ertzainas y realizar un reconocimiento, que será obligatorio para el/la ertzaina, cuando sean detectados trastornos en su conducta, emitiendo dictamen vinculante tras su realización (art. 63 D 4/2012). A fin de favorecer la participación ha sido creado un Comité de seguridad y salud laboral de la Ertzaintza (art. 64 D 4/2012).

En materia de formación ha de citarse que, desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Departamento de Interior del Gobierno Vasco, se inició un programa preventivo y fundamentalmente práctico en materia de salud mental.



En el BOPV de 10.10.2003 se publicó un concurso para la licitación del programa sanitario en materia de salud mental en la Ertzaintza. El contrato de asistencia y servicios resultó adjudicado al Hospital Aita Menni, por Resolución de 15.1.2004 del Director de Recursos Generales del Departamento de Interior del Gobierno Vasco. Se convocó nuevo concurso el 13.11.2007 (BOPV, 7 de diciembre), que resultó adjudicado a la misma entidad hospitalaria (BOPV, 10.3.2008). El Pliego de Cláusulas Administrativas estableció un plazo de ejecución de 24 meses, aunque con posibilidad de prórroga hasta un máximo de cuatro años.

En el Pliego de Cláusulas Técnicas se afirma:

“Las situaciones de riesgo a las que se somete la Ertzaintza en su trabajo diario genera una elevada frecuencia de aparición de síntomas psíquicos, así como el trabajo a turnos genera problemas de sueño, etc. Las patologías de orden Psíquico van aumentando según se refleja en los índices de absentismo laboral y en las demandas de asistencia, y es por todo ello que se hace necesario establecer programas de prevención de trastornos mentales que proporcionen instrumentos para afrontarlos, actuando preventivamente antes de que se instaure la enfermedad”.

El objeto del contrato es la realización de un programa sanitario de prevención en materia de Salud Mental en el colectivo Ertzaintza, que se imparte mediante una serie de modelos teórico-prácticos que abordan la prevención de patologías mentales así como aspectos conflictivos que se producen en el ámbito laboral o como consecuencia de la condición de ertzaina y que afectan a la salud mental.

Los módulos, que se imparten en los tres Territorios históricos son, bien de carácter teórico para unos 50 asistentes a los que se ofrece formación básica en materia de salud mental, información sobre cómo se generan los trastornos mentales y como abordarlos y afrontarlos y otros de carácter práctico para grupos de unas 20 personas, en los que se utilizarán técnicas de intervención grupal.

Por otra parte, el art. 66 D 4/2012 se refiere a los exámenes de salud de los miembros de la Ert-

zaintza. Se prevén las siguientes modalidades: a) exámenes de salud periódicos, de carácter voluntario; b) “exámenes de salud de carácter obligatorio, a aquellos funcionarios en quienes concurren a juicio del Servicio de Prevención, previo informe de los Delegados o Delegadas de Prevención, los supuestos en que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los funcionarios o de las funcionarias o para verificar si su estado de salud puede constituir un peligro para él mismo, para los demás funcionarios o funcionarias o para otras personas relacionadas con el servicio o cuando así esté establecido en una disposición legal, en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad”; c) exámenes de salud de reingreso, que han de realizarse necesariamente y con carácter previo al reingreso al servicio activo de quienes hubiesen permanecido en otra situación administrativa más de 6 meses; d) exámenes de salud que estén previstos en las convocatorias de ingreso, de acceso a cursos de especialización y de provisión de puestos de trabajo, de conformidad con el contenido de los cuadros de exclusiones médicas específicas; e) exámenes periódicos de carácter obligatorio y con la periodicidad que se determine por el Servicio de Prevención, al personal que desempeñe puestos de trabajo cubiertos, mediante la participación en las convocatorias precitadas.

Indicar que “en todo caso, la información recogida como consecuencia de esta actividad sanitaria respetará siempre el derecho a la intimidad y dignidad de la persona y la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud” (art. 66.3 Decreto 4/2012). En este sentido “el acceso a la información médica de carácter individual se limitará al personal médico y a las autoridades sanitarias” (art. 63 Decreto 4/2012). Es decir, existen en el ámbito de los reconocimientos médicos unos límites constitucionales que han de respetarse (54).

8. El dispositivo asistencial

La LPPV garantiza a los funcionarios de todos los Cuerpos Policiales en el ámbito de esta Comunidad Autónoma el derecho “a la asistencia sanitaria y a las prestaciones sociales que se re-

conozcan, así como a la seguridad e higiene en el trabajo” (art. 75.f).

En el caso de los funcionarios de la Ertzaintza, su protección asistencial se garantiza a través del Régimen General de la Seguridad Social (Disp. Adic. 10ª LPPV). Por tanto no se ha seguido el modelo estatal que establece regímenes especiales para la Guardia Civil (el de las Fuerzas Armadas) y para el Cuerpo Nacional de Policía (el de los funcionarios civiles del Estado).

Por consiguiente, en cuanto al contenido mínimo prestacional habrá que estar a lo establecido en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Pero, además de lo anterior, existe un importante complemento en materia de asistencia en salud mental proporcionado por el convenio existente desde hace años entre el Hospital Psiquiátrico Aita Menni (Mondragón, Gipuzkoa) con el Gobierno Vasco. 3 psicólogos y 3 psiquiatras de dicho Hospital (uno de cada especialidad en cada Territorio Histórico, aunque la mayor actividad asistencial se produce en Bizkaia) se coordinan con un Psicólogo del Departamento de Interior del Gobierno Vasco. Predominan las intervenciones psicológicas, especialmente las relacionadas con sintomatologías ansioso-depresivas y trastornos del sueño asociados, siendo cuantitativamente menos relevantes los trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias. Cuantitativamente es inferior el número de intervenciones en el ámbito psiquiátrico (trastornos de personalidad y cuadros psicóticos). Tenemos constancia de la calidad del servicio prestado.

En otro orden de cosas, conforme al art. 8 del Anexo del Decreto 4/2012, de 17 de enero, por el que se aprueba el Acuerdo regulador de las condiciones de trabajo del personal de la Ertzaintza para los años 2011, 2012 y 2013 (BOPV, 20 de enero), el personal incluido en el ámbito de aplicación del Acuerdo (funcionarios de carrera de la Ertzaintza en activo o en segunda actividad y el personal funcionario en prácticas en un proceso de ingreso, una vez superado el curso de formación, salvo algunos supuestos

excluidos, esta cubierto por una póliza de accidentes por muerte (65.000 euros), incapacidad permanente absoluta (82.000 euros), incapacidad permanente total (105.000 euros) y por incapacidad permanente parcial (según baremo hasta 105.000 euros); también por una póliza de vida que las contingencias de por muerte (26.000 euros), incapacidad permanente absoluta (26.000 euros) e incapacidad permanente total (67.000 euros) e igualmente por una póliza de responsabilidad civil suscrita por la Administración de la Comunidad Autónoma en favor de la Administración de la Comunidad de Euskadi, sus Organismos Autónomos, sus representantes, empleados y empleadas dependientes en el ejercicio de sus funciones o de su actividad profesional.

Bibliografía

1. Rizo Gómez R, Barrios Flores LF. *Salud mental en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Desde la Psicología y el Derecho*. Madrid: Abalar Consultores, S.L., Madrid; 2012.
2. OIT/OMS (Comisión paritaria). *Factores psicosociales y salud: reconocimiento y control*. Seguridad e higiene en el trabajo, Serie nº 56. Ginebra: OIT/OMS; 1986.
3. OMS RaijaKalimo M, El-Batawi A, Cooper CL, Comps. *Factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra: OMS; 1988.
4. OIT. *Prevención del estrés en el trabajo*. Memorandum sobre las condiciones de trabajo. Ginebra; 3(1); 1992.
5. Moreno Jiménez B, Báez León C. *Factores y Riesgos Psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo-Universidad Autónoma de Madrid; 2010.
6. Cox T, Griffiths AJ, Leka S. Work organisation and work-related stress. En: Gardiner K, Harrington JM, editors. *Occupational Hygiene*. 3ª ed. Oxford: Blackwell; 2005.
7. Cox T, Griffiths A, Rial-González E. *Work-related Stress (92-828-9255-7)*. Luxemburg: Office

- for Official Publications of the European Communities; 2000.
8. Tehrani N. Bullying: a source of chronic post traumatic stress? *British Journal of Guidance and Counselling* 2004; 32(3): 357-366.
 9. Tehrani N. *Workplace trauma*. New York: Brunner-Routledge; 2004.
 10. Tehrani N, editor. *Managing trauma in the workplace: supporting workers and organisations*. New York: Routledge; 2011.
 11. JMPES-Guidelines-final-2003-01-0387-9-EN. Doc. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@sector/documents/publication/wcms_162686.pdf
 12. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_125164.pdf
 13. OIT (2012). Lista de Enfermedades Profesionales (revisada en 2010) Identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales: Criterios para incluir enfermedades en la lista de enfermedades profesionales de la OIT, 32.
 14. Comisión de las Comunidades Europeas: Recomendación de la Comisión de 19.9.2003 relativa a la lista europea de enfermedades profesionales.
 15. Peiró JM. *Psicología de la Organización*. Madrid: UNED; 1990.
 16. Solan GJ, Casey JM. Police Work Addiction: A Cautionary Tale. *FBI Law Enforcement Bulletin* 2003; 72(6): 13-17.
 17. OMS. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001, Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS; 2001.
 18. White A, de Sousa B, de Visser R, Hogston R, Madsen SA, Makara P, Zatonski W. *The State of Men's Health in Europe*. Luxemburg: European Commission; 2011.
 19. OMS. Trabajadores de los Servicios de Emergencias: la lucha por la mejora de sus condiciones de trabajo. *Trabajo* 2003;46:16-19.
 20. Labovitz S, Hagendorn R. An Analysis of Suicide: Rates among occupational categories. *Sociological Inquiry* 1971; 41: 67-72.
 21. Burnett C, Boxer P, Swanson N. *Suicide and Occupation: Is there a Relationship*. Cincinnati: National Institute for Occupational Safety and Health; 1992.
 22. Boxer PA, Burnett C, Swanson N. Suicide and occupation: a review of the literature. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 1995; 37(4): 442-452.
 23. Monk L, Samra J, coords. *Working With the Client Who is Suicidal*. British Columbia (Canada): Simon Fraser University; 2007.
 24. Dejours Ch, Begué F. *Trabajo y Suicidio*. Madrid: Edit. Modus Laborandi; 2010.
 25. Violanti JM, Samuels S. *Under the Blue Shadow: Clinical and Behavioural Perspectives on Police Suicide*. Springfield: Charles C. Thomas; 2007.
 26. O'Hara AF, Violanti JM. Police Suicide: A Web surveillance of National Data, *Journal of Emergency Mental Health* 2009; 11(1): 17-23.
 27. Kapuska ND, Voracek M, Etzersdorfer E, Niederkrotenhaler T, Dervic K, Plener PL, et. al. Characteristics of police officer suicides in the Federal Austrian Police Corps, Crisis: *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2010; 31 (5): 265-271.
 28. Violanti JM, O'Hara AF, Tate T. *On the Edge: Recent Perspectives on Police Suicide*. Springfield (Illinois, USA): Charles C. Thomas; 2011.
 29. Baker TE. *Police Suicide- Proactive Leadership & Crisis Management Strategies*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers; 2011.
 30. Andersen K, Hawgood J, Klieve H, Kolves K, De Leo D. Suicide in selected occupations in Queensland: evidence from the State suicide register. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2010; 44: 243-249.
 31. Loo R. A Meta-Analysis of Police Suicide Rates: Findings and Issues. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 2003; 33 (3): 313-325.
 32. Violanti JM. Police Suicide: An Overview. *Police Studies* 1996; 19 (2): 77-89.

33. WHO. Preventing Suicide: a resource for police, firefighters and others first line responders. 10. Geneva: WHO, Geneva; 2009.
34. Joiner TE. *Why people die by suicide*. Massachusetts: Harvard University Press; 2005.
35. Bryan CJ, Cukrowicz NC, West CL, Morrow CE. Combat Experience and the Acquired Capability for Suicide. *Journal of Clinical Psychology* 2010; 66 (10): 1044-1056.
36. Selby EA, Anestis MD, Bender, TW, Ribeiro JD, Nock MK, et al. Overcoming the fear of lethal injury: evaluating suicidal behaviour in the military through the lens of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide. *Clinical Psychology Review* 2010; 30: 298-307.
37. Anestis MD, Bryan CJ, Cornette MM, Joiner TE. Understanding Suicidal Behavior in the Military: An Evaluation of Joiner's Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior in Two Case Studies of Active Duty Post-Deployers. *Journal of Mental Health Counseling* 2009; 31 (1): 60-75.
38. Vande Creek L, Mottram K. The perceived roles of God during suicide bereavement. *Journal of Psychology and Theology* 2011; 39 (2): 155-162.
39. Woody RH. Family interventions with law enforcement officers. *The American Journal of Family Therapy* 2006; 34: 95-103.
40. Levenson RL Jr., O'Hara AF, Clark R, The Badge of Life Psychological Survival for Police Officers Program. *International Journal of Emergency Mental Health* 2010; 12 (2): 95-101.
41. Van del Velden PG, Kleber RJ, Grievink L, Yzermans JC. Confrontations with Aggression and Mental Health Problems in Police Officers: The Role of Organizational Stressors, Life-Events and Previous Mental Health Problems. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2010; 2 (2): 135-144.
42. Gil Sacristán E. *Los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad de las Entidades Locales*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid (Tesis Doctoral); 1998.
43. Dávila C. *Ertzaintza: historia de la Policía Autónoma Vasca (1936-2006)*. Bilbao: Elea; 2006.
44. Landaluce Benito S, Larrea Arrutia J, Sastre González B. Modelo de reconocimiento médico específico para buceadores de la Ertzaintza. *Revista de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo* 2008; 3 (1); 19-24.
45. Lorenzo Vasallo, Y. Cuadro médico de exclusiones para el ingreso en el Cuerpo Nacional de Policía y en la escala básica de cabos y guardias de la Guardia Civil. *Ciencia policial* 1999; 49: 13-21.
46. Fresnillo E. Trastornos mentales y del comportamiento en el cuadro de exclusiones para el ingreso en el Cuerpo Nacional de la Policía y en la escala básica de la Guardia Civil. *Ciencia policial* 1999; 49: 21-23.
47. Palomeque López MC. El nuevo marco jurídico de la prevención de riesgos laborales: La Ley 31/1995, de 8 de noviembre. *Actualidad Laboral* 1996; 1: 199-211.
48. Moltó García JI. *El régimen jurídico de la prevención de riesgos laborales: Real Decreto 1627/1997, de 24 de octubre, y su aplicación al ámbito de las administraciones públicas*. Madrid: Tecnos; 1998.
49. Moltó García JI. *La prevención de riesgos laborales en las administraciones públicas: el régimen general de las obligaciones y responsabilidades de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y de la transposición de las Directivas europeas: la aplicación práctica*. Madrid: Tecnos; 1999.
50. De Vicente Parchés F, Tauste Sola O. El derecho a la seguridad y salud laboral de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía: (A propósito del RD 2/2006, de 16 de enero, por el que se establecen normas sobre prevención de riesgos laborales en la actividad de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía). *Revista de Trabajo y Seguridad Social (Estudios Financieros)* 2007; 287: 128-129.
51. López-Romero González MP. Comentario urgente sobre el Real Decreto 2/2006, de 16 de enero, por el que se establecen normas sobre prevención de riesgos laborales en la actividad de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía. *Revista Información Laboral/Legislación y Convenios Colectivos* 2006; 13:3-5.



52. Vicente Palacio MA. Sobre el régimen de prevención de riesgos en la Guardia Civil y en el Cuerpo Nacional de Policía. Comentario a la sentencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas de 12 de enero de 2006. *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social* 2006; 11: 3-6.
53. Sánchez Milla JJ, Sanz Bou MA. La prevención de riesgos laborales en el Cuerpo Nacional de Policía. *Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública* 2010; 2(10): 13-21.
54. Goñi Sein JL. Límites constitucionales a los reconocimientos médicos obligatorios establecidos como medidas de prevención de riesgos laborales. *Revista de Derecho Social* 1999; 5: 49-74.

Contacto:

Luis Fernando Barrios Flores Área de Derecho Administrativo. Dpto. de Estudios Jurídicos del Estado, Facultad de Derecho. Universidad de Alicante. Campus de San Vicente del Raspeig. Ap. 99. E-03080 Alicante • Correo electrónico: luisfbarrios@ua.es

- Recibido: 29-10-2012.
- Aceptado: 13-12-2012.

Exploración de las Tendencias y Prevalencia de Condiciones Relacionadas en los Niños Identificados con Problemas de Alimentación.

Exploration of Trends and Prevalence of Related Conditions in Children with Identified Feeding Issues.

Joan M. Surfus. Joan Surfus, supervisora de terapia ocupacional en la Pediatric Therapy Network Clinic en Torrance, California. Miembro del equipo docente en el Dpto. de Terapia Ocupacional de la Misericordia University de Dallas, Texas, EEUU. Universidad de Misericordia, Dallas, Texas (EEUU).

Resumen: Objetivo. Este estudio exploratorio examinó los datos adquiridos a través de la utilización del Cuestionario para Padres “Hora de Comer” (Morris y Klein, 2000). El propósito de la investigación fue determinar las percepciones parentales de los desafíos que plantean los niños y niñas que tienen dificultades de alimentación, identificar sus preferencias alimentarias y sus rutinas y determinar patrones comunes en estas áreas.

Método. Mediante un análisis de pregunta por pregunta de las respuestas de los padres en 60 cuestionarios.

Resultados. Los resultados del análisis de datos permitió comprender las preocupaciones de los padres, la edad de inicio de las dificultades de alimentación y si los niños con problemas de alimentación estaban participando en, al menos, un tipo de intervención terapéutica, con o sin una evaluación de alimentación.

Conclusión. En general, la principal preocupación de los padres era la falta de variedad en la dieta de sus hijos, así como sus habilidades motrices orales (por ejemplo, masticar). Esto apoya los hallazgos adicionales de dificultades observadas en la transición a las texturas con grumos. Este problema en la transición puede estar influenciado por una aversión a ciertas experiencias táctiles o texturas (que contribuyen a la selección limitada de alimentos) y / o a dificultades en las habilidades motrices.

Palabras clave: alimentación, percepciones parentales, repertorio alimenticio, oral motor.

Abstract: Objective. This exploratory study examined data gained via the use of the Parent Meal-times Questionnaire (Morris & Klein, 2000). The investigation’s purpose was to determine parental perceptions of the challenges faced by children who have difficulty with feeding, identify their feeding preferences and routines, and determine common patterns across these areas.

Method. A question by question content analysis of parental responses on 60 questionnaires was conducted.

Results. The results of the data analysis provided insight to parental concerns, the age of onset for reported feeding difficulties, and children with feeding issues were participating in at least one therapeutic intervention, but had not received a feeding assessment.

Conclusion. Overall, parents were concerned the most with the lack of variety in their child’s diet as well as their overall motor abilities (e.g., chewing). This gives support the additional findings of difficulties noted when transitioning to lumpy textures. This problem in transitioning may be influenced by either a tactile or texture aversion (contributing to limited food selection) and/or impaired motor skills.

En el ámbito de la atención pediátrica, las dificultades en la alimentación son uno de los problemas que se encuentran con mayor frecuencia (Clawson, et al, 2008; O'Brien et al., 1991). Los padres, cuidadores, médicos, psicólogos y maestros son los que a menudo identifican las dificultades de los niños en este ámbito. Como sabemos, la alimentación y el comer tienen lugar en muchos entornos, y para lactantes y niños esta actividad incluye a los familiares y cuidadores como parte del proceso. Puesto que hay muchos factores que influyen en el éxito del niño con las comidas, como la coordinación de los sistemas motriz, sensorial y cognitivo, es necesario determinar los patrones de dificultad que influyen en la hora de comer. En lugar de ser una parte fácil de la rutina del día, la hora de la comida puede llegar a ser muy estresante y lenta para el niño y quienes cuidan de él (Couriel et al, 1993). El propósito de este estudio exploratorio fue revisar los datos obtenidos del cuestionario para padres "Hora de Comer" (Morris y Klein, 2000), una herramienta utilizada a menudo por los terapeutas ocupacionales y otros profesionales clínicos para evaluar los patrones de alimentación de los niños. El uso de este cuestionario permitió la exploración de posibles conexiones que puedan existir entre las preguntas, las percepciones de los padres de los problemas de alimentación de sus hijos, y los puntos comunes entre los individuos encuestados.

Revisión de la Literatura

Una revisión de la literatura indica que entre 25-40% de los niños con desarrollo típico y hasta el 90% de los niños con discapacidad se ven afectados por problemas con la alimentación y el comer (Clawson et al, 2008; O'Brien et al., 1991). Beaudrais, Fergusson, y Shannon (1982) encontraron que los padres del 24% de los niños de 2-4 años de edad, 19% de los de 3 años de edad, y 18% de los de 4 años, indican que sus hijos tienen dificultades en la alimentación. Los problemas de alimentación en los bebés y los niños no son exclusivos de los Estados Unidos. La prevalencia de estos problemas de alimentación a nivel mundial es desconocida, pero a menudo no hay suficientes terapeutas para ayudar a esta población.

El estudio de Finney y Christopherson (1983) reveló la importancia de factores de aprendizaje sociales de la familia y la aparición o el mante-

nimiento de comportamientos en torno a la alimentación. Birch (1990) describe cómo los patrones de aceptación de los alimentos se desarrollan y son influidos por la cultura, la biología y las experiencias individuales. Tomó nota también de indicadores que demuestran que el aprendizaje asociativo juega un papel fundamental en los patrones de aceptación de los alimentos.

Los niños con desarrollo típico pasan por un período en su desarrollo en el cual aparecen la neofobia alimentaria, o aprehensión o miedo de los nuevos alimentos. Cooke, Carnell, y Wardle (2006) apoyan las estrategias de tratamiento utilizadas cuando se trabaja con niños con aversión alimentaria, especialmente a los nuevos alimentos. En una sesión de tratamiento, es muy común que el terapeuta ocupacional coma o bien la misma comida o algo diferente a lo que el niño está comiendo. Cooke et al. (2006) proporciona apoyo a la importancia de comer un alimento del mismo color del alimento que come el niño, y no necesariamente la misma comida o nada de comida en absoluto.

Birch (1998) señaló que las preferencias de los niños están influenciadas por la cantidad y calidad de sus experiencias con los alimentos. Cuando los alimentos están conectados con el contexto social de la comida y con las consecuencias fisiológicas de la ingestión, los niños llegan a aceptar algunos alimentos y rechazar otros. Siendo bebés, la alimentación es impulsada por el hambre. Cuando los niños crecen, la capacidad de tener control sobre la ingesta se vuelve cada vez más compleja. Después, los niños comen porque les agrada el sabor, los demás están comiendo, o están contentos, y forman sus propias creencias acerca de la nutrición y la alimentación.

Las preferencias de los niños se forman y transforman a través de asociaciones positivas o negativas con la comida, generalmente dictadas por el contexto social, o por las consecuencias fisiológicas de la ingesta. Cook, Carnell, y Wardle (2006) encontraron indicios de que si uno modela experiencias positivas y exposiciones múltiples a frutas, verduras y proteínas, se observa una reducción en la neofobia alimentaria en niños de 4-5 años de edad. Es de suma importancia apoyar a los niños con estos problemas,

ya que pueden afectar su crecimiento y desarrollo. Esto apoya la necesidad de ser conscientes de cómo las asociaciones negativas pueden ser aprendidas en el contexto de la alimentación y el comer. Por ejemplo, la asociación negativa con los vómitos se presta a la asociación negativa aprendida de tener reflujo. Se puede inferir que, debido a que el bebé o niño tiene reflujo, él o ella aprenden rápidamente que cuando come no se siente bien. Por lo tanto, empieza a comer cada vez menos, lo que lleva a una ingesta oral limitada y a problemas de alimentación en general.

Al analizar por qué los niños tienen problemas de alimentación, Batchelor (2008) examinó la creencia de que la falta de crecimiento no orgánica siempre era debida a maltrato o abuso emocional y explica que, en realidad, la mayoría de esos niños no están creciendo debido a la insuficiencia la ingesta calórica. De acuerdo con esta autora, estos problemas se originan en los niños y pueden estar vinculados a “la interacción entre el niño y quienes les dan de comer, facilitados o entorpecido por el entorno en el que la alimentación se lleva a cabo” (p. 150). Incluye déficits en el apetito, las habilidades orales y motrices, o aversiones debido a las texturas de alimentos.

Datos recogidos a partir del estudio de Franklin y Rodger (2002) encontraron que el temor de los padres por la supervivencia de sus hijos contribuía al estrés crónico. Si se les daba una derivación temprana para recibir ayuda se reducía su estrés. Los padres también informaron experimentar menos estrés cuando su hijo estaba subiendo de peso y la nutrición estaba siendo gestionada. Durante la intervención de terapia ocupacional para bebés y niños pequeños, es también importante abordar las preocupaciones de los padres ya que la evidencia sugiere que el apoyo profesional es clave en la reducción de su estrés. Si los padres están menos estresados son más propensos a poner en práctica las sugerencias, seguir construyendo experiencias positivas en torno a la hora de comer, y continuar con el programa de tratamiento del niño.

Los niños con parálisis cerebral u otros trastornos del desarrollo neurológico a menudo tienen déficits en el área de la alimentación y el comer (Sleigh, 2005). Los trastornos pueden deberse a patrones de movimiento inmaduro y a reflujo,

a una aceptación limitada de texturas, o a una anomalía estructural no diagnosticada, como paladar hendido submucoso. Esto contribuye a que la hora de comer sea estresante e indebidamente prolongada para la familia y hace difícil que sea un evento familiar agradable. Estos niños tienen múltiples interacciones desagradables con la alimentación y el comer, tales como náuseas, vómitos, o la colocación sondas nasogástricas. Las experiencias refuerzan de manera negativa los problemas de alimentación y, en definitiva, los niños se niegan a comer por la boca o desarrollan respuestas de aversión a cualquier tipo de estimulación cerca o alrededor de la boca (Couriel, et al., 1993).

Los niños con trastorno del espectro autista (TEA) demuestran hábitos específicos relacionados con la alimentación (Shareck et al, 2004). Según información de los padres y cuidadores, los niños con TEA suelen preferir los mismos alimentos, con una fuerte tendencia a comer alimentos del mismo color, en un paquete específico, y pueden negarse a comer alimentos nuevos o que tengan una cierta textura (Ahearn et als., 2001). Después de examinar a niños con TEA en su clínica, Wing (2001) determinó que el 67% de los 230 niños demostraban comportamientos maladaptativos en relación a la alimentación y a la elección de los alimentos, lo que influenciaba la hora de las comidas.

Es crucial proporcionar tratamiento a los niños resistentes o rígidos con los alimentos, porque esto puede afectar negativamente el crecimiento y la nutrición, así como sus interacciones sociales y emocionales con la familia y sus pares (Ernsperger y Hanson, 2004), incluyendo las experiencias sociales y culturales que implican una interacción con alimentos, tales como una comida social, una merienda o una celebración (Martins et als., 2008). Los niños con TEA pueden también tener problemas subyacentes de integración sensorial, específicamente en las áreas de sensibilidad sensorial, percepción sensorial deficiente o problemas de planificación motriz. Esto puede complicar la hora de comer en relación con los alimentos que escogen o insisten en comer (un sabor o textura específicos), así como en su capacidad para sostener un utensilio o mantener una posición erguida en su silla (Bodison et al., 2010; Ernsperger y Stegen-Hanson, 2004).

La identificación de las dificultades en las áreas de comer, la alimentación, y la hora de la comida apoya la necesidad de derivar a los niños con estos problemas a terapia ocupacional. En el documento “Marco de la Práctica de Terapia Ocupacional” (AOTA, 2008) se expresa que los terapeutas ocupacionales apoyan “la salud y la participación en la vida mediante la participación en ocupaciones” (AOTA, 2008). Está ampliamente documentado en el ámbito de aplicación de la terapia ocupacional que los terapeutas ocupacionales tienen la formación, el conocimiento y la experiencia necesarios para evaluar y proporcionar intervención en el área de la alimentación, el comer y la deglución. Esto incluye la incorporación de los aspectos físicos, cognitivos, sociales, emocionales y culturales de la alimentación, el comer y la hora de las comidas, y como hemos visto a través de la revisión de la literatura, todos son necesarios (AOTA, 2007).

Los terapeutas ocupacionales entienden la necesidad de reconocer no sólo los déficits del niño, sino también de comprender y abordar las preocupaciones y necesidades de los padres o cuidadores. La evidencia sugiere que el apoyo profesional es clave en la reducción de estrés de los padres. Cuando el estrés se reduce, el padre o cuidador es más apto para llevar a cabo las sugerencias del terapeuta y seguir construyendo experiencias positivas en torno a la hora de comer. Por lo tanto, nos preguntamos ¿cuáles son los patrones en los niños con problemas de alimentación identificados que pueden tener una influencia sobre la hora de comer? La identificación de patrones o frecuencias de dificultades de la hora de comer nos proporciona una comprensión de la dirección que deben seguir las futuras investigaciones en esta población.

Método

Diseño de la Investigación

Este fue un estudio clínico descriptivo. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. Una de las ventajas de las preguntas abiertas es que permiten a los padres a responder con mayor flexibilidad, con una mayor amplitud de respuesta, y sin ser guiados en una dirección específica (Dumholdt, 2004). Una ventaja a la realización de un cuestionario

es que el investigador no necesitaba estar presente, lo que abrió posibilidades a un mayor número de participantes (Hicks, 2004).

Supuestos

El cuestionario estaba disponible en inglés y castellano. Un supuesto era que el padre o cuidador era capaz de leer el cuestionario y escribir las respuestas (en inglés o castellano). Otro supuesto era que la persona que completaba el cuestionario era veraz y exacta en sus respuestas, y que respondía concienzudamente.

Limitaciones

Una limitación de este estudio es que todos los participantes provenían de una sola clínica en el oeste de los Estados Unidos (área urbana). Otra limitación es la posibilidad de sesgo de autor, debido a que fue el recopilador de datos, además de ser un terapeuta que trata niños con trastornos de la alimentación.

Definiciones operativas

En este estudio, el cuestionario fue entregado a los padres o cuidadores de niños con *problemas de alimentación identificados*. Esto se definió como un niño que tiene dificultades para alimentarse o comer debido a problemas sensoriales, motrices o médicos, con o sin un diagnóstico médico formal. Los problemas pueden haber sido identificados por un padre o cuidador, un pediatra, un gastroenterólogo, un terapeuta ocupacional o un logopeda.

Procedimiento

Participantes

Hubo 60 participantes en el estudio. Eran padres de lactantes y niños (45 niños, 15 niñas) de entre cuatro meses y dieciséis años de edad, con una edad media de 33,3 meses, que habían sido identificados con problemas de alimentación. Todos estos bebés y niños habían recibido o estaban recibiendo en el momento de la recolección de datos terapia ocupacional o logopedia para los problemas de alimentación identificados y provenían de una sola clínica en el oeste de los Estados Unidos. Las discapacidades de los niños

de los participantes era variada e incluían, pero no se limitaban a, los siguientes: retraso del desarrollo, síndrome de Down, autismo, parálisis cerebral, trastorno de integración sensorial o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

Instrumentación

Este estudio utilizó un cuestionario para padres, desarrollado por Suzanne Evans Morris y Marsha Dunn Klein (2000). Se trata de un cuestionario de treinta y cinco puntos (ver Apéndice A), disponible en inglés o castellano, y está disponible para su uso en el libro *Habilidades de Pre-alimentación, Un Recurso Integral para el Desarrollo a la Hora de Comer* (Evans Morris y Klein Dunn, 2000). Se utilizó un lápiz o un bolígrafo para completar el cuestionario. No se necesitaron otros instrumentos de recogida de otros datos para este estudio.

Procedimientos para la Recolección de Datos

La aprobación para la realización de este estudio se obtuvo en la Universidad de la Misericordia a través de la Junta de Revisión Institucional (Institucional Review Board - IRB). Todos los participantes firmaron el “consentimiento para la revisión de los expedientes” en las instalaciones donde se recogieron los datos, indicando su consentimiento para participar en este estudio. Este formulario de consentimiento es una parte de la práctica habitual en esta clínica y se convierte en una parte de la historia clínica.

El padre o cuidador había completado el cuestionario, ya sea antes de la primera visita con el te-

rapeuta, después de haberla recibido por correo, o se les había entregado en las primeras sesiones de terapia. Si el lenguaje de los cuidadores principales era el castellano se les ofreció una versión del cuestionario en ese idioma. Completar el cuestionario lleva aproximadamente diez minutos y las instrucciones de cómo hacerlo se le dieron a los padres o cuidadores, ya sea verbalmente (en inglés o castellano) o en una carta impresa (en inglés o castellano).

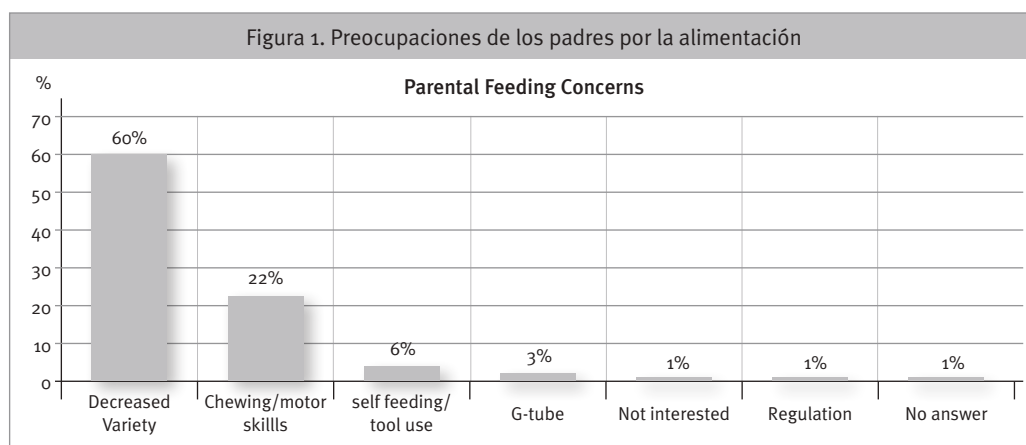
Análisis de datos

Cada pregunta se analizó de forma independiente de las demás. El investigador agrupó manualmente las respuestas a cada una de las treinta y cinco preguntas abiertas en categorías similares. Esto resultó en un número de frecuencia y porcentajes para cada una de las categorías identificadas.

Resultados

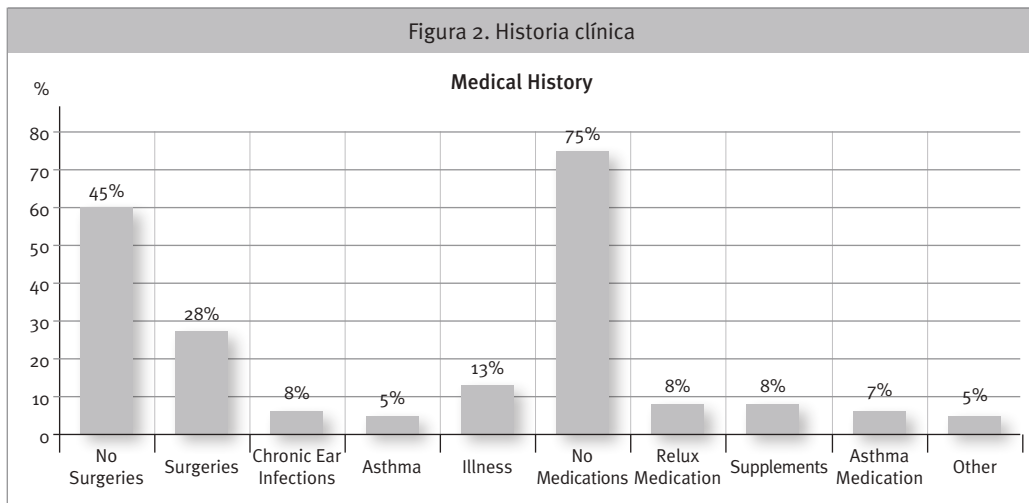
Preocupaciones de los padres

Las principales preocupaciones de los padres con respecto a la alimentación de sus hijos incluían la limitación en la variedad de alimentos (63%), dificultades para masticar o habilidades motrices (22%), y las habilidades limitadas para utilizar herramientas o alimentarse independientemente (6%). Sólo un 3% mencionó la transición de la sonda de gastrostomía a la alimentación oral, mientras que sólo un 1% mencionó el desinterés por la comida, la falta de regulación o ninguna respuesta, tal como se ve en la Figura 1.



No hubo respuestas comunes entre los padres entrevistados sobre antecedentes quirúrgicos o de enfermedad, y el 45% no mencionó ninguna. Muy pocos niños estaban tomando medicamentos. Entre los medicamentos mencionados, se incluían dos medicamentos para el reflujo (8%) y un ablandador de las heces (5%). Aunque sólo el 8% de los padres informaron que su hijo estaba tomando medicación para el reflujo, el 21% de los padres afirmó que el reflujo era un pro-

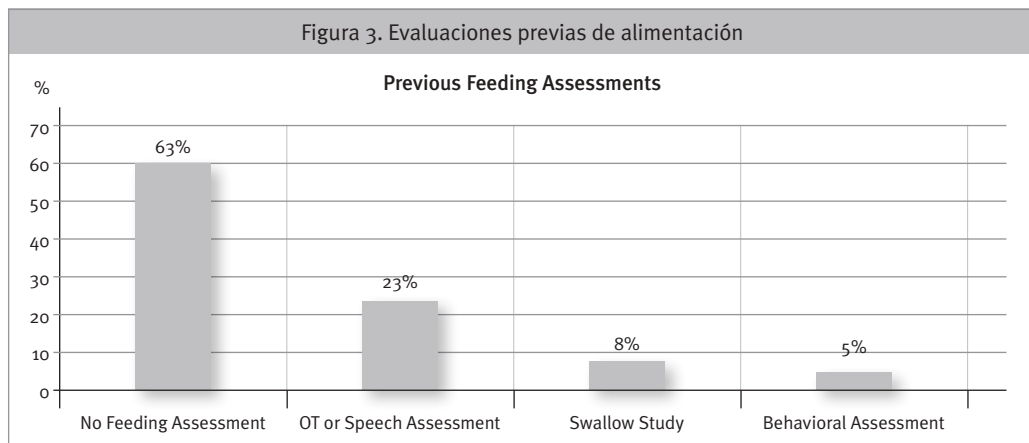
blema. Esto sugiere que más niños, en opinión de los padres, estaban experimentando reflujo, pero no estaban siendo tratados médicamente por ese problema. Otros dos problemas mencionados incluyeron náuseas (53%) y vómitos (18%). En general, las alergias entre los niños o los padres no fueron significativas. En los niños se informó que el 85% no padecía alergias, al igual que el 57% de los padres u otro miembro de la familia.



Servicios Terapéuticos

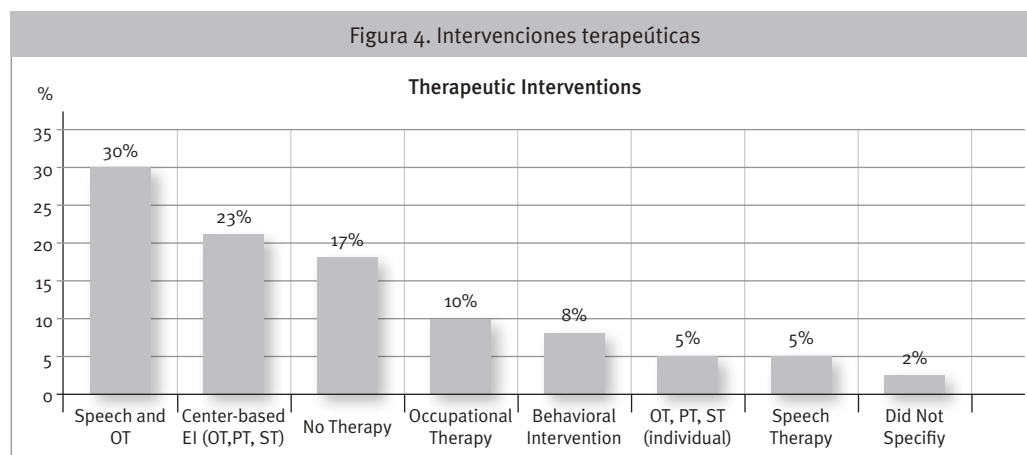
Un hallazgo interesante, según la información de los padres, es que sus hijos no habían recibido

ninguna evaluación de la alimentación (63%), como se ve en la Figura 3.



Sin embargo, a pesar de este hallazgo, la gran mayoría de los niños estaba recibiendo alguna intervención terapéutica: terapia ocupacional,

fisioterapia, logopedia, terapia conductual o una combinación de algunas de ellas (81%), como se observa en la Figura 4.



Las recomendaciones de un dietista pueden ser de ayuda para los padres cuando un niño tiene dificultades en el ámbito de la alimentación y el comer. Sin embargo, el 90% de los padres señalaron no haber visitado a un dietista. Los padres que indicaron haber consultado una o más veces con un especialista en dietética constituyeron el 7%, mientras que el 3% sólo recibió una consulta. En cuanto a la participación en la escuela, el 80% asistía al colegio o a preescolar o jardín de infancia, el 3% no estaban en edad preescolar, y un 2% asistía a clases junto con sus madres.

Historia de la Alimentación

Las tendencias de la lactancia materna en los Estados Unidos indican que hasta un 77% de las madres amamantan a sus hijos (McDowell et al., 2008). En el cuestionario se informó que el 78% de las madres habían amamantado a sus hijos y el 17% de ellas lo había hecho con exclusividad de otras formas de alimentación. Dentro del grupo de padres que dieron el biberón a su hijo, el 58% indicó que a su niño le fue bien con la fórmula, mientras que el 17% informó sobre la presencia de problemas no especificados.

Casi la mitad (45%) de los padres respondió que introdujeron purés en la dieta de su hijo a los 6

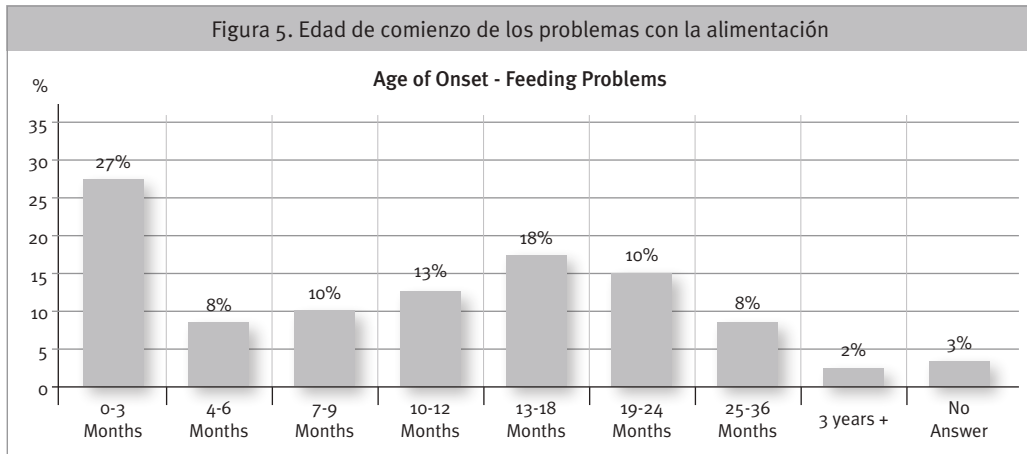
meses y la mayoría (62%) lo hicieron con “buenos” resultados. Sin embargo, en el 58% de los niños se informó que existieron dificultades en la transición a los alimentos sólidos. En más de la mitad (58%) de los niños se encontró que el inicio de los problemas de alimentación se produjo entre el nacimiento y los 12 meses de edad, como se indica en la Figura 5.

Los comentarios abiertos ofrecieron una idea sobre el impacto de la alimentación en las luchas cotidianas, esperanzas y el deseo de que se terminen las dificultades. Estos comentarios no se pueden categorizar sino señalando las palabras de los propios padres. Los resultados generales del análisis de los datos obtenidos por los cuestionarios de la hora de comer arrojó información sobre las frecuencias de cuándo empezaron las dificultades, y curiosamente sugirió que los niños con problemas de alimentación habían participado en al menos un tratamiento, pero no había recibido una evaluación de la alimentación.

Rutina actual de Alimentación

Se recomienda que los niños pequeños y los niños mayores coman tres comidas principales cada día, de 2 a 3 meriendas, y que tengan algún tipo de horario de la hora de comer, no dejando

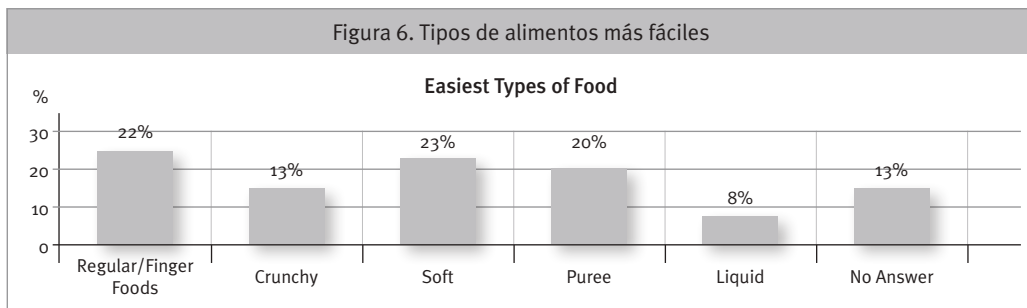
Figura 5. Edad de comienzo de los problemas con la alimentación



que el niño coma a voluntad durante todo el día. Los datos del cuestionario indican que el 47% de los niños comía tres comidas y dos meriendas o más por día, el 20% comía tres comidas y un bocadillo o no, mientras que el 5% no tenía ningún tipo de horario. Los niños eran alimentados por sus madres, padres, o una combinación de ambos con mayor frecuencia (85%), de los cuales un 33% eran alimentados solamente por su madre. “Otros miembros de la familia”, fue la respuesta más común a la pregunta quién más alimentaba a sus hijos (88%). La mayoría de las comidas tenían lugar en una trona o en una silla con un cojín a la mesa (73%). Un grupo más pequeño incluía los niños que veían la televisión o DVD o deambulaba durante la comida (23%).

También se encontraron variaciones en sabores, texturas y temperaturas. No hubo indicios significativos de fuertes variaciones en la temperatura ya que un 50% de los padres informaron de su hijo prefería alimentos tibios o a temperatura ambiente. El tipo de alimentos identificado como más fácil fueron los purés (55%) (Figura 6) y el tipo más difícil fue duro o masticable (58%) (Figura 7). Del mismo modo, cuando se preguntó específicamente por la textura, el 30% prefería crujiente y el 37% prefería los alimentos lisos o blandos, mientras que las preferencias de sabor favorito se han señalado como el 28% salado / crujiente, 33% dulce y el 28% una combinación de salado/crujiente y dulce (Figura 8). Figura 6

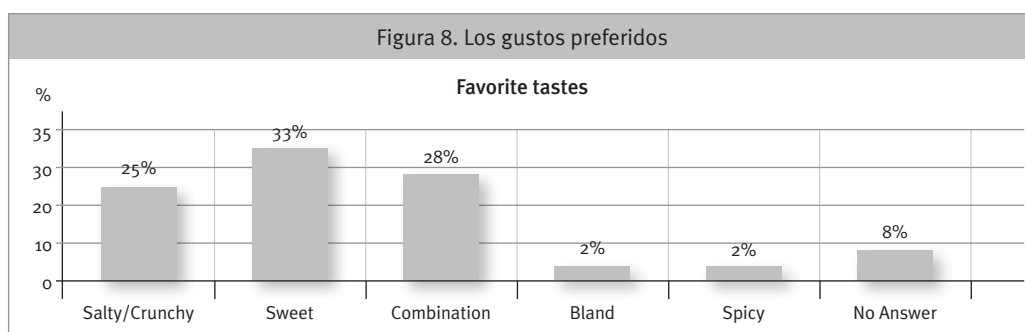
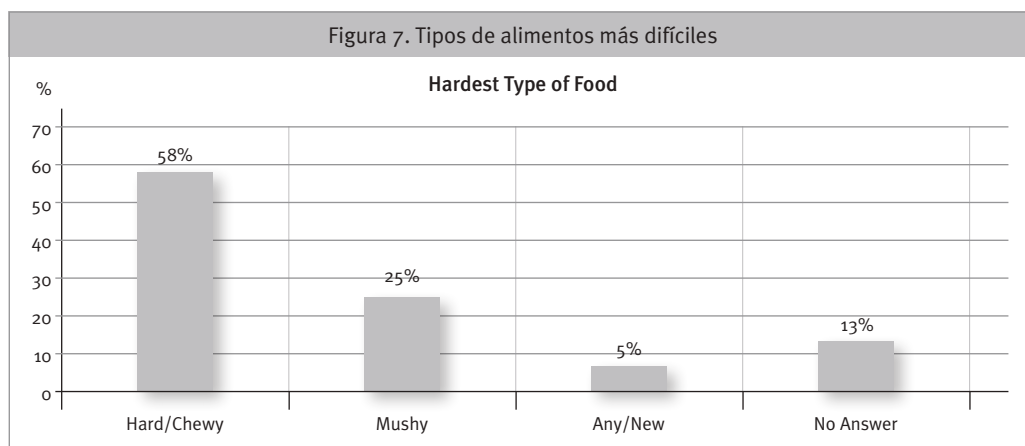
Figura 6. Tipos de alimentos más fáciles



Discusión

Los padres que completaron el cuestionario Hora de Comer indicaron que sus principales preocupaciones incluían la limitación en la variedad de

los alimentos de sus hijos y las dificultades con las habilidades motrices o de masticación. Esto es apoyado por Batchelor (2008), como se ha señalado al hablar de por qué los niños tienen problemas de alimentación, incluyendo deficiencias



en el apetito, las habilidades orales y motoras, o aversiones a la textura de los alimentos. Couriel et al. (1993) observó que los niños con deficiencias motoras pueden tener una aceptación limitada de texturas que pueden contribuir a que la hora de la comida sea larga y estresante. Estas experiencias a la hora de comer, que son a menudo displacenteras, pueden estar asociado con náuseas o vómitos. Las respuestas de los padres al Cuestionario para Padres Hora de Comer, indicaron que sus hijos tenían algunos problemas con náuseas o vómitos, aunque en este cuestionario el grado en que esto afecta negativamente la hora de la comida en general no se observa. El cuestionario no ofrecía la oportunidad de indicar la gravedad o la frecuencia de las náuseas o vómitos, si estaba relacionado con reflujo gastrointestinal o si era un problema motor o sensorial.

Ahearn et al. (2001) señalaron que los padres y cuidadores informaron que los niños con TEA suelen preferir siempre los mismos alimentos

con una tendencia a comer alimentos del mismo color, en un paquete específico, y pueden negarse a comer alimentos nuevos o alimentos de una cierta textura. En los resultados del Cuestionario para Padres Hora de Comer no se encontró una fuerte frecuencia de texturas preferidas. Se encontró que la preocupación principal de los padres era la selección limitada de alimentos, y que sus hijos también tenían grandes dificultades al pasar a las texturas con grumos.

Como se mencionó anteriormente, los terapeutas ocupacionales tienen la educación, el conocimiento y la experiencia para evaluar y proporcionar una intervención a los clientes en el área de la alimentación, comer y tragar. Esto incluye la incorporación de los aspectos físicos, cognitivos, sociales, emocionales y culturales de la alimentación, el comer y la hora de comer (AOTA, 2007). Es interesante que en los resultados del Cuestionario para Padres Hora de Comer, a la mayoría de los clientes no se le había realizado

una evaluación de la alimentación. Sin embargo, estaban participando en terapias individuales o en una combinación de terapias de algún tipo (logopedia, terapia ocupacional, fisioterapia, y / o terapias de comportamiento). No quedaba claro dónde se había producido el quiebro en el proceso de derivación que había hecho posible que los niños estuvieran recibiendo tratamiento, pero no se les hubiera realizado una evaluación de la alimentación. Posiblemente ocurrió debido a que el niño había sido derivado a una evaluación general de terapia ocupacional o logopedia, y en el proceso de esa evaluación se habían identificado los problemas de alimentación.

Conclusión

El Cuestionario para Padres Hora de Comer arrojó luz sobre una variedad de áreas relacionadas con los niños con problemas de alimentación. En general, lo que más preocupaba a los padres era la falta de variedad en la dieta de sus hijos, así como sus habilidades motoras generales (por ejemplo, masticar). Estos dos elementos dan apoyo a los hallazgos de que los niños habían tenido dificultades al pasar a las texturas con grumos. La dificultad en la transición puede ser influenciada tanto por una aversión táctil a ciertas texturas (que contribuyen a la selección limitada de alimentos) y/o a déficits en las habilidades motrices. Haciendo suposiciones sobre los datos recogidos, puede asumirse que muchos de los niños tenían o actualmente tienen problemas de reflujo, náuseas o vómitos. Sin embargo, el cuestionario no es lo suficientemente sensible como para dar información adecuada sobre la gravedad de esos eventos o la capacidad para comparar la frecuencia de la ocurrencia. Es interesante resaltar desde el punto de vista clínico que, al realizar una historia de la alimentación utilizando el cuestionario, en ocasiones había muchos signos o síntomas de reflujo. Sin embargo, cuando se le preguntaba, el padre informaba de que el niño no tenía este diagnóstico. Una vez más, esto puede ser un área de investigación futura en que es posible que los padres no reconozcan los signos y síntomas de reflujo. Si no es diagnosticado y tratado, el reflujo puede contribuir al deterioro de la alimentación y el comer.

Muchos padres informaron que las dificultades de sus hijos comenzaron entre el nacimiento y

los 12 meses, sin embargo, no hubo derivación a una evaluación de alimentación. Los resultados indican que los niños estaban recibiendo tratamiento a pesar de no haberseles realizado una evaluación de alimentación. Esto demuestra la necesidad de seguir investigando sobre el área del proceso de derivación y evaluación y, específicamente, la derivación a un terapeuta calificado, entrenado en alimentación, el comer y la deglución.

Este estudio exploratorio ha comenzado a delinear frecuencias en el ámbito de las preocupaciones de los padres, cuándo empezaron las dificultades, cuáles son los servicios que el niño puede estar recibiendo, y otras áreas de dificultad (náuseas, reflujo y vómitos). Sería beneficioso para ampliar esta información aumentar nuestro conocimiento y comprensión de los puntos en común entre lo que los padres informan sobre las dificultades que su hijo está teniendo en el ámbito de la alimentación, comer y la hora de comer.

Referencias

- Addressi, E., Galloway, A.T., Visalberghi, E., & Birch, L.L. (2005). Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2-5-year-old children. *Appetite*, 45, 264-271.
- Ahearn, W. H., Castine, T., Nault, K., & Green, G. (2001). An assessment of food acceptance in children with autism or pervasive developmental disorder – not otherwise specified. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(5), 505-511.
- American Occupational Therapy Association (2008). *Occupational therapy practice framework: Domain and process, 2nd edition*. Bethesda, MD: AOTA Press.
- American Occupational Therapy Association (2007). *Specialized knowledge and skills in feeding, eating, and swallowing for occupational therapy practitioners*. Bethesda, MD: AOTA Press.
- Batchelor, J. (2008). 'Failure to thrive' revisited. *Child Abuse Review*, 17, 147-159.
- Beautrais, A. L., Fergusson, D. M., & Shannon,

- F. T. (1982). Family life events and behavioral problems in preschool-aged children. *Pediatrics*, 70, 774-779.
- Bodison, S., Hurtubise, C., Hsu, V., & Surfus, J. (2010). *Sensory Integration Answers for Mealtime Success*. Torrance, CA: Pediatric Therapy Network.
- Birch, L.L. (1990). Development of food acceptance patterns. *Development of Psychology*, 26(4), 515-519.
- Birch, L. L. (1998). Psychological influences on the childhood diet. *Journal of Nutrition*, 128, 407S-410S.
- Clawson, B., Selden, M., Lacks, M., Deaton, A., Hall, B., & Bach, R. (2008). Complex pediatric feeding disorders: Using teleconferencing technology to improve access to a treatment program. *Pediatric Nursing*, 34(3), 213-216.
- Cooke, L., Carnell, S., & Wardle, J. (2006). Food neophobia and mealtime food consumption in 4-5 year old children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3(14), 1-6.
- Couriel, J., Bisset, R., Miller, R., Thomas, A., & Clarke, M. (1993). Assessment of feeding problems in neurodevelopmental handicap: A team approach. *Archives of Disease in Children*, 69, 609-613.
- Domholdt, E. (2004). *Rehabilitation research: Principles and applications*. Maryland Heights, MO: Evolve, Inc.
- Ernsperger, L., Stegen-Hanson, T. (2004). *Just take a bite: Easy, effective answers to food aversions and eating challenges*. LaVergne, TN: Ingram Publishing Services.
- Evans Morris, S. & Dunn Klein, M. (2000). *Pre-feeding Skills, A Comprehensive Resource For Mealtime Development, 2nd edition*. Austin, Tx: Therapy Skill Builders.
- Franklin, L. & Roger, S. (2002). Parents' perspectives on feeding medically compromised children: Implications for occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, 137-147.
- Hicks, C. (2004). *Research methods for clinical therapists: Applied project design and analysis*. London, England: Elsevier Limited.
- Martins, Y., Young, R.L., & Robson, D.C. (2008). Feeding and eating behaviors in children with autism and typically developing children. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 38, 1878-1887.
- McDowell M. A., Wang C-Y, Kennedy-Stephenson J. (2008). *Breastfeeding in the United States: Findings from the National Health and Nutrition Examination Surveys 1999-2006*. NCHS data briefs, no. 5, Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- O'Brien, S., Repp, A.C., Williams, G.E., & Christophersen, E.R. (1991). Pediatric feeding disorders. *Behavior Modification*, 15, 394-418.
- Schreck, K. A., Williams, K., & Smith, A. (2004). A comparison of eating behaviors between children with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(4), 433-438.
- Sleigh, G. (2005). Mothers' voice: A qualitative study on feeding children with cerebral palsy. *Child: Care, Health, & Development*, 31(4), 373-383.
- Wing, L. (2001). *The Autistic Spectrum: A Parent's Guide to Understanding and Helping Your Child*. Ulysses Press.

- Recibido: 27-06-2012.
- Aceptado: 08-01-2013.

Márgenes de la psiquiatría. Desigualdad económica y enfermedad mental.

Economic inequality and mental illness.

Fernando Pérez del Río. Doctor en Psicología. Burgos .

Resumen: Se realiza una revisión de los estudios que relacionan desigualdad económica y la prevalencia de enfermedad mental.

Se concluye que una sociedad con mayor desigualdad económica y unas creencias como atesorar peor valoración y desprecio por el fracaso puede desarrollar una mayor prevalencia de enfermedades mentales.

Palabras clave: Enfermedad mental. Desigualdad. Economía. Pobreza. Social.

Summary: This is a review of studies that link economic inequality and the prevalence of mental illness.

It is concluded that a society with high economic inequality along with rejection and contempt for failure may develop a greater prevalence of mental illness.

Keywords: Mental Illness. Inequality. Economy. Poverty. Social.

Introducción

¿Es posible que algunas sociedades adolezcan de peor salud mental que otras? La pregunta no es en absoluto baladí, puesto que estudios recientes muestran a las claras que en países como EE.UU. o Reino Unido existen más enfermos mentales, proporcionalmente hablando, que en Nigeria, Dinamarca o Noruega.

Dichos estudios establecen una correlación concluyente al afirmar que el grado interno de igualdad o desigualdad económica que presenta un país condiciona directamente la salud mental de sus ciudadanos (1, 2, 3, 4, 5).

De entrada, es necesario recalcar que, dada la importancia y hondura del problema de estu-

dio, no se trata de investigaciones aisladas o marginales sin relieve científico. Trabajos tales como los auspiciados por la *World Health Organisation* en 2009 -publicación avalada por organismos de la talla del Instituto Nacional de Salud Mental de Inglaterra (6)- evidencian de forma contundente una íntima relación entre salud mental y nivel de desigualdad. Y un estudio tan prestigioso como *Tackling the gradient in health* (2010) (7), incide en la misma dirección desde el primer renglón al subrayar la importancia de la variable “desigualdad económica” como determinante en la salud mental.

Las conclusiones a que llegan este tipo de investigaciones no son originales ni producto únicamente de nuestros días. Una década atrás, ya

podía encontrarse en los ensayos del Nobel de Economía Amartya Sen (2002) (8) que el requisito fundamental para gozar de una mejor salud mental a nivel comunitario o particular era establecer un alto grado de justicia e igualdad sociales. Martha Nussbaum, discípula destacada del economista bengalí, ha abundado con sus publicaciones en esta idea.

Pero quizá, en cuanto a desigualdad se refiere, uno de los primeros estudios fue el redactado hace más de cuarenta años por el médico y escritor británico Julian Tudor Hart (9).

Este trabajo “pionero” de Hart ponía así sobre la mesa una importante paradoja: que el uso de lo sanitario varía en sentido inverso a las necesidades de la población, indicando que se da más atención a quién más lo demanda y menos a quien más lo necesita.

¿Qué medimos?

Desde muy antiguo sabemos que la pobreza afecta decisivamente a nuestra vida y a nuestra salud. Es un hecho que los pobres enferman en mayor proporción y mueren antes que los ricos (10). Durante años ha sido objeto de estudio la relación entre la pobreza y la enfermedad mental (11). Hoy día, seguimos encontrando multitud de trabajos que relacionan estrechamente ambas variables.

Melzer y col (2004) (12) sostienen que, del 20% de la población representado por personas *con bajos ingresos y pocos recursos, mala salud física, familias monoparentales y desempleados*, un 36% manifiesta trastornos “de tipo neurótico” y del mencionado 20%, un 39% padece trastornos con alguna limitación, llegando a un 51% el porcentaje de quienes presentan trastornos mentales graves.

En líneas generales podemos señalar que la pobreza es una variable importante y a tener en cuenta no solo por lo comentado más arriba sino también porque los enfermos mentales graves, debido a sus dificultades de adaptación social, acaban abocados a trabajar en inadecuados entornos laborales bajo condiciones económicas insuficientes, lo que se traduce en una mala nutrición diaria y un progresivo

estado de pobreza ambiente. La relación entre exclusión y enfermedad queda así claramente establecida.

En nuestros días, gracias al nivel de optimización alcanzado en aquellos indicadores que miden adecuadamente la salud media de la población de un país, hemos dado un paso más allá. Tras analizar escrupulosamente la cuestión, Wilkinson y Pickett (2007) (13) sostienen que la *desigualdad de ingresos* es la clave de bóveda, el factor decisivo para determinar la salud mental de una sociedad, una variable que también correlaciona, por ejemplo, con los embarazos en adolescentes y sirve para medir la estratificación socioeconómica de una nación.

UNICEF (14), en una estadística realizada en 2007 para evaluar el bienestar de los niños en diferentes países, llegó a emplear hasta 40 indicadores distintos, entre ellos la familia, la seguridad ciudadana, la salud, la educación, etc.

En una nueva aproximación al asunto que nos ocupa, Wilkinson y Pickett (2007) (15) tomaron como referencia estos indicadores de UNICEF y realizaron un estudio similar en 23 países. Los hallazgos demostraron que el índice general de bienestar infantil correlacionaba con la desigualdad de ingresos de las familias ($r = -0.64$, $P = 0,001$). Concluyeron que “los embarazos no deseados en adolescentes, la violencia, el fracaso escolar, la enfermedad mental y las tasas de encarcelamiento” eran más numerosos en los países con mayor desigualdad económica entre sus ciudadanos. Estos resultados, cabe recalcar, también se obtenían dentro de las diferentes regiones o comarcas de un país; es decir, que el estado de California (EE.UU.), por ejemplo, donde la desigualdad social es mayor que en el estado de Texas (EE.UU.), la cantidad de trastornos mentales también era mayor. Por consiguiente, una de las conclusiones de este extenso trabajo fue que las mejoras en el bienestar de los niños dependían más de la reducción de las desigualdades que de promover el crecimiento económico de una región concreta o del país en su conjunto.

En 2008 se publicó el informe *Reducir la desigualdad en una generación: equidad en salud a través de la acción sobre los determinantes so-*



ciales de la salud, el cual hacía hincapié en que las causas fundamentales de la desigualdad en materia de salud no se debían únicamente a factores biológicos o genéticos, a meros estilos de vida o a deficientes servicios públicos, ni siquiera a la mayor o menor riqueza general del país, sino al hecho de que la desigual distribución del poder económico y social existente entre los distintos países y dentro de los mismos condicionaba profundamente las políticas sociales y económicas, lo que a su vez influía en la salud de las personas (16).

A modo de inciso, debemos decir que entre los países desarrollados con los niveles más altos de desigualdad se encuentran Reino Unido y EE.UU., y entre aquellos con niveles más bajos y, por ende, menos problemas de salud mental, Suecia, Finlandia y los Países Bajos.

Como suele ser habitual, los amplios temas pavimentan variadas perspectivas. Un estudio reciente en relación con el bienestar social titulado *European Happy Planet index*, además de reconocer la importancia de la variable “desigualdad de ingresos”, subrayaron como factores concluyentes la confianza entre las personas e incluso entre ciudadanía y clases gobernantes. En sus conclusiones remarcaban el capital y la cohesión sociales como basamento del bienestar del ciudadano (17).

A la vista de estos resultados, cabe preguntarse si dicha correlación siempre se cumple, es decir, si el aumento de la desigualdad implica necesariamente que sigan aumentando de modo progresivo las prevalencias en enfermedades mentales.

Basta leer las noticias cada mañana para darse cuenta de que en muchos países altamente industrializados el índice de desigualdad aumenta periódicamente de foma alarmante. En el caso de EE.UU., la desigualdad ha ido creciendo década tras década desde mediados del siglo pasado según se iba acumulando la riqueza nacional en manos de unos pocos. Entre los años 1942 “en plena Segunda Guerra Mundial” y 1978, un 10% de la población norteamericana fue atesorando el 33% de la riqueza del país. Llegados ya al siglo XXI, ese mismo 10% de la población acumula el 47% de la riqueza (18). Datos obtenidos el año 1995 en EE.UU., declaran que el 1% de las per-

sonas más ricas del país concentraba el 38,5% de la riqueza nacional, y que un 10% se repartía hasta un 71,8% (19).

Una buena parte del aumento de la desigualdad en EE.UU. fue el resultado de una estrategia nacional, llevada a cabo por los principales empresarios y políticos conservadores estadounidenses, cuyo objetivo era lograr que la nación volviera a ser realmente competitiva. La producción ajustada, el recorte de salarios y de prestaciones (como el seguro de enfermedad), la temporalidad en el empleo y el alargamiento de la jornada laboral a cambio de un sueldo inferior para los desempleados conformaron un desalentador panorama social en los años noventa (20).

En mayo de 2010, nuestro Ministerio de Sanidad y Política Social presentó un informe con 27 recomendaciones o propuestas políticas de naturaleza intervencionista llamado a reducir las desigualdades sociales y de salud en España (21).

Pese a constituir un loable y bienintencionado proyecto político, la realidad es que actualmente, apenas dos años después de aquel intento, y de acuerdo con el Informe de Exclusión y Desarrollo Social de Cáritas y la Fundación Foessa (22), España se halla a la cabeza de los países de la Unión Europea en cuanto a desigualdad social. Para realizar este cálculo se tomaron como referencia dos medidas: por un lado, la distancia entre la renta correspondiente al 20% más rico de la población y al 20% más pobre, el llamado ratio 80/20, que en España pasó de un valor de 5,3 en 2007 a 6,9 al término de 2010; por otro, se recurrió al llamado índice de Gini (IG), el cual mide el grado de la distribución de la renta (o del consumo) entre los individuos de un país, es decir, la igualdad o la desigualdad, o lo que es lo mismo, el grado de concentración de la renta per cápita. Su valor puede estar entre cero y uno. Cuanto más próximo a uno sea el índice Gini, mayor será la concentración de la renta; cuanto más próximo a cero, más equitativa la distribución de la renta del país. El cero indicaría una relación de igualdad absoluta entre los habitantes, con lo que todas las personas tendrían el mismo nivel de riqueza, y el uno, por su parte, indicaría una desigualdad absoluta. Según este índice, pasamos de 0,313 en 2007 a 0,339 en 2010.

Otra de las cuestiones que resulta oportuno plantearse es si esta misma correlación de factores diferenciales puede transferirse a otras áreas. Por ejemplo, ¿es posible que a mayor desigualdad social corresponda un consumo mayor de drogas? En principio sabemos que EE.UU. sigue ostentando los primeros puestos en cuanto a consumo de drogas psicoactivas, y en el caso de Reino Unido, la prevalencia del consumo de cocaína entre adultos jóvenes fue la más alta en 2011, según el *Observatorio Europeo para las Drogas* (23).

En el informe “la descriminalización en la práctica de las políticas de drogas a través del mundo constituye una revolución silenciosa” (24), se sostiene que el grado de desigualdad en una sociedad tiene un impacto directo en los niveles de consumo de drogas. Y aunque países con alto nivel de cohesión social pero diferentes políticas sobre drogas, como son Holanda y Suecia, presenten bajas tasas de consumo, es una variable que merece ser estudiada en profundidad.

Otra de las dudas suscitadas por las recientes investigaciones en torno a estas cuestiones -enfermedad mental y desigualdad-, es si los resultados obtenidos pueden aplicarse a unos pocos países concretos o a todos aquellos de condiciones socioeconómicas semejantes. En este sentido, de especial interés resulta el estudio que Dorling, Mitchell y Pearce (25) realizaron en 2007 sobre un total de 126 países, llegando a la conclusión de que en todos ellos la desigualdad económica afectaba negativamente y por igual a la salud de sus habitantes, en especial a la de los jóvenes adultos. Estos autores acentuaron en sus conclusiones la importancia positiva de un sistema de cooperación entre las personas, sobre todo en las primeras etapas de la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un extenso y clarificador estudio en el que empezaba aplicando las mismas encuestas a muestras aleatorias de 14 países diferentes: ocho industrializados y seis en proceso de desarrollo. El estudio se realizó entre los años 2001 y 2003 en América, Europa, Oriente Medio, África y Asia. Una vez más, las conclusiones evidenciaron que existe una correlación significativa ($r = 0,79$, $p = 0,002$) entre la prevalencia de la enfermedad mental y la desigualdad de ingresos. Para definir lo que es un trastorno, se aplicaron los mismos

criterios del DSM-IV a todos los países estudiados (26). Importa subrayar el interés de que unos mismos instrumentos psicodiagnósticos se empleen en muestras aleatorias de diferentes partes del mundo. Los resultados, finalmente, mostraron que la prevalencia de trastornos mentales variaba ampliamente de un 4,3% en Shanghai a un 26,4% en ciudades de EE. UU. Comprobamos así con sorpresa que había cinco veces más trastornos mentales en EE.UU. que en la metrópoli asiática (27).

El que estas investigaciones supongan en efecto un adelanto significativo en torno al tema que nos ocupa no impide, antes al contrario, que nos asalten nuevas dudas y preguntas al respecto.

En primer lugar, no es difícil apreciar otras variables implicadas en el concepto de desigualdad. Es obvio, por ejemplo, que en los países subdesarrollados no existe un sistema de salud comparable al de los países desarrollados ni encontramos los mismos contextos socioculturales. Según Saraceno (2011) (28), la proporción de psiquiatras varía de 0,004 en África a 9,8 en Europa; en el Sudeste asiático, hay 0,20 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, y 0,32 en Extremo Oriente. Por otro lado, conviene ser cautos a la hora de considerar los trastornos de salud mental en estos países, pues pueden hallarse ocultos o quedar escondidos bajo otras explicaciones o creencias. Además, factores de cariz lucrativo como los relacionados con la venta de fármacos, también influirían en estos resultados, pues cuantos más enfermos existan en un país más beneficios obtendrán las compañías farmacéuticas.

Otro dato que podemos extraer de las estadísticas es que para medir de forma precisa la desigualdad se impone realizar un análisis más complejo, no enfocado puramente al aspecto económico. En la exclusión social intervienen determinante las relaciones sociales, el acceso a los derechos ciudadanos y las expectativas de futuro. No es lo mismo ser pobre dentro de una sociedad opulenta que serlo en una sociedad necesitada. Curiosamente, está demostrado que ser pobre y vivir en una zona rica puede resultar más dañino para la salud que ser aún más pobre pero vivir en una zona de extrema miseria (29), lo cual no deja de ser revelador.



En definitiva, parece claro que no solo es importante la variable desigualdad sino también el significado que la sociedad atribuye a la pobreza, y eso es mucho más sutil que establecer un umbral de renta y distribuir a la población en relación con el mismo.

Lo comunitario frente al individualismo

A la vista de todos los datos anteriores, es posible concluir que los países más comunitarios y con menos diferencias económicas entre sus habitantes, aquellos que dan más importancia al grupo (30) y gozan de mayor movilidad social, son a la postre los más “sanos”. Por movilidad social entendemos el movimiento individual o grupal que se produce en el sistema de clases. Podemos hablar entonces de movilidad horizontal, es decir, el paso de los individuos o de los grupos de un sector profesional, de una rama industrial o de un círculo ideológico a otros sin que ello implique la alteración de su estatus social, y de movilidad vertical, ascendente o descendente, referida al cambio de una clase social a otra (31).

En el otro extremo se hallarían los países que siguen políticas más neoliberales, de raigambre individualista, aquellas que persiguen el éxito a toda costa, creando un estilo de vida que ha sido definido con el término *affluenza* (opulencia) por el psicólogo británico Oliver James (2007) (32) en su extenso libro del mismo título.

Una investigación sobre valores sociales realizada en 53 países mediante una muestra de 15.000 personas reveló que los ciudadanos estadounidenses eran quienes más alto puntuaban en cuanto a individualismo se refiere (33). En la misma línea, otro estudio comparó entre sí las sociedades de EE.UU., Japón y Suecia, evidenciando que en estos dos últimos países, contrariamente al primero, no existía un grado significativo de desigualdad (34).

De todo esto se deduce que en culturas y sociedades donde se sobrevalora el “yo” en detrimento del “nosotros” y se vive encasquillado en la apariencia física a merced de infravalores puramente materialistas, las personas poseen más locus de control interno y por consiguiente exhiben un carácter mucho más defensivo. Incluso las recomendaciones que la propia sociedad

promociona para mejorar el estilo de vida son siempre de corte individual: no fume, canalice sus emociones, haga deporte, cuide su alimentación, etc. Lane (35) demostró que ese tipo de creencias llevaba a las personas a encontrar defectos en sí mismas y a culparse por los mismos a la hora de justificar su relativamente bajo estatus social; es decir, que un baja concidión social conllevaba una baja autoestima y una autoevaluación negativa.

De acuerdo con el conocido sociólogo norteamericano Richard Sennett (2007) (36), el ataque al Estado del bienestar comenzó en el régimen neoliberal anglosajón y ahora se está extendiendo a otras economías políticas de cariz ‘renano’, propias de Europa continental, calificando a quienes dependen económicamente del Estado más de parásitos sociales que de personas verdaderamente indefensas. De hecho, EE. UU. es la única nación industrializada que carece de un programa que garantice ingresos básicos para las familias que se sitúan por debajo del global económico a escala nacional y satisfaga las necesidades médicas de todas las familias, lo que acrecienta como es lógico las dificultades de una parte de la sociedad (37). En esta misma línea, Rutherford (2008) (38) sostiene que en una sociedad desigual es fácil encontrar más violencia, puesto que la desigualdad crea personas que se ven privadas de aquellos apoyos o facilidades de supervivencia a los que se consideran acreedores, evidenciando así una vulnerabilidad que genera en ocasiones ansiedades de todo tipo, entre ellas la de ser juzgadas por los demás.

Para empezar a entender cómo se llega a generar “el problema” que nos ocupa, convendría recordar que muchas sociedades valoraron y valoran positivamente el ofrecer y el pedir ayuda, y veían normal que unas personas dependieran de otras. En la Antigua Roma, el cliente le pedía a su protector ayudas o favores con toda naturalidad, y éste se desprestigiaba ante la sociedad si no podía ocuparse de aquellos que esperaban apoyo de él. Pero, en los estilos neoliberales que definen la civilización actual, las personas necesitadas se ven a sí mismas y son vistas desde fuera como “fracasadas” y se las considera un verdadero lastre para la economía, tildándolas alegremente de “parásitos” sociales.

Una de las muchas consecuencias de esta denigrante consideración es que las personas sientan vergüenza y, por consiguiente, una tendencia a aislarse de los demás y a alejarse de la comunidad, puesto que el “fracaso” se tiende a esconder, tanto más si ese fracaso está asociado al estigma de ser un dependiente o un parásito social. De este modo desaparece “el colchón” que toda comunidad debiera suponer como factor amortiguador y protector frente a la ansiedad y el miedo que la lucha por la subsistencia genera (39).

Llegados a este punto, no es incoherente concluir que la desigualdad económica favorece el aumento de los trastornos mentales y contribuye a crear una sociedad ansiógena, estresada y frágil. No olvidemos que el trastorno mental también es una construcción social.

Discusión

Parece claro, por consiguiente, que el grado de salud mental se detecta con mayor claridad dependiendo del contexto social y que existen factores exógenos (no orgánicos) que pueden desencadenar y favorecer determinados trastornos, los cuales no se hallan únicamente condicionados por causas económicas.

El corolario de los datos aportados hasta ahora parece ser que una sociedad individualista y fragmentada, con alta desigualdad económica y regida por tendencias consumistas y acumulativas que, carente de unos mínimos valores sociales y humanos, desprecia sin miramientos un concepto de fracaso instituido por ella misma, es campo abonado para que prevalezcan todo tipo de trastornos mentales.

Por último, merece la pena señalarse que estos estudios ofrecen una explicación adicional y fuctífera a la etiología de la enfermedad mental al preguntarse si la genética de los estadounidenses difiere de la de los nigerianos o los chinos. Ciertamente, la clínica actual ha dado más importancia a los criterios del DSM-IV (40) y a la semiología (estudio de los signos y síntomas) que a la psiquiatría o la psicología, tornándose así demasiado “cerebrocentrista”. Y es cierto, asimismo, que en las últimas décadas se han menospreciado las causas desencadenantes de

la enfermedad (lo que denominamos etiología), las formas de enfermedad (patogenia) e incluso los condicionantes históricos, sociales y personales de los enfermos. La única especialidad en psicología que ha sido animada y coordinada por el COP (Colegio Oficial de Psicólogos) ha sido la clínica, a pesar de que en el artículo 18 del actual código deontológico de los psicólogos españoles (41) se hable de “la legítima diversidad de teorías, escuelas y métodos”.

El ámbito universitario, con poquísimas excepciones, continúa formando psiquiatras y psicólogos sin interés alguno por la dimensión organizativa de los servicios en los que se van a trabajar. Los clínicos están convencidos de que el destino de sus pacientes depende exclusivamente de los tratamientos individuales que reciban y no de los modos y de las formas organizativas de los servicios (cuya utilidad, en cambio, demuestra ampliamente la mejor literatura de todos los tiempos) (42). En consecuencia, hay pocos investigadores interesados en el asunto, ya que es menos controvertido y comportar menos riesgos profesionales dedicarse a la biología o a la psicología de la salud. Existe un paradigma médico dominante, digámoslo así, por el cual lo biológico, lo tecnológico, lo médico clínico, los servicios sanitarios y estilos de vida son fundamentales para entender cómo se genera la salud de la población y cómo hay que tratarla (43).

No hace mucho se publicó un manifiesto contra el DSM y el CIE firmado por una larga lista de asociaciones de psicólogos y psiquiatras, y al cual se sumaron decenas de psicoanalistas de todo el mundo. Dicho manifiesto, denominado *Campaign to Abolish Psychiatric Diagnostic Systems such as ICD and DSM*, sostenía que “la idea del individuo como el lugar del yo es un invento occidental relativamente reciente, y que semejante marco de trabajo crea las condiciones previas psicológicas necesarias para la aceptación de los “atomizados” mundos sociales que estamos creando. Sin embargo, el bienestar mental parece estrechamente relacionado con factores sociales y económicos. Diversos estudios internacionales han concluido que, más importante que la pobreza en sí, lo es el grado de desigualdad social. Así, a mayor desigualdad (en recursos económicos y socia-

les) de una sociedad, más deficiente es la salud mental de dicha sociedad”.

Estos datos indican la tendencia dominante de las últimas décadas en cuanto a la salud mental de nuestras sociedades y nos obliga a dirigir nuestra mirada hacia varios problemas que reclaman nuestra atención. En primer lugar, debemos dar importancia a los aspectos sociales más educativos que terapéuticos, a los tratamientos integrales y no parcializados, al apoyo grupal y familiar y a los grupos de apoyo mutuo y, a la colaboración de los voluntarios en los dispositivos asistenciales. En definitiva, estos trabajos e investigaciones nos invitan a poner en práctica un enfoque comunitario de las enfermedades mentales frente a modelos individualistas y deterministas. O dicho de otra manera, lo comunitario implica tres grandes desplazamientos que lo configuran: del sujeto enfermo a la comunidad; del hospital a los centros comunitarios; y del psiquiatra al equipo (44).

Creemos por tanto que nuestro sector debe participar activamente en la labor de inclusión sociolaboral de las personas, en facilitar su acceso al alimento diario y a una vivienda digna, contibuyendo en la participación democrática del paciente y reclamando de paso unas políticas fiscales que redistribuyan la riqueza de forma más equitativa.

Es nuestra obligación, si queremos cumplir con el cometido de atender individualmente a nuestros pacientes y estar al nivel de exigencia que nuestra profesión reclama, luchar por un modelo social más justo e igualitario.

Para finalizar, debemos tener presente que “un régimen que no proporciona a los seres humanos ninguna razón profunda para cuidarse entre sí no puede preservar por mucho tiempo su legitimidad” (45).

Agradecimientos: Alberto Ortiz Lobo (Madrid) y Toño Pérez (Barcelona)

Referencias bibliográficas

- (1) Sapolsky R M. The influence of social hierarchy on primate health. *Science*, 2005; 308: 648-652.
- (2) Pickett KE, James OW, Wilkinson RG. Income inequality and the prevalence of mental illness: a preliminary international analysis. *J Epidemiol Commun H*. 2006; 60: 646-647.
- (3) Wilkinson RG, Pickett KE, The problems of relative deprivation: why some societies do better than others. *Soc Sci Med* 2007; 65: 1965-1978.
- (4) James O. *Affluenza*. London: Vermilion, 2007.
- (5) Pickett KE, Wilkinson RG. Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *Brit J Psychiat*. 2010; 197: 426-428.
- (6) Friedli L. *Mental Health, Resilience and Inequalities: How Individuals and Communities are Affected*. Copenhagen: World Health Organisation. Europe, 2009.
- (7) Dorgelo A, Pos S, Vervoordeldonk J, Jansen J. Tackling the gradient in health. Reasons for a differential impact of policies and interventions on the social gradient of health. The Netherlands Institute for Health Promotion and Prevention, 2010.
- (8) Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud/Pan Am J. Public Health*. 2002; 11 (5/6): 302-309.
- (9) Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet* 1971; i:405-12.
- (10) Becach J, Vergara M, Muntaner C. Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles*. 2008; N^o105: 29-40.
- (11) Barnett K, Mercer S, Nobury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, Research, and medical education: a cross-sectional Study. *The Lancet*. (2012). Extraído de la dirección: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60240-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60240-2/fulltext)
- (12) Melzer D, Fryers T, Jenkins R. *Social Inequalities and the Distribution of Common Mental Disorders*. Maudsley Monographs Hove, Psychology Press, 2004.
- (13) Wilkinson RG, Pickett KE. The problems of relative deprivation: Why some societies do better than others. *Soc Sci Med*, 2007; 65(9): 1965- 1978.

- (14) UNICEF. Innocenti Research Centre. Child poverty in perspective: an overview of child well-being in rich countries. Florence: Innocenti Report Card, 2007.
- (15) Pickett K, Wilkinson R. Child wellbeing and income inequality in rich societies: ecological cross sectional study. *Brit Med J*, 2007.
- (16) Entrevista a Joan Benach y Carles Muntaner, realizada por Salvador López Arnal. Extraído de la dirección: Rev. Rebelión en www.rebelion.org
- (17) Thompson S. The European Happy Planet Index: An index of carbon efficiency and well-being in the EU. London, New Economics Foundation, 2007
- [Consultado en 2012] Disponible en: (http://www.neweconomics.org/gen/z_sys_PublicationDetail.aspx?pid=242).
- (18) Saez E, Picketty T. Income inequality in the United States, 1913 -1998. *Q J Econ.*, 1998.
- (19) Harold RK. Estratificación Social y Desigualdad. El conflicto de clase en perspectiva histórica, comparada y global. Madrid: McGrawHill, 2004.
- (20) Mishel L, Bernstein J, Schmitt J. The Estate of working America, 200/2001 Ithaca, NY: Cornell. University Press, 2001.
- (21) Ministerio de Sanidad y Política Social *Propuestas de Políticas e Intervenciones para reducir la desigualdades sociales y de salud en España*. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España Comisionado por: Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior Ministerio de Sanidad y Política Social (2010).
- (22) Informe de Exclusión y Desarrollo Social de 2012. Madrid: Fundación Foesa y Cáritas. [Consultado en 2012] Disponible en <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/4314/EXCLUSION%20Y%20DESARROLLO%20SOCIAL.%20Versi%C3%B3n%20digital.pdf>
- (23) Informe Anual 2011. Observatorio Europeo para las drogas el Problema de la Drogodependencia en Europa. [Consultado en 2012] Disponible en <http://www.infocoponline.es/pdf/InformeEuropeoDrogodependencias.pdf>
- (24) A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe. Rosmarin A, y Eastwood,N. Release drug, the law y human rights UK. (2012).
- (25) Dorling D, Mitchell R, Pearce J. The global impact of income inequality on health by age: an observational study. *BMJ Research* :2007; 335-873 [Consultado en 2012] Disponible en (<http://press.psprings.co.uk/bmj/october/inequality.pdf>).
- (26) DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1998.
- (27) Demyttenaere, Bruffaerts, Posada-Villa, Gasquet, Kovess, Lépine et al. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys The WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004.
- (28) Saraceno B. Entrevista a Benedetto Saraceno. Salud mental, comunitaria y cultura. *Átopos*. 2011; 73-83; Nº11.
- (29) Becach J, Vergara M, Muntaner C. Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles*. 2008; 105: 29-40.
- (30) Foot J. What makes us healthy? The asset approach in practice: evidence, action, evaluation. [Consultado en 2012] Disponible en www.janefoot.com
- (31) Harold R K. Estratificación Social y Desigualdad. El conflicto de clase en perspectiva histórica, comparada y global. Madrid: McGrawHill, 2004.
- (32) James O. Affluenza. London: Vermilion, 2007.
- (33) Hofstede G, Cultures and Organizations: Software of the Mind. New York: McGraw-Hill, 1991.
- (34) Verba S, et al, Elites and the Idea of Equality. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1987.
- (35) Lane R. Political Ideology. New York: Free Press, 1962.

- (36) Sennett R. La corrosión del carácter. Barcelona: Anagrama, Colección Argumentos, 2010.
- (37) Mishel L, Bernstein J, Schmitt J. The state of working America 1992-1993. Armonk. Ny, ME, sharpe/economic Policy Institute, 1999.
- (38) Rutherford J. The culture of capitalism. Soundings: *Journal of culture and politics*. 2008; 38: 8-18.
- (39) Sennett R. La corrosión del carácter. Barcelona: Anagrama. Colección Argumentos, 2010.
- (40) DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1998.
- (41) Código Deontológico. Colegio Oficial de Psicólogos. [Consultado en 2012] Disponible en <http://www.cop.es/vernumero.asp?id=7>
- (42) Saraceno, B. Entrevista a Benedetto Saraceno. Salud mental, comunitaria y cultura. *Átopos*. 2011; 73-83: N°11.
- (43) Becach J, Vergara M, Muntaner C. Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles*. 2008; N°105: 29-40.
- (44) Desviat M. Vigencia del modelo comunitario en Salud Mental: Teoría y práctica. Salud mental, comunitaria y cultura. *Átopos*. 2007; N°3: 88-96.
- (45) Sennett R. La corrosión del carácter. Barcelona: Anagrama. Colección Argumentos, 2010.

Correspondencia

Fernando Pérez del Río
Proyecto Hombre Burgos
C/ Pedro Poveda Castroverde N° 3 • 09007 Burgos
fernandoperezdelrio@gmail.com
Teléfono 947 48 10 77 • Fax 947 481 078

- Recibido: 06 -12-2012.
- Aceptado: 12-01-2013.

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XVI).

Psicofarmacología. Bases y Aplicación Clínica. Ago-antago adrenérgicos I.

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

Presentación

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

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

Tres números de *NORTE de salud mental*, y este es el 2º, versarán sobre grupos concretos de principios activos de fármacos de uso cotidiano o de manejo menos frecuente pero igualmente importantes. Se revisarán los siguientes grupos de principios activos: antagonistas del receptor de la adenosina, inhibidores de la acetil-colinesterasa, ago-antagonistas adrenérgicos, inhibidores de la aldehído deshidrogenasa y fármacos antilípidales.

Preguntas

Pregunta 130: Ulf von Euler en 1940 confirmó definitivamente que la sustancia responsable de la transmisión química en las sinapsis adrenérgicas posganglionares del sistema simpático era la:

- a. adrenalina
- b. noradrenalina
- c. serotonina
- d. dopamina
- e. acetilcolina

Pregunta 131. Indique la afirmación FALSA con respecto al uso de los fármacos antagonistas β -adrenérgicos en el tratamiento de la abstinencia alcohólica:

- a. Está demostrado su uso como coadyuvantes en el tratamiento de la abstinencia alcohólica con benzodicepinas.
- b. Se obtienen mejorías más rápidas de los signos vitales (hipertensión, taquicardia), del temblor y la sudoración
- c. No se deben emplear si la frecuencia cardíaca es inferior a 50 lat/min.
- d. La dosis de propanolol a utilizar es de 10 mg /6 horas y la de atenolol de 50-100 mg una vez al día.
- e. Resultan eficaces en la profilaxis y tratamiento del delirium alcohólico.

Pregunta 132: Señale la afirmación FALSA de entre las siguientes que hacen referencia a la Clonidina:



- a. Es un agonista α_2 -adrenérgico de acción central.
- b. Los efectos secundarios más frecuentes son la sedación, debilidad y fatiga.
- c. En casos de intoxicación se producen estados de hipotensión profunda y somnolencia.
- d. Es una buena práctica realizar una valoración específica del estado de ánimo antes del comenzar el tratamiento.
- e. Son contraindicaciones relativas para el tratamiento con clonidina la presencia de síncope, bradicardia y enfermedad del seno.

Pregunta 133: Indique la afirmación FALSA con respecto al uso de fármacos antagonistas β -adrenérgicos en el tratamiento de la ansiedad ante el desempeño (Ansiedad de ejecución):

- a. En dosis óptimas producen mínimos efectos adversos centrales y mejoran el rendimiento, mientras que las benzodiazepinas producen sedación e inhibición.
- b. Son más eficaces en la fobia social generalizada que en fobias concretas.
- c. Suele ser suficiente una dosis única de propanolol de 10-40 mg unos 20- 30 minutos antes del hecho ansiógeno.
- d. Es razonable administrar una dosis de prueba en otra situación ansiógena, antes del compromiso importante.
- e. La dosis puede aumentarse de forma gradual en incrementos de 20 mg hasta que se consiga el alivio sintomático.

Pregunta 134: Indique la afirmación FALSA con respecto al uso de fármacos antagonistas β -adrenérgicos:

- a. En pacientes en tratamiento electroconvulsivo hay que evitar estos fármacos porque aumentan el umbral convulsivo.
- b. Estos fármacos han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la agresividad y violencia impulsiva, sobre todo en síndromes orgánicos cerebrales.
- c. Se consideran fármacos seguros en la hipertensión del embarazo y en ancianos.

- d. El pindolol se ha ensayado como alternativa al metilfenidato en el tratamiento del TDAH en niños.
- e. El pindolol se ha ensayado para potenciar y acelerar el efecto antidepressivo de varios ISRS.

Pregunta 135: ¿En cuál de las siguientes indicaciones la Clonidina resulta el tratamiento de primera elección y está aprobado por la FDA?

- a. TDAH
- b. Trastorno por estrés postraumático
- c. Abstinencia a opiáceos
- d. Síndrome de Guilles de Tourette
- e. Ninguno de los anteriores

Pregunta 136: Respecto a las interacciones farmacológicas de los fármacos antagonistas β -adrenérgicos señale la afirmación que considere FALSA:

- a. El uso de propanolol puede aumentar las concentraciones plasmáticas de imipramina hasta en un 50%.
- b. El uso de propanolol se acompaña de aumento de los valores plasmáticos de los neurolépticos hasta 3 o 4 veces.
- c. Al administrar de forma conjunta propanolol y fluoxetina se han descrito bloqueos cardíacos completos.
- d. El hábito tabáquico puede aumentar los niveles plasmáticos de los bloqueantes β .
- e. La cimetidina reduce el metabolismo hepático de los bloqueantes β aumentando así sus niveles plasmáticos.

Pregunta 137: Indique la afirmación FALSA con respecto al uso de los fármacos antagonistas β -adrenérgicos en el tratamiento de la acatisia inducida por neurolépticos:

- a. Son más eficaces que los anticolinérgicos y que las benzodiazepinas por su menor incidencia de efectos adversos.
- b. Son más eficaces que los anticolinérgicos y que las benzodiazepinas por la respuesta rápida en los primeros días.

- c. No están indicados cuando el paciente sólo recibe antipsicóticos y no tiene otros síntomas extrapiramidales.
- d. Parece que los antagonistas selectivos son tan eficaces como los no selectivos.
- e. No está claro si el efecto se produce a nivel central o periférico.

Pregunta 138: En Enero-2009, La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) publicó una nota informativa en la que advierte que el uso de metilfenidato tiene que ajustarse a unas condiciones. Señale la que NO es una condición publicada de entre las siguientes:

- a. Debe realizarse bajo supervisión del especialista.
- b. Se debe valorar la continuidad del tratamiento al menos una vez al año.
- c. Se debe monitorizar el peso y altura de los pacientes.
- d. Se debe realizar un examen cardiovascular cuidadoso antes del inicio del tratamiento.
- e. Se debe realizar analíticas sistemáticas de forma seriada.

Respuestas

Pregunta 130. Respuesta correcta: B

Comentario: El papel neurotransmisor de la noradrenalina, a nivel del sistema nervioso autónomo, fue demostrado en la década de 1940 por Ulf von Euler al confirmar definitivamente que la sustancia responsable de la transmisión química en las sinapsis adrenérgicas posganglionares del sistema simpático era la noradrenalina y no la adrenalina. Casi simultáneamente, Raymon P. Ahlquist, en 1948 propuso que la noradrenalina podría producir diversos efectos fisiológicos actuando sobre diferentes poblaciones de receptores, a los que denominó receptores alfa y beta.

El siguiente paso fue determinar su presencia y su hipotético papel en el SNC.

Aunque existían numerosas evidencias indirectas previas, la confirmación definitiva llegó cuando Marthe L. Vogt demostró la presencia de noradrenalina en el cerebro no proveniente de la inervación simpática de los vasos sanguíneos.

De esta forma, durante las últimas décadas se ha estudiado con detalle el papel desempeñado por el sistema de neurotransmisión noradrenérgico central en diferentes trastornos de la esfera psiquiátrica y neurológica.

Hay que tener presente que las neuronas noradrenérgicas parecen ejercer un efecto modulador sobre las zonas de cerebro donde envían sus proyecciones axonales.

Bibliografía: López- Muñoz F, Álamo González C Agonistas y antagonistas adrenérgicos. En Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. M. Salazar Vallejo, C. Peralta Rodrigo, F. J. Pastor Ruiz editores. Pag 281- 285. Madrid 2009.

Pregunta 131. Respuesta correcta: E

Comentario: No son efectivos ni en la profilaxis ni en el tratamiento del delirium.

Los antagonistas β - adrenérgicos comenzaron a desarrollarse a finales de la década de 1950 para tratar enfermedades cardiovasculares, tirotoxicosis, glaucoma y migraña. Se han empleado en el tratamiento de patologías psiquiátricas cinco principalmente: propanolol, metoprolol, nadolol, atenolol y pindolol.

La abstinencia alcohólica es una de las indicaciones terapéuticas de los fármacos antagonistas β - adrenérgicos. Algunos estudios indican su uso como coadyuvantes en el tratamiento de la abstinencia alcohólica con benzodiacepinas, con mejorías más rápidas de los signos vitales (hipertensión, taquicardia), del temblor y la sudoración.

Los bloqueantes β no se deben emplear si la frecuencia cardíaca es inferior a 50 lat/min. La dosis de propanolol a utilizar es de 10 mg /6 horas y la de atenolol de 50-100 mg una vez al día, para esta indicación. Sin embargo como hemos comentado al principio no son efectivos ni en la profilaxis ni en el tratamiento del delirium.

Otras indicaciones de los fármacos antagonistas β - adrenérgicos son la acatisia inducida por neurolepticos, la agresividad, la ansiedad y crisis de angustia, la ansiedad ante el desempeño (ansiedad de ejecución), y el temblor inducido por litio.



Bibliografía: Mingo Idoyaga A. Antagonistas β -adrenérgicos. En Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2^o Edición. M. Salazar Vallejo, C. Peralta Rodrigo, F. J. Pastor Ruiz editores. Pag 285- 295. Madrid 2009

Pregunta 132. Respuesta correcta: B

Comentario: La clonidina es un agonista α_2 adrenérgico de acción central con efectos antihiper-tensivos y analgésicos, que además se ha utilizado por su acción sobre al noradrenalina y otros neurotransmisores.

Cuando se utiliza en dosis estándar o habituales, los efectos adversos más frecuentes inducidos por clonidina son boca seca 40%, somnolencia 40%, mareos 16%.

Sedación 10%, debilidad 10% y fatiga 4%, aparecen en los porcentajes descritos, menores que los primeros. En casos de intoxicación se producen estados de hipotensión profunda y somnolencia que clínicamente se presentan como estados comatosos o semicomatosos. En estos casos es importante establecer el diagnóstico diferencial con el cuadro de sobredosis de opiáceos, ya que el paciente toxicómano en tratamiento con clonidina puede volver a consumir las dosis habituales antes de iniciar la desintoxicación y presentar una clínica de sedación y somnolencia.

Hay pocas contraindicaciones absolutas, pero debe tenerse en cuenta que los efectos cardiovasculares pueden potenciarse por otros medicamentos que alterar el funcionamiento de los nódulos sinusal o auriculoventricular.

Dado que clonidina puede provocar síntomas depresivos, es una buena práctica realizar una valoración específica del estado de ánimo del paciente antes de iniciar el tratamiento. La mayoría de los estudios describen la presencia de algún síntoma depresivo y los que los buscan sistemáticamente encuentran cifras que oscilan entre el 1,5 y 3%, más altas que los que confían en informes espontáneos. A pesar de todo, la incidencia de depresión en hipertensos tratados con clonidina es mucho menor que con reserpina.

Son contraindicaciones relativas para el tratamiento con clonidina la presencia de síncope, bradicardia y enfermedad del seno.

Bibliografía: Mingo Idoyaga A. Antagonistas β -adrenérgicos. En Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2^o Edición. M. Salazar Vallejo, C. Peralta Rodrigo, F. J. Pastor Ruiz editores. Pag 285- 295. Madrid 2009

Pregunta 133. Respuesta correcta: B

Comentario: La ansiedad de ejecución es una forma de fobia social. Los síntomas comprenden xerostomía, ronquera, palpitaciones, disnea, temblor y mareos. Requiere tratamiento si interfieren las actividades cotidianas. Los antagonistas β en dosis óptimas producen mínimos efectos adversos centrales y mejoran el rendimiento mientras que las benzodicepinas producen sedación e inhibición.

Suele ser suficiente una dosis única de propranolol de 10-40 mg, unos 20-30 minutos antes del hecho ansiógeno. Es razonable administrar una dosis de prueba en otra situación ansiógena antes de un compromiso importante. La dosis puede aumentarse de forma gradual en incrementos de 20 mg hasta que se consiga el alivio sintomático, y aunque disminuyen la ansiedad subjetiva no optimizan la actuación.

Como la mayoría de los síntomas son simpático periféricos, los agentes menos lipofílicos como atenolol, 25-100mg diarios, o nadolol también son eficaces.

Actualmente se considera que aunque los bloqueantes β pueden funcionar en los pacientes con fobias concretas, como el temor a hablar en público, apenas tendrían efecto como tratamientos para el tipo de fobia social generalizado.

Las estrategias de potenciación para el tratamiento de fobia social resistente a las diversas monoterapias se encuentran en sus inicios, y tienden a seguir las utilizadas en los casos graves de depresión resistente al tratamiento.

Bibliografía: Mingo Idoyaga A. Antagonistas β -adrenérgicos. En Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2^o Edición. M. Salazar Vallejo, C. Peralta Rodrigo, F. J. Pastor Ruiz editores. Pag 285- 295. Madrid 2009.

Pregunta 134. Respuesta correcta: C

Comentario: Pequeños ensayos controlados demostraron la eficacia de los antagonistas β en el tratamiento de la violencia impulsiva, sobre todo en los síndromes orgánicos cerebrales.

Dentro de las contraindicaciones relativas de estos fármacos se encuentran el asma leve, enfermedad broncopulmonar crónica, cardiomegalia sin fallo clínico, angina de Prinzmetal, uso concomitante de fármacos depresores de la conducción AV (verapamilo, digitálicos, antiarrítmicos) angina (evitar la suspensión brusca), pesadillas, alucinaciones visuales (evitar propanolol), fatiga, impotencia, migraña, fármacos psicótropos con potenciación de la actividad adrenérgica, extremidades frías, fenómenos de Raynaud, diabetes, insuficiencia renal, enfermedad hepática (evitar propanolol y metoprolol), la hipertensión del embarazo, las intervenciones quirúrgicas y el uso en ancianos ya que tienen más efectos secundarios y cambios en su farmacocinética.

En pacientes en tratamiento electroconvulsivo hay que evitar estos fármacos porque aumentan el umbral convulsivo.

El pindolol, en dosis de 7,5 -15 mg/ día, se ha ensayado en combinación para potenciar y acelerar el efecto antidepressivo de varios ISRS. El uso de éstos aumenta las concentraciones extracelulares de serotonina, lo que resulta en una retroalimentación negativa y activación de los auto-receptores 5-HT 1A. La mayoría de los estudios recientes apuntan que el pindolol acelera significativamente el efecto terapéutico de los ISRS, aunque no son tan concluyentes en cuanto a la potenciación de su eficacia clínica.

El pindolol también se ha ensayado como alternativa al metilfenidato en el tratamiento de TDAH en niños, aunque con menor eficacia.

Bibliografía: Mingo Idoyaga A. Antagonistas β -adrenérgicos. En Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2^o Edición. M. Salazar Vallejo, C. Peralta Rodrigo, F. J. Pastor Ruiz editores. Pag 285- 295. Madrid 2009.

Pregunta 135. Respuesta correcta: E

Comentario: La clonidina es un agonista α_2 adrenérgico de acción central con efectos antihiper-

tensivos y analgésicos, que además se ha utilizado por su acción sobre la noradrenalina y otros neurotransmisores.

La clonidina y los agonistas α_2 adrenérgicos son fármacos útiles en el tratamiento de algunos trastornos infantojuveniles, como el trastorno de Guilles de la Tourette, el TDAH, la agresividad y el TEPT, todos ellos relacionados con mecanismos de hiperactivación noradrenérgica.

Ninguna de las anteriores indicaciones ha sido aprobada para clonidina por la FDA. En el momento actual y para el tratamiento de los trastornos citados no debe considerarse fármaco de primera elección, pero si puede ser útil en los casos que no responden adecuadamente al tratamiento indicado o como tratamiento coadyuvante. Posiblemente presente una mayor utilidad en aquellos casos que cursan con comorbilidad entre TDAH y el trastorno de Guilles de la Tourette y /o trastorno oposicional desafiante.

Los últimos datos sugieren que clonidina puede ser útil en algunos niños con TDAH y parece ser más efectivo en el tratamiento de la hiperactividad, la impulsividad y la conducta agresiva que en la inatención. Su uso clínico se presenta bajo tres circunstancias: como tratamiento asociado a los estimulantes, y para prolongar la duración de su efecto; como tratamiento de los trastornos del sueño asociados con el TDAH y como fármaco asociado a los estimulantes para potenciar su efecto. Esta última indicación es la de mayor relevancia clínica.

Además de las anteriores patologías citadas, la clonidina también se usa, por vía epidural para el tratamiento del dolor oncológico que no ha respondido a opioides solos. Otros posibles usos son el síndrome de abstinencia por nicotina, en algunos síndromes de abstinencia por benzodiazepinas y en el control de los síntomas de la menopausia. Se ha descrito su utilidad en el control de la diarrea crónica debida a la disfunción autónoma. También se utiliza en la prueba de estimulación de las hormonas del crecimiento y para el diagnóstico del feocromocitoma.

Bibliografía: Gutiérrez Casares JR, Fernández Rivas A, Galan Moreno F, Busto Arenas FJ en Clonidina. En Tratado de Psicofarmacología. Bases

y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2^o Edición. M. Salazar Vallejo, C. Peralta Rodrigo, F. J. Pastor Ruiz editores. Pag 292- 295. Madrid 2009.

Pregunta 136. Respuesta correcta: D

Comentario: Debido al metabolismo hepático de algunos bloqueantes β (propranolol), medicamentos inductores de enzimas hepáticas como fenitoína, rifampicina y fenobarbital, así como el hábito tabáquico, pueden reducir los niveles plasmáticos de los bloqueantes β .

El uso de propranolol se acompaña de aumentos de los valores plasmáticos de neurolépticos hasta de tres o cuatro veces, que en el caso de la tioridacina son muy significativos.

Los antiácidos, sobre todo cimetidina, pueden reducir la absorción gastrointestinal del propranolol y éste disminuye el aclaramiento de la teofilina. Algunos hipolipemiantes como colestamina y colestipol pueden disminuir la absorción de bloqueantes β , aumentando así los niveles plasmáticos.

La cimetidina podría también reducir al metabolismo hepático de los bloqueantes β .

Se ha descrito algún caso de bloqueo cardíaco completo al administrar de forma combinada fluoxetina con propranolol, siendo el mecanismo de interacción desconocido; se cree que la fluoxetina podría inhibir el metabolismo de antagonistas β - adrenérgicos de tipo lipofílico.

Tanto el propranolol como el labetalol podrían aumentar las concentraciones plasmáticas de imipramina hasta en un 50%, a través de un mecanismo aún incierto en el que cree competirían por las isoenzimas CYP2D6 y CYP2C del citocromo P450.

Bibliografía: Mingo Idoyaga A. Antagonistas β -adrenérgicos. En Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2^o Edición. M. Salazar Vallejo, C. Peralta Rodrigo, F. J. Pastor Ruiz editores. Pag 285- 295. Madrid 2009.

Pregunta 137. Respuesta correcta: C.

Comentario: Pueden ser de primera elección cuando el paciente sólo recibe antipsicóticos y no tiene otros síntomas extrapiramidales.

Algunos autores opinan que los antagonistas β son más eficaces que los anticolinérgicos y las benzodiazepinas para la acatisia, por su menor incidencia de efectos adversos y por la respuesta rápida ya los primeros días.

Hay debate sobre si el efecto de los bloqueantes β es a nivel central o periférico. Parece que los antagonistas selectivos son tan efectivos como los no selectivos.

Para la acatisia refractaria o acompañada por síntomas parkinsonianos pueden administrarse antagonistas β -adrenérgicos o benzodiazepinas combinados con un anticolinérgico.

Pueden ser de primera elección cuando el paciente sólo recibe antipsicóticos y no tiene otros síntomas extrapiramidales, iniciando dosis de propranolol de 10-30 mg, tres veces al día.

Se puede combinar con un anticolinérgico. Si el paciente presenta otros síntomas extrapiramidales se prefieren anticolinérgicos.

Bibliografía: Mingo Idoyaga A. Antagonistas β -adrenérgicos. En Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2^o Edición. M. Salazar Vallejo, C. Peralta Rodrigo, F. J. Pastor Ruiz editores. Pag 285- 295. Madrid 2009.

Pregunta 138. Respuesta correcta: E

Comentario: No es necesario realizar analíticas sistemáticas o ECG de forma seriada, excepto cuando existan signos o síntomas que sugieran alteración o patología médica de bases.

En Enero-2009, La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) publicó una nota informativa en la que advierte que el uso de metilfenidato tiene que ajustarse a las siguientes condiciones:

- El tratamiento con metilfenidato debe realizarse bajo supervisión de un especialista con experiencia en trastornos del comportamiento en niños y / o adolescentes.
- Metilfenidato puede presentar efectos cardiovasculares, por lo que se debe realizar un examen cardiovascular cuidadoso antes del inicio del tratamiento y un seguimiento durante el mismo.

- Se debe hacer una evaluación sobre la continuidad del tratamiento, al menos una vez al año.
- Dado que el tratamiento con metilfenidato puede causar o exacerbar algunos trastornos psiquiátricos, se debe realizar un examen cuidadoso antes del tratamiento y un seguimiento regular a lo largo del mismo de los antecedentes y síntomas psiquiátricos que pudiera presentar el paciente.
- Durante el tratamiento con metilfenidato, se debe monitorizar el peso y altura de los pacientes.

Bibliografía: Gutiérrez Casares JR, Fernández Rivas A, Galan Moreno F, Busto Arenas FJ en Clohidina. En Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2^o Edición. M. Salazar Vallejo, C. Peralta Rodrigo, F. J. Pastor Ruiz editores. Pag 292- 295. Madrid 2009.

Pinturas de Juan de Aranoa para la capilla neorrománica del Hospital Zaldibar.

Itxaso Martelo García de Garayo, historiadora del arte, Sociedad de Ciencias Aranzadi.

Sonia Polo Escobes, historiadora, Sociedad de Ciencias Aranzadi.

Enrique G. Arza, Historiador, Red de Salud Mental de Bizkaia / Osakidetza.

Resumen: La exposición de motivos de la Ley 7/1990 del 3 de Julio, de Patrimonio Cultural Vasco, afirma que el patrimonio cultural vasco es la expresión de la identidad del pueblo vasco y el más importante testigo de su contribución histórica a la cultura universal. Entre sus fines está el diseño de una política para la defensa, protección, difusión y fomento del patrimonio cultural(1). Y según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, en su vigesimotercera edición, define Patrimonio como el “conjunto de bienes de una nación acumulado a lo largo de los siglos, que, por su significado artístico, arqueológico, etc., son objeto de protección especial por la legislación”.

Cuando se habla en términos genéricos de Patrimonio a todos nos vienen a la mente grandes monumentos, edificios cargados de historia, obras de arte de referencia, etc. que asociamos a instituciones públicas (ayuntamientos, diputaciones, gobiernos...), eclesiásticas e incluso del sector privado. Esta visión simplista del Patrimonio suele impedir que veamos una realidad más cercana, compuesta de pequeñas joyas artísticas que pasan casi desapercibidas, lo que las condena a su paulatino olvido y deterioro, e incluso en los casos más extremos a su desaparición. Este podría ser el final de la pequeña joya ubicada en el Hospital Zaldibar² (Red de Salud Mental de Bizkaia / Osakidetza), su capilla neorrománica, decorada con las pinturas al fresco realizadas por el pintor vasco Juan de Aranoa.

Palabras clave: Historia, Patrimonio artístico, Patrimonio histórico, Juan de Aranoa, Hospital Zaldibar.

Abstract: The preamble to the Act 7/1990 of July 3, Basque Cultural Heritage, stated that the Basque cultural heritage is the expression of the identity of the Basque people and testifies their historic contribution to world culture. Its purpose is to design a policy for defense, protection, dissemination and promotion of cultural heritage (1). And according to the dictionary of the Royal Academy of the language, in its twenty-third edition, defines heritage as “nation’s set of goods accumulated over the centuries, which, due to its artistic significance, archaeological, etc., need special protection under the legislation”.

When speaking in general terms about Heritage, great monuments, buildings full of history, art reference, etc comes to our mind those that we usually associate with public institutions (city councils, councils, governments...), church and even the private sector. This simplistic point of view of the Heritage often prevents us from seeing a closer reality, composed of small artistic gems that are nearly silent, which condemns them to oblivion and its gradual decline, and even in the most extreme cases to its demise. This could be the end of the little jewel located in the Hospital Zaldibar [1] (Bizkaia Mental Health Network / Osakidetza), that is, the neo-Romanesque chapel, decorated with fresco paintings made by the Basque painter Juan de Aranoa.

Key words: History, Artistic Heritage, Historical and Cultural Heritage, Juan de Aranoa, Hospital Zaldibar.

¹ A pesar de que en la documentación de la época Zaldibar se escribe con V, hemos optado por utilizar el nombre actual Zaldibar con B.



1. La construcción del Hospital Zaldibar

La anteiglesia de Zaldibar se sitúa en el límite geográfico de Bizkaia con Gipuzkoa, a 7 kms. de la villa de Durango y a 9 de la de Eibar. Limita al Norte con Mallabia y Ermua, al Sur con Elorrio, al este con Eibar y Elgeta, y al Oeste con Berriz. El municipio se encuentra rodeado de montes formando un circo con un paso estrecho en su entrada por la parte oeste donde discurren la carretera nacional 634, la autopista A8 (Bilbao-Behobia) y el ferrocarril (Bilbao-Donostia), saliendo hacia Gipuzkoa por el Puerto de Areitio y por los túneles bajo él. La cumbre más alta es Santamariñe-zar (Ganguren) con una altitud de 675 metros(2).

La población alterna el hábitat concentrado en las zonas más bajas del valle del Ibaizabal, junto a las zonas industriales (casco urbano), con un hábitat disperso de tipo rural: Eitzaga, Sallabente, Olarreaga, Goierri, Aranguren y Gazaga; con un total de 3038 habitantes(3).

Los ríos Zaldúa (al oeste) afluente del Ibaizabal y el Ego (al este) del Deba, bañan el término municipal. Los arroyos que fluyen al Zaldúa, son: Solozabal, Agirre-Sakona, Aranguren, Gatika, Urizar y Garraiz en la cuenca occidental y los que fluyen al río Ego en su cuenca oriental son: Bekoerreketa, Aixola e Ibur (2).

En Zaldibar se conocía desde antiguo la eficacia en la curación de erupciones de la piel y de las afecciones reumáticas, de los cinco manantiales de aguas llamadas urgaiza (agua salada) y también uratza (agua fétida). En el año 1844 José María de Munibe (XI Conde de Peñafloreda y nieto de Francisco Xabier de Munibe, XIII Conde de Peñafloreda y fundador de la *Sociedad Bascongada de los Amigos del País*) puso en marcha el primer edificio balneario, que sería ampliado en 1851 por su sucesor, Víctor de Munibe, y en 1880 por Manuel María de Cortazar, sobrino y heredero del fundador. La temporada de baños trascurría entre el 1 de junio y el 30 de septiembre. En el año 1882 el número usuarios que pasaron por sus instalaciones fue de 1.414 personas. Durante el siglo XIX, Bizkaia contó con hasta 12 balnearios en funcionamiento(4).

El 7 de agosto de 1905 el escritor de la generación del 98, Azorín, escribió un emotivo artículo



en el *ABC* titulado “En Zaldibar un balneario aristocrático”(5), en el cual aparte de alabar el establecimiento, también afirmaba que “*Zaldibar fue un balneario famoso en otros tiempos; la gente se fue gafando de él; hay en sus salas, en sus pasillos y en sus cuartos ese algo indefinido, sugestionador, que queda en las cosas y en las personas que han sido grandes y que han decaído rápidamente*”. No obstante, no sería hasta después de la Gran Guerra cuando los balnearios entraron en declive con la desaparición de la mayoría de ellos(6). Por estas fechas, el de Zaldibar seguía dando servicio a través de una *Sociedad Explotadora del Balneario de Zaldibar*(6) a la que el propietario había arrendado las instalaciones.

La reconversión de un balneario en un manicomio no era nueva. En 1898 se inauguró el Manicomio de Santa Águeda de Mondragón (Gipuzkoa) en lo que fue balneario hasta que un año antes fue asesinado Cánovas del Castillo, hecho que supuso el cierre de la instalación(6).

Desde la misma creación del sanatorio para alienados de Bermeo, en Bizkaia se tuvo constancia de que esta infraestructura asistencial no era suficiente para paliar la demanda existen-

te en el Territorio Histórico. Por este motivo, la Diputación ofertó dos concursos públicos para la adquisición de terrenos donde construir un gran sanatorio que solucionase el grave problema de hacinamiento del de Bermeo. Según un informe del director del sanatorio, Dr. Felipe Hueto y Zuloaga, las razones para no lograr los terrenos donde construir el nuevo centro eran "...la subdivisión de las parcelas de este territorio, la apatía y codicia de sus propietarios...", avergonzándose la Diputación del estado tan lamentable en el que viven los enfermos mentales en el sanatorio de Bermeo(7). En vista de la imposibilidad de adquirir los terrenos necesarios para la construcción de un sanatorio, y de la urgencia de dar salida al hacinamiento, se comienza a hablar de la posibilidad de utilizar el balneario de Zaldibar como manicomio, tal como recoge el diario ABC en su edición del 28 de noviembre de 1918 cuando se informa bajo el epígrafe de "LAS ASPIRACIONES NACIONALISTAS", en el apartado dedicado a las "Vascongadas", una noticia fechada el 27 de noviembre en Bilbao(8), y que dice textualmente "Se asegura que ha de ser objeto de grandes discusiones la construcción del nuevo manicomio. Se dice que hay interés en adquirir para tal edificio el balneario de Zaldibar por 800.000 pesetas. Dicho edificio pertenece a una familia nacionalista." En la sesión de la Diputación del 7 de marzo de 1919 se aprueba la memoria "que sobre el problema de los locos en Vizcaya, ha presentado el Doctor D. Felipe Hueto" y se le nombra "médico y director para el estudio y realización del nuevo manicomio, así como para la formación del nuevo personal y traslado de los enfermos de Bermeo".

El 18 de enero de 1922 la Comisión de Fomento de la Diputación insta a los técnicos (arquitecto y director del manicomio) para que realicen una visita de inspección al balneario de Zaldibar con el objeto de que "informen del valor del edificio, su necesidad de obras así como de su importe, del número de alienados que podrían encerrar y del personal necesario para su atención". En esta orden se vuelven a explicar los motivos: buscar una solución provisional al hacinamiento existente en el hospital de Bermeo(9). Tras la visita al balneario, el arquitecto del señorío, Diego de Basterra, y el Dr. Felipe Hueto(10), presentan un informe en el que desglosan los motivos por los que es necesaria la construcción del

sanatorio, y dan cuenta detallada de las instalaciones así como de los propietarios de las mismas. En relación a la propiedad de los edificios y terrenos se hace constar, que no es una única pieza y que por consiguiente hay que establecer acuerdos con: Susana Manso, viuda de Cortazar (dueña del balneario), Pedro Bengoa (dueño del hotel del Parque) y de los herederos de José Luis Torres (propietarios de algunos terrenos).

Según publica el día 11 de mayo de 1922 el diario madrileño *El Sol*(11), fechando la noticia el 9 de mayo, la Diputación acordó por 12 votos a favor y 4 en contra, la adquisición del balneario de Zaldibar por 700.000 pesetas para su utilización como manicomio. Y como dato que confirma que este proyecto nació con vocación provisional, la misma noticia recoge que "se comienza a tratar el tema de la adquisición de terrenos en el valle de Sondika para la construcción de un gran manicomio, aunque sin llegar a ningún acuerdo por levantarse la sesión ante la falta de número para continuar".

El 31 de mayo Susana Manso firma la cesión del balneario a la Diputación (12), y comunica a la *Sociedad Explotadora del Balneario* la venta y la entrega de las instalaciones a los nuevos propietarios el 1 de octubre de 1922, fecha en la que termina la temporada de baños.

La noticia no fue recibida con agrado por los responsables del establecimiento, y su director Saturnino Marote se dirige a la Dirección General de Sanidad para evitar el cierre del balneario, donde se incoa un expediente. La Diputación comisiona a José Ramón de Basterra a examinar dicho expediente, elaborando un informe (13) en el que expone que:

- El 24/06/1922 el director del establecimiento dirige a la Dirección general de sanidad, un escrito en el que indica que "no se han tenido en cuenta los derechos que tanto los enfermos acogidos a la beneficencia municipal, como los militares y acomodados tienen de ir a tratar sus enfermedades a los establecimientos declarados de utilidad pública".
- En oficio del 1f/08/1922 el director del establecimiento informa a la misma Dirección



de que se ha anunciado concurso para las obras, y antes de que puedan perjudicarse los derechos de los concurrentes a la subasta, reitera la denuncia por si se pudiera considerar el caso incluido en los artículos 11 y 16 del Reglamento de baños, al no aplicar a la curación de enfermos, unas aguas declaradas de utilidad pública

- En oficio del 3 de septiembre, el Director general de Sanidad pide informe al Gobernador
- El Gobernador remite el 26 de septiembre un informe del inspector provincial de sanidad, que hace suyo y en el que expone que anualmente acuden unos 800 bañistas y que la combinación de aguas de cloruro sódico, con el sulfato sódico y con carbonato magnésico dan un carácter especial a sus aguas que no se iguala en ninguna otra de la región y quizás en España. Así mismo se afirma que el clima de Zaldibar en el invierno lo hace el menos indicado para esta clase de enfermos. Terminando por proponer que se ordene a la Diputación que siga con la explotación del balneario, y en caso negativo que se proceda a ejercer una expropiación forzosa con arreglo a las leyes

Por parte de la Diputación será el Dr. Huetto el encargado de la defensa científica del proyecto, con un informe en el que rebatí las afirmaciones sobre la excepcionalidad de las aguas, así como, de lo no adecuado del lugar debido a su clima. Insistiendo en la necesidad urgente de disponer de un manicomio que dé salida al grave problema de hacinamiento(7). El debate se traslada a Madrid donde el catedrático de Hidrología Médica de la Universidad Central, el Dr. H. Rodríguez Pinilla, en una carta publicada en el diario *El Sol* el 21 de julio de 1922 (14) defiende la continuidad de Zaldibar como balneario.

El 29 de enero de 1923 el Gobierno Civil comunica a la Diputación la resolución favorable del Ministerio a la conversión del balneario en manicomio(15). El principal argumento utilizado por el servicio jurídico del ministerio de la Gobernación fue, que si bien existía una declaración de utilidad pública, ésta no obligaba al propietario a tener en funcionamiento el establecimiento, ni tampoco impedía la reconversión de la instala-

ción en otra función, por lo que no existía posibilidad alguna de expropiación ni de obligar al nuevo propietario a mantener en uso las instalaciones del balneario.

La adecuación de las instalaciones las dirigió Diego de Basterra, Arquitecto del Señorío. Y para su ejecución, la Diputación publicó un concurso al que se presentaron siete ofertas, siendo *la Sociedad Bilbao Torrontegui, San Salvador y Cia*, con un presupuesto de 189.755 pesetas, la adjudicataria.

Diego de Basterra(16) nacido el 29 de octubre de 1883 y fallecido el 5 de mayo de 1959. Miembro de una familia muy ligada a la arquitectura y a la escultura (su padre Serafín de Basterra y su hermano Higinio eran escultores y su otro hermano Faustino, al igual que él, arquitecto). Estudió arquitectura en Madrid por medio de una beca de la *Fundación Garamendi*, incorporándose en 1918 a la plantilla de la Diputación de Bizkaia, desarrollando diversos proyectos hasta 1936: varias escuelas de barrio, el Instituto y Escuela de Comercio de Bilbao, la estación del funicular de la Reineta, la reforma de la Casa de Juntas de la Avellaneda, etc. De su actividad privada destacan las Casas Baratas para la *Sociedad Cooperativa de los Obreros de los Diques de Euskalduna* (17) donde ofreció un conjunto de barrio jardín a los trabajadores de la empresa Euskalduna, en la línea de las casas construidas para la clase media, convirtiéndose en esta época en el exponente de la arquitectura racionalista en vivienda de alta densidad. Otros ejemplos de su obra son los Talleres y la casa Elejabeitia en Deusto y el edificio RAG en Bilbao. Su participación en política con el Partido Nacionalista Vasco le hizo sufrir represalias y cárcel tras la Guerra Civil.

La utilización de Zaldibar exclusivamente para mujeres es justificada por el doctor Huetto en uno de sus informes en el que afirmaba “*el ingreso exclusivamente de mujeres en razón de su utilidad en las faenas domésticas, así como por motivos de seguridad por su condición de sexo débil*”(10) El cuidado de los pacientes del nuevo establecimiento se encargó a la orden de las Hermanas de la Caridad, que el 23 de julio de 1923 recibiría a las tres primeras pacientes procedentes de Bermeo. La Diputación colocó al frente del sanatorio a una Comisión Permanente

y una Junta de Damas encargada de su organización y administración. Esta Junta la componían 25 señoras cuyos apellidos eran representativos de la alta burguesía mercantil e Industrial de Bilbao, y a su frente estaba Carolina Mac Mahón. El primer director fue el Doctor Felipe Hueto que presentaría su dimisión el 22 de abril de 1924 por divergencias “sobre la organización que se pretende dar a Zaldibar”, siendo sustituido por el Doctor Wenceslao López Albo(18)

2. La construcción de la capilla Neorrománica del Hospital Zaldibar

Con fecha del 6 de junio de 1925 la Diputación publica en su boletín el concurso para la construcción bajo la dirección del arquitecto del Señorío Diego de Bastera, de una capilla en el manicomio de mujeres de Zaldibar, a la que se presentaron tres ofertas. Es elegida para ejecutar las obras la misma sociedad que realizó la adecuación del antiguo balneario en manicomio (*Bilbao Torrónategui, San Salvador y Cia.*), por un importe de 67.495 pesetas. El plazo estimado por el arquitecto para la conclusión de las obras fue de 6 meses. En el proyecto presentado por el Arquitecto se subraya que las obras de vidriería emplomada, decoración y talla de madera podrán ser encargadas directamente por el Arquitecto. El importe final de las obras ascendió a 87.789,19 pesetas, y su ejecución se alargó entre julio de 1925 y noviembre de 1926.



La Capilla, dedicada a la Virgen Milagrosa, es de planta latina, con ábside semicircular, enriquecido con ocho vidrieras de colores en sus vanos elaboradas por la empresa Vidrieras Artísticas con un coste de 2.100 pesetas. Bóveda de tres roscas y amplio presbítero. “Tiene coro, con una balaustrada de madera tallada artísticamente. En la fachada principal orientada al sur, se puede observar el ábside semicircular, con unos vanos de arco de medio punto, con las columnas esculpidas sobre cornisa continua y molduras decoradas con diversos motivos” (19). Según la memoria de la obra(20), el contratista al que se le adjudicase debía presentar modelo en barro primero y después en yeso, en tamaño natural, de cada uno de estos elementos de talla. La fachada principal proyectada difiere de la existente al no construirse el pórtico por causas que se desconocen. En el informe final de liquidación de la obra se asegura que su no construcción repercutió directamente en el aumento del coste final, al tener que realizarse la cimentación y relleno del pórtico y ejecutar en sillaría parte del muro alto que quedaba oculto por la cubierta del pórtico. Por lo tanto, el motivo no debió ser estrictamente económico.

“En cuanto a la espadaña, su frontispicio queda rematado con un pináculo sobre tímpano, coronado por veleta y cruz de remate elaborados en forja artística “ (19). La adquisición de la campana se demoró hasta 1943, fecha en la que se solicitó a la empresa de Miranda de Ebro *Casa Viuda de Ángel Perea*, un presupuesto. Su precio fue de 1.239 pesetas, e incluía un yugo de hierro ajustado a una campana de 43 kgs. de bronce con su badajo, además el herraje de amarre a tuerca doble y con cigüeñal para poder ser volteado desde abajo.

Se sabe que durante el Románico existieron dos tipos de altares: el cúbico y el de columnas(21). El escultor Manuel de Bastera, creó una mesa de altar que conjugaba ambas tipologías, con un fondo de forma cúbica y un frontal con 6 columnas románicas con basa, fuste y capitel decorado, que sostienen cinco arcos de media punta con decoración en representación de las dovelas. La conjunción de los arcos y las columnas con la luz artificial del espacio reflejan una sombra con efecto lágrima en el fondo de la pared interior del altar, si bien desconocemos si fue un efecto buscado por el escultor. Su importe fue de 3.300 pesetas.



En el dintel de la puerta de acceso a la capilla, se encuentra la inscripción en Euskera.

Cuya traducción es: *Madre tierna protégenos*. La Diputación, a través del arquitecto Luis de Elejabeitia consultó el texto en euskera con Resurrección María de Azkue, presidente de *Euskaltzaindia*, que en carta manuscrita corrigió de manera razonada la propuesta inicial de la Diputación(22). La razón de que la petición de ayuda la realizase Luis de Elejabeitia (que no era el arquitecto de la obra) es que según se desprende de la misma respuesta de Resurrección María de Azkue, existía una relación previa entre ambos.

Como dato anecdótico de la construcción de esta capilla destaca que la devolución de la fianza que entregó el contratista al iniciar la obra en 1925 (según la documentación disponible la obra fue terminada en noviembre de 1926) se produjo en el año 1946.

3. Juan de Aranoa Carredano (Bilbao 1901 – Los Olivos, Argentina 1973)(23)

“Desde pequeño quise ser pintor, sin interesarme después más que dos cosas: vivir en paz con mi conciencia, renunciando de antemano a cuantas ambiciones pudieran bastardear su depuración y consagrarme a la pintura, en busca siempre de una nueva dificultad para intentar dominarla”(24)

Estamos ante los ejes vitales del autor de los frescos que decoran la capilla de Andra Mari del Hospital Zaldibar.

Juan de Aranoa Carredano, nacido en Bilbao en 1901 y fallecido en Los Olivos (Argentina) en 1973, fue un artista hijo de un país de *“economía floreciente que necesita arquitectos, escultores, pintores y de una sociedad acostumbrada a intercambios económicos que hace posible el viaje a Londres, a París e incluso el cruce del Océano hacia América al comerciante, al industrial y al artista y también a los miembros de una sociedad rural y tradicionalmente sedentaria como son los pastores”* (25).

Cuarto hijo de una familia acomodada comienza su senda artística en la *Escuela de Artes y Oficios de Bilbao* (1879), escuela que fue reflejo y consecuencia de *“las dos últimas décadas del XIX, decisivas en la modernización y el desarrollo de la vida económica y social de la ciudad y testigo de su despegue cultural y artístico”*(26) y cuna de nombres emblemáticos del considerado *“Arte Vasco”*, teniendo como profesores, entre otros, a Higinio Basterra, Antonio Aranburu.

Al finalizar los estudios en Bilbao, Aranoa marcha a París en 1920, lugar referente de las generaciones anteriores de artistas vascos. Su coetáneo Flores Kaperotxipi explica esta predilección *“... si los artistas vascos comenzaron a sentir preferencias por París, según nos dice un crítico, fue precisamente, porque no se estrangulase su personalidad en el ambiente madrileño del momento”*(27). Referente a este viaje hay una discutida anécdota sobre si fue una beca de la Diputación Foral de Bizkaia la que se lo facilita (concedida y posteriormente retirada por ser de *“familia pudiente”*) (28) o bien como él puntualiza en su autobiografía, *“no fui nunca becado por la Diputación de Bizkaia ni por ninguna otra insti-*



tución sino que marché apoyado por mi hermano Esteban Isusi y mi familia” (29).

En París estudia en *L'École des Beaux Arts*, referencia en el mundo de la enseñanza del arte clásico así como en la *Academie Julien*, símbolo de esa época por permitir desarrollar otras visiones alejadas del clasicismo, principalmente el impresionismo. Le marca el conocimiento y comprensión de Paul Cezanne en este viaje iniciático mientras profundiza en el estudio de los maestros del pasado en el Louvre. *“Esta lección no la he olvidado en toda mi vida de pintor” (29).*

Tras esta inicial etapa parisina viajará a Italia donde completará su formación redescubriendo a los primitivos y clásicos, y halla en estos según él mismo indica *“todos los ismos que se manejan en nuestra época (impresionismo, cubismo, surrealismo, expresionismo así como los principios de la abstracción en su perfecto logro: al servicio de una totalidad” (29).* Con su regreso a Euskal Herria para realizar el servicio militar finalizará esta fase de consolidación de influencias.

Instalado ya en Amurrio, trabaja con su hermano Esteban Isusi en la iglesia de la localidad. En el año 1925 expone por primera vez con la *Asociación de Artistas Vascos*, creada en 1901 en Bilbao sin un credo ideológico común pero con un fin primordial: *“fomentar el desarrollo de las Bellas Artes, organizar exposiciones, concursos y conferencias,...” (30).* Potenciar, en opinión de Plazaola, un *despertar en la capital vizcaína un dinamismo cultural que permitiese, por medio de exposiciones, proyectar el arte vasco hacia el exterior” (31).* Acude con 30 obras obteniendo un rotundo éxito y Aurelio Arteta, que le había enseñado todos los secretos de la pintura mural, aprovecha la exposición para adquirir la primera obra de Aranoa destinada al *Museo de Arte Moderno de Bilbao*: El retrato del pintor Mauro Ortíz de Urbina. Este creciente reconocimiento le llevará a exponer no sólo en el País Vasco, sino también en diferentes galerías de Madrid, como por ejemplo, en la *Sala Nancy*.

En 1927 se produce el salto definitivo en su carrera. Ante la “angustiosa” petición del arquitecto Guzmán, acomete la decoración de la Iglesia para los PP Trinitarios de Algorta (Bizkaia) realizada en el tiempo record de una semana, el tiem-

po que restaba para la inauguración. Resultará ésta una obra muy celebrada que le supondrá aumento de fama y trabajos. Este mismo año se casa con Concha Zulueta a la que había prometido que tras la boda, *“abandonaría la pintura y la vida bohemia”.* *“Pero mi madre se dio cuenta de que la pintura era su vida y no podía vivir sin ella, así que le animó a continuar” (28).* El matrimonio tuvo 7 hijos de los cuales, las dos últimas, nacieron en Argentina

Un año después, en 1928, se encarga de la realización de las pinturas al fresco del presbiterio de la capilla de Andra Mari del Sanatorio de Zaldibar, y continúa el año siguiente con la ejecución al fresco también, de las 14 estaciones del Vía-Crucis (el primero de los cinco Vía-Crucis completos que realizará en su vida) y los 15 Misterios del Rosario. Su intervención en esta capilla terminará dos años después, en verano de 1930, cuando al tener conocimiento de que sigue inacabada la decoración de ésta, se ofrece a finalizarla por un precio simbólico *“porque me interesa grandemente, el hacer de esa bella capilla una manifestación completa de mi arte...” (32).*

Los años siguientes estarán repletos de trabajo, la iglesia de San Francisco en San Sebastián, los murales del restaurante Luciano en Bilbao, los frescos del bar “El Tilo” en la misma villa, gran número de retratos y por supuesto, su producción religiosa centrada en sus Vía-Crucis. A juicio de Plazaola, Aranoa *“vivió con profunda sinceridad una fe religiosa que le inspiró sus mejores obras” (33).* Esta idea es compartida por su hijo Juanjo quien explica que *“mi padre, era ante todo, un pintor religioso. Toda su obra era religiosa aunque los temas no lo fuesen formalmente. Su forma de mirar y sentir la vida era religiosa, sentirse en comunión con las cosas” (28).*

Poco después, en 1932 gana el concurso de la Diputación de Bizkaia para la “Alegoría de la República” comenzando así su producción mural no religiosa quedando también finalista del II Certamen de Pintura y Escultura del País Vasco.

Es en el año 1935 cuando el arquitecto Secundino Zuazo Ugalde, arquitecto de renombre, tras ver los dibujos iniciales del restaurante Luciano, le propone que realice los frescos del Frontón de Recoletos en Madrid. Aranoa acepta el proyecto



al tiempo que va diseñando la decoración que el arquitecto Galíndez le había encargado para la compañía de Seguros “La Aurora Polar” en Bilbao.

Mientras ejecuta la obra de las bóvedas del Frontón de Recoletos y los diseños de las pinturas murales de la futura estación del norte de Bilbao, Zuazo, de nuevo, le pide presupuesto para la decoración total de los Nuevos Ministerios en el Paseo de la Castellana, “una obra para toda la vida”(28) según la califica el hijo del pintor, Juanjo Aranoa.

Pero estalla la Guerra Civil y tiene que marchar a Francia. Implicado en un controvertido suceso se verá perseguido hasta que con ayuda de salvoconductos y cartas de cargos republicanos logra llegar a Barcelona y desde El Prat pasar la frontera instalándose finalmente en Bayona donde le esperaba su familia. Una vez allí continúa trabajando, alternando su tiempo entre Iparralde y París. Es la época de los frescos del restaurante Zatoste de París, previos a la exposición en la misma ciudad de su Cuarto Vía-Crucis (Col. García-Urriaga, México), de la participación en Eresoinka y la Muestra de Arte Vasco que recorre Europa, retratos etc. pero comienza la Segunda Guerra Mundial. En 1940 retorna a Bilbao donde continúa con trabajos que dejó inacabados por el golpe militar aunque como confiesa en su autobiografía “*sigo soportando una fuerte crisis en mi camino como pintor que comenzara en 1936*”(29).

A esta crisis se le añade la inconformidad con el franquismo que varias veces le pretende como valor del nuevo Régimen “*Lequerica pensaba que mi padre por ser católico era franquista*”(28) pero el trato recibido por su madre a mano de los golpistas, la incautación de bienes de su mujer, la desaparición de su hermano Eduardo, gudari preso, su sentir nacionalista vasco, unido al acoso sufrido por rechazar los encargos franquistas, le hacen exiliarse definitivamente en 1941 a Argentina con su mujer y sus cinco hijos.

“Mi padre se exilió porque quiso” explica Juanjo de Aranoa y Plazaola que, en su trabajo sobre el gran éxodo del Arte Vasco producido por el Golpe militar de 1936, le incluye en el grupo de “los que no regresaron” junto con Arteta, Tellaeché,

Kaperotxipi, a pesar de sus constantes viajes posteriores “Aranoa pertenece a ese grupo del “trastierro” que habiendo tenido que abandonar el país por la situación, triunfaron en el lugar de acogida”(31).

Durante diez años sigue trabajando y exponiendo sin cesar, retratos, Vía-Crucis que son exhibidos en Montevideo, Nueva York, Buenos Aires. “*Realizó aquí (Argentina) una de sus obras de mayor aliento y categoría. Me refiero a su celebrado “Calvario” que causó sensación...Aranoa da en este la muestra de lo que tendría que ser el arte religioso en las iglesias*”(27).

Su visión cristiana de la vida le hizo concentrarse en el tema de la Pasión de Cristo y sobre el Vía-Crucis dejó cinco versiones cuya comparación revela bien su trayectoria estilística. Su lenguaje se va simplificando y desde una primera interpretación en la pintura de planos parece relacionarse con la veleidad neocubista, común en nuestros artistas jóvenes de los años 30, va pasando a cierto manierismo expresionista para terminar en un estilo sintético al que somete la figura humana: retratos y personajes sagrados. Ellos consagran a Aranoa como uno de los maestros más personales y auténticos de su generación”(31).

En 1944 se aleja de la ciudad “mastodonte” de Buenos Aires y busca sosiego en Los Olivos, estableciendo allí su hogar.

Cinco años después ingresa por un problema vascular en un hospital de Nueva York permaneciendo allí 7 meses que aprovecha para proyectar los murales del mismo pero “*continúa mi crisis como pintor acentuada por mi grave estado de salud. Mis logros como retratista los consigo por mis conocimientos de dibujo, composición y expresión, nada más*”(29).

Parece que todo ello le lleva a decidir pasados dos años, volver a Bilbao “con ánimo de reponerme”. Instala su estudio en la Torre de Ercilla de Bermeo que alterna con la Cofradía de Pescadores, donde continúa afrontando sus numerosísimos encargos caracterizados en este momento por la temática vasca, más dulce, melancólica “obras deliciosas que, le consagran como un gran maestro de la pintura vasca”(31).

En esta última época son constantes sus viajes de Argentina a Euskal Herria donde expone por última vez en Bilbao en la sala Arte en 1972. *“Aún recuerdo el interés que ambas muestras tuvieron. Hasta entonces no había visto nada parecido. La gente se arremolinaba en el exterior delante del local aún cerrado para ser los primeros -quiero creer- en contemplar las nuevas pinturas del maestro Aranoa y no para especular con su obra*(34).

Un año después fallece en Olivos (Argentina).

4. Programa iconográfico de la capilla del Hospital Zaldibar²



La capilla del Hospital de Zaldibar acoge en sus muros una de las obras de Juan de Aranoa más desconocidas (y escondidas), y quizás por ello, más digna de admirar. Por su planta de cruz latina se puede hacer un recorrido, casi a modo de catequesis, por episodios de la tradición cristiana, más concretamente, del Nuevo Testamento (los *Evangelios* y los *Hechos de los Apóstoles*), y se le suman escenas que la piedad popular aportó a la iconografía cristiana.

Más concretamente, el programa recoge la infancia de Cristo (por tanto, parte de la vida de la Virgen María), su vida pública y la que es conocida como la Pasión, que son los momentos desde la Santa Cena hasta su Resurrección.

La exposición de los temas se realiza en el ábside, en el crucero, donde aparecen historiados; el

arco triunfal, la bóveda y los “tímpanos” de los dos arcos que dan acceso a los brazos del transepto; el brazo derecho del transepto; el coro y los muros de la nave. El espacio del brazo izquierdo del transepto queda sin escenas que lo decoren y lo cubre un artesonado con motivos geométricos pintados.

Y se debe mencionar un hecho: la decoración pictórica de la capilla no tuvo como protagonista sólo a Juan de Aranoa, sino que su hijo y su nieto, Juanjo y Patxi, respectivamente, siguieron con la obra del primero, realizando cada uno una escena en uno de los brazos de la capilla de Zaldibar.

Ábside

Las escenas del ábside, en cuarto de esfera, se disponen cada una dentro de un marco pintado. La imagen central es de la *Virgen Milagrosa*, muy venerada por las Hijas de la Caridad, congregación a la que pertenecían las monjas que se hallaban en el hospital. Esta comunidad fue fundada en Francia en 1830, y uno de los episodios de su historia narra que a la joven novicia Catalina Labouré se le apareció la Virgen en tres ocasiones en la capilla del convento en París. En una de estas apariciones, la Virgen portaba unos anillos cubiertos de piedras preciosas que despedían destellos de luz.

La indumentaria de la Virgen es la canónica, vestido blanco y manto azul. De sus manos emanan rayos de luz y se inclinan hacia la tierra en actitud maternal. Mira hacia abajo, a Catalina, quien viste el hábito azul y la blanca cofia de la orden, reminiscencia de los antiguos trajes que usaban las campesinas. La joven mira hacia arriba, y junta las manos a la altura del pecho en actitud de oración. Una forma ovalada rodea a la Virgen. Se aprecian unas escaleras y el suelo es ajedrezado, dando contraste de color y creando perspectiva.

A la izquierda del ábside, una escena de la infancia de Jesús. Es un momento de la vida doméstica, las figuras están en el taller de carpintero de José. Es un instante cotidiano: María de cuclillas dando de comer a Jesús, que está en el suelo, mientras José está trabajando. Es conocida como la “Trinidad terrenal”. Pero no es sólo eso, es la prefiguración de la muerte de Cristo, ya que las herramientas asociadas al trabajo de José se

² Para la realización de este apartado se ha utilizado las siguientes referencias bibliográficas: (35)(36)(37)(38)(39)(40)(41)(42)(43)(44)(45)(23)



relacionan con elementos de la Pasión (madera para la cruz, clavos, martillo, escalera...).

Un ventanal abre el campo de visión y se ve, fuera, la silueta de un hombre. Dentro del taller, por el lateral izquierdo, asoma una mujer, que podría ser Isabel, madre de San Juan Bautista.

A la derecha del ábside, la representación de *los Santos Parientes*. Es un retrato familiar. Según una tradición apócrifa, Ana, la madre de la Virgen, estuvo casada en tres ocasiones: de cada matrimonio tuvo una hija, todas llamadas María, y tuvo siete nietos. Parece que en esta escena están representados las cuatro mujeres, los niños y José.

Se abre el espacio y una figura sobre un asno sube una colina, es la escena de la *Huida a Egipto*. Durante el primer año de vida de Jesús, Herodes el Grande ordena matar a todos los niños menores de dos años de Belén, ya que uno de estos estaba destinado a ser “rey de los judíos”, y tuvo miedo que ello significara su derrocamiento. Un ángel se le había aparecido a José en sueños y le avisó del peligro que corrían, así que partieron hacia Egipto, donde permanecieron hasta la muerte del monarca.

En la franja superior izquierda elementos que aluden a la eucaristía y a los ritos propios de la misa: una hogaza de pan, cáliz, dos libros y una partitura. Todo sobre una mesa con mantel blanco (referencia a la de la Santa Cena y al altar). En el lado derecho, y también sobre una mesa con mantel, un cordero -clara prefiguración del sacrificio de Cristo y atributo de las personificaciones de la amabilidad, inocencia, paciencia y humildad-. Además, es una de las representaciones más antiguas de Cristo desde el arte Paleocristiano. Se suman un tintero con una pluma, otra partitura y, un elemento curioso: Aranoa apoya un libro verticalmente y lo abre por una de sus páginas, donde se puede leer: “*1928ko, semendiya'ren 16 garenian asitako lana. Aranoa*” (“*Trabajo comenzado el 16 de noviembre de 1928. Aranoa*”).

En la franja central, cuatro corderos suben una pendiente. En la esquina de la izquierda, la puerta de Jerusalén. En la parte inferior del ábside y, a modo de friso, seis angelotes, unos portan

instrumentos (flauta, lira), otros aparecen en una actitud distendida (brazos cruzados, cabeza apoyada en la mano). Cada uno enmarcado en un cuadrilátero y, en el marco central, la imagen de *San Miguel arcángel con el dragón*. Es el defensor de la Iglesia y jefe de los soldados celestiales, lleva escudo y siempre se representa alado. En algunas exégesis bíblicas se le identifica con Cristo. Con su lanza mata al dragón, que representa al Mal.

El **arco triunfal** enmarca el altar y separa la nave del ábside. Está formado por tres arquivoltas: la exterior con decoraciones de tipo geométrico, la central está historiada, y las dos descansan sobre columnas sin capitel, y cuyo fuste está formado por figuras humanas pintadas en el muro que portan un libro y llevan una aureola; y la interior “*sobre dos columnas, (...) de piedra arenisca, está tallada con motivos de taqueado, y los capiteles de las dos columnas, con motivos vegetales*”⁽¹⁹⁾.

En la rosca central se ve una síntesis de la vida de Cristo, son los *Misterios Gozosos* y los *Dolorosos* del Santo Rosario. Las escenas se presentan como si fuesen las dovelas del arco, pero no aparecen separadas como tal, sino que los propios personajes cierran cada episodio.

La primera escena es la *Anunciación*: el arcángel Gabriel anuncia a María que va a ser la madre del Mesías. Ella aparece de pie, con las manos unidas a la altura del pecho, en señal de aceptación.

El arcángel está sobre una piedra, levanta una mano casi como si estuviera declamando, dando más suntuosidad al momento, y para remarcar que lo que dice es mensaje de Dios.

La Visitación: momento en que la Virgen, embarazada, visita a su prima Isabel que, a su vez, está embarazada de San Juan Bautista.

Natividad: la Virgen acuesta a Jesús en el pesebre, prefigurando la mesa de la Santa Cena. Les acompañan José y un ángel, y un buey calienta con su aliento al pequeño.

Presentación de Jesús en el templo: María y José llevan al Niño para ser consagrado a Dios. Al mismo tiempo, también es el rito de la purificación de la madre. La escena tiene lugar en el templo

construido por Salomón en Jerusalén, pero aquí sólo se aprecia un altar. Las figuras centrales son María y el sacerdote Simeón, quien coge al Niño. Junto a María está José, y detrás del sacerdote la profetisa Ana. Es un momento importante porque es el primer reconocimiento de Jesús como el Mesías, ya que a Simeón se le había prometido que no moriría sin verlo. Pero a la alegría de la llegada del Salvador se une el triste vaticinio del dolor de María.

Jesús entre los doctores: la escena es en el mismo templo, pero Jesús tiene ya 12 años. Fue a esa edad cuando acompañó a María y a José a Jerusalén con motivo de la celebración de la Pascua. En el camino de regreso vieron que Jesús había desaparecido y lo encontraron en la ciudad, en el templo, debatiendo con los escribas judíos. Jesús enumera con los dedos sus argumentos. María y José justo aparecen por un lateral. Es el primer ejemplo de las enseñanzas de Cristo.

Agonía en el huerto: después de la Santa Cena y antes de su detención, Jesús se retiró al monte de los Olivos a rezar. Vive un combate espiritual, ya que su lado humano teme el sufrimiento que le espera, pero, por el contrario, su lado divino le da fuerza (“agon” en griego significa “lucha”). Jesús está de rodillas sobre una roca, y un ángel le ofrece un cáliz y le consuela.

Flagelación de Cristo: Poncio Pilato, gobernador de Judea, ordena que lo flagelen, poco antes de que lo crucifiquen. Cristo aparece de frente, atado a un balaustre. Lleva el manto de pureza o *perizonio*, en este caso, igual que sus verdugos. Está más agachado, sufriendo. Aranoa coloca a un verdugo de espaldas, cerrando el círculo que forman. Es una escena que denota movimiento, le están azotando con varas de abedul, pero es un instante parado.

El siguiente episodio y preludio del camino al Calvario es la *Coronación de espinas*: los soldados de Pilato visten a Jesús con una túnica roja, una corona de espino y le ponen una caña a modo de cetro. Uno le va a golpear en la cabeza y otro se arrodilla. Le rinden “homenaje” como rey de los judíos. Se están burlando de él.

Camino del Calvario: Jesús porta la cruz camino de su muerte. Hay una “inconexión” porque no

viste la túnica roja con la que fue “coronado” y que luego se disputarán los soldados.

Calvario: popularmente se llama así a la escena que muestra a Cristo crucificado y, a ambos lados, a María y San Juan Evangelista. Calvario o Gólgota es el nombre del monte donde fue crucificado. En ambos casos, etimológicamente significa “lugar de la calavera” (uno en latín y otro en arameo), ya que según la tradición este lugar fue el lugar de enterramiento de Adán. De ahí que muchos artistas opten por colocar un cráneo bajo la cruz, que sería el del primer hombre y tendría como significado la redención de éste.

Crucero

En la zona del crucero, la bóveda central, de tipo vaída, acoge la Coronación de la Virgen. Es el momento en el que se reconoce como “reina” del cielo a ésta, a continuación de la Asunción. Es una ceremonia celestial presidida por Dios Padre y por Cristo. María es coronada por estos en presencia de ángeles, el pueblo y el Espíritu Santo.

El escenario es rocoso, una escalera de piedra se bifurca y por ella ascienden las gentes del pueblo, invitados por un ángel. Ancianos, jóvenes y niños quieren presenciar este momento, y cada uno actúa de diferente manera: unos señalan la escena, otros hablan, ponen cara de asombro, o rezan; incluso un joven nos mira y nos saluda (es el elemento de enlace, a la manera barroca).



En la cima, María, vestida lujosamente con un manto azul y un velo, está arrodillada ante Dios Padre y Cristo, y ya ha sido coronada. El Hijo está sentado y acaba de colocar la corona a la Virgen, por ello sus manos todavía permanecen en el aire. Dios Padre está de pie y abre los brazos en señal



de bendición. En la cúspide, el Espíritu Santo en forma de paloma, que es el vértice. María está un poco más abajo que la Trinidad, pero el esquema que componen forma una clara unidad cuatripartita. Un nimbo formado por teselas plateadas pintadas, dando un toque bizantino, les rodea.

En el fondo oscuro se intuyen también personajes que presencian la escena. Se arrodillan, señalan, rezan. La mayoría de los rostros aparecen apenas esbozados, ya que Aranoa da más importancia a los tres personajes principales.

El “tímpano” del arco que da paso al brazo derecho de la planta aloja la representación de la Asunción de María. Es el momento en que ésta es subida al cielo, tres días después de su muerte. La Virgen sale de la tumba y los ángeles la llevan al cielo. Por ello, hay dos partes diferenciadas: la tierra, con los apóstoles que ven cómo María es ascendida; y el cielo, la parte superior, donde están los angelotes que la suben.

A su muerte tendría más de 70 años, pero es común desde siempre representarla joven. Hay un personaje sobre el sepulcro, que se apoya sobre él sin fuerza y que ve cómo ascienden a la Virgen. Viste túnicas negruzcas y su tez es grisácea, como sin vida. Podría ser el cuerpo de María que ve cómo asciende su alma, pero varios textos explican que subió en cuerpo y alma. Aranoa, junto con este personaje ambiguo, coloca a trece personajes masculinos, que portan túnicas y que se supone son los apóstoles, que fueron quienes presenciaron el momento. Pero se debe entender que once personajes son los apóstoles (ya que Tomás faltó), y se desconoce quiénes son los otros dos.

María porta el manto azul y la túnica blanca, mira al cielo, que es a donde se dirige, y un halo dorado la empieza rodear. Es otro de los pasajes que enaltece la figura de María, que siempre está en paralelo con todas las escenas de glorificación de Jesús. Por ello, en el “tímpano” opuesto se encuentra la escena de la Ascensión de Cristo.

Pentecostés: se encuentra sobre la escena de la Asunción, pero en una zona de transición entre la bóveda y el “tímpano”, y está paralelo al suelo.

Tras la muerte de Jesús los apóstoles tomaron la costumbre de reunirse en una casa de Jerusalén.

Estos habían vuelto a ser doce después de elegir a Matías como sustituto de Judas. En uno de estos encuentros -en el que participó la Virgen-, el día de la festividad judía del Pentecostés se les manifestó el Espíritu Santo, que les otorgó la facultad de expresarse en todas las lenguas del mundo.

Todos los personajes están sentados sobre un banco de piedra. Hay dos grupos de tres -cada uno en un extremo-. Los demás participantes están espaciados, adoptando cada uno una actitud diferente y manifestándolo con sus manos y brazos. En el centro, una figura con túnica blanca cuyo rostro no se ve muy bien, pero, por ser más esbelta que las demás figuras y por los frunces a la altura del pecho en la ropa, se puede deducir que se trata de un personaje femenino. Por lo demás, el Espíritu Santo sobre su cabeza y la ausencia de una mesa, confirmarían que se trata de este pasaje reflejado en los *Evangelios* y en los *Hechos de los Apóstoles*.

Resurrección: está en el lado opuesto del Pentecostés y en la misma disposición. Aranoa opta por una de las dos maneras que hay de representar la Resurrección: Cristo emerge de la tumba, una luz dorada lo rodea y su gesto de brazos abiertos reproduce la posición en la cruz, pendiendo de ellos el sudario. Los soldados, que estaban de guardia para que su cuerpo no fuera robado, se despiertan sorprendidos, con gran estupor. Es un momento de gran intensidad, donde se adoptan poses un poco retorcidas, *miguelangelescas* y, por extensión, recuerdan al Greco y su *Laocoonte* (deudor también de Miguel Ángel). Los personajes se adaptan al marco y el artista crea perspectiva: al fondo, Jesús saliendo del sepulcro, siendo los soldados de dimensiones más grandes, ya que están más cercanos. Aranoa calza a uno de estos con unas albarcas, quizás para hacerlo más próximo al espectador.

Ascensión: bajo la Resurrección. Como en la Asunción, la representación del cielo y la tierra. Ocurrió cuarenta días después de su resurrección, en el Monte de los Olivos. Con su mano izquierda bendice a sus discípulos. En su costado derecho se aprecia la herida producida por la lanza del soldado Longinos, quien trataba de confirmar su muerte. Le rodea una luz dorada que ilumina la escena.

En la tierra, gentes del pueblo -entre los que estarán los Apóstoles-, cuya apariencia está ligada al estereotipo creado por el costumbrismo vasco en pintura. Algunos rostros están muy trabajados(19), como el del hombre en medio de otros dos en la parte izquierda, que están a un lado de un tronco quemado. En la iconografía, el árbol seco alude al destino de aquellos que rechazan el Bautismo.

La disposición de su cuerpo y la perspectiva están uniendo la tierra y el cielo. Aquí, arriba, a la izquierda de la composición, le esperan hombres y mujeres. A la derecha, un animado grupo rodea y admira a un “apolo” que toca la lira y, un poco más apartada, una mujer se arrodilla y, orando, mira a Cristo. No está claro a qué se refiere, puede hacer alusión a que, se sigue o la razón o la fe -a la manera que ya Rafael lo dispuso en las “*Estancias Vaticanas*”-.

Brazo derecho del transepto

Los muros de esta zona de la capilla fueron realizados en los años 80 del siglo XX por el hijo y el nieto de Juan de Aranoa. En la pared opuesta al ventanuco, Patxi Aranoa representa el Bautismo de Jesús. Cristo fue bautizado en el río Jordán por San Juan Bautista. San Marcos relata cómo “*acudía toda la provincia de Judea y todos los de Jerusalén*” a ser bautizados por San Juan. En este caso, todos los que esperan en la orilla son mujeres y niños. Una está de espaldas, semidesnuda, sentada sobre una piedra, mientras que otra es ayudada a desvestirse, ya que despojarse de las vestiduras simboliza la elección de dejar atrás la vida anterior para entrar en una nueva dimensión existencial.

Al mismo tiempo, desde el otro lado de la orilla, San Juan bautiza con una vasija poco profunda a Cristo, quien está arrodillado juntando las manos a la altura del pecho en señal de aceptación. Lleva un paño enrollado a la cintura y sobre su cabeza vuela la paloma, ya que es el momento en el que el cielo se abre y el Espíritu Santo baja sobre él.

El marco de representación es rocoso, cerrando el espacio dos grandes piedras al fondo. La escena es oscura, pero equilibrada por la claridad de las blancas piedras. Pero lo más curioso es la introducción de cuatro soldados tras una de

estas rocas. Portan lanzas y uniformes y el conocido como “casco checo”. Es como si estuvieran protegiendo este momento, o a la Religión en su conjunto, de algún “enemigo” que se aproxima.

Juanjo de Aranoa se encarga de la representación de la Santa Cena, erróneamente conocida como “la última”, ya que ésta fue la que se celebró en Emaús con dos de sus discípulos, una vez resucitado.

Es el momento dramático del anuncio de la traición de Judas, con las diferentes reacciones de los apóstoles conmovidos ante la revelación. La mesa se ha transformado en un altar sobre el cual está dispuesto el cáliz para el vino. Judas está a punto de salir de la estancia, mientras un apóstol le señala. Se está separando del grupo y sostiene en su mano el saquito con las monedas que le han pagado por su traición. Jesús está en el centro, bendiciendo el vino y con rostro sereno. Al lado izquierdo, un muchacho les sirve en la mesa. Al fondo, dos paneles que abren el espacio y a través de los cuales se ven arquitecturas y paisaje. En la parte superior, una cruz latina preside la estancia.

Vía Crucis



Hace referencia al camino que hizo Jesús hasta el Calvario portando la cruz, y configura sus últimos momentos terrenales. Puede denominarse también las “Estaciones de la cruz” o la “Vía Dolorosa”. En los Evangelios, el relato no tiene una gran extensión, por ello llama la atención la tremenda desproporción entre las fuentes y la gran profusión que ha tenido en la iconografía.



Está compuesto por catorce imágenes: Jesús condenado a morir, acepta la cruz, cae por primera vez, encuentra a su madre la Virgen, es ayudado por Simón el Cireneo a llevar la cruz, Verónica limpia su rostro, cae por segunda vez, consuela a las mujeres de Jerusalén, cae por tercera vez, es despojado de sus vestiduras, es clavado en la cruz, muere en la cruz en medio de los dos ladrones, es bajado de la cruz y puesto en brazos de María; Jesús es sepultado.

La disposición del Vía Crucis en Zaldibar comienza a un lado de la puerta de entrada (en un lateral de la nave), y continúa por los muros, pasando por debajo del coro y terminando otra vez en la nave. Es la pintura más expresionista de la capilla. Aranoa aquí recuerda al Greco y a Goya, dos estandartes del expresionismo. Lo que quiere decir es que predomina la visión interior del artista y no la plasmación de una realidad (impresión). Es la primacía de la expresión de sentimientos.

Crea un espacio arquitectónico simulado, ya que inventa unos muros de sillería y resalta las escenas con marcos con decoraciones geométricas y vegetales. Pinta en registros arquitectónicos: es la pintura “*en cuadratura*” que Miguel Ángel usó en el techo de la *Capilla Sixtina*. Los marcos en la nave son de forma cuadrangular, sin embargo, debajo del coro tienen forma semicircular. Además, en la zona de la nave finge una sucesión de modillones o canecillos. En estos, reproduce los elementos asociados a la Pasión de Cristo, las conocidas como “*Arma Christi*”: escalera, corona de espinas, martillo, clavos, los dados con los que los soldados se sortearon sus prendas, cáliz, ramas de olivo, una cruz... También rostros, un cordero, y una mano.

En el *episodio VI*, Verónica limpia el rostro de Jesús y, al hacerlo, en el paño se queda marcada la “verdadera imagen”, la “*veron-icon*”. Finalmente el atributo dio el nombre a esta mujer.

Episodio XII, Crucifixión: Cristo clavado con cuatro clavos en una cruz latina. Cabeza hacia atrás, mira al cielo, todavía está vivo pero ya agonizando, boca entreabierta. Viste únicamente el paño de pureza, triangular, y está coronado de espinas. Sus piernas hacen un ligero *contrapposto*. El paisaje es oscuro, tenebroso,

la luz viene de su aureola dorada. La Virgen está a su derecha y le besa las piernas. Un hombre, y dos figuras que parecen dos mujeres, admiran la escena, horrorizados.

Episodio XIII, escena que combina varios episodios: el Descendimiento de Jesús de la cruz, llanto sobre Cristo muerto y la Piedad. Ya han bajado a Jesús de la cruz y su cuerpo es el que reúne a todas las figuras: María lo sostiene en su regazo y le besa el rostro. Han extendido su cuerpo sobre una sábana de lino (la que será la “*Sábana Santa*”), que ha llevado José de Arimatea, un hombre rico y poderoso seguidor de Jesús que se lamenta con las manos en la cabeza; una mujer junta las manos en oración y otra está de pie junto a los pies de Cristo. Están reunidos en la base de la cruz y todavía permanece la escalera por la que lo han descendido, formando ésta parte de la iconografía de la Pasión, pero también hace referencia a la ascensión al Paraíso.

En la versión más rigurosa del tema se reunirían alrededor siete personajes: la Virgen, José de Arimatea, Nicodemo, San Juan Evangelista, las dos hermanas de la Virgen (también de nombre María) y Magdalena; aquí hay seis.

La imagen conocida como la Piedad es el instante en el que la Virgen es consciente de la muerte de su hijo. Es un momento íntimo, de despedida y de desesperación contenida. Es una iconografía fruto del sentimiento popular, a la que no hace referencia ningún pasaje evangélico ni los *Apócrifos*. En Zaldibar no es una escena aislada, sino que se combina con las otras dos.

Entierro de Cristo, *episodio XIV*: tuvo lugar en un sepulcro excavado en la roca, próximo al Calvario, propiedad de José de Arimatea. Éste sostiene el cuerpo por la espalda y Nicodemo por los pies, mientras lo introducen en la tumba. Magdalena está arrodillada, con el pelo suelto y las manos en la cara, lamentándose. María está de pie junto a una de sus hermanas y a un hombre, que se supone es San Juan, aunque suele estar representado como un hombre joven.

Coro

En el coro, Aranoa recrea un ambiente totalmente *bizantino*. Vuelve a la tradición de las igle-

sias bizantinas, con sus muros ricamente ornamentados con colores vivos y mucha presencia de dorados, recuperando la técnica del mosaico, aunque ésta sea figurada. Sin duda podría ser un recuerdo de su viaje al norte de Italia y de sus iglesias decoradas con mosaicos.

Preside el espacio una imagen de la Virgen con el Niño, un guiño a la imagen medieval de la Andra Mari de Zaldibar, pero esta vez con un toque totalmente oriental. Esta fue la primera titularidad que se ideó para la capilla, pero su advocación final fue para la Virgen Milagrosa. “*Resulta un tanto extraño, que habiendo sido proyectado dedicar la titularidad de la capilla a la Andra Mari de Zaldibar (...), al final se pusiera bajo la advocación de la Virgen Milagrosa (...). ¿Se puede pensar (...) que la imagen románica [de la Andra Mari de Zaldibar] no resultaba del agrado de la Comunidad de las Hijas de la Caridad, y que optaron o influyeron para cambiarla (...)?*” (19)

La Virgen sostiene al Niño en su regazo, se sitúan frontalmente al espectador y lo miran. Su expresión es atemporal, casi ausente, serena. Ella apoya su mano izquierda sobre las piernas del pequeño, como protegiéndolo: es una comunicación muy sutil entre madre e hijo, un pequeño gesto, algo que transmite solemnidad. Están sentados sobre una cátedra, cuya forma y elementos decorativos la caracterizan como un trono.

La Virgen viste túnica azul y manto púrpura que prefigura la Pasión de Cristo. Su rostro es alargado, pero no afilado, sus ojos almendrados y su mano delicada. Los pliegues de sus ropajes caen con peso sobre su cuerpo y su figura se intuye fuerte: María es la intercesora entre Dios y los hombres, además, acoge en su seno al futuro redentor. Es la *Virgen Kiriótissa* bizantina -María como madre del Señor- que es difundida a Occidente a través del arte románico.

El Niño posee rasgos redondeados, haciendo un gracioso gesto con la mano izquierda, mientras la derecha la apoya sobre un libro que hace alusión a los textos sagrados. Los dos portan un nimbo dorado con piedras preciosas. Aranoa no imita el mosaico en las dos figuras ni en la representación de la cátedra.

A sus lados, un cáliz y una cruz. Además, en esta zona del coro, semiescondidos, Aranoa, a través de sus particulares “teselas”, coloca figuras como: barcos, una mano en actitud de bendecir, el escudo de Bizkaia, el rostro de un ángel, una casa, y una campana, Cristo muerto, un rostro coronado, un cáliz, un toro, un águila, Cristo con los brazos en cruz, un elefante, un búho, una cruz patada, un pez, una paloma, y un cordero. Son símbolos que hacen referencia a la Iglesia, a la eucaristía, a la Pasión de Cristo. También son imágenes figurativas de Cristo, y la representación del Tetramorfos (los símbolos de los cuatro evangelistas: ángel, toro, águila y buey), además de elementos que hacen alusión a Bizkaia (barcos, escudo).

A esta capilla de Zaldibar se la denomina neorrománica. Pictóricamente y estilísticamente hay elementos que corroboran esto: la tendencia a las formas geométricas y a la abstracción, el hecho de que casi toda la capilla esté decorada, ya que no se consideraba terminada una obra si no estaba ricamente decorada; Aranoa simula en la nave y en el brazo izquierdo del transepto un efecto arquitectónico con la pintura -algo que se hacía en el Románico-, realizando una incisión sobre la cal para simular sillares, lo que daba al interior de los templos un aspecto más lujoso.

Todo esto, además de la técnica al fresco, que requiere gran destreza y capacidad. Es de una resistencia y durabilidad incomparables, siempre que se cumplan los requisitos de aplicación y posterior preservación, ya que el pigmento que se aplica no forma una película sobre el soporte, sino que queda perfectamente integrado en él. El proceso de cohesión de la pintura es una reacción denominada “proceso de carbonatación”.

Se debe hacer un esquema previo sobre la composición que se va a realizar, porque la pintura se aplica sobre el paramento húmedo, lo que deja al artista un máximo de 5 ó 6 horas para trabajar en ese espacio delimitado (también llamado “*jornada*”). Hay que organizar los límites de estas zonas para que no se noten las juntas entre ellas. El hecho de que haya que remarcar las figuras influye en el estilo, que es de línea marcada, y también influye en los colores, los cuales aclaran al secar. Además, es una técnica que apenas permite correcciones.



Juan de Aranoa, antes de realizar su obra en Zaldibar, estudió varios años en París, centro de la modernidad artística desde finales del siglo XIX, y también viajó por el norte de Italia, donde admiraría los frescos renacentistas. Esto es algo que sin duda le dejó huella. Los pintores vascos que viajaron a la capital francesa en estos años contemplan, a través de los ojos de otros artistas, la tradición artística hispana. Ven la fascinación que existía por Velázquez, el Greco y Goya. Pero también conocen la obra de pintores franceses como Cézanne, quien también le influye. Conoce el clasicismo español pero crece en la modernidad artística.

Del Greco adquiere el modo sintético de representar los fondos de su etapa final, su división de las escenas en mundo terrenal y celestial, y la luz espectral vista en algunos casos en Zaldibar. El ambiente oscuro y tenebroso del Vía Crucis y los rostros grotescos son reminiscencias de las *Pinturas Negras* de Goya. De Cézanne, su idea de primitivismo, su *afacetamiento*. Y no se debe olvidar a su maestro Aurelio Arteta, quien también estuvo en París. Para éste, lo popular trasciende para crear un mensaje universal; crea “tipos vascos”, pero que pueden representar a cualquiera. Esto también lo aplica Aranoa, quien coloca estos tipos en escenas religiosas y los convierte en absolutos. Juan aprende de su mentor la técnica del fresco, quien, a su vez, la aprendió de Manuel Losada.

Es, por tanto, un pintor que recoge toda una tradición artística, sabe asimilar toda esa influencia, recogerla y crear un estilo personal. Y es que, como escribía F. García Ezpeleta: “*Juan de Aranoa significa uno de los nombres más meritorios de nuestra más meritoria generación pictórica*”.

Bibliografía

1. Presidencia del Gobierno Vasco. Ley 7/1990 de 3 de julio, de Patrimonio Cultural Vasco.
2. Ayuntamiento de la Anteiglesia de Zaldibar. Descripción del término municipal de Zaldibar [Internet]. Ayuntamiento de la Anteiglesia de Zaldibar. [cited 2012 Sep 25]. Available from: <http://www.zaldibar.org/ES-ES/TURISTAS/Paginas/default.aspx>
3. Foro-Ciudad. Población de Zaldibar 2011 [Internet]. [cited 2012 Sep 25]. Available from: <http://www.foro-ciudad.com/vizcaya/zaldibar/mensaje-9450509.html>
4. Balendin Lasuen Solozabal. Zaldibarko bainuetxeak - Balnearios de Zaldibar. Zaldibar: Ayuntamiento de la anteiglesia de Zaldibar;
5. Azorín (José Augusto Trinidad Martínez Ruiz). En Zaldibar un balneario aristocrático. ABC. Madrid; 1905 Jul 8; 3-4.
6. Antonio Villanueva Edo. La asistencia psiquiátrica en Vizcaya. Norte de Salud Mental. 2004;(19):71-82.
7. Dr. Hueto. Informe del Dr. Hueto en respuesta a la solicitud presentada por el Director del balneario ante la Dirección General de Sanidad. Caja 597 expediente 106 1922: Diputación Foral de Bizkaia; 1922 Oct.
8. Discusiones para la construcción de un nuevo manicomio. ABC. Edición de la mañana. Madrid; 1918 Nov 28; 17.
9. Comisión de Fomento. Orden para que los técnico (arquitecto y director del manicomio) se trasladen a Zaldibar en visita de inspección. Caja 597 expediente 106 1922: Diputación Foral de Bizkaia; 1922 Jan.
10. Diego de Basterra y Dr. Hueto. Informe de la visita realizada a Zaldibar por el arquitecto y el director del manicomio. Caja 597 expediente 106 1922: Diputación Foral de Bizkaia; 1922 May.
11. Diputación provincial. Adquisición del balneario. El Sol. Madrid; 1922 Nov 5; 3.
12. Susana Manso. Comunicación de Susana Manso a la Sociedad Explotadora del Balneario de Zaldibar de la venta. 1922.
13. José Ramón de Basterra. Informe. del comisionado, Jose Ramón de Basterra, por parte de la Diputación para que se acerque al Gobierno Civil para examinar la denuncia interpuesta por Saturnino Marote. Caja 597 expediente 106 1922: Diputación Foral de Bizkaia; 1922 Oct.
14. H. Rodríguez Pinilla. El balneario de Zaldibar se transforma en manicomio. El Sol [Internet]. Madrid; 1922 Jul 21; Available

- from: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0000258289&page=3&search=%2balneario+de+zaldivar%22+diputacion+provincial&lang=es>
15. Gobierno Civil. Comunicación del Gobierno Civil sobre la resolución de evitar la conversión en manicomio. 1923.
 16. Euskonews. Diego de Basterra [Internet]. [cited 2012 Sep 15]. Available from: <http://www.euskonews.com/0484zkb/efem48403es.html>
 17. Gómez, Ana Julia. La arquitectura neovasca y su aportación a las viviendas de casas baratas. *Zainak*. 23, 2003, 351-376. 2003; 23:351-76.
 18. Oscar Martínez Azumendi. Wenceslao López Albo. *Norte de Salud Mental*. 2003;(16):67-71.
 19. Balendin Lasuen Solozabal. Zaldibarko kapera neorromanikoa - Capilla neorrománica de Zaldibar. Zaldibar. Zaldibar: Ayuntamiento de la anteiglesia de Zaldibar; 2002.
 20. Diego de Basterra. Memoria explicativa de la construcción de la capilla neorrománica de Zaldibar. caja 669 expediente 139 - 1925; 1925 May.
 21. Wikipedia. Arte románico en Castilla y León [Internet]. Wikipedia. 2012 [cited 2012 Sep 25]. Available from: http://es.wikipedia.org/wiki/Arte_rom%C3%A1nico_en_Castilla_y_Le%C3%B3n
 22. Resurrección María de Azkue. Respuesta de Resurrección María de Azkue a la Diputación sobre el texto en Euskera del dintel. 1926.
 23. Bilboko Arte Ederren Museoa / Museo de Bellas Artes de Bilbao. ARTEDER base de datos de Arte Vasco [Internet]. ARTEDER. o [cited 2012 Jan 11]. Available from: http://www.bd-arteder.com/cgi-bin/BRSCGI?CMD=VERDOC&BASE=ARTI&PIECE={ARTI}&DOCR=45&SORT=APE1,APE2,NOMB,PSEU&SEC=BB_CAS&SEPARADOR=&&IAPE='A'
 24. Galería Windsor. Folleto de la exposición sobre Juan de Aranoa, 1901-1973. Bilbao: Galería Windsor; 1978.
 25. Chavarri Raúl. *Maestros de la pintura vasca*. Madrid: Ibérico Europea de Ediciones, D.L.; 1973.
 26. Encina, Juan de la: *Pintores Vascos: comentarios sueltos (1906-1941)*. Bilbao: El Tilo; 1997.
 27. Flores Kaperotxipi, Mauricio. *Arte Vasco: pintura, escultura, dibujo y grabado*. Buenos Aires: Ekin; 1954.
 28. Rodríguez, Mikel. El pintor Juan de Aranoa, República, guerra, exilio. *Historia* 16. 2008 Aug 1; 388:102-21.
 29. de Aranoa, Juan. *Autobiografía de Juan de Aranoa*. Bilbao: Sala Arte; 1972.
 30. Asociación de Artistas Vascos. *Estatutos de la Asociación de Artistas Vascos*. 1911.
 31. Plazaola, Juan. *Historia del Arte Vasco: siglo XX*. *Historia del Arte Vasco*. Lasarte Oria: Etor-Ostoa; 2003.
 32. de Aranoa, Juan. *Carta de Juan de Aranoa a Carolina Mac Mahon, presidenta de la Junta de Damas del Hospital Zaldibar*. 1930.
 33. VVAA. XX. Mendeko Euskal Pintura. Donostia San Sebastián: Kutxa Fundatzioa; 1999.
 34. Sáenz de Gorbea Xabier, Aranoa Zulueta, JJ. *Homenaje a Juan de Aranoa, 1901-1973*. Bilbao: Banco de Bilbao, D.L.; 1983.
 35. Camón Aznar, José. *La Pasión de Cristo en el arte español*. Madrid: Editorial Católica; 1949.
 36. Carmona Muela, Juan. *Iconografía de los santos*. Barcelona: Electra; 2003.
 37. De Capoa, Chiara. *Episodios y personajes del Antiguo Testamento*. Barcelona: Electra; 2003.
 38. Giorgi, Rosa. *Santos*. Barcelona: Electra; 2003.
 39. Giorgi, Rosa. *Ángeles y Demonios*. Barcelona: Electra; 2004.
 40. Hall, James. *Diccionario de temas y símbolos artísticos 1 - (A-H)*. Madrid: Alianza; 2003.
 41. Hall, James. *Diccionario de temas y símbolos artísticos 2 - (I-Z)*. Madrid: Alianza; 2003.
 42. Hayes, Colin. *Guía completa de pintura y dibujo, técnicas y materiales*. Madrid: Tursen, Hermann Blume; 1992.



43. VVAA. Diccionario visual de términos arquitectónicos. Madrid: Cátedra; 2008.
44. Zuffi, Stefano. Episodios y personajes del Evangelio. Barcelona: Electra; 2005.
45. Auñamendi. Auñamendi Eusko Entziklopedia Bernardo Estornés Lasa Fondoa [Internet]. Available from: <http://www.euskomedia.org/aunamendi>

Enrique G. Arza
Red de Salud Mental de Bizkaia / Osakidetza
C/ María Díaz de Haro 58 • 48010 Bilbao
arza@osakidetza.net

- Recibido: 29 -01-2013.
- Aceptado: 15-02-2013.

Las horas: análisis filmográfico desde la Salud Mental.

The hours: a film analysis from Mental Health.

María Herrera Giménez*, Carmen Llor Moreno**, Pedro Maset 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, Departamento de Historia del Arte. Facultad de Letras, Murcia.

Resumen: Hemos seleccionado un largometraje representativo de la psiquiatría y la salud mental, de esta forma realizamos un análisis fílmico del largometraje, situándolo en el momento histórico, científico, cultural y social en que se producen los acontecimientos y obra objeto de estudio, analizando la enfermedad mental, cómo se refleja, los pacientes y profesionales que se dedican a ella.

Palabras clave: Psiquiatría, trastorno bipolar, suicidio.

Abstract: we have chosen a feature film as the most representative in Psychiatry and mental health. Therefore, we carry out the film analysis, placing it within the historical, scientific, cultural and social period when the events and the film subject to study happened. We analyse mental illness, how it shows and the patients and professionals working on it.

Keywords: Psychiatry, bipolar disorder, suicide.

Introducción

“Las horas” es un largometraje de proporciones cinematográficas, psicológicas y emocionales intensas. Pertenece al año 2002 basado en la novela homónima del Michael Cunningham, del mismo título que recibió el premio Pulitzer en 1998.

Como curiosidad “Las horas” era el primer título que eligió Virginia Woolf para su novela que terminó siendo “La señora Dalloway”, que es en el film un eje que sostiene la película.

El reparto está formado por grandes estrellas cinematográficas en el que se incluye a Nicole Kidman que a pesar de no llegar a 30 minutos escasos en la duración total del largometraje ganó el Oscar a la mejor interpretación femenina de ese año, mientras Julianne Moore y Ed Harris obtienen sendas nominaciones como mejores actores de reparto.

Se trata de un drama psicológico en el que sobresale la complejidad narrativa sobre los aspectos visuales o del guión, aunque también ambos muy destacados. Son tres mujeres en tres épocas



diferentes y un punto de unión: “La señora Dalloway”. En cada caso se relata un día clave en la vida de cada protagonista, un momento de elevada presión psicológica.

Análisis de los personajes

Virginia Woolf (Nicole Kidman)

Nicole Kidman interpreta a la aclamada novelista Virginia Woolf, que padece un trastorno bipolar y lucha por escribir la novela que pronto la iba a hacer famosa, la señora Dalloway.

La película comienza y termina dramáticamente con el suicidio de Virginia, que se ahoga en un río que fluye rápidamente y se mete piedras en el bolsillo para que la empuje hasta el fondo.

Hay una secuencia en la que escribe una nota a su marido, Leonard, su máximo apoyo, de este texto podemos extraer datos muy interesantes:

“Si pudiera pensar con claridad, Leonard, te diría que lucho sola en la oscuridad, en la profunda oscuridad, y que sólo yo puedo saber, sólo yo puedo comprender mi propia situación”.

“Sé que vuelvo a enloquecer. Esta vez no me recuperaré. Empiezo a oír voces y no me puedo concentrar”.

La depresión se pone de relieve en la película, Virginia se siente asfixiada y quiere volver a la ciudad:

“Vivo en un pueblo que no quiero estar y llevo una vida que no quiero vivir”.

Siente que no es dueña de sí misma, que va perdiendo el juicio de realidad, lo que le provoca gran angustia.

Destacan en ella los sentimientos de culpa propios de un episodio depresivo:

“Tú me has dado la mayor felicidad, sé que estoy destrozando tu vida, sin mi podrías trabajar...”

También encontramos sentimientos de minusvalía e inferioridad, baja autoestima:

“Ni siquiera me expreso adecuadamente...”

Este episodio depresivo alcanza mayor gravedad cuando aparece ideación autolítica.

También se muestran en este personaje síntomas de ánimo disfórico e irritabilidad, propios del trastorno bipolar, en los que se incluyen síntomas psicóticos, en este caso no congruentes con el estado de ánimo, que en ocasiones pueden acompañar al trastorno bipolar.

Así vemos la agitación, la menor necesidad de sueño, la falta de juicio de realidad y escasa conciencia de enfermedad y necesidad de cuidados, decidiendo salir de casa contra las órdenes médicas con la intención de trasladarse a Londres.

Entre los síntomas psicóticos productivos se incluyen alucinaciones auditivas en forma de voces: escucha las voces de sus sobrinos, así como la voz de su madre, también escuchaba el canto de los pájaros en griego.

La película nos muestra como tenía su habitación desordenada, su mirada era desconfiada y con una actitud suspicaz era muy recelosa con el personal de servicio, mostrándose incluso desafiante, ya que tenía ideas delirantes de perjuicio, en concreto de envenenamiento, de esta manera no comía lo que le preparaban.

En otra secuencia vemos como va andando por la calle con actitud perpleja, su contacto afectivo es nulo, su mirada está vacía. Así está ensimismada en sus pensamientos, manteniendo soliloquios.

Finalmente, aunque cuenta con un ambiente protector el episodio depresivo que experimenta es muy grave y tras cuatro intentos de suicidio termina por quitarse la vida.

Laura Brown (Julianne Moore)

El personaje de Julianne Moore vive en una casa de un pintoresco barrio de Los Ángeles en la década de los cincuenta del siglo pasado.

Vemos como lee con interés la novela “La señora Dalloway” encontrando alivio e inspiración en el personaje principal.

El carácter de Laura es un enigma, aunque es evidente que está deprimida y que la supera la vida y sus exigencias mínimas. Es socialmente extraña y asustadiza, en ocasiones muy insegura de cómo responder socialmente y en otras

ocasiones quedándose cerca de la puerta después de que suene el timbre sin responder. Vemos como se ve superada por tareas sencillas como cocinar un pastel y es muy autocrítica con sus errores.

Al leer “La señora Dalloway” se identifica con el personaje principal, esto le mueve a cuestionar toda su existencia ante la mirada atenta y sensible de su hijo.

Laura, al igual que Virginia Woolf, se siente sola y desearía tener relaciones, aunque no parece saber de que manera entablarlas. Pasa mucho tiempo sola y experimenta episodios de llanto.

En cierto momento decide suicidarse, para ello deja a su hijo Richard con una cuidadora y toma todas las pastillas de un botiquín, se registra en un hotel pero un sueño suicida parece ser el catalizador que la hace cambiar de opinión.

En último término la vida le pesa demasiado y en lugar de suicidarse viaja a Canadá para rehacer su vida, abandonando a su marido e hijos.

En una secuencia al final del largometraje explica a Clarissa:

“hay veces en las que no perteneces a ningún sitio y piensas que te vas a matar a ti misma. Una vez fui a un hotel. Aquella misma noche tuve un plan. El plan era que dejaría a mi familia cuando naciera mi segundo hijo. Eso es lo que hice. Me levanté una mañana, hice el desayuno, me fui a la parada del autobús, me subí al autobús, dejé una nota... ¿Qué significa lamentarlo cuando no tienes otra opción? Es lo que puedes soportar, eso es. Nadie me va a perdonar. Era la muerte, yo elegí la vida...”

Aaron Beck describe la triada cognitiva de la depresión formada por:

- Percibirse a sí mismo como defectuoso e inadecuado.
- Percibir el mundo como exigente y duro.
- Expresar el fracaso, la derrota y las dificultades.

Estos tres pensamientos automáticos los podemos apreciar fácilmente en Laura Brown. En ella el estado depresivo se deja traslucir en la expresión corporal, los gestos, la mirada.

Vemos fácilmente como afecta al niño el estado de la madre, así se nos presenta el pequeño Richard como un niño inseguro, frágil, muy apegado a la madre.

Clarissa (Meryl Streep)

La tercera historia entrelazada tiene lugar en Nueva York en el año 2001 y en ella participa Clarissa, una mujer que intenta impresionar a los demás y ocultar su dolor organizando una fiesta (ella es la versión contemporánea de la señora Dalloway) para su amigo Richard (Ed Harris), su antiguo amante, un poeta ganador de premios que se encuentra en estadio terminal de SIDA.

Clarissa se nos presenta como un mujer fuerte que socialmente se desenvuelve con mucha autoconfianza, con un aspecto seguro de sí misma. Su vulnerabilidad se desvela lentamente a través de su lucha para ayudar a Richard, a través de su relación distante con su pareja de varios años y en las emociones que brotan a la superficie cuando se encuentra a su antiguo amante.

Es excesivamente controladora y tiende a reprimir sus emociones y aunque en apariencia es feliz y parece tener todo bajo control en su interior es una persona triste, insegura y llena de autorreproches y frustraciones. Su vida es un fiel reflejo de la señora Dalloway “*siempre haciendo fiestas para cubrir su silencio*”.

Bajo su aparente seguridad se esconde una mujer deprimida y desesperanzada. Clarissa oculta su dolor interno mediante el autosacrificio, intentando ayudar a Richard a afrontar sus alucinaciones, su desorientación en el tiempo, el incumplimiento de la medicación, la depresión y el cinismo. El largometraje refleja muy bien el profundo rencor que guarda Richard a su madre y plasma de manera continua en su obra. Ella niega la situación de Richard, es incapaz de aceptar lo que le sucede y vive volcada en él.

En último término Richard se suicida saltando por la ventana de su apartamento delante de Clarissa. En una secuencia apreciamos claramente los pensamientos suicidas de Richard, su desesperanza profunda, cuando habla con Clarissa:

“Todavía tengo que enfrentarme a las horas, ¿verdad?, me refiero a las horas después de la fiesta, y a las horas que le siguen...”



La muerte de Richard provoca el encuentro entre Laura Brown, ya envejecida, y Clarissa.

Discusión

En este largometraje con una interesante y cuidada estrategia narrativa se nos presenta la vida de tres mujeres marcadas por los sentimientos de tristeza, soledad, vacío y confusión, que en tres épocas diferentes a lo largo del siglo XX hacen frente a las alteraciones del estado de ánimo y otros síntomas que las asedian.

Así encontramos:

- Virginia Woolf, que padece un trastorno bipolar grave con síntomas psicóticos productivos.
- Laura Brown, presenta un episodio depresivo mayor grave con ideación autolítica.

- Clarissa, con un estado de humor depresivo enmascarado en una personalidad estricta y controladora.

También encontramos al protagonista masculino, Richard, en el estadio terminal de una enfermedad orgánica sumido en una depresión profunda que acaba finalmente suicidándose.

Se trata de un drama psicológico en el que sobresale la complejidad narrativa sobre los aspectos visuales o del guión (aunque estos últimos también son muy destacados), de tres mujeres en tres épocas distintas con un nexo de unión: “La señora Dalloway”.

Contacto

María Herrera Giménez • H.G.U. Morales Meseguer
Calle Marqués de los Vélez s/nº • 30008 Murcia
mariapsiqui@hotmail.com

- Recibido: 16-12-2012.
- Aceptado: 24-01-2013.

La crisis. Mi crisis. (Infortunio social y consecuencias psiquiátricas).

The crisis. My crisis.

Carlos Sirvent. Psiquiatra. Fundación Instituto Spiral, Asturias.

Resumen: La crisis actual es deprivativa. El sujeto sufre una mengua económica o socio-laboral aguda e incomprensible que le inmoviliza y atrapa en un derrotismo para el que no está preparado. Las clases medias han sufrido una doble pérdida, sufriendo más por el vértigo de la ruina, por el estupor del quebranto, que por la propia pérdida. Los nuevos ricos se han convertido en nuevos pobres. Y en estas circunstancias de deprivación y estupor “la” crisis acaba siendo “mi” crisis. La pregunta es: ¿Seré yo culpable de mi ruina y la de mi familia (en vez de políticos y banqueros)? El sujeto se sumerge en un dilema autoinculpativo doloroso e incomprensible que en realidad es un trance disociativo que quiebra la entereza de un yo que se fragmenta. El impacto de la crisis en la salud mental de la población se recoge desde varias fuentes. Aumenta la incidencia de nuevos casos y se le ponen difíciles las cosas a los ya enfermos porque sufrirán una presumible merma de su calidad asistencial. Todavía hay margen para la esperanza en forma de cambio de las políticas sanitarias más volcadas hacia la persona que a la enfermedad y en cuanto a la sociedad en general es el momento ideal para el refuerzo de lazos solidarios y replanteamiento de la estructura social que tenemos.

Palabras clave: Crisis económica. Nuevos pobres. Salud mental. Psicopatología.

Abstract: The current crisis is deprived. The subject suffers a sharp economic decrease incomprehensible that immobilizes and trapped in a defeatism for the unprepared. The middle classes have suffered a double loss, suffering more by vertigo from ruin, by the stupor of grief, than by the own loss. The new rich have become the new poor. And in these circumstances of deprivation and stupor “the” crisis ends up being “my” crisis. The question is: Am I to guilty for my downfall and my family (instead of politicians and bankers)? The subject is immersed in a dilemma autoinculpativo painful and incomprehensible that it is actually a dissociative trance that breaks the integrity of a self that is fragmented. The impact of the crisis on the mental health of the population is collected from various sources. Increases the incidence of new cases and things will get difficult for patients and because presumably suffer a decline in their quality of care. There is still room for hope in a changing health policies more geared toward the person with the disease and about the society in general is the ideal time to strengthen bonds of solidarity and rethinking our social structure.

Key words: Economic crisis. New poor. Mental Health. Psychopathology.

“Veo el cuadro *Juan de Pareja* de Velázquez, que parece recibirme con la mirada de reconocimiento de un compatriota, con esa dignidad imponente y serena que sólo en la pintura española parecen tener los pobres y los excluidos”, dice Muñoz Molina (1). Ahora no es así. Los españoles ya no tienen la mirada serena, triste y resignada del pobre atávico de la postguerra, sino el gesto apesadumbrado y sorprendido del arruinado que no se lo esperaba, de quien sufre castigo sin saberse culpable; de la indignación impotente que encuentra compañeros de infortunio que claman y todavía no se rebelan. Estos “nuevos pobres” caídos de pronto en desgracia no entienden lo que les pasa y quedan atrapados en una angustia impotente, en un presente de penuria y un futuro desolador cuando ven que la situación no ya se mantiene sino que tiende a empeorar.

Las crisis de las postguerras y de las duras transiciones de antaño partían de un ambiente de sobriedad obligada al que se llegaba desde la precariedad. Se superaban lenta y resignadamente ayudados por provenir de una situación miserable con el aliciente de un futuro mejor a partir del propio esfuerzo. Las generaciones jóvenes de aquel entonces se educaban en un ambiente de moderación en el dispendio –cuando no privación– que valoraba en su justa medida las adquisiciones y contenía el consumismo.

La crisis actual es deprivativa (mucho peor que la meramente privativa) porque supone renunciar a bienes y disfrutes que hasta hace poco eran accesibles y de uso común. El sujeto sufre una mengua económica o sociolaboral precipitada e incomprensible que le inmoviliza y atrapa en el derrotismo para el que no se está preparado, al contrario que en la histórica privación postbélica. Este carácter inopinado de indefensión, precipitación y añoranza de los todavía recientes tiempos de bonanza económica provoca un adormecimiento de la iniciativa y un menoscabo de la percepción de la propia valía, cuando no un shock paralizante que en algunos casos se queda en depresión y en otros aboca a la autodestrucción

El infortunio: un doble salto hacia la penuria

No corren buenos tiempos para la prospectiva. Estamos atrapados en la dinámica imperiosa del aquí y ahora, de la necesidad acuciante. Preten-

demo respuestas rápidas, soluciones inmediatas que además sintonicen con nuestros deseos, con lo que queremos oír. Quien llega a la penuria viniendo de la escasez sufre pero al menos no se sorprende. Sin embargo, los nuevos pobres han sufrido una pérdida de dos niveles económicos: la clase media acomodada se ha convertido en media-baja o directamente pobre, sufriendo más por el vértigo de la ruina, por el estupor del quebranto, que por la propia pérdida, quedando sumidos en una “parálisis de la voluntad” como decía Beck, porque además de pobres son infortunados, El salto cualitativo en consecuencia es tan dañino o más que la propia situación final a la que se ven abocados: sufren *infortunio*¹

La crisis es más perniciosa cuando proviene de una situación de acomodo y se ceba sobre todo en las víctimas del doble salto cualitativo que se sienten inocentes y vislumbran un futuro sombrío. La respuesta inicial acostumbra a ser de rabia y protesta, con eco solidario en los iguales en forma de manifestaciones, demandas y lucha vindicativa generalmente condenada al fracaso porque la empresa a la que se le reclama, está arruinada. Pasado un tiempo sin que la situación mejore, los recursos menguan y no se recuperan. El sujeto cae en la cuenta de que la cosa va en serio: “no transito por la pobreza, ies que soy pobre!”. Hay que comer. Aparece entonces rotunda y martilleante la pregunta inefable “¿qué he hecho mal?, ¿Esta crisis en vez de ser política y social será personal y yo culpable de que la familia sufra precariedad? El sujeto se sumerge en un dilema autoinculpativo doloroso e incomprensible que en realidad es un trance disociativo (cuasi psicótico porque divide al self), regresivo-involutivo y sumamente corrosivo, quebrantando la entereza de un yo que se fragmenta.

Modelo social y crisis política

La incredulidad, la sorpresa, el cansancio estupefacto ante la derrota reiterada de las demandas sociales son algunos de los fenómenos que concurren al estado de shock colectivo. Por ejemplo, los mineros con sus huelgas y luchas sociales an-

¹ (del latín *infortuniūm*) que se define como “desventura desdichada o fortuna adversa, estado desgraciado en que se encuentra alguien); hecho o acaecimiento desgraciado (desgracia, suceso adverso)” (DRAE).

tes sorprendían y eran comprendidos, ahora son un colectivo más compartiendo un espacio reivindicativo saturado de trabajadores y masas sociales condenadas a la penuria. Algunos descubren nexos hasta entonces inexistentes con los camaradas de desdicha formando agrupaciones que proporcionan consuelo y fuerza vindicativa (a veces hasta recuperan derechos sustraídos). Las desigualdades sociales en estas circunstancias se hacen más flagrantes teniendo en cuenta el modelo social del que partimos. Luis Ayala (2) afirma que el nivel español de concentración de las rentas de capital es de los mayores de la Unión Europea y nuestras desigualdades salariales son ciertamente elevadas en el contexto comparado, con una alta incidencia del trabajo de bajos salarios. Y frente al aserto habitual de que el bienestar social se recuperará si lo hacen la actividad económica y el empleo, los datos son contundentes: las estimaciones de la relación entre el ciclo económico y la pobreza muestran una acusada asimetría en la respuesta de ésta a las recesiones y a las expansiones, siendo mucho más sensible a las primeras. Volver, por tanto, a altas tasas de crecimiento del PIB no garantiza que los problemas de insuficiencia de ingresos de un segmento importante de la sociedad española vaya a reducirse drásticamente. El aumento de la pobreza puede convertirse en crónico si no hay cambios en el modelo social.

Para Jordi Soler (3) la crisis ha acabado con el espejismo, se ha llevado a la España de ficción, al país donde todos éramos ricos. Se ha ido la pujanza y con ella la neurosis, y ha quedado a la vista la España de verdad. Nuestra nueva pobreza ha puesto de relevancia la solidaridad, que es un valor que se enrarece, cuando no desaparece, en las épocas de bonanza económica. El ciudadano común ya no será el mismo, ha pasado en unos cuantos meses, de nuevo rico a nuevo pobre y desde ahora, porque no le queda otro remedio, vigilará con lupa la gestión de sus diputados, de su alcalde y de su presidente, y estos funcionarios, con semejante vigilancia, no podrán conducirse como lo hacían antes.

Las crisis socioeconómicas arrastran crisis políticas provocando catarsis colectivas y desafectos entre pueblos próximos pero también dispares. Escocia plantea independizarse del Reino Unido y éste de la CEE. El resurgir de las diferencias na-

cionalistas siempre presentes pero adormecidas en tiempos de pujanza económica hace que los pueblos tengan un frente paralelo por el que luchar y que contrarresta muy eficazmente la paralización de la crisis. Sudamérica se liberó de España aprovechando una endebles política y económica secundaria a la invasión napoleónica. Al día de hoy España es política y económicamente débil. Vascos y catalanes parecen seguir el ejemplo americano de las colonias y el europeo de Escocia en una situación de vulnerabilidad parecida, (¿será internacional dentro de unos meses o años la Revista Norte?). La lucha soberanista, además, es una forma eficaz de oponer crisis económicas a lucha reivindicativa, desplazando el foco de atención desde la economía hacia el imaginario identitario y si eso, además, resuelve una querrela, un contencioso que dura siglos, mejor que mejor para los estrategas.

Crisis y salud mental

B. S. Levy y V. W. Sidel (4) seleccionan diez consecuencias de la crisis económica mundial: 1) desnutrición y consumo de alimentos menos nutritivos, 2) incremento de la población sin hogar, 3) el paro y lo que acarrea: pobreza relativa, pérdida de autoestima, comportamientos poco saludables, etc. 4) drogadicción, depresión y otros problemas de salud mental 5) mortalidad aumentada, 6) salud infantil deteriorada, 7) violencia (producto de la frustración, desesperación de estar en paro, subocupación...), 8) problemas de salud ambiental y laboral, 9) injusticia social y violación de derechos humanos, 10) problemas de disponibilidad, accesibilidad de los servicios de atención médica, etc.

En el año 2009 el 30% de las consultas de atención primaria se debían a problemas de salud mental: un 10% por depresión, un 7% por ansiedad, un 6,6% por fobias, un 3,5% por crisis de pánico y un 3,2% por abusos de sustancias. (5). Un mensaje de la OMS con motivo del día mundial de la salud mental denunciaba la falta de recursos para tratar los trastornos psicológicos asociados a la pobreza, destacando que entre un 75-85% de los casos graves de salud mental en países de ingresos medios no recibieron tratamiento (6). Las consecuencias de la crisis económica afectarán especialmente a las personas con

patologías mentales severas, y si ya en épocas de crecimiento económico tenían dificultades importantes para entrar en el mercado laboral, ahora pueden quedar literalmente excluidas. El Libro Verde de la UE recoge que el 27% de los europeos adultos padece alguna forma de alteración psíquica a lo largo de su vida, siendo las más frecuentes la ansiedad y la depresión. Se espera que la depresión sea la primera o segunda causa de enfermedad durante el año 2020 en el mundo desarrollado. También se menciona el hecho de que los costes económicos lleguen al 4% del PIB, sobretodo debido a las pérdidas de productividad. Asimismo, los trastornos psíquicos también representan una de las principales causas de jubilación anticipada y de percepción de pensiones por discapacidad. Otro dato de este informe es que remarca que las capas social y económicamente más bajas de la población son más vulnerables a las enfermedades mentales. También se dice que los inmigrantes y los grupos más marginados corren un riesgo más alto de padecer enfermedades mentales.

Otra consecuencia curiosa de la crisis es el incremento de la práctica religiosa (un 3%), en paralelo con un descenso de participación en actividades sindicales, deportivas o en asociaciones de vecinos.

La crisis ha afectado más a las mujeres “pero cada vez menos por el hecho de serlo”, y mucho más según el territorio o el tipo de barrio en que se habita. “El infortunio nos hará iguales, pero no tanto”, dicen, en el sentido de que se están diluyendo las fronteras de la exclusión severa, que alcanza tanto a titulados universitarios como a personas “con un nivel educativo menor del obligatorio”. (Bedoya citando a M Laparra y A. García, 2011) (7)

Estefanía, M. T. & Tarazona, D. (2003) (8) concluyen que la involución económica (y la subsiguiente pobreza) puede asociarse a características de personalidad sobrevenidas, como una orientación en el tiempo dirigida al presente, dejando al pasado y futuro de lado por influencia de experiencias frustrantes y dolorosas; no desean planear el futuro por la incertidumbre que les genera, con un locus de control externo; es decir, no creen poder controlar su destino y la expectativa de éxito al realizar las propias metas y

aspiraciones disminuye, tanto en la adquisición como en la asignación del ingreso, lo que en mayor grado puede conducir a una actitud fatalista equivalente a que la vida y sucesos de un individuo están determinados ineludiblemente por el destino, siendo imposible cambiar el curso de los acontecimientos.

Los “sufridores silentes” de la actual situación que vive España son los niños, que escuchan todo, los diálogos de lo que pasa en casa, al padre cuando pierde el trabajo, a la madre que no llega a fin de mes. Aunque son cosas que se le intentan esconder, pero un niño de 7 u 8 años de edad capta perfectamente lo que sucede. El problema en estos casos, según C. Arango (9), es que “no se les hace partícipes”, sino que son sujetos pasivos de las malas noticias y sus consecuencias. Esto hace que se puedan sentir excluidos e incluso culpables de lo que está sucediendo, de que sus padres estén tristes o angustiados por no llegar a fin de mes.

El documento de de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (10) señala que los desempleados acumulan en mayor proporción factores de riesgo para su salud que la población empleada, aquellos presentan más tabaquismo, obesidad, sobrepeso, consumo de alcohol y drogas, más inactividad, peor percepción de su salud y menor consumo de frutas y vegetales.

En cuanto a psicopatologías concretas: los parados son más propensos a ataques de pánico y agorafobia. También al incremento del estrés y del descontrol de impulsos: El estrés está directamente relacionado con el aumento de los trastornos de control de los impulsos. En estos últimos años, estamos observando que el estrés asociado a problemas económicos está desestabilizando a un mayor número de personas, haciéndoles tomar decisiones impulsivas sin considerar sus consecuencias (11). En el citado documento FADSP se señalan mayores problemas de salud mental entre los desempleados, así como abuso de drogas, y las personas jóvenes en desempleo tienen mayores tasas de síntomas somáticos y psicológicos.

El desempleo aparece como uno de los factores de riesgo de suicidio en un amplio estudio a ni-

vel mundial, lo que también ha sido señalado en otros estudios. Un estudio reciente señala que el incremento del 3% de desempleo en Europa ira aparejado con un aumento del 4,45% de muertes por suicidio. En las conclusiones del trabajo realizado en el CSMA Dreta Eixample de Barcelona las causas de la ideación autolítica fueron problemas económicos (32,5%); problemas de pareja (25,8%); otros problemas familiares (11,2%); sintomatología psiquiátrica previa (19,1%); patología médica (3,37%) y sin constancia (7,8 %). Miguel Gutiérrez (12) cree que casos como este van a ser más frecuentes de lo habitual, ya que «las previsiones económicas son muy malas». Los suicidios en España están en una tasa baja respecto a otros países europeos (7,5 por cada 100.000 habitantes), pero es probable que aumente. También es previsible que haya más problemas psiquiátricos derivados de problemas adaptativos, del fracaso en la adaptación a una nueva situación.

Los trastornos del sueño también están relacionados con el desempleo. En un estudio realizado en EEUU se señala que los desempleados tienen más trastornos del sueño que los trabajadores en activo. El aumento de consumo de alcohol entre los desempleados es otro hecho muy señalado en la literatura. Un estudio realizado en EEUU señala el consumo de alcohol aumenta en los desempleados y en un estudio europeo se refiere que un 3% de aumento del paro incrementara las muertes por alcoholismo un 28% (3.500 muertes mas/año). El mayor porcentaje de tabaquismo entre los desempleados es también muy conocido, en el estudio mencionado en el párrafo anterior también se recoge el mayor porcentaje de tabaquismo entre los adultos jóvenes de EEUU.

No relacionado con lo anterior pero sí con la coyuntura social es la aparición de un nuevo modelo territorial de asistencia en salud mental (13). Como principal medida a adoptar dado el incremento de la prevalencia de trastornos mentales debido a la crisis económica, se ha propuesto “la creación de una comisión o foro permanente de asesoramiento en temas de Salud Mental”, compuesto, entre otros, por asociaciones de pacientes, profesionales de la salud de distintos ámbitos, con el objetivo de “pasar de un modelo de atención basado en las enfermedades a otro

orientado en el paciente, que debe ser el eje del sistema.

Conclusiones: El Suicidio de Amaia Egaña

Aunque sea un caso extremo e infrecuente, el suicidio en Barakaldo de Amaia Egaña, mujer desahuciada de 53 años, creo que ejemplifica bien la estupefacción y desesperanza a la que se ven aherrojados las víctimas de la crisis. Nos parecía ajeno el suicidio público del farmacéutico griego Dimitris Christoulas. Amaia es el tercer caso de suicidio relacionado con el desahucio en España con repercusión mediática mundial, lo que al menos ha removido el proceder de jueces y bancos en los impagos por crisis poniendo de relieve las devastadoras consecuencias que dicha crisis económica está teniendo en la salud mental de sus víctimas El suicidio es la respuesta depresiva de quienes lo van a perder todo, la máxima expresión del desánimo y de la desesperanza, para quienes no cuenta el futuro.

Sin alcanzar el nivel autodestructivo de la depresión, lo cierto es que esta crisis no es un período involutivo más, sino una falla de tal calibre que sumerge a las víctimas en un asombro estupefante primero y en una sensación de vacío e impotencia cuyo refugio es ese “partir de cero” solidario. Como dice Soler, la crisis ha acabado con el espejismo, se ha llevado a la España de ficción, al país donde todos éramos ricos, y nos ha dejado instalados en la España de verdad. ¿Hay un mejor punto de partida? ¿No será momento de buscarle la gracia a la desgracia? La crisis nos ha situado en un nuevo espacio social, a vernos dentro de una colectividad de personas que son capaces de organizarse y de pelear codo con codo por un objetivo común. Nuestra nueva pobreza ha puesto en candelero la solidaridad, que es un valor que se enrarece, cuando no desaparece, en las épocas de bonanza económica y nos ha puesto en guardia obligándonos a revisar la sociedad que tenemos.

Referencias

- (1) Muñoz Molina, A. “Inesperado George Bellows”. Diario *El País*. Babelia, enero 2013.
- (2) Ayala L. Las consecuencias de la austeridad. Diario *El País*, 10 mayo 2012.

- (3) Soler J. Los nuevos pobres. Diario *El País*, 28 noviembre 2011.
- (4) Levy, B. S. y Sidel V. W. Factores psicosociales y salud mental en el trabajo. Universidad de Guadalajara. 2011.
- (5) Los CAP. Diario *La Vanguardia* 16/de septiembre de 2007.
- (6) García L. Estudio médico-forense sobre la violencia de género. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. 2010.
- (7) Bedoya, G. De nuevos ricos a nuevos pobres. Diario *El País*, 7 julio 2011.
- (8) Estefanía, M. T. & Tarazona, D. (2003, mayo). Psicología y pobreza. ¿Hay algo psicológico en la pobreza o es la pobreza algo psicológico? *Explorando Psicología*. nº 12: 21-25.
- (9) Arango C. Hospital Gregorio Marañón de Madrid, declaraciones a Europa Press 22-oct-2012.
- (10) FADSP. “Los efectos del desempleo sobre la salud” de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (Febrero de 2012).
- (11). López JA: Psicología y crisis económica. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Octubre 2012. (<http://www.cop.es/colegiados/T-00921/rad-psicocrisis.pdf>).
- (12) Gutiérrez, M. Hospital Santiago Apóstol Vitoria. Declaraciones al diario Hoy.es. 13 noviembre 2012.
- (13) Rosado L. Modelo de Atención basado en la integración y la eficiencia, y orientado al paciente. *El Médico Interactivo*. Madrid 13/12/2012.
- (14) Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 Proyecto AP-21 Estrategias para la mejora de la Atención Primaria. Análisis de situación de la Atención Primaria. 2007.

Contacto:

Carlos Sirvent
Fundación Instituto Spiral
C/ Torrecerredo, 8 • 33012-Oviedo
csrsirvent@gmail.com

- Recibido: 29-01-2013.
- Aceptado: 15-02-2013.



La mediación familiar en situaciones asimétricas.

Autora: Cristina Merino Ortiz.

Edita: Editorial REUS, 2012.

ISBN: 978-84-290-1720-5 • 250 pags.

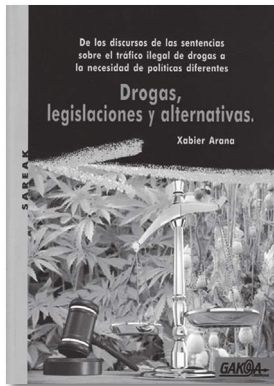
En la última década, el desarrollo legislativo y la modernización de la justicia reflejan un interés expreso en regular y promover la mediación desde la vía judicial, sin embargo, la normativa es contundente al establecer límites a la mediación en casos de asimetría.

En la última década, el desarrollo legislativo y la modernización de la Justicia reflejan un interés expreso en regular y promover la mediación desde la vía judicial, tanto en asuntos civiles como mercantiles, laborales o penales. Simultáneamente a esta actitud, promotora de los procesos autocompositivos de gestión de conflictos, la normativa es contundente al establecer límites a la mediación en casos de violencia de género, de violencia doméstica o en cualquier situación de desigualdad o desequilibrio de poder entre las partes. Desde la perspectiva más ortodoxa se sigue defendiendo que la mediación no es efectiva en situaciones de asimetría, así como la obligatoriedad indiscutible de la imparcialidad y neutralidad de la persona mediadora.

Sin embargo, la defensa a ultranza de tales planteamientos lo que hace es limitar y condicionar las posibilidades de la mediación. Tanto en la revisión teórica del tema como en el trabajo empírico contenido en el presente libro, se ofrecen nuevas perspectivas, en las que se avala la posibilidad de una “no neutralidad” y una parcialidad equilibrada.

Aunque desde la perspectiva más ortodoxa se sigue considerando que la mediación no es una herramienta de diálogo efectiva en situaciones asimétricas, Cristina Merino en esta publicación hace una propuesta de procesos de gestión de conflictos en este tipo de realidades, hablamos de casos en los que se registran episodios de violencia, drogodependencias, enfermedad mental y desequilibrio de poder entre las partes. También en este libro se aborda la cuestión del papel de la persona mediadora, en relación a su “obligatoriedad” a ser imparcial y neutral. De alguna manera, plantea la posibilidad de una “no neutralidad” y una parcialidad equilibrada.

Cristina Merino Ortiz es Doctora por la Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea en materia de análisis y resolución de conflictos. Abogada, criminóloga y Mediadora del Servicio de Mediación Familiar del Gobierno Vasco. Profesora Asociada en Análisis y procesos de gestión de conflictos, UPV-EHU. Profesora invitada en Másteres de Universidades, Colegios Profesionales y entidades públicas y privadas para la docencia y consultoría en gestión de conflictos. Miembro de la *Association for Conflict Resolution*. Autora y coautora de diversas publicaciones sobre procesos de mediación, ética en la gestión de conflictos y planteamientos innovadores para la intervención ante situaciones complejas.



Drogas, legislaciones y alternativas. De los discursos de las sentencias sobre el tráfico ilegal de drogas a la necesidad de políticas diferentes.

Autor: Xabier Arana.

Edita: Editorial Gakoa, Donostia.

ISBN: 978-84-96993-33-4 • 406 pags.

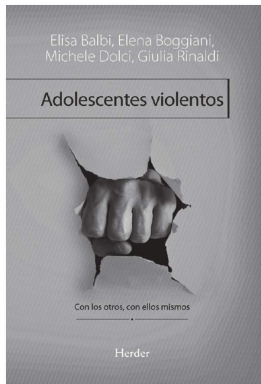
La obra estudia los discursos de los textos y los contextos de la creación de las normas en materia del tráfico ilícito de estupefacientes, su aplicación y sus consecuencias. Basada en el *Análisis de Contenido*, el *corpus* de la obra es la totalidad de las sentencias del tráfico ilícito de drogas en la Audiencia Provincial de San Sebastián en una década concreta. Consta de tres partes claramente diferenciadas:

- Primera parte: Análisis, en materia de estupefacientes, de las Convenciones internacionales, ámbito europeo, políticas y legislaciones comparadas (Alemania, Holanda e Italia) y, en particular, la política criminal española.
- Segunda parte: (Re)construcción de los discursos de las sentencias: personajes de la enunciación, discursos sobre los hechos y otros discursos: jurídico-político, técnico-jurídico, económico, médico e ideológico.
- Tercera parte: Análisis de los efectos primarios y secundarios, y una propuesta de bases para una política alternativa en clave de normalización.

Es una obra muy pensada y muy bien documentada, caracterizada por una amplia contextualización del nacimiento, desarrollo y aplicación de las políticas y legislaciones en materia de estupefacientes, en la década de los años ochenta

donde, según se recogía en diversas encuestas poblacionales, la droga ocupaba el primer lugar de los problemas sociales en el Estado español. Además, en la última parte del texto, se sientan las bases para una política alternativa en materia de estupefacientes, cuestión de candente actualidad como lo demuestra la reciente aprobación en dos Estados de Norteamérica (Washington y Colorado) del uso lúdico del cannabis, o la Ponencia creada en el Parlamento Vasco para debatir sobre la regulación de las actividades de los *Clubes Sociales de Cannabis*. El texto se enmarca dentro de las demandas realizadas en el ámbito europeo donde, desde hace casi cuatro décadas se viene resaltando la importancia de realizar investigaciones para analizar los efectos de la legislación penal en materia de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

El libro se dirige tanto a un sector especializado de la criminología, del derecho y de la sociología (profesorado, judicatura, fiscalía, abogacía, etc.) así como a profesionales que intervienen en la atención o la prevención de las adicciones, o a un público más amplio interesado por conocer o profundizar en algunas de las vertientes del fenómeno social de las drogas.



Adolescentes violentos. Con los otros, con ellos mismos.

Autoría: Elisa Balbi, Elena Boggiani, Michele Dolci, Giulia Rinaldi.

Edita: Herder Editorial, Barcelona.

ISBN: 978-84-254-2918-7 • 192 pags.

¿Es posible frenar las explosiones de violencia de los adolescentes con éxito? El oficio de los jóvenes consiste en rechazar el mundo y la cultura de los adultos. La moderna terapia familiar nos enseña que no hay que interpretar la violencia como algo absurdo y malo en sí mismo: la rabia y la agresividad son vehículos con que los adolescentes tratan de comunicarse con nosotros, de decirnos alguna cosa. ¿Qué malestar se esconde tras estos comportamientos y cuándo se convierte en patología? ¿Existe alguna forma de afrontar con éxito las explosiones de violencia de un adolescente contra los otros o contra sí mismo, tanto en la familia como en la escuela? ¿Qué peso tiene el malestar multicultural en los hijos de familias inmigrantes?

El libro “Adolescentes violentos”, de la colección Terapia Breve dirigida por Giorgio Nardone da respuesta a todas estas cuestiones. Para las autoras, la clave está en identificar la función que el acto violento desempeña para quien lo practica. Esta es la solución del problema. Las autoras y autor, son profesionales de la psicología y psicoterapeutas, profesoras en la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Breve Strategica e investigadora asociada en diferentes Centros terapéuticos de Arezzo, Novara, Verona y en Montecatini Terme con larga experiencia en psicoterapia para adolescentes, sus padres y familias.

Violencia y adolescencia se asocian con frecuencia, no sólo por una visión romántica del adolescente presa de impulsos irrefrenables, sino también porque el adolescente ha de aprender a controlar sus reacciones al mismo tiempo que se está formando una identidad personal. Los cambios sociales y familiares de los últimos decenios han ido alargando

de forma progresiva el período de crecimiento que llamamos adolescencia, de modo que no es casual observar un incremento sustancial de actos violentos cometidos por muchachos o por jóvenes adultos. En otras palabras el joven adquiere el sentido de responsabilidad individual a una edad cada vez más avanzada, prolongando así la fase en la que todavía es incapaz de controlar del todo sus impulsos y reacciones y ampliando sensiblemente la posibilidad de conductas violentas.

El tema de la violencia en la adolescencia no puede ser tratado partiendo simplemente de las características individuales, de la personalidad o de las características biológicas del adolescente, sino que exige un estudio y tratamientos que tengan en cuenta los aspectos relacionales y también los efectos sugestivos de la comunicación de masas, que da publicidad a las formas de violencia, amplificándolas y difundiendo.

Frente a este tipo de hechos, la reacción que se produce automáticamente es de condena al adolescente, a la familia y al contexto social. Sin embargo, criminalizar resulta muy poco útil si lo que pretendemos es comprender correctamente el fenómeno.

Aunque es indiscutible que la violencia es siempre y en cualquier caso negativa en sus efectos, la mayoría de las veces desempeña una función útil para quien la ejerce, tanto si la dirige contra los otros como si la dirige contra sí mismo. Identificar la función que el acto violento desempeña para quien lo practica es, pues, la clave de la solución del problema. Desde esta perspectiva se puede entender el funcionamiento del problema, prevenirlo e incluso resolverlo.



Adolescencias por venir

Autor: Fernando Martín Aduriz (Compilador).

Edita: Gredos-ELP, Barcelona. 2012.

ISBN: 978-84-24936-42-6.

Este es producto del encuentro entre Fernando Martín Aduriz y Vicente Palomera durante una conferencia en mayo de 2010 en la Universidad de León. La conferencia que Vicente Palomera dictó abrió la reflexión del auditorio para la edición de este libro que contiene diez y siete textos de los cuales diez ya habían sido publicados previamente en la revista *Mental*, y ahora traducidos para esta edición de la Colección Gredos; además, otros siete fueron escritos expresamente para este libro, toda una apuesta por mostrar que hay muchas formas de vivir la adolescencia y pluralidad de adolescentes buscando su salida uno por uno.

Es una compilación de textos realizada por Fernando Martín Aduriz, dividido en dos partes, una teórica que tiene el mismo título que el libro y consta de 8 textos de diferentes autores y otra parte clínica con el título: “*Cuando un adolescente encuentra a un psicoanalista*” compuesto por otros 9 textos. Todos los autores de una u otra manera plantean la adolescencia como una transición que marca el paso de la infancia a la adolescencia. El primero trasmite la experiencia en el trabajo con adolescentes y el segundo acentúa la importancia del encuentro con un analista.

La adolescencia es uno de esos temas, o mejor sería decir una de esas experiencias que tocan lo real. Son temas que bordean un agujero que en el decir de los padres, los educadores,... y a veces de los propios adolescentes que lo viven en primera persona, se suele expresar con un ‘es insoportable’ ‘no sé qué hacer’ ‘estoy al límite’.

Adolescencia por venir

Ocho experiencias con adolescentes: Hugo Freda (psicoanalista en París) define la crisis de la adolescencia como la crisis del padre; Philippe La Sagna (psicoanalista en Marsella) plantea la adolescencia generalizada en un mundo líquido; Marco Focchi (psicoanalista en Milán) sitúa la apertura sobre lo que acontece en la adolescencia; Philippe Lacadée (psicoanalista en Burdeos) encuentra el lugar del sujeto en el orden simbólico donde inscribe su falta en una filiación individual y colectiva; Domenico Cosenza (psicoanalista en Milán) pone en cuestión la adolescencia como momento de crisis estructurante en la experiencia del sujeto en la época del Otro que no existe; Daniel Roy (psicoanalista en Burdeos) define la protección del adolescente como la protección del momento crucial en el que el sujeto es confrontado a una situación nueva; Luis Seguí (abogado en Madrid) señala como las instituciones al impartir la ley ponen en riesgo al sujeto; y por último Fernando Martín Aduriz (psicoanalista en Castilla y León) que introduce el derecho a detenerse del adolescente como un tiempo de creación de coartadas para dar tiempo a la construcción del semblante preciso.

Cuando un adolescente encuentra un analista

Vilma Cocoz (psicoanalista en Madrid) nos enseña cómo construir el túnel es igual a atravesarlo pero siempre en compañía del Otro: padres, profesores, tutores y/o analista; Hélène Deltombe introduce el nuevo término *adolescente* para

caracterizar a los adolescentes que no alcanzan a salir por no encontrar un Otro que les acompañe en la transición; Clara Bardón (psicoanalista en Barcelona) presenta un caso atendido con seis y luego con diez y seis años para mostrar cómo el lugar vacío del Otro en la transferencia es importante en la desestabilización; Silvia E. Tendlarz señala que no hay adolescentes en análisis, hay sujetos, en singular; Luz Fernández (psicoanalista en Vigo) muestra como un caso puede ser estabilizado por dos significantes ser feo o ser guapo que son su éxito o fracaso a la hora de hacer lazo social; Dolores García de la Torre (profesora en la Coruña) trasmite con un caso los enigmas de la feminidad que se despiertan en la adolescencia; Mario Izcovich (psicoanalista en Barcelona) presenta un caso donde para el

adolescente la manera de nombrar a un psicoanalista es sinónimo de alguien que lo escucha; Ana Castaño, Graciela Sobral (psicoanalistas en Madrid) describen los enigmas femeninos en la adolescencia como una forma de situarse ante la posición femenina que no es algo natural; y Josep Sanahuja (psicoanalista en Tarragona) nos dice que el *impasse* de la adolescencia es un *impasse* estructural sobre como cada uno resuelve el *impasse* del deseo.

Todos los textos son acompañados por la lectura atenta de Freud, Lacan y Miller quienes orientan para transitar por la experiencia de acoger la singularidad de la *adolescencia por venir* que no deja de no escribirse.



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.

Agenda

- 22 de febrero La Nau • Universidad de Valencia
Atención Primaria y Salud mental trabajan juntas. Organizan AEN-PV y SVMFyC.
Secretaría Técnica: OICE Congresos. aen@oicecongresos.com; www.oicecongresos.com
- 21 y 22 de Febrero • Madrid
XIX Jornadas de la AMSM “Ideas para una salud Mental Crítica y participativa”.
Secretaría: xixjornadasamsm@gmail.com
- 22 y 23 de febrero • Bilbao
VI Taller sobre *Trauma y la transmisión generacional de guerras y conflictos.*
Organizan OME y Osalde. Secretaría: op.paisvasco@gmail.com; o bien ome@ome-aen.org
- 7 y 8 de marzo • Vitoria-Gasteiz
XXII Curso de Actualización en Psiquiatría: “*La Patología psiquiátrica resistente. Del concepto al tratamiento.*”
- 8 y 9 de marzo • Barcelona
III Jornadas de la AEN de Hospitales de Día. www.aen.es
- 15-17 de marzo • Madrid
XL Symposium SEPTG: *Articulación de teorías y técnicas grupales.* <http://www.septg.org/>
- 6 al 9 de abril • Niza
The 21 st European Congress of Psychiatry. <http://www.epa-congress.org/>
- 19 y 20 de abril • Bilbao
VII Taller sobre *Trauma y la transmisión generacional de guerras y conflictos.*
Organizan OME y Osalde. Secretaría: op.paisvasco@gmail.com;o bien ome@ome-aen.org
- 19 y 20 de abril • Madrid
XII Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la AEN: *El síntoma perverso en la sociedad contemporánea.* Colegio de Médicos. Entrada libre previa inscripción en aen@aen.es
- 13, 14, 15 de Junio 2013 • Almagro
XIV Jornadas de Salud Mental de la AEN. www.aen.es
- 20-22 de junio • Bilbao
IX Congreso Internacional Relates. *Transitando por el ciclo vital. Crisis evolutivas de las familias.*
Organiza EVNTF www.avntf-evntf.com/homeescuela.asp
- 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.wpamadriz2014.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; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Trabajos inéditos

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

Material electrónico

- Artículo de revista en formato electrónico
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1 (1): (24 pantallas). Accesible en:
URL: www.cdc.govncidod/EID/eid.htm.

Solicitud de Ingreso

Para ser miembro de una asociación autonómica, se solicita al tiempo la incorporación a la AEN. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios y Socias que siga a su recepción.

La cuota anual será de 100 euros (profesionales en formación 50%). Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la Revista NORTE de salud mental, libros, Cuadernos Técnicos y otras publicaciones de la AEN, descuentos en Jornadas, Congresos y otras actividades formativas, además de todos los otros derechos que corresponden a los socios y socias de las Asociaciones en sus respectivas Autonomías.

Envíe el formulario a:

Asociación Española Neuropsiquiatría. Magallanes, 1 sótano 2. 28015 Madrid.

Tel.: 636 725 599 / Fax: 91 847 31 82.

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA (AEN) y en la respectiva Asociación de su Autonomía.

D./Dña profesional de la Salud Mental,

con título de

que desempeña en (Centro de trabajo)

y domicilio en Población

C.P. Provincia Teléfono Correo electrónico

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Autonómica para lo cual es propuesto por los miembros:

D./Dña.

D./Dña.

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado o asociada.

Nombre Dirección

Banco/Caja de ahorros Sucursal

Cuenta nº Población

Ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

En el de 20

Firma: