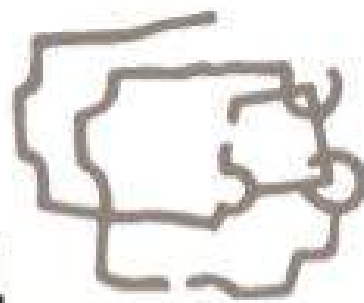


# NORTE

## DE SALUD MENTAL



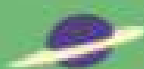
Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XI nº 46 Junio 2013



K

shh



mundo interior

## 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 <sup>a</sup> Luz
Álvarez, José M <sup>a</sup>	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 <sup>a</sup> del Mar
Català, Laura	González Saiz, Francisco	Meneses, Carmen	Susparregui, J. M <sup>a</sup>
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 <sup>a</sup>	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](http://www.ome-aen.org/norte.htm) • Correo-e: [norte@ome-aen.org](mailto:norte@ome-aen.org)

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

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

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

- Anuario FEAP
- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco)
- DIALNET
- Dulcinea
- 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 46, Junio 2013

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

Realización y Administración:

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

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

Autora de la portada: Laura Fernández Estévez

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:



OSASUN ETA KONTSUMO  
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD  
Y CONSUMO

© 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 almacenaje de información, sin la autorización del titular del Copyright.

ISSN: 1578-4940 • Depósito Legal: 1565/02

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L. • Imprime: Lankopi, S.A.



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

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

# Sumario

## NORTE de salud mental. Sumario 46. Junio 2013

<b>Editorial</b>	5
• El fin de las certidumbres: Tiempos de espuma y de lo imposible. <i>Francisco Rodríguez Pulido.</i>	7
<b>Originales y revisiones</b>	11
• Consideraciones psicodinámicas de la conducta suicida en la población infanto juvenil. <i>Iván Castillo Ledo, Hilda I. Ledo González, Antonio A. Ramos Barroso.</i>	13
• Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en Salud Mental. <i>Isabel Pla Julián. Antoni Adam Donat. Isabel Bernabeu Díaz.</i>	20
• Insight en los enfermos psiquiátricos graves con tratamiento depot ambulatorio y en los de centros de larga estancia. <i>Lera G, Giner F, Puchades P, Romeu E, González D'Huicque A, Palop V.</i>	29
• Desarrollo humano, violencia y salud mental. No mas cárceles, si escuelas. <i>Carlos A. Escalante e Iñaki Markez.</i>	37
• Curar con lo último: el palmitato de paliperidona. <i>Miguel A. Valverde Eizaguirre.</i>	59
• Manifestaciones de acoso laboral en trabajadores hispano-latinoamericanos residentes en la ciudad de Londres. <i>Nancy Liscano Parra.</i>	75
• El teatro como instrumento terapéutico en la rehabilitación psicosocial. <i>María Fernández Rodríguez, Patricia Guerra Mora y Olaya Begara Iglesias.</i>	82
<b>Formación Continuada</b>	89
• Abordaje de un caso de sintomatología postraumática desde una perspectiva cognitivo-conductual. <i>Esther Jiménez Antuñano.</i>	91
<b>Historia</b>	97
• Análisis filmográfico de un largometraje perteneciente a la Transición española: El desencanto. <i>María Herrera, Carmen Llor, Pedro Maset, Joaquín Cánovas.</i>	99
<b>Actualizaciones.</b> Iñaki Markez.	105
• Hartarse, vomitar, torturarse. <i>Giorgio Nadone y Matthew D. Selekman.</i>	107
• El escritofrénico. Un tratado sobre la curación de la psicosis. <i>Raúl Velasco.</i>	108
• Dibujando el género. <i>Gerard Coll-Planas.</i>	109
<b>Agenda</b>	111

# Summary

NORTE de salud mental 46. June 2013

<b>Editorial</b>	5
• The end of certainly: time of scud and imposible. <i>Francisco Rodríguez Pulido.</i>	7
<b>Original and reviews articles</b>	11
• The suicide intention in the young and child: psychodynamic consideration. <i>Iván Castillo, Hilda I. Ledo González, Antonio A. Ramos.</i>	13
• Gender stereotypes and prejudice as Mental Health determinants. <i>Isabel Pla, Antoni Adam, Isabel Bernabeu.</i>	20
• Insight among severe mentally ill people and long acting treatment vs those institutionalized. <i>Guillerm Lera, F. Giner, P. Puchades, E. Romeu, A. González D'Huicque, V. Palop.</i>	29
• Human Development, Violence and Mental Health. No more prisons but yes schools. <i>Carlos A. Escalante and Iñaki Markez.</i>	37
• Healing with the last: the case of paliperidone palmitate. <i>Miguel A. Valverde Eizaguirre.</i>	59
• Expressions of workplacve harassment in spanish-american workers living in the city of London. <i>Nancy Liscano Parra.</i>	75
• The theater as a therapeutic instrument in psychosocial rehabilitation. <i>María Fernández Rodríguez, Patricia Guerra Mora and Olaya Begara Iglesias.</i>	82
<b>Continuing Education</b>	89
• Addressing a case of symptomatology post-traumatic from a cognitive-behavioural model. <i>Esther Jiménez Antuñano.</i>	91
<b>History</b>	97
• Film analysis belonging to spanish transition: Disenchantment. <i>María Herrera, Carmen Llor, Pedro Marset, Joaquín Cánovas.</i>	99
<b>Book reviews. Iñaki Markez.</b>	105
• Hartarse, vomitar, torturarse. <i>Giorgio Nardone y Matthew D. Selekman.</i>	107
• El escritofrénico. Un tratado sobre la curación de la psicosis. <i>Raúl Velasco.</i>	108
• Dibujando el género. <i>Gerard Coll-Planas.</i>	109
<b>Calendar</b>	111



**EDITORIAL**



# El fin de las certidumbres: Tiempos de espuma y de lo imposible.

## *The end of certainly: time of scud and imposible.*

La religión, como dogma y catequesis, vuelve a tener valor numérico para la nota media y apenas, la literatura universal asoma tímidamente en los libros de texto. Son dos rasgos significativos de este oscuro tiempo. No es una crisis mas, de esas cíclicas del sistema, que con su amplitud corta o larga, se reajusta el régimen mundial. Es algo más, aunque, no podamos precisarlo con nitidez. El profesor Benach (2013), habla de que estamos ante una crisis de civilización, una crisis global que afecta a diversos órdenes y de unas dimensiones que afectarán durante varias generaciones. Es, por tanto, para algunos los vestigios de la emergencia de una nueva era, y para otros, representa un agotamiento del sistema capitalista, incluso, dada la dimensión de esta fabricada crisis, un ilustrado líder del Eliseo realizo un llamamiento desesperado para refundar el capitalismo. El capital especulativo -diferencia con otros tiempos- no genera empleo y ejerce todo su dominio tiránico y sin control sobre la política. Este va acompañado, para facilitar su digestión, con el bálsamo de la santidad y la ideología liberal. Muchos señalan al estado como un Estado fallido por su nivel de corrupción o una democracia secuestrada, al aceptar los parlamentarios la condición de realizar una sesión a puerta cerrada por exigencia de Europa, en el órgano de la representación de pueblo,. También la califican, nuestra democracia, como una democracia tutelada por los hombres vestidos de negro que diariamente supervisan las cuentas del banco de España y algunos van más allá y la denotan como dictadura invisible por el valor del dinero en la toma de decisiones. La captación de recursos, la redistribución de la riqueza y estabilización del sistema frente a los desequilibrios son asignaturas pendientes. Eso sí, los dineros de todos para los bancos. A la postre menos estado y más mercado.

La separación de poderes, una de las aspiraciones de la revolución francesa, se nos muestra como una fábula constitucional. Los gobernantes incumplen lo escrito en sus programas electorales. La política como un juego de intercambios de

sobres. Se banaliza la democracia, que paradoja, precisamente, por sus representantes. La distancia, se hace un abismo, entre representantes y representados. Los partidos y los sindicatos al uso se muestran como una estructura colapsada, rígida, que no es permeable, a las nuevas demandas, ni recogen las sensibilidades de las protestas sociales y con una dramática pérdida de sus identidades a golpe de las encuestas por la conquista del mercadeo del voto. Una noria que da vueltas sobre si misma, con la palanca mecánica ritual de las elecciones. Los hombres y las mujeres, casi sin darse cuenta, pasan de ser humanos con derechos a súbditos sumergidos en la supervivencia, la competitividad engañosa, la intimidación forzada y con un papel en apariencia irrelevante. Las alamedas parecen invisibles. Nada está en su sitio como lo conocimos. Es una sociedad más reaccionaria. Napoleón al leer El Príncipe de Maquiavelo anoto “trunfad siempre no importa como, y tendréis razón siempre”. Es una señal de alarma, la presencia cada vez mayor de la extrema derecha en el Parlamento europeo. Habrá que seguir este nuevo fenómeno de cerca. Es más fácil imaginar el fin del mundo que el fin del sistema.

Las noticias cada viernes. Se anuncia las Contrarreformas bajo las nuevas tablas de la salvación llamada eficiencia. Este año se anunció en Bruselas, no en el Parlamento, el Plan de reformas del Gobierno Español en el 2013. Las ruedas de prensa con pantallas de plasma, los periodistas a distancia y no preguntar. Se cambia las reglas del juego cuidando mimosamente el lenguaje: externalización por privatizar, sostenibilidad por recortar. Reformas por contrarreformas. Y un sin fin. Un lenguaje que elude afrontar la realidad de lo que hacen o lo reviste de algún sentido positivo. Y, a un ritmo desenfrenado, cambian todas las reglas del juego: las reformas laborales con sus ajustes salariales, abaratamiento del despido, los convenios laborales debilitados y muchos despidos, el desempleo y retraso de la edad de jubilación. La reforma educativa, sin consenso con la comunidad educativa, favorecerá la segregación

y la ideologización y descenderá en número de jóvenes que lleguen a la universidad. Del mérito y el esfuerzo como valores se jactan pero la igualdad de oportunidades son un canto al sol. La reforma del sistema judicial, sistema más accesible solo para unos pocos, y que ha escandalizado al propio tribunal supremo. O la reforma del código penal -volvemos al sujeto peligroso- o la anunciada reforma de la ley del aborto, que criminalista a las mujeres y las coloca en una situación de riesgo para su vida. Otra concesión más. Congelación y toque de muerte a la ley de dependencias. De la crisis saldremos pero habrá una sociedad con sistema de protección social más raquítico.

Y nuestro país, cambiando la demografía, desplazándose hacia un envejecimiento progresivo de la población, según la ONU, la población actual mayor de 60 años representa el 22% y en el 2050 será el 38%. El ratio de soporte (número de personas de entre 15-64 años potencialmente trabajadoras contribuidoras a sistema de salud/pensiones) a personas mayores actual es de 4 y pasará a ser 2 en el 2050. Unas tasas de desempleo altísimas en los jóvenes, sin poder proyectar un futuro personal y profesional. Andalucía es la comunidad autónoma con mayor tasa de paro del Estado según la EPA del primer trimestre de 2013, concretamente el 36,9%, teniendo Canarias el 34,3%. La media del estado está en el 27,2%. Los jóvenes cualificados emigrando nuevamente, descapitalizando el país. Las bolsas de pobreza creciendo en segmento de la población hasta ahora desconocidos, los emigrantes jóvenes, que llegaron en las décadas pasadas, volviendo a sus países. Una depauperización de las clases medias. Según la Encuesta de Condiciones de Vida que publica el INE (con fecha 22 de octubre de 2012), la tasa de riesgo de pobreza en el año 2011 era para el conjunto del Estado el 21,8%, para Andalucía el 31,7% y para Canarias, que encabeza el ranking de comunidades pobres, era del 33,8%. Más personas sin hogar y de mayor edad. Es una sociedad empobrecida con el capital en pocas familias y con muchos “desechos humanos” en términos baumanianos y una generación para algunos “pérdida”.

Uno de los aspectos más destructivos de la situación de pobreza material es la desintegración social que, con el tiempo, tiende a reforzar la situación de necesidad. La idea de integración

social tiene que ver con la participación de los individuos en la vida social en sus distintos niveles y con la existencia de proyectos vitales articulados en el entorno familiar, ciudadano, sociopolítico y laboral. Se trata sin duda de aspectos tan relevantes como difíciles de precisar hasta el punto de traducirlos en variables medibles cuantitativamente. Por eso se recurre a utilizar una variable como el desempleo de larga duración, como forma de aproximar el grado de insuficiencia en la integración social. El trabajo es la principal fuente de renta y uno de los elementos clave en la articulación de las relaciones personales y sociales. Cuando se pierde por un período prolongado todos estos elementos sacuden con fuerza los cimientos del bienestar de las familias y su entorno vital. Los parados de larga duración se enfrentan a importantes problemas que afectan tanto a su vida cotidiana como a sus perspectivas de futuro. En primer lugar, y como elemento más obvio, porque el subsidio de desempleo se acaba y suprime una de las principales fuentes de renta de muchas familias. Hay, además, abundante evidencia empírica de que cuanto mayor tiempo se está en condición de desempleado menor es la probabilidad de encontrar empleo, tanto porque el capital humano se deprecia como por la pérdida de estímulos a continuar la búsqueda de empleo. Como consecuencia los desempleados de larga duración se enfrentan con enormes problemas que afectan tanto a su vida cotidiana como a sus perspectivas de futuro. El futuro se presenta incierto para muchas personas. La distribución de la riqueza cada vez es más desigual y esto generará más desigualdades sociales, territoriales y de salud. Los sistemas de salud tendrán que girar, urgentemente, hacia la cronicidad y la promoción y la prevención. No hay otra salida.

En nuestro ámbito profesional también ocurren cosas. La fuerte inversión en el cientifismo en la vuelta al estudio del cerebro, la revisión de los sistemas de clasificación que no gusta a nadie, sino a la industria. La ley de dependencia tocada de muerte. La comisión interministerial con sus sucesivas evaluaciones de la Estrategia pero que no incide para nada en la realidad ni compromete a nadie en ella. El Senado solicitándole al congreso programas de prevención del suicidio. La especialidad de psiquiatría infantil dicen que a punto de salir. El Código Penal una amenaza

y una vuelta atrás. La cartera básica de prestaciones común en proceso de revisión. La gestión clínica por procesos tergiversada. La continuidad de cuidados en entredicho. Escasa influencia en los espacios en donde se toman las decisiones. Constitución de Foros como una manera de ampliar las alianzas. El Movimiento de primera persona tomando su lugar por derecho propio. El Consejo Asesor de la Ministra presentando en abril informes sobre la coordinación y atención sociosanitaria, me pregunto ¿Entraremos de nuevo, por la puerta de atrás, como en la ley de autonomía personal? ¿Los miembros de la comisión de estrategia saben algo de esta iniciativa? Un nuevo giro para ampliar el negocio del mercado. La enfermería, legítimamente, exigiendo más visibilidad. Los psicólogos, también se apuntan con los consejos psicológicos a despatologizar la vida cotidiana. Afirmaba Zizek (2011) que vivimos en una época en que se promueven los sueños tecnológicos más delirantes pero no quiere mantener los servicios públicos más necesarios.

Vivimos, según Fukuyama (1992), en la época del final de la historia, el final de la utopía o para seguir de los post, es la época post utópica. Pero el significado de esta época no es unívoco y cabe distinguir dos significados: i) el final como realización positiva o cumplimiento y ii) el final como no realización, como fracaso, mala realización o realización negativa. El primero era el que hablaba Marcuse en 1967, en su famoso *El final de la utopía* (Marcuse, 1986). Final porque el avance de la tecnología, permitía la realización de una sociedad feliz, liberándonos del trabajo alienado y del sufrimiento que produce. El Tiempo liberado del trabajo podría ser utilizado en actividades lúdicas, estéticas, y sensoriales. Utopía y Distorpia. Hoy, sabemos que la tecnología nos encadena a una estructura socioeconómica y conduce a amplios sectores de la población al desempleo. Avance del horizonte distópico, con la derrota de la utopía política, el desastre ecológico, la especialización de las humanidades, la biotecnología y de las profecías de Orwell. Por lo tanto, lo utópico, adquiere un nuevo significado, más allá del valor de la emancipación o la liberación, del trabajo alineado, o de las relaciones sociales del dominio capitalista.

Ahora, la utopía adquiere su valor en su desplazamiento hacia la órbita de la supervivencia. En

las novelas, como testimonio de este tiempo, ya no hay héroes ni heroínas sino personajes anónimos de vida gris, buscándoles los unos a los otros o en sí mismos. Y el cine ha dejado de ser el único lugar que por pagar permitimos que nos engañen. La modernidad líquida –como categoría sociológica– es una figura del cambio y de la transitoriedad, de la desregulación y liberalización de los mercados. La metáfora de la liquidez -propuesta por Bauman (1999)- intenta también dar cuenta de la precariedad de los vínculos humanos en una sociedad individualista y privatizada, marcada por el carácter transitorio y volátil de sus relaciones. El amor se hace flotante, sin responsabilidad hacia el otro, se reduce al vínculo sin rostro que ofrece la Web. Surfeamos en las olas de una sociedad líquida siempre cambiante -incierta- y cada vez más imprevisible, es la decadencia del Estado del bienestar. La modernidad líquida es un tiempo sin certezas, donde los hombres que lucharon durante la Ilustración por poder obtener libertades civiles y deshacerse de la tradición, se encuentran ahora con la obligación de ser libres asumiendo los miedos y angustias existenciales que tal libertad comporta; la cultura laboral de la flexibilidad arruina la previsión de futuro. La desvinculación es el presente (Bauman, 2006). La incertidumbre en que vivimos se corresponde a transformaciones como el debilitamiento de los sistemas de seguridad que protegían al individuo y la renuncia a la planificación de largo plazo: el olvido y el desarraigo afectivo se presentan como condición del éxito. Esta nueva (in) sensibilidad exige a los individuos flexibilidad, fragmentación y compartimentación de intereses y afectos, se debe estar siempre bien dispuesto a cambiar de tácticas, a abandonar compromisos y lealtades. Nos resulta lamentable a algunos ver estos comportamientos alrededor.

La construcción de la categoría de persona no debería venir marcado por la biología. No debe haber ningún lugar ni lugares determinados para nadie. Cada ser humano debería poder elegir su espacio, con independencia de su condición. Ningún ser humano debe pasar su vida en los estrechos límites de una categoría impuesta socialmente. La modernidad tiene como programa la construcción legitimadora del concepto de sujeto social como universal y autónomo, más allá de los diferencias. Según Rousseau (2013)



la labor de la razón es legitimar un sistema político y social basado en la justicia, entendida como igualdad de todos los individuos. Y, a su vez, la universalidad del ser humano es la que avala la idea del individuo como ser moral y político. Para qué ese proyecto sea posible hay que superar la situación de desgarramiento en la que se encuentra el individuo real, por culpa de la desigualdad surgida de la socialización inadecuada. La bondad que caracteriza al individuo en el estado de naturaleza (teoría del buen salvaje), se rompe con la socialización y la propiedad privada. Todos los hombres, mediante el contrato social, son iguales entre sí, y aceptan la libre subordinación al Estado que los controla (es el caso de Hobbes) y los representa (es el caso de Rousseau). Un contrato social que lo rompen los de siempre como siempre.

No se puede ilusamente pensar que este estado de cosas cae sólo. Hay que empujarlo a cada segundo y bien fuerte. Y se le empuja no delegando, no mirando a otro lado, con un fuerte sentimiento de pertenencia y fomentando la participación y el compromiso real. Tomando las riendas de la cosa pública en todos los espacios posibles. Gozamos de un poder que, aunque limitado y gradual, nos pertenece. Y no es otro que la libertad, su ejercicio pasa por la participación de todos en todo y todo el tiempo. Exigir la transparencia en nuestros espacios de trabajo y de ciudadanía. Romper el hielo desde lo más próximo. A cada compromiso personal de estar en el mundo le corresponde una parte de este rompimiento. Cada uno de nosotros nos corresponde romper un trozo del hielo. Al menos donde pisamos o hasta donde llega nuestros brazos. Debemos ofrecer alternativas concretas desde lo más cercano. Sampedro (2011) nos alentó a que la indignación había que convertirla en resistencia, en acción, en rebelión pacífica. Si no fuese así, puede llevar a considerar a la ciudadanía por parte del poder como un elemento superfluo, como una imagen de espuma. Como decía E. Fromm (2001) sólo cabe la desobediencia porque la obediencia constituye una forma de participar del poder. Y lo político entonces adquirirá un nuevo valor como soñaron los aristotélicos. A lo mejor, como decía Kierkegaard (2012) la única verdad es la subjetividad. O volver a reflexionar con Foucault (2011), la relación entre el juego de la verdad, el poder y el

individuo, o entre el sujeto y el objeto, para orientarnos y saber cómo se debe estar en tiempos de espuma. El fin de las certidumbres, como dirá Ilya Prigogine (1997), genera muchas posibilidades.

Francisco Rodríguez Pulido.

Profesor Titular de Psiquiatría y Presidente de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría/ Profesionales de la Salud mental.

## Bibliografía

- Benach J. Crisis económica y capitalismo. Bilbao. XXXI Jornadas de debate FADS. Nota de prensa. 2013.
- Maquiavelo N. El Príncipe/Comentado por Napoleón Bonaparte. Espasa Calpe. 2006.
- Rousseau J.J. El contrato Social. Globus. Filosofía hoy. Los grandes pensadores. 2013.
- Zizek S. En defensa de las causas perdidas. Akal cuestiones de antagonismo. 2011.
- Fuykuyama F. El fin de la historia y el último hombre. Editorial Planeta. 1992.
- Marcurse H. El final de la utopía. Planeta S.A. 1986.
- Bauman Z. Modernidad líquida. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica. 1999.
- Bauman Z. Vida líquida. Barcelona. Barcelona. Paidós Ibérica. 2006.
- Sampedro J.L. Prólogo. Indignaos. Indignaos! Un alegato contra la indiferencia y a favor de la insurrección pacífica. Stephane Hessel. Barcelona. Destino. 2011.
- Fromm E. Sobre la Desobediencia y otros ensayos. Ed Paidós Ibérica. 2001.
- Foucault M. El gobierno de si y de los otros. Curso del Collegue de Francés (1982-1983). Akal Universitaria. Barcelona, 2011.
- Kierkegaard S. La enfermedad mortal. Globus. Filosofía hoy. Los grandes pensadores. 2012.
- Prigogine I. El fin de las certidumbres. Santiago de Chile. Ed. Andrés Bello. 1997.



# ORIGINALES Y REVISIONES



# Consideraciones psicodinámicas de la conducta suicida en la población infanto juvenil.

## *The suicide intention in the young and child: psychodynamic consideration.*

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

\* Doctor en Medicina. Servicio de Rehabilitación Integral. Máster en Medicina Bioenergética. Profesor Asistente, Centro Universitario Municipal. Rodas. Cienfuegos. Cuba.

\*\* Doctora en Pedagogía, Profesora Asistente. Centro Universitario Municipal. Rodas. Cienfuegos.

\*\*\* Estudiante de 5<sup>o</sup> año de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos.

**Resumen:** Es aún un enigma el por qué los seres humanos orientados hacia la vida se entregan a comportamientos autodestructivos y llama la atención un aumento importante en las últimas décadas donde la conducta suicida no es ajena a niños y adolescentes, factores como el intenso estrés, confusión, miedo e incertidumbre así como la presión por el éxito y la incapacidad de pensar acerca de las cosas desde un nuevo punto de vista, influyen en las capacidades del adolescente para resolver problemas y tomar decisiones.

Es por eso que debe ser considerado como un hecho multifactorial, con una psicodinámica particular, en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, es decir, expresa una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto en su medio ambiente, provocado por una situación conflictiva actual o permanente, que genera un estado de tensión emocional.

**Palabras claves:** conducta suicida, psicodinámica, adolescencia.

**Abstract:** The mystery of the acts to deliberately killing yourself is common in young and child, more professional talk about the emotional factors and other such as stress, confusion, fear and uncertainty, also they talk about characteristics or incapacity for resolve the social problems.

For this aspect is important considerate multiples factors whit a particular psychodynamic, where interacted biology, psychologist and social factors, those show an error in the adaptive mechanisms provocative a conflict situation in the moment or de permanent form, and in this moment are generating an emotional tension.

**Key words:** suicide conduct, psychodynamic, adolescence.

La conducta suicida abarca un amplio espectro que incluye: la idea suicida, el gesto, la amenaza, el intento y el suicidio consumado, siendo estas dos últimas las más estudiadas por la implicación que tiene tanto para el individuo, como para la sociedad.

El intento suicida o parasuicidio es definido como cualquier acción mediante la cual el individuo se

causa una lesión independientemente de la letalidad del método empleado, mientras que suicidio (“sui” mismo y “cidium” matar) es acto humano de autolesionarse con la intención de acabar con su propia vida.

Según estadísticas internacionales, año 2000, la tasa de suicidio fue de 16 por cada 100.000



habitantes, para todas las edades, encontrando los resultados más elevados en Guyana, Trinidad y Tobago, Canadá y en América Latina fueron: América del Norte (12,2%), Caribe Inglés (10,3%) y el Cono Sur (6,8%).

Actualmente el suicidio está en aumento y se ubica entre las 10 causas de muerte, pues se estima que al menos 1000 personas se suicidan cada día y se calcula que por cada muerte provocada por suicidio se producen 10 tentativas, en Estados Unidos se considera la 3ra causa de muerte en adolescentes y se plantea que alrededor del 2% de las muertes se deben a suicidio, en España la prevalencia está por encima del 7%.

La Dra. Harlem Brundtland plantea: “Un programa de salud escolar eficaz puede ser la inversión más rentable de una nación para mejorar simultáneamente la educación de un país, nos unimos al llamamiento de la OMS de Iniciativa de salud global que pretende movilizar y potenciar la Promoción de Salud Escolar a nivel local, nacional regional e internacional con el fin de mejorar los estilos de vida de los jóvenes a través de la escuela para que puedan desarrollar plenamente su potencial y evitar los riesgos para su salud contando con el apoyo de sus familiares, profesores y la comunidad educativa escolar”.

El parasuicidio, o intento suicida, es definido como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención. El intento suicida y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida, aunque representan un recorrido que va desde la idea suicida hasta el suicidio.

El suicidio es un tema controvertido, que pese a su carácter individual, es considerado como un grave problema de salud en casi todas las regiones del mundo. Es aún un enigma el por qué los seres humanos orientados hacia la vida se entregan a comportamientos autodestructivos.

Durante la adolescencia, etapa de desarrollo por la que atraviesa todo individuo, se presentan en los jóvenes cambios difíciles que les producen ansiedad y depresión hasta llegar, en muchas ocasiones, a una tentativa de suicidio.

Este intento plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis de la adolescencia. La manipulación de la idea de la muerte en el joven suele ser frecuente, pero debe hacerse la diferencia entre el adolescente que piensa en el suicidio como una llamada de auxilio, como una manera de comunicar su descontento a los demás, el que ve el suicidio como una idea romántica y aquel que realmente lo lleva a cabo. Si cerca se encuentra algún adolescente cuyo comportamiento indique que intentará suicidarse, se atiende sus señales, pues se puede darle el apoyo necesario para superar su problema.

El suicidio de los adolescentes es un tema que suele callarse y evadirse pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en que se vive; sin embargo, es importante conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y cómo puede prevenirse.

Vinoda, uno de los expertos en el tema, dice que el suicidio es un fenómeno complejo que comprende factores físicos, sociales y psicológicos que actúan e interactúan; sin embargo, la forma en que el individuo se relaciona con su medio ambiente y cómo afecta este último su personalidad, son causas que determinan que el individuo intente suicidarse o no.

Todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación en la forma en que se vive, de un desacuerdo social, además de otros factores adicionales que se revisarán más adelante.

El suicidio es el resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia vida, acto que puede ser una lesión autoproducida o suicidio, o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que, con toda probabilidad, conduce a un accidente fatal. Otro tipo de suicidio es el que se conoce como submeditado, en donde la intención de morir no es consciente, de manera que la víctima -sin reconocerlo- se autodestruye lentamente. Es el caso de las personas que padecen una enfermedad provocada por sentimientos negativos o estados emocionales que afectan la salud física. Otra forma indirecta de autodestrucción consiste en la gestión de

substancias dañinas para la salud como drogas, alcohol y tabaco.

Schneiderman clasifica la conducta suicida en cuatro tipos:

1. La conducta suicida impulsiva, que generalmente se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.
2. La sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que suele resultar de un estado depresivo. Aquí, el adolescente considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán.
3. Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que “no hay otra salida”.
4. El intento suicida como medio de comunicación, en donde el joven no desea morir pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio y, así, cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean.

También puede ser un intento por atraer el interés de los demás o un medio para expresar sus sentimientos de enojo.

Farberow menciona que, en la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y que, generalmente, éste exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos directos. Estas llamadas de auxilio se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y con ello se espera provocar una respuesta particular. El joven intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos.

Durante esta etapa, el adolescente se siente muy inseguro en razón de su desarrollo corporal y, en ocasiones, puede llegar a sentir «que su cuerpo es algo aparte de él». De hecho, siente la necesidad de dominar su cuerpo que se encuentra

en constante cambio; pero como puede vivir su cuerpo como un objeto casi externo y extraño, siente que en el momento del intento suicida su cuerpo no es el que realmente recibe la agresión ni que canaliza hacia él sus tendencias agresivas y destructivas. Por otro lado, durante la adolescencia, el individuo abandona gran parte de sus ideas e imágenes infantiles, tan importantes para él durante todo su desarrollo anterior. De esta manera el intento suicida puede ser la representación de su trabajo de duelo.

Durante la adolescencia se elaboran tres duelos básicos: a) el duelo por el cuerpo infantil, b) el duelo por la identidad y el rol infantil, y c) el duelo por los padres infantiles, es decir, el duelo por la imagen con que percibía a sus padres durante la infancia. En una situación ideal, la elaboración de estos duelos permitirá que el adolescente continúe con su desarrollo. El suicidio de los adolescentes puede tener varios significados, aparte de los mencionados. Éstos son aplicables a todas las edades de la vida, pero debe advertirse que, en función de la madurez del individuo, hay significados que se aplican preferentemente a ciertos períodos de la vida.

Beachler describe varios significados posibles:

1. La huida, es decir, el intento de escapar de una solución dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de su vida, ya que ésta se percibe como insoportable.
2. El duelo, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante de la persona.
3. El castigo, cuando el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria. Aquí el joven se siente responsable por un acto negativo y desea autocastigarse para mitigar la culpa.
4. El crimen, cuando el joven atenta contra su vida, pero también desea llevar a otro a la muerte.
5. La venganza, es decir, cuando se atenta contra la vida para provocar el remordimiento de otra persona o para infligirle la desaprobación de la comunidad; la llamada de atención y el chantaje, cuando mediante el intento suicida se intenta ejercer presión sobre otro.



6. El sacrificio, en donde se actúa contra la vida para adquirir un valor o un estado considerado superior, es morir por una causa.
7. El juego, común en los adolescentes, cuando se atenta contra la vida para probarse a sí mismo o a los demás que se es valiente y parte del grupo.

No puede considerarse la conducta suicida del joven como un acto plenamente dirigido por el deseo de morir; dice que el intento suicida involucra un debate interno, una lucha entre el deseo de morir y el de seguir vivo. El adolescente que intenta suicidarse, lucha internamente entre ambos deseos. Este dato es importante para las personas que desean ayudar a los adolescentes, pues se sabe que en su interior sí existe un deseo de seguir viviendo.

Por otro lado, algunos autores consideran que la impulsividad propia del adolescente explica en parte el acto suicida. Así, mientras mayor sea la impulsividad de un individuo, mayor será la posibilidad de autodestrucción. Sin embargo, para Haim, el factor más significativo del adolescente que intenta suicidarse, es su incapacidad interna de elaborar y superar los procesos de pérdida y duelo por los que pasan, de manera que prolonga sus sentimientos de decepción y dolor. A su vez, Peck encontró una relación entre la incapacidad del joven para manejar las situaciones angustiantes y la tendencia al suicidio, y una preocupación excesiva con respecto al fracaso. Así, la conducta autodestructiva puede entenderse como un mecanismo utilizado por algunos jóvenes para manejar tanto el estrés como las situaciones indeseables en la vida.

En toda conducta destructiva existe una buena cantidad de agresión que puede dirigirse hacia adentro; es el caso de los estados depresivos y las tendencias autodestructivas; o dirigirse hacia afuera, por medio de actos delictivos o agresivos. Desde el punto de vista "interaccional", se ha aceptado que cuando la agresión se dirige hacia afuera, se establece una relación entre el que agrede (en este caso el adolescente) y quien recibe la agresión. Como la interacción puede darse en muchos niveles, desde el verbal hasta el físico, las dos personas o grupos que interactúan en este juego de agresión, lo hacen

de la misma forma en que manejan el resto de su relación (la cual originalmente promovió la agresión) y, con seguridad, caerán en un círculo vicioso. Es decir, si el adolescente percibe cierto rechazo o la situación familiar le provoca sentimientos de enojo y de agresión, expresará estos sentimientos o el rechazo por diversos medios; a su vez la familia recibirá estas expresiones agresivas de la misma forma, lo que fomentará una mayor agresión hacia el joven y de esta manera se alimentará un círculo vicioso en donde se requiere de una verdadera comunicación para romper la cadena de agresiones.

En caso de que el suicidio ocurra dentro de un contexto interaccional como éste, se observa que el comportamiento autodestructivo es un medio para comunicarle a los demás sentimientos, demandas o súplicas que el adolescente no sabe expresar de otra manera. Por lo tanto, el comportamiento autodestructivo se convierte en una comunicación con un propósito determinado y con un contenido dirigido hacia un público específico.

La seriedad del intento suicida radica en lo que el joven hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Si el fin del acto es comunicar un estado de descontento en general, el joven provocará ser descubierto antes de alcanzar su cometido de morir; sin embargo, aunque esta actuación es de menor gravedad que la de un adolescente que arregla todo para no ser descubierto, siempre debe prestarse la atención debida y ayudar al joven a elaborar y superar la crisis por la que pasa.

Existen desde luego factores que fomentan el suicidio en los adolescentes, pero que en sí mismos no son decisivos para que se decida hacer un intento suicida. Muchos de ellos pueden contribuir a la confusión y a la depresión del joven, pero se requiere la conjunción de una diversidad de factores para que se llegue al extremo de la autodestrucción. Se ha observado que en las familias de adolescentes suicidas los padres tienden a ser débiles internamente y que a su vez padecen fuertes sentimientos de depresión, desesperanza y desaliento. El joven que por el momento en que pasa, sufre esos mismos sentimientos, no posee las herramientas para manejarlos, pues ha visto en casa una incapacidad

para manejar sentimientos negativos. Por otro lado, las familias del individuo autodestructivo suelen tener problemas para controlar sus impulsos, es decir, los miembros de la familia tienden a ser impulsivos en su enfrentamiento diario con la vida. También puede existir una tendencia familiar a manejar el estrés de manera inadecuada, y el joven aprende que éste o cualquier tipo de presión son situaciones intolerables que deben evitarse a toda costa.

En este tipo de familias suele haber conflictos constantes, particularmente separaciones, y antecedentes patológicos especialmente de alcoholismo o alguna adicción en uno o ambos padres.

En general, en estas familias existe una estructura alterada que se caracteriza por un sistema cerrado que inconscientemente prohíbe a sus miembros comunicarse entre sí y relacionarse estrechamente con el exterior. De manera que el joven se siente aislado dentro y fuera de casa, en donde tampoco la comunicación se da abiertamente.

En relación con el manejo afectivo, las familias de los adolescentes que tienden al suicidio, suelen mostrar un patrón agresivo de relación, con dificultades para expresar el enojo y la agresión, así como una depresión familiar generalizada. Las relaciones intrafamiliares se encuentran desbalanceadas y el adolescente -por norma- sirve de chivo expiatorio que carga con las culpas, los defectos o las partes malas de la familia. De esta manera, el joven deprimido siente que no es deseado y que no se le quiere, tiene un sentimiento doloroso de abandono que expresa por medio del aislamiento y, posteriormente, de un intento suicida.

Se resume, las razones psicodinámicas más comunes en los intentos suicidas son:

- Un dolor psíquico intolerable del cual se desea escapar.
- Necesidades psicológicas frustradas, tales como: seguridad, confianza y logros.
- Un intento por acabar con la conciencia, sobre todo la del dolor.
- Falta de opciones, o bloqueo para verlas.
- Un impulso súbito de odio a sí mismo, en un marco de alineación grave.

- Una autoevaluación negativa, con autorrechazo, desvaloración, culpa, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo.

Como se menciona, en el acto suicida siempre habrá una lucha interna entre el deseo de morir y el de seguir viviendo. Generalmente, el individuo suicida pedirá auxilio de una u otra forma. Si cerca se encuentra algún adolescente cuyo comportamiento, ya sea verbal o no verbal, revela que el joven podría intentar suicidarse, hay que atender esas señales pues existe la posibilidad de ayudarlo o de buscar el apoyo de profesionales que pueden guiarlos en el manejo de sus problemas.

La familia siempre será la fuente principal de apoyo y aceptación. En ocasiones, la inexperiencia o las propias vivencias pueden alterar el funcionamiento de la familia. Este hecho puede verse reflejado en la depresión de uno de los hijos. Lo importante no es encontrar culpables, sino descubrir el problema a tiempo para darle la mejor solución posible”.

El suicidio entre los jóvenes es una tragedia no mencionada en la sociedad. De manera tradicional se ha evitado la idea de que los jóvenes encuentran la vida tan dolorosa que de forma consciente y deliberada se causan la muerte. En algunos casos puede ser más fácil llamar “accidente” a un suicidio. El índice de suicidios para niños menores de 14 años de edad está incrementándose a un ritmo alarmante y para los adolescentes está aumentando aún más rápido.

En un estudio retrospectivo de admisiones a una sala de emergencias de un hospital pediátrico durante un periodo de 7 años, los investigadores identificaron a 505 niños y adolescentes que habían intentado suicidarse (Garfinkel, Froese y Hood, 1982). Este grupo fue comparado con un grupo control de niños que eran similares en edad, sexo y fecha de admisión. Los niños en el grupo suicida presentaron las siguientes características:

- Hubo tres veces más niñas que niños.
- Los síntomas clínicos mostrados más a menudo tanto por niños como por adolescentes fueron afecto fluctuante y agresividad, hostilidad o ambos.



- La mayor parte de los intentos de suicidio ocurrieron en el hogar (73%), el 12% en áreas públicas, el 7% en la escuela y el 5% en la casa de un amigo. En el 87% de los casos alguien más estaba cerca -por lo general los padres-.
- La mayor parte de los intentos fueron realizados durante los meses de invierno, en la tarde o en la noche.
- La sobredosis de fármacos fue el medio principal del intento de suicidio.
- Más del 77% de los intentos fueron considerados de letalidad baja, el 21% moderadamente letales y poco más del 1% muy letales.

Elizabeth Kubler- Ross (1983), una psiquiatra que ha investigado y escrito de manera extensa acerca de la muerte y la agonía, ha perfilado una serie de reacciones que las personas experimentan cuando un miembro de la familia ha cometido suicidio:

- La primera de 3 etapas se caracteriza por conmoción, negación y aturdimiento. Les es difícil hablar al respecto, tienden a evitar usar la palabra suicidio y pasan por los arreglos del funeral como si no tuviera significado personal. El dolor es tanto, que se cierran a sus propios sentimientos.
- En la segunda etapa, comienzan a experimentar pena. Tratan de culpar a alguien o a sí mismos por lo que pasó y por último expresan cólera hacia el difunto: ¿Cómo pudiste hacernos esto?
- La tercera etapa es dejarlo ir, o terminar un asunto incompleto (como el hecho de pensar: “nunca le dije que lo amaba”).

Existen diversas teorías acerca de la conducta suicida:

1. Factor biológico: Señala un debilitamiento de las funciones cerebrocorticales elevadas, demostrándose una disminución de serotonina en sangre, así como de 5 HIAA (aminoácido 5 hidroxindolacético) sobre todo en el LCR, con lo cual los antidepresivos del organismo están muy bajos.
2. Factor sociocultural.
3. Fallas de los mecanismos adaptativos del sujeto a las contingencias del medio.
4. Teoría multifactorial: Esta incluye a las anteriores, pero además tiene en cuenta la constitución genética hereditaria que hace proclive al individuo hacia el suicidio.

Todo lo anterior muestra la importancia que reviste para el personal que atiende directamente a los niños y adolescentes, dígase familia, educadores escolares, médicos, psicólogos, psiquiatras y profesionales en general, el conocimiento de las causales fundamentales en su psicodinámica del fenómeno de la conducta suicida. Esto permite una mejor terapéutica basada en estos aspectos y una mejor rehabilitación una vez sucedido el incidente.

La actualización científica constante ayuda a aguzar el punto de mira en esta problemática, ayuda a pensar en ello aún cuando no se haya presentado pero cuando ya sus causales están cercanas y así evitar las secuelas emocionales que deja en los propios afectados directamente así como en los que los rodean.

### Contacto

Iván Castillo Ledo • Servicio de Rehabilitación Integral  
Independencia No. 57 B. Rodas • Cienfuegos, Cuba  
Tel.: 53 43 549326 • cfginv@infomed.sld.cu

## Referencias bibliográficas

- Aguilar Hernández I, Barreto García M. Conducta suicida. [Monografía en Internet]. [Consultado 2007 Mayo 21]. URL disponible en: [http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol12\\_2\\_06/hab12206.htm](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol12_2_06/hab12206.htm)
- Sarracent A, Rodolfo Corpeño Monge E. Comportamiento de la conducta suicida en el Hospital. [Monografía en Internet]. [Consultado 2007 Mayo 21]. URL disponible en: <http://www.psicuaticohph.sld.cu/hpho206/hpho2206.htm>
- Ramos Boch A. Informaciones. Bibliomed sobre depresión e intento suicida. [Monografía en Internet]. [Consultado 2007 Mayo 21]. URL disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23\\_01\\_07/mgi21107.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_01_07/mgi21107.htm)
- Macías Placeres L E. Suicidio en adolescentes. [Monografía en Internet]. [Consultado 2007 Mayo 21]. URL disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos10/suiad/suiad.shtml>
- López Lavigne M, Simón Boada T, Shing Sing L. Intento suicida reiterado en la adolescencia. [Monografía en Internet]. [Consultado 2007 Mayo 21]. URL disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol1\\_1\\_97/sano8197.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol1_1_97/sano8197.pdf)
- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención a la conducta suicida. La Habana, 1995.
- OPS. Informe mundial sobre violencia y salud. La violencia auto inflingida. OPS. 2003.
- Kaplan H. et al. (1985). Urgencias Psiquiátricas. En Tratado de Psiquiatría. T III. La Habana. Editorial Científico Técnico. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor.1992.
- Peña Galbán L, Casas Rodríguez L, Padilla de la Cruz M, Gómez Arencibia T, Gallardo Álvarez M. Comportamiento del Intento Suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. Revista Cubana de Medicina Militar 2002; 31(3);182-7.
- Mortalidad por suicidio. Crónicas de la OMS; 1992; 16.
- Guibert R. W. El suicidio un tema complejo e íntimo. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2002; 89-97.
- MINSAP, Cuba. Anuario Estadístico de Salud 2005. Lesiones auto inflingidas. La Habana
- Haquin F, Jarraguibel G, Cabezas A. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. Rev. Chil. Pediatr. 2004; 75(5): 425-33.
- OPS. Programa Nacional de Salud Mental. Managua; OPS; 2003. <http://www.adolesc.org>
- Martínez Gómez C. Para que la familia funcione bien: Editorial Científico-Técnica. La Habana. 2005. p52-62.
- Guibert Reyes. Aprender, enseñar y vivir es la clave. Editorial Científico- Técnica. La Habana. 2006.
- VV.AA. Toxicomanías y adolescencia. Realidades y consecuencias. Editorial Científico-Técnica. La Habana, 2006.
- Cruz F. En la adolescencia queremos saber: Editorial C. Médicas. Ciudad Habana.2006.
- Domínguez LG, ed. Psicología del desarrollo: Adolescencia y juventud, Selección de lecturas. Editorial científico-Técnica. La Habana. 2006.
- VV.AA. Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia. MINSAP. Ciudad de La Habana.2002.
- Martínez G C. Salud Familiar. Editorial Científico-Técnica. La Habana. 2003. p 60-67.
- Basile Héctor S. Resiliencia en adolescentes fortaleza a partir de las crisis.2003.
- Pérez Fernández A. Psicoterapia de grupo con niños, adolescentes y padres: Experiencias de trabajo. Editorial Científico-Técnica, La Habana, 2005.
- Cuenca Doimeadios E. Modelo de intervención integral de salud escolar para la prevención de la conducta suicida. Holguín 2007.

- Recibido: 23-2-2013.
- Aceptado: 24-5-2013.

# Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en Salud Mental.

## *Gender Stereotypes and prejudice as Mental Health determinants.*

Isabel Pla Julián (1), Antoni Adam Donat (2), Isabel Bernabeu Díaz (3)

(1) Profesora Titular, Universitat de València. Departamento de Economía Aplicada, Facultad de Ciencias Sociales.

(2) Psiquiatra. Agència Valenciana de Salut. Departament Arnau-Llíria. USM Paterna.

(3) Función administrativa. Agència Valenciana de Salut. Departament Clínic Malva-Rosa.

**Resumen:** Reflexionar sobre los efectos de los estereotipos y prejuicios de género en la práctica clínica cotidiana de los profesionales de salud mental resulta imperativo para entender las diferencias en la forma de enfermar, los factores de vulnerabilidad psicosocial, el modo de manifestar la enfermedad y buscar ayuda, o los sesgos de la atención recibida por mujeres y hombres. Para ello partimos de una definición básica de las diferencias existentes entre los estereotipos, los prejuicios y los estigmas con la finalidad de cuestionarnos los factores que determinan la construcción social de las relaciones de género. El objetivo final es avanzar hacia una propuesta metodológica integral con perspectiva de género, específica para los profesionales de salud mental que nos permita averiguar los determinantes de género en salud mental y, en la medida de lo posible, contribuir a un futuro protocolo de acción.

**Palabras clave:** Estereotipos, prejuicios, género, práctica clínica, salud mental.

**Abstract:** Reflecting on the impact of gender stereotypes and prejudices in daily clinical practice of mental health professionals is imperative to understand the differences in the forms of disease, psychosocial vulnerability, how to seek medical help, the biases of clinical attention in women and men. For that purpose we start with a basic definition of the differences between stereotypes, prejudice and stigma with the aim of questioning the factors that determine the social construction of gender relations. The ultimate goal is to move towards a gender comprehensive methodology for mental health professionals to enable us to find the determinants of gender in Mental Health and, as much as possible, to contribute to establish a future protocol of action.

**Key words:** Stereotypes, prejudices, gender, clinical practice, mental health.

---

**Nota:** Queremos expresar nuestro agradecimiento a Sara Velasco Arias. Sus estudios acerca de la práctica clínica con enfoque de género permiten avanzar hacia una mayor igualdad y equidad en el ámbito de la salud. Para nosotros, han supuesto una fuente constante de inspiración.

## Introducción<sup>1</sup>

Comenzaremos con una consideración: la ingente cantidad de literatura sobre la importancia de los determinantes de género en salud nos impone una cierta cautela, a la vez que limita cualquier pretensión de originalidad por nuestra parte. Nos ceñiremos, pues, a reflexionar sobre los efectos de los estereotipos y prejuicios de género en la práctica clínica cotidiana destacando los determinantes de género en salud mental. Para ello, acotaremos el tema adoptando el esquema siguiente:

1. Estereotipos, prejuicios y estigmas.
2. Estereotipos sociales de género.
3. Estereotipos de género y salud.
4. Enfoque integrado de género en problemas de salud.
5. Determinantes de género en salud mental.

Obviamente, no existen prejuicios de género, ni de otro tipo, específicos entre los profesionales de la Salud Mental (SM). Dicho de otra manera, los profesionales de la SM no muestran prejuicios diferentes a los que pueden manifestar otros profesionales de la salud. No obstante, es evidente que en determinadas especialidades médicas el impacto de ciertas actitudes incide profundamente en la relación médico-paciente. Así, la medicina de familia y la psiquiatría son las dos especialidades que más han contribuido a poner en primer plano los problemas sanitarios que conlleva ignorar la diversidad y, en especial, las desigualdades de género (1).

Los estereotipos y prejuicios entre profesionales de la SM -no solamente los referidos al género- son los mismos que encontramos en nuestro medio social y cultural. El prejuicio aparece independientemente de la inteligencia del individuo, de su nivel cultural y de su capacidad para razonar. Se puede decir que los prejuicios forman parte de nuestro bagaje cultural, dado que están presentes en el entorno familiar y social y mediatizan

nuestras relaciones, repercutiendo negativamente y de manera específica en el trato entre personal sanitario y pacientes.

Las investigaciones actuales dirigen la atención al estudio de las causas de estos prejuicios, ya que su persistencia entre el personal sanitario, educadores y distintos mediadores sociales puede comportar errores y malentendidos de graves consecuencias. Los resultados de trabajos recientes indican que psicólogos y trabajadores sociales manifiestan las mismas contradicciones, ambivalencias y prejuicios, racistas y sexistas, que el conjunto de la población (2).

Se considera que es necesario un largo proceso para que se reconozcan y acepten los propios prejuicios (3). En general, tanto los códigos tradicionales de ética profesional en salud mental, como los más recientes que desarrollan modelos específicos de intervención en cuestiones de raza y género, estipulan actitudes positivas hacia las minorías raciales y hacia las mujeres.

### 1. Estereotipos, prejuicios y estigmas

Según el DRAE<sup>2</sup> el **estereotipo** viene definido por la “imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad, con carácter inmutable”. Lo cierto es que los estereotipos ayudan a simplificar la realidad; la hacen más comprensible. Facilitan la socialización, el desarrollo y la integración de los individuos en un entorno agresivo, desconocido, incomprensible o inaccesible. Los estereotipos se definen también como creencias populares sobre grupos sociales específicos o sobre determinada clase de individuos. Desde el punto de vista de la psicología social, los estereotipos forman parte de nuestras actitudes: aluden al componente cognitivo de las mismas. Se pueden entender como “verdades” socialmente compartidas y, en la mayoría de los casos, políticamente incorrectas.

Por su parte, el **prejuicio** entraría en el territorio de lo individual y viene definido como la “opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal”<sup>3</sup>. Se entiende

<sup>1</sup> Una versión preliminar de este texto fue presentada en forma de comunicación en las III Jornadas de la Sección de Derechos Humanos y Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), celebradas en Bilbao los días 20-22 de octubre de 2011.

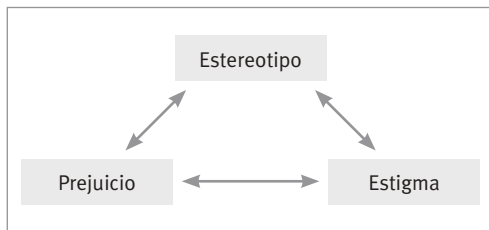
<sup>2</sup> Diccionario de la lengua española, vigésimo segunda edición. <http://lema.rae.es/drae/>

<sup>3</sup> *Ibidem*.



como el proceso de formación de un concepto o juicio acerca de una persona o situación de forma anticipada o preconcebida, e implica la elaboración de ideas, creencias, actitudes, juicios u opiniones antes de someterlos a la primacía de la evidencia (4).

Si el estereotipo aludía al componente cognitivo de las actitudes, el prejuicio apelaría al componente afectivo. Ambos se relacionan, a su vez, con el componente comportamental o conativo que se materializa en las conductas discriminatorias y estigmatizantes<sup>4</sup>, como podemos observar en el siguiente esquema:



Fuente: elaboración propia a partir de S. de Lemus Martín (2007).

En todo caso, la fuerte conexión entre prejuicios y estereotipos se mediatiza por las categorías a las que pertenecen las personas<sup>5</sup>. Es decir, que cuando aplicamos los estereotipos y los prejuicios, lo hacemos bajo la influencia de múltiples categorías o variables sociales. Los estereotipos se atribuyen a los grupos sociales por pertenencia a un determinado sexo, nacionalidad, cultura, etnia o clase social, entre otros. De modo que nos encontramos estereotipos y prejuicios diferentes para cada grupo social. Así, expresiones tales como ‘las mujeres latinas son muy cariñosas’ o ‘los alemanes son muy fríos’ son ejemplos de atribuciones estereotipadas (5).

Cuando aplicamos los estereotipos y los prejuicios, lo hacemos bajo la influencia de todas estas categorías o variables sociales que aparecen en la tabla 1.

Sexo	Situación laboral
Edad	Religión
Estado civil	Estatus profesional
Clase social	Etnia
Apariencia o aspecto general	Estatus migratorio
Nivel educativo	Nacionalidad

Fuente: elaboración propia a partir de Velasco Arias, S. (2009) y Lemus Martín, S. de (2007).

Por último, el **estigma** se puede entender como la serie de rasgos, aspectos o atributos que justifican la exclusión social de quienes los poseen. A partir de este concepto, se puede clasificar a las personas en dos grandes grupos:

- a) *normales*: individuos que no se desvían negativamente de las expectativas particulares concebidas para su grupo.
- b) *estigmatizados*: sujetos que padecen actitudes y conductas de evitación, discriminación o rechazo, que reducen sus posibilidades de convivir dentro del grupo (6).

Ante el acoso, la discriminación o el rechazo, el individuo estigmatizado mostraría respuestas que abarcan desde la vergüenza y el auto desprecio hasta los intentos de corregir aquello que considera el fundamento objetivo de su deficiencia<sup>6</sup>. Por ejemplo, las mujeres que aceptan someterse a cirugía estética para responder a determinados cánones sociales de belleza y que llegan a la aversión hacia su propio cuerpo, animadversión confirmada y legitimada por profesionales y expertos de la salud y la belleza (7).

## 2. Estereotipos sociales de género

Los estereotipos sociales de género aluden a un conjunto estructurado de creencias y expectativas compartidas, dentro de una sociedad, acerca de las características que poseen (componente descriptivo) y deben poseer (componente prescriptivo)

<sup>4</sup> Lemus Martín, S. de (2007), p. 18.

<sup>5</sup> Lemus Martín, S. de (2007), p. 20.

<sup>6</sup> GAP (2000), p. 32.

las mujeres y los hombres como grupos, sexual y genéricamente, diferentes<sup>7</sup>.

Las creencias y expectativas que conforman los estereotipos sociales de género incluyen: rasgos de personalidad (subordinación/dominio), roles (cuidadora/sustentador económico de la familia), profesiones (secretaria/empresario), mandatos (subordinarse a las necesidades y expectativas de los hombres/demostrar siempre potencia y creer que su cuerpo es una máquina invencible), exigencias sociales (silenciar la propia fortaleza e inteligencia/ocultar las debilidades) (8). En resumen, la feminidad se identifica con subordinación, entrega, pasividad y seducción, mientras que la masculinidad presupone poder, propiedad y potencia<sup>8</sup>.

En cualquier caso, el género no puede verse únicamente como una simple estructura binaria y heteronormativa; sino que se compone de estructuras sociales mutables y flexibles, que cambian y se regeneran constantemente marcando lugares diferenciados para las mujeres y para los hombres.

Este abordaje, en el que se añan los estereotipos de género con múltiples variables sociales

se conoce como perspectiva interseccional (9). La intersección origina un contexto complejo de desigualdades que operan de forma dinámica y que condicionan las relaciones de género. En este contexto interseccional, las personas se significan en términos de estructuras sociales que comportan relaciones de poder derivadas de diversas categorías: patriarcado, racismo, clasismo o heterosexismo entre otras. Así, por ejemplo, no categorizamos del mismo modo a una mujer blanca, española y joven, que a otra mujer negra, migrante y madura.

Todo ello tiene implicaciones claras en términos de SM cuando constatamos, por ejemplo, que la depresión es más prevalente en mujeres que en hombres, y que lo es aún más en mujeres de mediana edad que pertenecen a clases sociales desfavorecidas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el género determina de manera fundamental la salud mental y también las enfermedades mentales. Como podemos ver en la tabla 2 sobre prevalencia psiquiátrica, las diferencias entre mujeres y hombres se mantienen a lo largo de los veinte años que separan los diferentes trabajos.

**Tabla 2: Prevalencia psiquiátrica en estudios comunitarios realizados en España**

Autor (año)	Área	Muestra	Instrumento <sup>9</sup>	Prevalencia psiquiátrica (%)	
				Hombres	Mujeres
Muñoz et al. (1979)	Navarra	NC	PSE	11.6	23.6
Vázquez-Baquero et al (1982,1982)	Navarra	1156	CIS	19.2	28.3
Seva-Díaz et al (1982)	Soria	404	GHQ 30	-	34.2
Vázquez-Baquero et al (1987)	Cantabria	1232	PSE	8.1	20.6
Herrera et al (1987)	Barcelona	811	GHQ 60	15.9	30.8
Mateos et al (1989)	Galicia	2510	GHQ 60	20.8	33.6
Canals et al (1997)	Cataluña	290 (18 años)	SCAN	21.7	36.1
Rajmil et al (1998)	Cataluña	12.415	GHQ 12	15.8	18.7
Roca et al (1999)	Formentera	697	GHQ 28	15.0	23.6

Fuente: Montero, I. (2004).

<sup>7</sup> Lemus Martín, S. de (2007), p. 19.

<sup>8</sup> Velasco Arias, S., (2009), p. 155.

<sup>9</sup> GHQ: Cuestionario General de Salud, utilizado en las versiones de 12, 28, 30 y 60 ítems; PSE: Examen del Estado Actual; CIS: Cuestionario de Entrevista Clínica; SCAN: Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría.



Los estereotipos sociales de género mediatizan la prevalencia de los trastornos mentales comunes (TMC): depresión, ansiedad y quejas somáticas. Trastornos que afectan aproximadamente a una de cada tres personas en la comunidad, que predominan entre las mujeres y que constituyen un grave problema para la salud pública. Según las predicciones de la OMS, la depresión mayor será la segunda causa de discapacidad mundial en 2020, y esta enfermedad es, ahora mismo, dos veces más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. Por tanto, reducir el número de mujeres que sufren depresión contribuiría de manera significativa a disminuir la discapacidad causada por los TMC (10, 11).

### 3. Estereotipos de género y salud <sup>10</sup>

Los estereotipos pueden observarse en todos los ámbitos y actividades de la sociedad e influyen en las expectativas que mantienen los profesionales de la salud, dando lugar a los sesgos de género en la atención sanitaria. Así, el estereotipo de que las mujeres se quejan demasiado, porque son más débiles y probablemente no estén realmente enfermas, procede del modelo tradicional de género. Los estereotipos mediatizan las distintas formas que tienen los pacientes de consultar los servicios sanitarios: según este modelo tradicional, las mujeres tienden a acudir más veces y antes a los servicios generales y también manifiestan más quejas psicosociales. Por su parte, los hombres acuden con más frecuencia a urgencias o a los servicios hospitalarios y les cuesta mucho más verbalizar sus quejas. Este modelo también incide en el estado de salud y en las formas de enfermar. Así, las cargas derivadas del rol dependiente y de cuidadora son los procesos psicosociales más frecuentes encontrados entre mujeres con TMC. En cambio el primer proceso psicosocial asociado a la salud de los hombres tiene que ver con los conflictos de pareja.

Por otra parte, la incorporación de las mujeres a la educación, al trabajo formal y al espacio público ha dado paso al modelo de género en transición. Este nuevo modelo, aún en evolución,

ha modificado las relaciones sociales pero en el espacio de la intimidad las personas todavía conservan valores tradicionales. El modelo de género en transición, y el consiguiente cambio en las relaciones de poder-subordinación, ha comportado para las mujeres y los hombres diferentes procesos protectores ante la enfermedad. La autonomía, la independencia, el nivel cultural y la participación en la vida pública serían factores de protección para la salud de las mujeres; mientras que para los hombres lo serían liberarse de la carga de mantener el poder y la potencia, y acceder a la sensibilidad y a la afectividad, antes vedadas. Al mismo tiempo, este modelo presupone una vulnerabilidad diferenciada para las mujeres, que se atribuye a la acumulación de roles antiguos y nuevos, acumulación que da como resultado la doble jornada laboral con carga monoparental en soledad o también conocida como jornada interminable. La sobrecarga resultante es mucho más grave cuando los recursos económicos son escasos, hasta el punto de que se reconoce como el primer proceso psicosocial determinante de salud en las mujeres. En cambio, para los hombres se mantienen los conflictos de pareja como primer proceso psicosocial asociado a la enfermedad.

Si a lo largo del siglo XX, la salida de las mujeres del lugar de subordinación dio paso al modelo de género en transición, a finales del mismo siglo y principios del XXI el cambio del capitalismo de producción por el de consumo ha dado lugar al desplazamiento desde unos valores sociales hacia una realización individual y un éxito personal medidos por la capacidad de consumo de bienes materiales. Debido a este mandato de éxito material, el cuerpo se convierte en la representación del individuo y pasa a ser el portador de su identidad. El cuerpo refleja los signos del éxito y de la belleza, y la imagen corporal deviene el paradigma de la vulnerabilidad en el nuevo modelo de género contemporáneo. En este modelo la diferencia por sexos ya no se encuentra en los roles, sino que se manifiesta en la percepción del propio cuerpo. El ideal femenino de belleza es débil, infantil y enfermizo, frente al masculino que es fuerte, sano y potente. A diferencia de los modelos anteriores, en este nuevo modelo las mujeres y los hombres presentan los conflictos de pareja como el proceso psicosocial que con más frecuencia se asocia a TMC.

<sup>10</sup> Véase al respecto el capítulo titulado “Análisis de los determinantes psicosociales de género para la salud” en el libro de Sara Velasco Arias, *Sexos, género y salud* (2009), pp. 147-186.

Modelos	Determinantes
Tradicional	- mujeres: cargas del rol de subordinación y de cuidadora - hombres: conflictos de pareja
En transición	- mujeres: sobrecarga de roles y recursos económicos escasos - hombres: conflictos de pareja
Contemporáneo	- mujeres y hombres: conflictos de pareja

Fuente: elaboración propia a partir de Velasco Arias, S. (2009).

#### 4. Enfoque integrado de género en problemas de salud<sup>11</sup>

Una vez analizados los estereotipos de género en salud, ¿cómo se gestionan estos conceptos?, ¿cómo se puede aplicar el enfoque de género en la práctica clínica? En primer lugar, deberíamos reconocer que la unidad mínima de observación y análisis ya no es la persona, sino las mujeres y los hombres, lo cual supone visibilizar colectivos que pueden tener formas propias y diferenciadas de enfermar, y necesidades específicas en torno a la salud que no pueden ocultarse bajo un patrón único para ambos sexos, que suele ser el patrón masculino.

A partir de estas premisas, revisamos la información epidemiológica de las categorías que componen el proceso de salud mental e identificamos las necesidades específicas de mujeres y hombres:

##### a) Descripción por sexos

Paso imprescindible para aplicar un enfoque de género es que podamos contar con datos socio-sanitarios desagregados por sexos.

##### b) Identificar diferencias por sexos

Se debería identificar todas las diferencias por sexos que se puedan evidenciar, como las observadas en la tabla 4, teniendo en cuenta que el sexo es una variable para definir el problema

y no se debe confundir con el género, que será la categoría que nos permita explicar las diferencias encontradas por sexos.

Trastornos de Salud Mental en España	Mujeres %	Hombres %
Trastornos mentales	11.44	5.25
Trastornos de estado de ánimo	15.85	6.71
Consumo excesivo alcohol	0.50	4.30
Trastornos de la alimentación	1.8	0.2

Fuente: elaboración propia a partir de Velasco Arias, S. (2009).

##### c) Identificar necesidades específicas de mujeres y de hombres

Nos referimos a enfermedades debidas a las diferencias biológicas del aparato reproductor o de los caracteres sexuales secundarios, pero también a la distinta vulnerabilidad biológica de mujeres y hombres a la exposición ante los mismos factores ambientales y tóxicos. Se incluyen la morbilidad y los procesos o necesidades asociadas al ciclo vital.

##### d) Identificar las desigualdades de género en el estado de salud

Las diferencias encontradas por sexos se pueden deber a circunstancias sociales discriminatorias. Por tanto, incluiríamos en este apartado las situaciones discriminatorias para las mujeres en el trabajo formal, en el reparto del trabajo informal o en los roles de género desempeñados por mujeres y hombres. Son factores sociales de vulnerabilidad que producen desigualdades de género que afectan al estado de salud y cuyo abordaje presupone intereses estratégicos diferenciados o específicos.

Ejemplo: la salud percibida siempre es peor en las mujeres, a partir de los 16 años y en todos los estratos sociales. No existe una justificación biológica para esta apreciación; se atribuye más bien a las condiciones sociales de género en las que viven las mujeres y a la percepción y manifestación del malestar. Es una consecuencia innecesaria, injusta y evitable, y desaparecería si se cambiara el acato al género.

<sup>11</sup> Véase el capítulo titulado "La aplicación del enfoque integrado de género en programas de salud" en el libro, antes citado, de Sara Velasco Arias, *Sexos, género y salud*, (2009), pp. 201-223.



e) Variabilidad en la atención: sesgos, desigualdades e inequidades

Referida, por un lado, a la variabilidad en la demanda a los servicios sanitarios. Ya hemos mencionado que las mujeres acuden más a los servicios de atención primaria mientras que los hombres acuden más a los servicios hospitalarios. Esta diferencia en la demanda se explica por la diferente socialización, que legitima la tendencia de las mujeres a expresar su malestar y a pedir ayuda, en tanto que no permite que los hombres manifiesten su debilidad hasta que no hay una enfermedad severa. Y, por otro, a la variabilidad en la atención mediatizada por estereotipos. En este sentido habría que identificar si se realizan distintos diagnósticos ante los mismos síntomas debido a la estigmatización o discriminación de uno de los sexos.

Como ejemplo, la bibliografía más reciente indica un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico en las enfermedades cardiovasculares que presentan las mujeres. Estos sesgos diagnósticos y terapéuticos podrían atribuirse a estereotipos de género que minusvaloran las quejas de las mujeres.

También deberíamos cuestionarnos los posibles estereotipos que se aplican desvalorizando las quejas o la gravedad de los síntomas de las mujeres, así como la igualdad de oportunidades de diagnóstico, tratamiento, mejoría o curación para mujeres y hombres. Por ejemplo, la queja de fatiga en las mujeres se diagnostica como un síntoma depresivo, mientras que en los hombres esta queja se interpreta como tal y no se les aplica ningún diagnóstico.

Todos los sesgos de género, sospechados o identificados, están generando inequidades al no proporcionar los mismos servicios o la misma calidad según el sexo. De este modo, ante las mismas quejas emocionales, se tiende a prescribir psicofármacos a las mujeres, contribuyendo a la medicalización de su vida cotidiana. Por otro lado, se da más credibilidad a la queja de un hombre y aún más si lo consideramos de clase social elevada. Por el contrario, no se considera la queja somática de una mujer, sobre todo si se la percibe como de clase social desfavorecida.

## 5. Determinantes de género en salud mental

A partir del enfoque integrado de género en problemas de salud que acabamos de proponer, encontramos evidencias del papel de los determinantes de género en SM. En el Estado Español, el riesgo de mala salud mental es del 21.3% de la población pero la frecuencia es casi el doble en mujeres (27%) que en hombres (15.6%). Esta diferencia por sexos se repite en todas las edades excepto en la infancia. El perfil de población con mayor riesgo de mala salud mental correspondería al grupo de mujeres españolas, adultas o de edad avanzada y de clase social baja. En segundo lugar, se hallaría el grupo integrado por las mujeres jóvenes extranjeras. El riesgo viene, pues, definido por el sexo, la edad y el país de origen<sup>12</sup>.

Por otro lado, se admite que el género es un factor de riesgo para la presentación de síntomas depresivos en todos los grupos de edad. Otras variables consideradas como factores de riesgo para las mujeres son la doble y triple jornada y el bajo control sobre el trabajo formal e informal. Habría que destacar el papel de las mujeres como cuidadoras ya que, por sí mismo, incrementa el riesgo de padecer síntomas de ansiedad o de depresión (12).

Los resultados de la mayoría de los trabajos señalan que las mujeres solicitan ayuda para sus problemas psiquiátricos con mayor frecuencia que los hombres, cualquiera que sea la causa e independientemente de la región geográfica donde vivan. De ahí que se haya sugerido que ser mujer es una variable predictora de mayor utilización de servicios psiquiátricos<sup>13</sup>.

Para intentar explicar las diferencias por géneros, no solo en la frecuencia con la que se acude a consultas psiquiátricas sino también en la prescripción de psicofármacos, se han barajado las hipótesis siguientes (13):

- a) La hipótesis de la morbilidad: las mujeres tendrían más problemas psiquiátricos que los hombres.
- b) La hipótesis de la consulta: socialmente es más aceptable que las mujeres acudan más al médico que los hombres. Incluso, aunque

<sup>12</sup> Velasco Arias, S., (2009), pp. 261-263.

<sup>13</sup> Montero, I., (2004).

la morbilidad psiquiátrica fuera la misma, las mujeres estarían en mayor situación de riesgo de ser diagnosticadas y de recibir una prescripción farmacéutica porque frecuentan más la consulta.

- c) La hipótesis de la manifestación de emociones: también está más aceptado que las mujeres admitan que tienen síntomas particularmente relacionados con problemas emocionales. Puede que las mujeres no estén más enfermas que los hombres, pero puede que estén más alerta a sus emociones y más preparadas para comunicarlas a otras personas. En este sentido, deberíamos distinguir entre el malestar y la enfermedad mental en las mujeres, puesto que se ha estigmatizado este malestar presentándolo como desviación de la norma cuando, en realidad, es la adhesión a esa norma la que genera ese malestar.
- d) La hipótesis del estereotipo: el personal médico tiene cierta predisposición a diagnosticar TMC en las mujeres, especialmente en las mujeres de edad media.
- e) La hipótesis del control social: entre los profesionales de la salud se observa cierta tendencia a medicar a las mujeres que tienen algún problema psicológico. Tanto el diagnóstico de enfermedad mental como la consiguiente prescripción de psicofármacos se pueden entender como una forma de “control social” de comportamientos inaceptables que generan problemas en la comunidad y en las familias de las mujeres que reciben el diagnóstico y la prescripción<sup>14</sup>.

Por otro lado, la mayor frecuentación de los servicios psiquiátricos por parte de las mujeres conlleva el riesgo de que el profesional que las atiende no siempre las escuche con la debida atención. A menudo, se establece un vínculo entre terapeuta y paciente que da cabida a situaciones de microviolencia que son percibidas como agresiones por parte del paciente. Una situación de microviolencia se produciría como consecuencia de no tener en cuenta ni las condiciones de vida, ni el trabajo ni la sobrecarga psicosocial que experimentan las mujeres<sup>15</sup>.

Se han descrito cuatro formas de microviolencia en la asistencia sanitaria, favorecidas por los estereotipos de género:

- a) Limitación de la comunicación, que invisibiliza las quejas y los síntomas de las mujeres. Las formas de limitar la comunicación pueden ser diversas: desde no levantarse cuando entra la paciente o no mirarla a los ojos, hasta no responder a sus preguntas, pasando por atender al ordenador en lugar de a la paciente.
- b) Relación de superioridad mantenida durante el acto médico, que impide una comunicación más próxima. Así, se marcan separaciones y distancias, y se descalifica o se resta valor a la información que aportan las mujeres.
- c) Aislamiento del exterior, que se manifiesta en la descalificación hacia otros profesionales en los que la paciente confía, así como también en la negación de exploraciones o en la imposición del tratamiento sin considerarlos, ni lo uno ni lo otro, una sugerencia o una negociación.
- d) Anulación de quien pide ayuda por una dolencia o enfermedad, despojándola de su condición de persona y dejándola reducida a su situación de enferma. No es extraño que las mujeres relaten que en su contacto con el sistema sanitario se sientan anuladas<sup>16</sup>.

### Reflexiones finales

A partir de los estudios consultados, podemos apuntar las siguientes consideraciones:

- a) La salud mental muestra un perfil dicotómico y socialmente diferenciado: las mujeres padecen más depresión, ansiedad y trastornos por somatización, mientras que los hombres padecen más trastornos por abuso de sustancias. Este perfil se construye en base a las diferencias en la forma de enfermar, los factores de vulnerabilidad psicosocial y de género, el modo de manifestar la enfermedad y buscar ayuda, y los sesgos de la atención recibida por mujeres y hombres.
- b) Los estereotipos sociales de género influyen en la percepción global de la salud mental,

<sup>14</sup> Markez, I., (2004).

<sup>15</sup> Valls-Llobet C., (2009), p. 361.

<sup>16</sup> Valls-Llobet C., (2009), pp. 359-366.



ya que se tiende a invisibilizar la importancia de los TMC que son los más prevalentes, los de mayor peso en la mala salud mental de la población, los que generan mayor discapacidad y los que duplican su prevalencia en las mujeres respecto a los hombres.

- c) Los TMC están determinados por procesos psicosociales debidos a formas de vida relacionadas con el género. Todos ellos empeoran

en las clases sociales más desfavorecidas y se relacionan con un bajo nivel de estudios, la precariedad laboral y el trabajo de ama de casa<sup>17</sup>. En general, constatamos que las mujeres tienen mayor riesgo de mala salud mental acuden con mayor frecuencia a los servicios sanitarios y se les prescriben más psicofármacos.

<sup>17</sup> Velasco Arias, S. (2009), p. 259.

#### Contacto:

Isabel Pla Julián • Directora Unidad de Investigación Economía y Género.  
Departamento de Economía Aplicada. Universidad de Valencia  
Campus de Tarongers. Edificio Departamental Oriental • Avda. Tarongers, s/n. 46022 Valencia (España)  
Tel. +34 - 963828420; Fax. +34 - 963828415 • Isabel.Pla@uv.es; www.isabelpla.es

#### Bibliografía

- (1) Montero, I.; Aparicio, D.; Gómez-Beneyto, M.; Moreno-Küstner, B.; Reneses, B.; Usall, J.; Vázquez-Barquero, J.L. Género y salud mental en un mundo cambiante". *Gaceta Sanitaria*, 2004; 18, (1):175-81. [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-9112004000700028&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-9112004000700028&script=sci_arttext)
- (2) Green, R.G.; Hamlin, H.; Ogden, V.; Walters, K. Some normative data on mental health professional's attitudes about racial minorities and women. *Psychol. Rep.*, 2004; 94, (2):485-494.
- (3) GAP: Group for Advancement of Psychiatry. *Homosexuality and the Mental Health Professions. The Impact of Bias*, Report No. 144. Hillsdale, NJ, The Analytic Press, 2000.
- (4) Lemus Martín, S. de. *Estereotipos y prejuicio de género: Automatismo y modulación contextual*. Granada, Universidad de Granada, Tesis doctoral, 2007. <http://hera.ugr.es/tesisugr/17243579.pdf>
- (5) Olmeda, A.; Frutos, A. *Guía Metodológica para trabajar con grupos*. Madrid, Asociación de Mujeres Jóvenes, 2001.
- (6) Goffman, I. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu editores. 1986.
- (7) Tucker, R.; Watkins, P.L.; Cardinal, B.J. Muscle dysmorphia, gender role stress, and sociocultural influences: an exploratory study. *Res Q Exerc Sport*, 2011; 82, (2):310-319.
- (8) Velasco Arias, S. *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid, Minerva ediciones, SL, 2009.
- (9) Crenshaw, K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 1991; 43, (6):1241-1299.
- (10) WHO. Gender and women's mental health. [www.who.int/mental\\_health/prevention/genderwomen/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/).
- (11) Gülçür, L. Evaluating the role of gender inequalities and rights violations in women's mental health. *Health Hum. Rights*, 2000; 5 (1):46-66.
- (12) Valls-Llobet, C. *Mujeres, salud y poder*. Madrid, Ediciones Cátedra, 2009.
- (13) Markez, I.; Póo, M.; Romo, N.; Meneses, C.; Gil, E.; Vega, A. Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2004; 91:37-61.

• Recibido: 20-6-2012.

• Aceptado: 9-5-2013.

# Insight en los enfermos psiquiátricos graves con tratamiento depot ambulatorio y en los de centros de larga estancia.

## *Insight among severe mentally ill people and long acting treatment vs those institutionalized.*

Lera Calatayud G.\*, Giner Zaragoza F.\*, Puchades Muñoz P.\*, Romeu Climent E.\*, González D'Huicque A.\*\*, Palop Larrea V.\*\*\*

\* Psiquiatra, Hospital de La Ribera, Alzira (València).

\*\* Médico Psiquiatra.

\*\*\*Subdirector Médico del Hospital de La Ribera, Alzira (València).

### Resumen

Introducción: En pacientes con trastornos psiquiátricos el déficit en la capacidad de introspección o “insight” es frecuentemente un problema clínico importante, pero ha sido pocas veces objeto de estudio formal. Los enfermos mentales graves con buen “insight” suelen cumplir mejor las pautas de medicación siendo un factor de buen pronóstico, lo que secundariamente disminuiría las posibilidades de llegar a ingresar en centros de larga estancia. Con este estudio se pretende valorar si los pacientes en centros de larga estancia tienen peor insight que los pacientes ambulatorios en tratamiento depot.

Metodología: Se ha estudiado mediante la escala SUMD el insight de todos los pacientes en tratamiento antipsicótico de liberación prolongada ambulatorios de la zona sanitaria de La Ribera y se han comparado con los pacientes de la zona internados en centros de larga estancia que también reciben tratamiento antipsicótico.

Resultados: Los enfermos mentales graves institucionalizados tienen un peor insight general, peor conciencia de enfermedad y peor atribución de los síntomas a su enfermedad que los pacientes ambulatorios en tratamiento antipsicótico de liberación prolongada.

Discusión: Quizá un peor insight determine en parte que el enfermo mental grave tenga más posibilidades de ser institucionalizado, dado que este grupo de pacientes suelen presentar peor cumplimentación farmacológica y ser más violento.

**Palabras clave:** Insight, tratamiento antipsicótico, SUMD, enfermo mental grave.

### Abstract

Introduction: Lack of insight is a common clinical problem in psychiatric patients, but few times has been properly studied until recently. Patients with good insight tend to show a better treatment adherence with a better prognosis, and consequently fewer violent episodes. This study aims to investigate whether patients in residential mental institution have a worse insight than those with antipsychotic long-term treatment.



**Method:** All patients in “La Ribera” area receiving antipsychotic long-term treatment have been studied through SUMD scale in comparison with all patients in residential mental institutions at the same area who receive antipsychotic treatment.

**Results:** Those patients with severe mental illness institutionalized show a worse general insight, worse illness consciousness and worse symptom attribution to their illness than outpatient receiving long acting antipsychotic treatment.

**Discussion:** A worse level of insight might influence in institutionalization of severe mental illness patients, knowing that this group of patients tend to show a worse pharmacological adherence and more violence.

**Key words:** Insight, antipsychotic treatment, SUMD, severe mental illness.

## Introducción

En pacientes con trastornos psiquiátricos el déficit en la capacidad de introspección o “insight” es frecuentemente un problema clínico importante, pero ha sido pocas veces objeto de estudio formal (1). Una baja capacidad de introspección en psicosis se ha descrito como una capacidad limitada para darse cuenta de los déficits, consecuencias y necesidad de tratamiento ligados a la enfermedad. El insight se compone de diversos fenómenos, incluidos la capacidad de introspección pasada y actual. El insight en relación a la salud mental hace referencia a la percepción del individuo sobre sí mismo en relación a la que tiene su entorno comunitario y cultural. En un lado del espectro de insight lo entendemos como defensa psicológica, mientras que en el otro extremo se conceptualiza como un déficit neurocognitivo (2). Insight en psicosis es un constructo clínico que es útil para los investigadores y clínicos haciendo entender la dificultad de los pacientes reconociendo su enfermedad y sus consecuencias (3). La literatura científica previa sugiere que una falta de insight puede relacionarse con peor evolución de la enfermedad y peor adherencia terapéutica. En cuanto a pacientes psicóticos, un humor elevado, ausencia de pensamientos suicidas, apatía, desorganización mental y aplanamiento emocional se han relacionado directamente con baja capacidad de introspección. Por otro lado, un buen insight se ha relacionado con una mejor adherencia terapéutica y menor hostilidad. (1, 4, 5, 6, 7, 8, 9,10).

El uso de antipsicóticos es muy frecuente en enfermos mentales graves y no está restringido a personas con enfermedad psicótica solamente. Cada vez más trastornos de personalidad, entre otros, reciben este tipo de tratamientos y hay al-

gunos estudios que hablan de la eficacia de algunos de estos fármacos en impulsividad, síntomas afectivos y agresividad (11-16). Un número elevado de pacientes con debilidad mental y trastornos generalizados del desarrollo muestran peligrosas conductas agresivas que suelen ser tratadas con antipsicóticos (17-21). Esta diversidad de patologías que reciben tratamiento con antipsicóticos es evidenciable en la mayoría de centros de enfermos mentales graves institucionalizados y también en las unidades de salud mental donde se dispensan los tratamientos de liberación prolongada. Los antipsicóticos “depot” tradicionales se usan para tratar a la gente con más graves enfermedades mentales y más persistentes (22).

Por otro lado, los pacientes con esquizofrenia institucionalizados (la gran mayoría de pacientes institucionalizados) tienen un peor pronóstico en su enfermedad excepto por la menor tasa de suicidio. Estos pacientes tienen un peor nivel de escolarización, reciben más dosis de medicación antipsicótica y más medicaciones concomitantes que los pacientes no institucionalizados. (23) Es decir, que el sector de pacientes mentales que reciben tratamientos antipsicóticos “depot” es más grave que el resto de población ambulatoria que recibe antipsicóticos y, los pacientes institucionalizados son los de peor pronóstico. Por tanto, cabría decir en sentido amplio que estos dos grupos de pacientes mentales suponen la parte ambulatoria e institucionalizada de los pacientes graves de un área de salud.

En este estudio se pretende investigar sobre el insight de los pacientes graves mentales ambulatorios y los institucionalizados, comparándolos entre sí. Como una buena parte de los pacientes graves ambulatorios reciben tratamiento con medicación antipsicótica tipo depot formando un

conjunto bien definido, se decidió comparar este grupo al completo y el resto de pacientes graves institucionalizados en la misma área de salud. Se intenta abordar así si una menor de capacidad de introspección o “insight” puede tener relación con el hecho de estar ingresado en un centro de larga estancia o permanecer en el ámbito ambulatorio. Secundariamente, se recogerán los datos diagnósticos y sociodemográficos de la población a estudio intentando describir el sector poblacional en que se utilizan los fármacos “depot” y el tipo de enfermo mental que se institucionaliza en el área.

## Metodología

**Criterios de inclusión:** Todas las personas del área de salud de La Ribera (Departamento 11) en tratamiento ambulatorio con fármacos antipsicóticos de larga duración dispensados en Unidades de Salud Mental (USM) y todos los pacientes en tratamiento antipsicótico que residen en el área en centros de larga estancia habilitados para enfermos mentales.

**Criterios de exclusión:** Retraso mental profundo, toxicomanías concomitantes clínicamente influyentes, enfermedad orgánica que interfiera en la comprensión del estudio, alteración en la conciencia o atención o cualquier alteración que impida una buena capacidad de respuesta a las preguntas del estudio.

**Área en que se desarrolla el estudio:** El actual Departamento 11 de Salud está compuesto por 29 núcleos de población que acogen a cerca de 240.000 habitantes. El Departamento 11 coincide casi con exactitud con la comarca valenciana de La Ribera. (24) Su mayor núcleo poblacional es Alzira, que cuenta con algo menos de 50.000 habitantes.

Con la finalidad de tener una muestra que abarcase el máximo número posible de pacientes a estudio en un radio determinado, se consideró que se debían estudiar todos los pacientes de dos grupos bien definidos de toda esta área sanitaria:

Por un lado, tenemos los pacientes que reciben tratamiento de acción prolongada intramuscular en los centros de salud mental del área (USM Alzira, USM Carlet y USM Sueca). Todos los pacientes que reciben esta clase de tratamientos

habitualmente tienen un riguroso control médico y por parte de enfermería. Se solicitó a cada paciente su consentimiento para contestar a las preguntas necesarias y que el sanitario que más conocía a cada paciente pudiese completar la escala SUMD referida a cada paciente. De los 149 pacientes de este grupo, un solo paciente no fue encontrado (no siguió visitas en el área), otra paciente se negó a participar y dos fueron excluidos por retraso mental grave. El resto de pacientes (145) respondieron todas las preguntas de las escalas SUMD al explicar el carácter anónimo de la participación y también en base a la confianza que suelen profesar por los sanitarios que tan frecuentemente les atienden.

En el otro grupo se incluyeron todos los pacientes institucionalizados en los dos centros que existen acreditados en la zona como CEEM en el área sanitaria. Han sido un total de 99 pacientes y solamente 1 se negó a colaborar en la escala. Se siguió el mismo proceso descrito arriba.

La escala SUMD se compone de 3 ítems generales (conciencia de trastorno mental, conciencia de los efectos de la medicación y conciencia de las consecuencias sociales del trastorno) y de 17 ítems destinados a síntomas específicos que conforman dos subescalas: Conciencia y atribución. La SUMD fue diseñada para evaluar la conciencia de enfermedad en los pacientes psicóticos multidimensionalmente. Las puntuaciones del nivel de conciencia se realizan mediante una escala Likert de 6 valores de intensidad que oscilan entre 0 (ítem no relevante), 1 (conciencia) y 5 (no hay conciencia). Proporciona una puntuación de conciencia de enfermedad global y una puntuación de conciencia de los síntomas y de atribución de los síntomas. Los autores no proporcionan puntos de corte. A mayor puntuación, mayor gravedad (25-27). Esta escala está adaptada y validada en castellano (28).

Todos los resultados fueron analizados posteriormente con el programa estadístico SPSS (versión 17).

## Resultados

Los datos descriptivos de la muestra se exponen en las tablas 1 a 4 y en los gráficos 1 y 2. Las filas en que el número expuesto es inferior del total de



pacientes son reflejo de la falta de datos en algunos pacientes. La edad de los pacientes en los dos grupos no tiene diferencias significativas (gráfico 3).

Los resultados de las escalas SUMD se exponen en la tabla 5. Tanto el insight general, como el insight de atribución de síntomas y el insight de conciencia de enfermedad resultó ser más bajo en los pacientes institucionalizados que en los ambulatorios de forma significativa (nivel de significación en los tres resultados de 0.00 en t-student).

### Conclusiones

En concordancia a estudios previos, la mayoría de pacientes institucionalizados sufren de esquizofrenia (29,30). Este grupo de pacientes tiene un peor insight general, peor conciencia de enfermedad y peor atribución de los síntomas a su enfermedad que los pacientes ambulatorios en tratamiento antipsicótico de liberación prolongada. Quizá un peor insight determine en parte que el enfermo mental grave tenga más posibilidades de ser institucionalizado, dado que este grupo de pacientes suelen presentar peor cumplimentación farmacológica y ser más violento (31).

Sin embargo, hay otras características entre los dos grupos que hay que tener en cuenta. Aunque las edades medias entre pacientes ambulatorios y los que viven en CEEM son similares, los pacientes de CEEM reciben más del triple de tratamiento antipsicótico de media que los pacientes ambulatorios. Este hecho se ha evidenciado en otros estudios (29). La gravedad de los pacientes ingresados en CEEM es mayor en comparación con los que reciben tratamiento depot ambulatorios y es probable que ésta sea la razón por la que suelen utilizarse dosis altas de antipsicóticos en pacientes institucionalizados (32). En relación a la gravedad de los pacientes en CEEM, también queda constancia de que tienen más ingresos hospitalarios de media y tienen menos años de evolución que los pacientes en tratamiento depot ambulatorio (quizá por un deterioro más rápido asociado).

Se ha informado de que los pacientes con esquizofrenia que requieren institucionalización representan a los que tienen peor pronóstico. La institucionalización es un recurso razonable para los pacientes con esquizofrenia más severos y refractarios al tratamiento. Los predictores descritos de institucionalización son hebefrenia, epilepsia concomitante, minusvalía, ser varón, una mayor proporción de estancia hospitalaria y abuso de sustancias. (29, 30, 33) Quizá sea razonable añadir a esta lista un bajo insight como predictor de institucionalización a colación de los resultados aquí descritos. Consecuentemente, también sería lógico señalar como útil terapias focalizadas en la mejora de la capacidad de introspección de este tipo de pacientes. Por desgracia, las frecuentemente empleadas terapia cognitivo conductual, terapia sobre la adherencia y psicoeducativa han demostrado solamente una eficacia débil o moderada. (34)

A pesar de la amplia población estudiada, hay que interpretar los resultados expuestos con sus limitaciones. Algunos pacientes del área que no reciben sus tratamientos “depot” en las diferentes USM sinó en su centro de salud no pudieron ser incluidos. Generalmente son pacientes con mejor evolución y que no necesitan tanta supervisión (acuden por su cuenta al centro de salud). Además, diversos enfermos mentales institucionalizados viven en centros residenciales de tercera edad (no CEEM) y no ha sido posible contabilizarlos en este estudio.

Es importante a la hora de valorar las diferencias entre población con enfermedad mental grave institucionalizada y ambulatoria tener en cuenta además del insight de cada paciente las diferentes actitudes frente a la medicación.

### Conflicto de interés

Este estudio no ha recibido financiación alguna. No existen conflictos de interés.

**Contacto** • Guillem Lera Calatayud  
C/ Arzobispo Mayoral 11, escalera Norte, piso 7º, pta 21. • 46002 Valencia.  
guillemlera@gmail.com • Tel.: 600 307 350 • Fax: 961 712 017

## Bibliografía

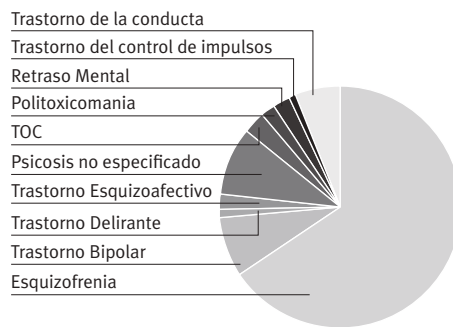
- (1) Xavier F. Amador, Ph.D., David H. Strauss, M.D., Scott A. Yale, M.S.W., Michael M. Flaum, M.D., Jean Endicott, Ph.D., and Jack M. Gorman, M.D. Assessment of “insight” in Psychosis. *American Journal of Psychiatry* 1993; 150: 873-879.
- (2) Xavier F Amador, Henry Kronengold Understanding and assessing “insight”. En: Xavier Amador, Anthony David, editores. “Insight” and Psychosis Oxford New York. 2005. Oxford University Press; p. 3-30.
- (3) Drake, RJ. Insight into Illness: Impact on Diagnosis and Outcome of Nonaffective Psychosis. *Current Psychiatry Reports*. 2008; 10:210-216.
- (4) Ghaemi SN, Pope HG Jr. Lack of “insight” in psychotic and affective disorders: a review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry*. 1994; 2(1):22-33.
- (5) Vaz FJ, Béjar A, Casado M. “Insight”, psychopathology, and interpersonal relationships in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2002; 28(2): 311-7.
- (6) Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K. “Insight” and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(9):1712-4.
- (7) Grevatt A, Thomas-Peter B, Hughes G. Violence, mental disorder and risk assessment: can structured clinical assessments predict the short-term risk of inpatient violence? *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*. 2004; 15:278-292.
- (8) Sevy S, Nathanson K, Visweswaraiiah H, Amador X. The relationship between insight and symptoms in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2004; 45(1):16-9.
- (9) Foley SR, Kelly BD, Clarke M, McTigue O, Gervin M, Kamali M, Larkin C, O’Callaghan E, Browne S. Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2005; 72(2-3):161-8.
- (10) Buckley PF, Wirshing DA, Bhushan P, Pierre JM, Resnick SA, Wirshing WC. Lack of insight in Schizophrenia. Impact on treatment adherence. *CNS Drugs*. 2007; 21 (2):129-141.
- (11) Villeneuve E, Lemelin S. Open-label study of atypical neuroleptic, quetiapine for treatment of borderline personality disorder: impulsivity as main target. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2005; 66: 1298-303.
- (12) Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 1: CD005653.
- (13) Van den Eynde F, Senturk V, Naudts K, Vogels C, Bernagie K, Thas O, et al. Efficacy of quetiapine for impulsivity and affective symptoms in borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2008; 28: 147-55.
- (14) Hilger E, Barnas C, Kasper S. Quetiapine in the treatment of borderline personality disorder. *World Journal Biological Psychiatry*. 2003; 4: 42-4.
- (15) Adityanjee, Romine A, Brown E, Thuras P, Lee S, Schulz SC. Quetiapine in patients with borderline personality disorder: an open-label trial. *Ann Clin Psychiatry*. 2008; 20: 219-26.
- (16) Jawad Adil. Antipsychotics and borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*. 2010; 196:332.
- (17) David S. Janowsky, L. Jarrett Barnhill, Abdul S. Khalid, John M. Davis. Antipsychotic Withdrawal-Induced Relapse Predicts Future Relapses in Institutionalized Adults With Severe Intellectual Disability. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2008; 28: 4
- (18) Cohen S, Underwood MT. The use of clozapine in a mentally retarded and aggressive population. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1994;55:440-444.
- (19) McDougale CJ, Holmes JP, Bronson MR, et al. Risperidone treatment of children and adolescents with pervasive developmental disorders: a prospective open-label study. *J Am Acad Child and Adolescent Psychiatry*. 1997;36:685-693.
- (20) Hellings JA, Zarccone JR, Reese RM, et al. A crossover study of risperidone in children, adolescents and adults with mental retardation. *J Autism Dev Disord*. 2006; 36:401-411.



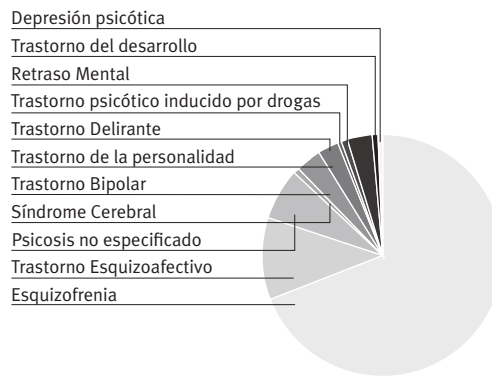
- (21) Aman MG. Patterns of drug use, methodological consideration, measurement, technique and future trends. In: Aman M, Singh N, eds. *Psychopharmacology and Developmental Disabilities*. Berlin, Germany: Springer-Verlag; 1989:1-28.
- (22) Roberts LW, Geppert CM. Ethical use of long-acting medications in the treatment of severe and persistent mental illnesses. *Comprehensive Psychiatry*. 2004;45(3):161-7.
- (23) Uggerby P, Nielsen RE, Correll CU, Nielsen J. Characteristics and predictors of long-term institutionalization in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2011; 131(1-3): 120-6.
- (24) De Rosa Torner A. La concreción del modelo Alzira: Del hospital de la Ribera a La Ribera Departamento 11 de salud. Capítulo III. En: Generalitat Valenciana, Hospital de La Ribera eds. *Modelo Alzira 1999-2005. La ambición de una nueva sanidad*. Alzira: Grupo Gráfico Alzira, 2006: p. 27-38.
- (25) X. F. Amador, D.H. Strauss, S. A. Yale, M. M. Flaum, J. Endicott, J. M. Gorman. Referencia Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry*. 1993; 150: 873-879.
- (26) Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC y cols. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives General Psychiatry*. 1994; 51: 826-836.
- (27) Arango C, Adami H, Sherr JD, Thacker G, Carpenter WT Jr. Awareness of dyskinesia in schizophrenia: relationship to insight into mental illness. *American Journal of Psychiatry*. 1999; 156: 1097-1099.
- (28) A.I. Ruiz, E. Pousa, R. Duñó, J.M. Crosas, S. Cuppa, C. García-Ribera. Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2008;36(2)
- (29) Uggerby P, Nielsen RE, Correll CU, Nielsen J. Characteristics and predictors of long-term institutionalization in patients with Schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2011;131(1-3):120-6.
- (30) Taylor TL, Killaspy H, Wright C, Turton P, White S, Kallert TW, Schuster M, Cervilla JA, Brangier P, Raboch J, Kalisová L, Onchev G, Dimitrov H, Mezzina R, Wolf K, Wiersma D, Visser E, Kiejna A, Piotrowski P, Ploumpidis D, Gonidakis F, Caldas-de-Almeida J, Cardoso G, King MB. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*. 2009; 7:9:55.
- (31) Di Giacomo E, Clerici M. Violence in psychiatric inpatients. *Riv Psichiatr*. 2010; 45(6):361-4.
- (32) Thomson C. The use of high-dose antipsychotic medication. *Br J Psych*. 1994; 164: 448-58.
- (33) Killaspy H, Rambarran D, Bledin K: Mental Health needs of clients of rehabilitation services: a survey in one Trust. *Journal of Mental Health*. 2008; 17:207-218.
- (34) Pijnenborg GH, van Donkersgoed RJ, David AS, Aleman A. Changes in insight during treatment for psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res*. 2013 ;144 (1-3):109-17.

- Recibido: 26-3-2013.
- Aceptado: 20-5-2013.

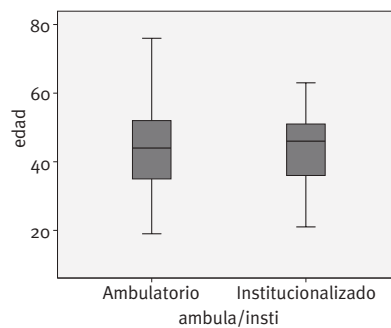
**Gráfico 1. Diagnósticos en CEEM**



**Gráfico 2. Diagnósticos en 3 USM**



**Gráfico 3. La edad de los pacientes en los dos grupos no tiene diferencias significativas**



**Tabla 1. Características de los pacientes institucionalizados**

CEEM	Número	Mínimo	Máximo	Media
Edad	99	21	63	43.97
Ingresos en sala	89	0	12	3.76
Dosis de antipsicótico	75	1.5	94.66	18.27
Años de evolución	88	4	50	23.56

**Tabla 2. Género de pacientes institucionalizados**

CEEM Género	Número	Porcentaje
Mujer	39	39.4%
Varón	58	58.6%
Perdidos	2	2.0%

**Tabla 3. Características de los pacientes ambulatorios**

3 USM	Número	Mínimo	Máximo	Media
Edad	147	19	76	44.77
Ingresos en sala	146	0	17	2.17
Dosis de antipsicótico	140	0.083	19	5.14
Años de evolución	147	0.5	51	14.51

**Tabla 4. Género de los pacientes ambulatorios**

3 USM Género	Número	Porcentaje
Mujer	52	35.4%
Varón	95	64.6%
Perdidos	0	0%

**Tabla 5. Resultados de SUMD en pacientes institucionalizados y ambulatorios**

Origen	SUMD total	SUMD conciencia	SUMD atribuciones
CEEM	11.66	4.40	4.41
3 USM	8	3.30	3.76

# Desarrollo humano, violencia y salud mental. No mas cárceles, si escuelas.

## *Human Development, Violence and Mental Health. No more prisons but yes schools.*

**Carlos A. Escalante**

Psiquiatra, Master en Salud Pública. Jefe Programa Nacional de Salud Mental.  
Ministerio de Salud. El Salvador, America Central.

**Iñaki Markez**

Psiquiatra. Colaborador con el M<sup>o</sup> de Salud de El Salvador. Osalde, Bilbao.

**Resumen:** Este trabajo no representa necesariamente, la expresión oficial del país de los distintos sectores públicos; sin embargo por ser el autor un funcionario en el sector Salud, esta condición ha facilitado el tener acceso a documentos que si bien, no son privados, el co-participar en las implementaciones de planes derivados de estos documentos, la información que proporciona este trabajo se considera valido y tiene cierto carácter formal publico. Sobre todo que se ha tenido el cuidado de reproducir textualmente algunas declaraciones de funcionarios de alto nivel, como Ministros de las diferentes carteras y aún del presidente de la República. Por otra parte, en la sección de la sociedad civil, se ha transcrito textualmente las diversas opiniones.

Finalmente, las consideraciones, opiniones y algunos análisis del autor, son estos eminentemente técnicos y casi siempre respaldado por la literatura consultada de algunos expertos, tanto nacionales como internacionales. Se ha tratado de evitar emitir juicios subjetivos y aquellos de orden político.

Creemos fielmente que si el desarrollo humano se toma como una necesidad protectora del ser humano, considerando al hombre, la mujer, niño y niña como producto de un subsistema interactuando con el subsistema natural, el equilibrio y armonía del cual surge, ahorrará situaciones que dañen o alteren la homeostasis, tanto biológica como sociocultural de nuestras comunidades.

Finalmente, tres necesidades básicas para la perpetuación del ser humano son: nutrición, reproducción y protección. De tal manera que la fuerza de una sociedad dependerá de la calidad proveedora de las necesidades anteriores y que las tres conlleven sabiduría que proporcione la educación que culturiza y fortalece.

**Palabras clave:** Desarrollo Humano, Violencia, Salud Mental, Derechos Humanos, Salud Pública, Delito, Educación y Solidaridad.

**Abstract:** This work does not mean it represents the official expression of the country and its public sectors; However, being the author a public servant of the Health Sector, this condition has helped him to gain access to documents that, are not private documents, but to



have co-participated on the implementation of the plans generated from said documents, the information provided by this work is considered valid and has a certain public formality. Above all, the content of some textually reproduced statements of some high ranked public officials, such as Ministers of the different government offices and even statements of the President of the Country has been handled with great care. On other issues, on the civil society section, different opinions have been transcribed textually.

The conditions, opinions and some analysis from the author are eminently technical and mostly backed by the literature consulted from some national and international experts. The work tries to absolutely avoid issuing biased judgment and that of political order.

We faithfully believe that if human development is treated as a protective need for the human being, considering the man, woman, boy, and girl as a product of a subsystem that interacts with the natural subsystem and the balance and harmony that takes place, will minimize the situation in which will affect the homeostasis, biologically or social-culturally of our communities.

Finally, the 3 basic needs for man's perpetuity are: nutrition, reproduction and protection. In this way the strength of a society will depend on the quality providing the needs mentioned and that the 3 include a wisdom that provides the education that cultivates and strengthens.

**Key words:** Human Development, Violence, Mental Health, Human Rights, Crime, Education and Solidarity.

## Introducción

Las Naciones Unidas, a través del programa PNUD, en el año 2010 publicó un Informe sobre Desarrollo Humano para América Central 2009/2010, al cual ha llamado *“Abrir espacios a la seguridad ciudadana y el desarrollo humano”*. En este informe encontramos que desarrollo humano se conceptúa como un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos. El ingreso es una fuente importante de oportunidades u opciones, o libertades concretas. A ella se agrega la educación, la libertad política o el medio ambiente saludable. Estas opciones contribuyen a que los seres humanos tengamos vidas más plenas. Por lo tanto el ingreso, la educación, la democracia o la protección del medio ambiente no son entonces fines en si mismo, sino medios para que las personas puedan disfrutar de más opciones: el objetivo del desarrollo es la gente. Para el desarrollo contribuyen muchos factores, como son igualmente los recursos naturales; pero son las acciones u omisiones humanas las que en efecto explican el avance (o el atraso) de los países. El desarrollo implica muchas cosas materiales y muchos cambios sociales. El desarrollo humano debe ser “el desarrollo de la gente, por

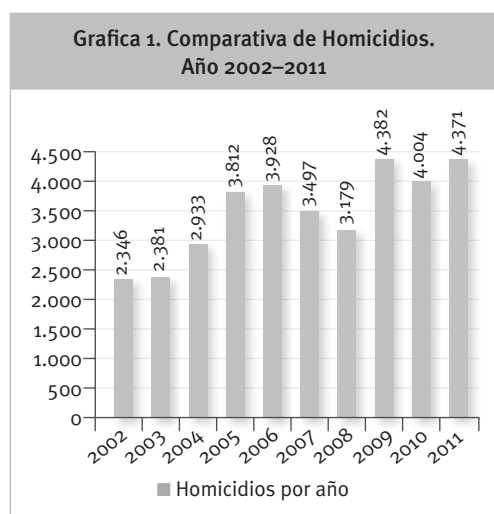
la gente y para la gente”. En afán de medir, este concepto amplio se ha concretado en las oportunidades básicas que incluye índice de desarrollo humano: la oportunidad de disfrutar de una vida prolongada y saludable, la oportunidad de acceder a la educación y la oportunidad de tener un ingreso “decente”. Una condición fundamental, es que estas oportunidades sean duraderas, estables y que no desaparezcan bruscamente. Que sean seguras. De allí se desprende “Seguridad Humana”.

El informe cita dos fuentes principales de inseguridad humana: los riesgos crónicos, tales como el hambre, la enfermedad o la represión y las “alteraciones súbitas y dolorosas (emergencias, catástrofes, guerras) en la vida cotidiana, ya sea en el hogar, en el trabajo o en la comunidad”. La lista de amenazas a la seguridad humana es extensa, pero se puede agrupar en 7 categorías principales: la inseguridad económica, la alimentaria, la de la salud, la del medio ambiente, la personal, la comunitaria y la política (PNUD 1994).

Fue así como surgió una definición en cierta manera funcional, Seguridad Humana consiste en proteger el núcleo central de todas las vidas

humanas contra riesgos graves y previsible de una forma congruente con la realización humana de largo plazo (Alkire, 2003). Comparando, Seguridad = protección, riesgo.

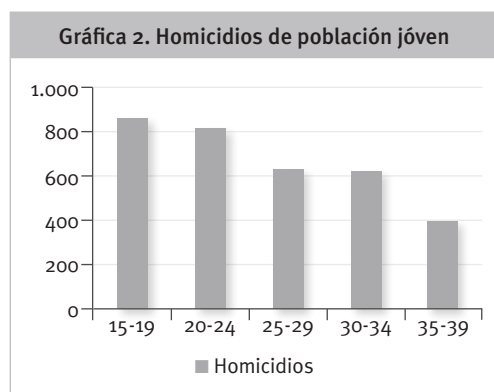
Hasta fechas recientes las cifras de homicidios y de violencia e inseguridad ciudadana eran enormes y la población lo ha vivido con el principal problema del país, con muchas muertes cada día (Gráficas 1 y 2).



Fuente: Unidad Estadística del instituto de medicina legal de El Salvador.

El número de homicidios por día ha sido así: año 2002 6,4 homicidios por día, 2003: 6,5, 2004: 8, 2005: 10,4, 2006: 10,8, 2007: 9,6, 2008: 8,7, 2009: 12, 2010: 11 y 2011: 12.

En el periodo 2002-2011 se han cometido 34.840 homicidios con una tasa promedio para los 10 años de 66 homicidios por cada 100.000 habitantes.



## Desarrollo humano: la realización de las oportunidades

**La seguridad si se quiere es apremiante, pero el desarrollo no será genuino si no es seguro**

El tema, tal como lo presenta el titulo de este articulo es bastante amplio, pero centraremos nuestro interés en lo que para la juventud de este país representa la seguridad y su futuro. Además como el país ha respondido a las necesidades del ciudadano común y el joven a través del tiempo y los distintos conductores que ha tenido El Salvador desde siempre.

Hemos considerado también como en los últimos años, el gobierno actual a tratado de abordar la problemática de la violencia y en cierta manera el desarrollo humano y aun la seguridad humana. Igualmente es nuestra intención también incluir lo que opina la llamada sociedad civil de este nuevo abordaje y el tradicional. Finalmente, quisiéramos al final dejar al menos la inquietud y reflexión de que el país ha estado en deuda con la juventud y otros grupos de este país en materia de ofertas racionales y viables para su realización como ente humano psicosocial digno hijo de esta patria.

## ¿Qué hace el Sector Público para favorecer el desarrollo humano, la seguridad ciudadana y controlar la violencia?

### El Sector Educación

El Consejo Nacional de Educación, es un Organismo adscrito al Ministerio de Educación. Fue creado mediante acuerdo del Órgano Ejecutivo No. 97 y publicado en el diario oficial el 9 de Diciembre del 2010. Este organismo realizó una consulta nacional para conocer la opinión de diez sectores representativos de la vida nacional, acerca de la situación de la seguridad en El Salvador, así como las causas de violencia y posibles soluciones que se puedan proponer para resolverla.

La información obtenida fue procesada con el apoyo técnico del Instituto Universitario de Opinión Pública (IUDOP) de Universidad Católica José Simeón Canas (UCA). Luego fue validado por los diez grupos que participaron en la consulta. En este proceso prevalecieron



dos elementos básicos: diálogo y búsqueda de consenso.

Hubo diez puntos de consenso:

1. Las Maras y las pandillas operan dentro o fuera de los centros educativos, utilizando violencia para coaccionar y causar temor entre los estudiantes, docentes, directores, padres de familias y demás miembros de la comunidad educativa.
2. La transmisión de contenidos violentos y la elevada cobertura o exposición de hechos de violencia en los medios de comunicación, abona a la problemática de la violencia.
3. Existe carencia de la promoción de valores morales y espirituales tanto en el hogar como en la escuela, la iglesia y la sociedad en general.
4. La exclusión social, la desigualdad y la marginalidad contribuyen a generar violencia.
5. La deserción y el ausentismo escolar, el descenso de la matrícula y los traslados de profesores son consecuencias importantes de la situación de violencia en el sistema educativo.
6. Cualquier situación que se plantee debe pasar por una coordinación interinstitucional y/o intersectorial funcional con el propósito de avanzar hacia un acuerdo nacional.
7. Se deben diseñar e impulsar programas preventivos enfocados en los talleres vocacionales, oportunidades laborales y uso productivo del tiempo libre en los jóvenes.
8. La calidad educativa (tanto rendimiento escolar como el ambiente) se ve seriamente afectado por el clima de miedo, amenazas y violencia que predomina en las escuelas.
9. Los intereses político-partidarios han sido un obstáculo para formular una política de Estado en el tema de violencia y políticas públicas inclusivas que generen bienestar social.
10. El debilitamiento y la ruptura de la familia impide que cumpla con su papel de protección, orientación y provisión de afecto.

Además en el ejercicio realizado y buscando prioridades en las opiniones sobre las causas de

la violencia e inseguridad se obtuvieron 5 ítems en orden de importancia:

- 1º) El debilitamiento y la ruptura de la familia impide que cumpla con su papel de protección, orientación y provisión de afecto.
- 2º) La calidad educativa (tanto rendimiento escolar como el ambiente) se ve seriamente afectado por el clima de miedo, amenazas y violencia que predomina en las escuelas.
- 3º) La exclusión social, la desigualdad y la marginalidad contribuyen a generar violencia.
- 4º) Los intereses político-partidarios han sido un obstáculo para formular una política de Estado en el tema de violencia y políticas públicas inclusivas que generen bienestar social.
- 5º) La transmisión de contenidos violentos y la elevada cobertura o exposición de hechos de Violencia en los medios de comunicación, abona a la problemática de la violencia, lo cual, definitivamente representa una contaminación psicológica tremendamente negativa para los jóvenes y aun adultos. Es un bombardeo a través de medios escritos, radiales, televisivos y de entretenimiento con contenidos de temas violentos que se vuelve casi escuela para los observadores.

Al igual que viene aconteciendo desde la sociedad civil organizada en otros puntos de Centroamérica (Cruz, 2011), en el debate de las propuestas, de solución a la violencia e inseguridad en nuestra sociedad y/o en el sistema educativo surgieron cinco opiniones que aluden a consecuencias de este fenómeno.

Solo se mencionan tres disensos en torno a ciertas cuestiones:

- Existencia de policías dentro de los centros educativos. Algunos a favor, otros en contra.
- Ciertos desacuerdos sobre cómo conseguir los fondos para invertir frente a la problemática de la violencia.
- Los medios de comunicación no aceptan que su rol sea negativo. Sin embargo, el resto del grupo si fue concluyente sobre que la transmisión de contenidos violentos por parte de

los medios de comunicación contribuye a la situación de violencia.

Los resultados de esta consulta se dieron a conocer a través de los medios de comunicación el 11 de enero del 2012 a través de los principales medios de comunicación de prensa escrita del país.

El informe anterior de la consulta nacional, es un resumen planificado y ejecutado por el Ministerio de Educación del actual gobierno; por lo tanto se puede considerar como la expresión oficial de este sector muy importante de la nación salvadoreña y que, además, al haber convocado a participar a sectores de intelectuales y otros, se puede considerar un buen punto de partida para hacer valoraciones sobre violencia y sus componentes, ya sea como causas, efectos y resultado. Y a partir de esas hipótesis, buscar alternativas de soluciones; algunas serían de corto plazo pero la mayoría de mediano y largo plazo.

El planteamiento de este trabajo se inicia sobre lo que estudia y analiza un organismo formal y oficial de nivel internacional, pero sobre todo acostumbrado a valorar el estado de desarrollo de estas regiones, además este organismo auspiciador es Naciones Unidas, el cual con todos sus programas cubre a los países miembros en cuanto a asesorías que comprenden un diagnóstico y propuestas que se adapten a la idiosincrasia de cada zona o región, es decir; sin imponer sus propios criterios, pero sí con gran realismo y considerando los recursos con los que dispone cada país.

El interés es hacer un buen análisis sobre esta compleja realidad y creemos que nos agrada- rá apoyarnos en los conceptos y criterios de programas de Naciones Unidas, pues debemos considerar lo relativo a la OMS, UNICEF, UNFPA, UNESCO, etc., y desde luego el trabajo nacional del Ministerio de Educación y otros sectores públicos. Por ejemplo la OMS, a través de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), apoya al Ministerio de Salud, mediante asesorías en la capacitación de los recursos humanos y la elaboración de normas técnicas para la creación de servicios para salud mental; el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), igualmente ha apoyado al Ministerio de Salud en la capacitación de los recursos humanos con técnicas innovadas

para la atención de niños y adolescentes en situaciones de emergencias y desastres. Lo correspondiente al Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA) respalda capacitaciones de profesionales para el campo de la Salud Reproductiva enfocada en el área de salud mental y luego la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) ha auspiciado estudios sobre la salud mental del trabajador de la salud para buscar la manera de auto cuidarlo tanto para mejor rendimiento como para su autorrealización.

Continuando con la encuesta realizada por el Ministerio de Educación, encontramos que de los 10 ítems, “punto de consenso” de los sectores participantes, el número 1, relativo a las Maras y/o pandillas tiene mucha importancia su aparición; y según nuestro criterio los restantes 9 ítems, tienen mucha relación y hasta responsabilidad para el surgimiento de este Psico-fenómeno, el cual podríamos calificar como socio-político y cultural y antropológico. Y que no es único para El Salvador ni América Central, sino se ve en otros países de América y aún de otros continentes, aunque los orígenes son diferentes.

Cuando observamos este manifiesto a la nación, en el ejercicio realizado sobre las causas de la violencia e inseguridad, vemos que el ítem 10 se repite en el ítem 1 de las causas.

Estos dos ítems tienen una trascendencia enorme para el desarrollo de la familia en su salud mental. Obviamente, al no cumplir ese rol de dar protección y afecto, cada uno de los miembros sufrirá alteraciones en su comportamiento y hasta generar patologías que por su duración y desatención profesional pueden llegar a ser irreversibles. El desarrollo psicosocial normal del niño con ese contenido de afecto y protección racional, asegura la confianza en sí mismo y lo prepara con valentía a hacer frente a las hostilidades que cualquier entorno social, escolar o laboral, de manera ordinario o material encontrará.

Los ítem 4 y 5 de los puntos de consenso, se relacionan con el 3 y 4 de las causas de la violencia; pues por acción errónea en omisión estos son factores condicionantes negativos para la sociedad y el estado a través de sus estructuras que correspondan vele por favorecer la evaluación



del crecimiento integral de la familia y que los niños y niñas encuentren en las escuelas el complemento de la estructuración y formación de su personalidad lo más sano posible.

Obviamente, el ítem 2 en las causas en cuanto a carencia de promoción de valores morales tanto en el hogar como en la escuela, la iglesia y la sociedad en general, es una condición endémica en nuestro país y otros por factores diversos como: sobrepoblación, falta de recurso humano, económicos y la absorción cultural de patrones de costumbres ajenas a nosotros y la pérdida de nuestra propia realidad y sobre todo el acelerado sistema de vida debido a compromisos por pretender absorber estilos de vida que nos exige estar mas tiempo fuera de casa que en ocuparnos para proteger y comunicarnos con los hijos. Además los modelos de identificación de los niños y niñas de que disponemos en este país no son los mejores para imitarlos. En esas condiciones los jóvenes adoptan modelos equivocados, ya sea nacional o extranjero que ven a través de los medios de comunicación social y de entretenimiento (televisión, películas y otras redes sociales etc.).

### Desde la Justicia

El gobierno, a través del Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, ha formulado la “Política Nacional de Justicia, Seguridad Pública y Convivencia, la cual funciona del 2009-2014. Allí encontramos que entre los factores que han favorecido o facilitado el crecimiento de la inseguridad, la criminalidad y la violencia se encuentran:

- Desarrollo socioeconómico precario y desigual.
- Migración y pérdida del tejido social y familiar.
- Patrones culturales machistas y violentos.
- La corrupción y el clientelismo político.
- Debilidad institucional.
- Enfoque y tratamiento unidimensional del fenómeno.
- Geopolítica de la lucha contra el narcotráfico y actividad del crimen organizado.
- Conflictividad de grupos delictivos: pandillas, y
- Disponibilidad, amplia circulación de armas de fuego.

Ante esta situación ha sido necesario revisar el estado de diversas instituciones de la Administración pública y además fortalecerlas:

- Ministerio de Justicia y Seguridad Pública.
- Policía Nacional Civil (PNC).
- Inspectoría General de la PNC.
- Dirección General de Centros Penales.
- Academia Nacional de Seguridad Pública y sus problemas académicos y educativos; y además problemas administrativos y financieros.
- Dirección General de Migración y Extranjería.
- Dirección General de Seguridad Ciudadana y
- el Marco Legal para desarrollar todas las funciones de su competencia.

Para diseñar una Política adecuada, eficaz y oportuna, es necesario no solo tomar en cuenta los mas relevantes estudios e informe sobre la realidad y el desarrollo de las instituciones encargadas de la justicia y la seguridad, sino también hacerlo bajo un patrón de principios orientadores.

En esa línea de pensamiento, el análisis planteado en el documento de Política se fundamenta en tres premisas indispensables:

1. Las acciones son parte de un sistema integrado donde el Estado desarrolla la política con participación ciudadana y desde las instituciones gubernamentales.
2. Los esfuerzos deben estar basados en la complementariedad interinstitucional y de las políticas publicas estatales.
3. La Política debe de ser sostenible e irreversible y no coyuntural.

Los principios que la guían son algunos tales como:

- Legalidad y respeto a la Constitución y a la ley.
- Rescate del enfoque de los Acuerdos de Paz.
- Dignidad humana.
- Igualdad y justicia social.
- Equidad de género.
- Transparencia y rendición de cuentas.
- Participación ciudadana.
- Unificación y localización.
- Coordinación interinstitucional.
- Racionalidad.

- Uso legítimo de la fuerza del Estado.
- Visión de Estado.
- Planificación efectiva y reflexiva.
- Enfoque integral.
- Promoción de la justicia y
- Conducción estratégica institucional.

Esta Política tiene como Objetivo General convertir a El Salvador en un país permanentemente seguro, en el que se respete el Estado constitucional de derecho y en el que la vida individual y familiar se desarrolle despojado del miedo. Un país donde exista un clima que favorezca la inversión para el desarrollo de las oportunidades individuales y sociales.

De los 5 objetivos específicos deseamos destacar el nº 4 que dice: *Promover junto con otras instituciones, la atención a las víctimas de delitos en las esferas administrativas y judiciales.*

Por otra parte, deseamos destacar los 5 grandes ejes: 1) Control y represión del delito; 2) Prevención social de la violencia y del delito; 3) Ejecución de las penas y medidas: sanción, rehabilitación y reinserción social; 4) Atención a las víctimas; 5) Reforma institucional y legal.

El Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, en mayo del 2012, organizó el Gabinete de Prevención de la Violencia en base al Artículo 35: Compete al Ministerio de Justicia y Seguridad Pública:

1. Elaborar en coordinación con los organismos que constitucionalmente tiene a su cargo asignadas las tareas relacionadas con la seguridad pública, los planteamientos y estrategias que integran la política de estado sobre seguridad pública, debiendo incorporar obligatoriamente en los mismos, la prevención de la violencia y del delito, la rehabilitación y reinserción del delincuente y las medidas de represión necesarias para contrarrestar toda actividad delincuencia, con estricto apego a la Constitución y en el debido cumplimiento de las leyes secundarias correspondientes.
2. Promover, estimular y fortalecer una cultura de paz y el mantenimiento del orden público, por medio de programas permanentes en los que participen los gobiernos locales,

organismos no gubernamentales y la ciudadanía en general.

4. Coordinar los esfuerzos en materia de cultura y responsabilidad ciudadanas, dándole impulso a proyectos como la creación de Comités de Seguridad Ciudadana u otras formas de organización de la sociedad civil en todo el territorio nacional, sobre la base de un amplio ejercicio de participación de los diversos sectores en las respectivas comunidades.

11. Coordinar cuando sea necesario y legalmente pertinente, las acciones de seguridad pública y la elaboración e implementación de las políticas de seguridad pública con las diversas Secretarías de Estado que fueren procedentes.

**Marco de referencia técnica.** Como Marco de referencia técnica, entenderemos a la Prevención de la violencia como el conjunto de medidas destinadas a reducir y controlar los factores de riesgo en territorios focalizados, que facilitan que personas o grupos desarrollen conductas violentas e infracciones. Asimismo, se consideran las estrategias o medidas que permitan la adecuada inserción social de aquellas personas que se encuentran en especial situación de riesgo.

En este Sector, es en donde surge hace ya varios meses la necesidad de establecer nexos con los grupos en conflicto. De manera oficial siempre se ha negado que sea política del gobierno negociar nada con estos grupos humanos en situación irregular respecto de la justicia, es decir, los funcionarios escuchan el clamor del público de que se trata de criminales y con ellos no hay nada que negociar.

Es así como surgieron personajes diversos, algunos sacerdotes y otros líderes naturales de la comunidad, quienes, según expresiones de ellos mismos llevados por gestos solidarios por el sufrimiento que significa el aislamiento y en cierta manera “los marginados de siempre”; estos grupos de jóvenes, indistintamente de que sean delincuentes, consideraron necesario acercarse a ellos y oírles y saber que esperarían al llegar a entablarse dialogo ya sea este de orden informal o con carácter oficial.

En las últimas semanas los titulares de la Justicia y Seguridad Pública, finalmente han aceptado que



la mediación es válida, la apoyan, pero ellos continúan con sus labores un tanto represivas para seguridad de la ciudadanía en general. Además afirman que el bordaje que desarrollan es de manera integral, promoviendo la reinserción social y laboral con los planes contenidos en los documentos que ya conocemos en páginas anteriores.

### ¿Qué hace la Academia Nacional de Seguridad Pública?

Se agregan declaraciones del Director General de la Academia, Jaime Martínez Ventura, divulgadas en Diario Co-latino el 29 de mayo de 2013 en la Pág. 16. El Director expresa: “establecimos un decálogo de objetivos principales para la gestión que corre entre el 1 de junio de 2009 al 31 de mayo de 2014”. De estos 10 objetivos al que hace referencia el Director, hemos retenido 2 que nos parecen lo más importantes y de gran trascendencia, el No. 1 y No. 10:

1. Revisar, actualizar, mejorar y adecuar el pensum académico y los métodos de enseñanza a efecto de formar policías profesionales, con fundamentos científicos y legales, amplio criterio, espíritu crítico constructivo, manejo adecuado de crisis y con capacidad de resolver problemas propios de su trabajo, teniendo a la base una conciencia social de servicio en función de las personas y sus derechos.
10. Sentar las bases para que la Academia Nacional de Seguridad Pública, se convierta en una institución de educación superior y en un centro de estudio, investigación y generación de pensamiento en materia de seguridad pública.

Con estos planteamientos del Director de la Academia, sin duda la Policía Nacional Civil, se fortalecerá integralmente para el desempeño de sus funciones.

### ¿Qué hace el Sector Salud?

El Ministerio de Salud, a raíz de la Reforma de Salud, la Política Nacional de Salud, han formulado 25 estrategias para el cumplimiento de los objetivos entre las cuales figura la nº 14 en la que de manera prioritaria se atenderá la Salud Mental, Violencia y Toxicomanías de la población salvadoreña.

La estructura ministerial que administra esta estrategia es la Unidad de Salud Mental, la cual diseña lineamientos del “componente salud mental que de manera integral debe estar inmerso en toda provisión de servicios de salud en general. Esta Unidad depende directamente del Ministerio de Salud dirigido por la Dra. María Isabel Rodríguez, y según el manual de organización y función, esta Unidad, según su Misión, es la responsable de planificar, organizar, ejecutar y controlar la provisión de servicios de salud mental, en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), garantizando el derecho a la salud con equidad, calidad y calidez. Su Visión es ser la dependencia que conduzca de manera eficiente, efectiva y eficaz el componente de salud mental en el Sistema Nacional de Salud para la atención integral de la población en general, a través de la prevención de la enfermedad, la conservación y restablecimiento de la salud mental, incorporándola transversalmente, con participación social y comunitaria. El Objetivo General es contribuir a mejorar las condiciones de vida y de salud a partir del desarrollo e implementación de las estrategias, componentes y acciones en salud mental, que respondan a las necesidades de la población en las diferentes etapas de la vida, con participación social y comunitaria.

Entre sus objetivos específicos destacamos, el relativo a Garantizar que el Sistema Nacional de salud desarrolle el Plan de Implementación de la Política Nacional de salud Mental existente, para el abordaje de problemas, prioridades de salud mental y en las RIISS.

La estructura epidemiológica de El Salvador esta representada por las patologías tradicionales, y allí va inmersa la problemática psicosocial estando a la cabeza la Violencia en todas sus formas (Cuadro 1).

Se disponen de los documentos relativos a las Normas de Atención Integral en Salud Mental, documento guía para incorporar el Componente de Salud Mental en toda provisión de servicios.

Por otra parte el Ministerio de Salud a través del Vice ministerio de Servicios de Salud, por medio de la Unidad de Atención Integral e Integrada a Todas las Formas de Violencia ha formulado un documento que contiene:

**Cuadro 1. Casos de Trastornos Mentales y del Comportamiento notificados en el Reporte Semanal de Vigilancia. El Salvador 2005-2012**

Trastornos Mentales y del Comportamiento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Trastornos de Ansiedad	49,280	44,813	38,879	37,305	27,180	29,954	40,869	43,356
Depresión	9,131	8,204	7,863	7,089	5,471	4,867	9,118	9,875
Alcoholismo	2,347	2,484	2,094	2,760	2,189	1,886	2,768	3,066
Intento de Suicidio	530	495	731	858	761	757	916	1,100
Drogodependencia	120	149	156	158	138	102	180	173
Psicosis**	6	385	447	445	555	518	545	652

**Fuente de datos:**

Reportes de Vigilancia Epidemiológica Semanal (2005-2010) los cuales corresponden durante ese período a casos atendidos en establecimientos del Ministerio de Salud del MINSAL.

Vigilancia Epidemiológica Semanal, VIGEPES (2011-2012) que a partir de 2011 registra información de todos los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

Sistema de Morbimortalidad en Línea, SIMMOW (2005-2012) que corresponde a consultas atendidas en los establecimientos del MINSAL.

Los datos correspondientes al año 2012 se encuentran sujetos a cambio por validación de información.

**A. La Norma de Atención integral e integrada a todas las formas de violencia**

Para el establecimiento de esta Norma han participado representantes de los diversos programas del Ministerio de Salud, incluyendo desde luego aquel que se ocupa específicamente de la Salud Mental a nivel de país, igualmente representantes del Sistema Nacional de Salud y de la Intersectorialidad. Contiene VI Capítulos: Promoción de la salud para estilos de vida no violentos; Prevención de la violencia; Atención de la violencia; Rehabilitación; Referencia y Retorno e Intersectorialidad.

**B. Objeto, Art. 1**

La presente norma tiene por objeto establecer las disposiciones en la Redes Integrales e Integradas de Salud (RIISS) para la atención a todos los tipos de violencia en el ciclo de vida, incluyendo acciones de promoción de estilos de vida no violentos y prevención de la violencia; detección, atención, rehabilitación integral de las personas afectadas por la violencia; enmarcado en el enfoque de género y riesgo.

**C. Ámbito de aplicación. Art. 2.**

El cumplimiento de la presente norma es de carácter obligatorio para el personal del Ministerio de Salud, (MINSAL) de los establecimientos de las RIISS y en todas las instituciones miembros del Sistema Nacional de Salud, incluyendo el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y otras entidades públicas y privadas. Este documento ha sido Oficializado bajo el Acuerdo 1147 del Órgano Ejecutivo en el Ramo de la Salud el 23 de Septiembre de 2011.

El Sector Salud en la actualidad esta en mejores condiciones que en otras épocas para afrontar la violencia en lo que a salud corresponde. Esto es así por el proceso de Reforma de Salud que se viene implementando desde el 2009 en este país.

La estrategia de la reforma y la política de salud es la Atención Primaria en Salud y la provisión de servicios deben ser integrales, que contenga el componente de salud mental. Es decir que la verdadera prevención se realiza en el nivel primario de la infraestructura existente de los servicios de salud en la comunidad misma. Obviamente existen otras estrategias como es la de fortalecer



los otros niveles para que tengan mas capacidad resolutive en sus acciones.

Vale la pena destacar los 7 buenos motivos y razones para que se haya adoptado esta estrategia que beneficia a la salud en general y la salud mental en particular:

1. La carga de los trastornos mentales es grande (OMS menciona la brecha de tratamiento).
2. Los problemas de salud mental y del área física están entrelazados.
3. Existe una falta de cobertura enorme respecto de los trastornos mentales.
4. La atención primaria mejora el acceso a la salud mental.
5. La atención primaria en salud mental promueve el respeto de los derechos humanos.
6. La atención primaria de la salud mental es asequible y eficaz en función de los costos y
7. La atención primaria de salud mental genera buenos resultados sanitarios (Así lo ha expresado la OMS, cuando ha realizado evaluaciones en ese campo).

### ¿“Es peor la juventud de hoy que la de otras épocas”?

La violencia es considerada a nivel global como un importante problema social y de salud. Diversas informaciones muestran que la mortalidad y la morbilidad determinada por la violencia van en aumento y la respuesta de los servicios es insuficiente.

Las acciones del sector salud han tenido tradicionalmente un carácter reactivo, predominantemente asistencial. Básicamente tratan las lesiones físicas en los servicios de emergencia. El registro de ellas es incompleto y descripción de la víctima, sin reportar características de esa violencia. Es decir, se ignoran o se pasan por alto los factores Psico-sociales presentes en cualquiera de las formas de violencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) define los conceptos relativos a estas cuestiones. Señala la violencia como “el uso intencional de la fuerza o del poder físico, de hecho o como

amenaza contra uno mismo, otra persona o un grupo o una comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Será víctima toda persona que individualmente o como parte de una colectividad haya sufrido un daño físico o mental, pérdida económica o un sustancial menoscabo de sus derechos fundamentales, sea por omisión o acción. A recordar que los grupos etéreos más vulnerables son los niños y adolescentes, por los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo.

El estudio de la violencia es muy importante al relacionarla con la seguridad ciudadana, entendida ésta como todo derecho de las personas a vivir sin temores y a confiar en los demás, de manera razonable. No olvidemos que la violencia es un fenómeno multicausal en el que interaccionan diferentes factores que la generan o la facilitan. Se observa que esta determinada por diferentes niveles:

1. Nivel individual, caracterizado por las condiciones biológicas y la historia personal.
2. Nivel de las relaciones sociales más cercanas: pareja, familia, amigos y compañeros.
3. Nivel de comunidad: el vecindario, la escuela y los lugares de trabajo.
4. Nivel social o de la estructura de la sociedad, condicionado por normas sociales, culturales y legales.

Los siguientes ítems son condiciones de riesgo que todo profesional de la salud y otros que apoyen acciones contra la violencia deben tener presente en su trabajo en la comunidad (Rodríguez, 2009).

- a. La competencia de los padres o responsables del cuidado de los niños. Cuando aquellos carecen de las habilidades necesarias, desconocen alternativas de corrección al castigo corporal, o se atienen a normas culturales insatisfactorias, hay más probabilidades de que incurran finalmente en el maltrato físico o psicológico.
- b. La existencia de recurrentes conductas agresivas en el seno de la familia. Cuando los niños son testigos o víctimas de actos

violentos ellos mismos tienden a repetir esas conductas en su vida adulta.

- c. Las mujeres que han sufrido agresiones previas de la pareja, ya sean psicológicas, físicas, sexuales o económicas, están en mayor riesgo de volver a ser víctimas de ataques similares.
- d. El abuso del alcohol y el uso de drogas se asocia con comportamientos violentos y aunque no son la causa básica, favorecen su ocurrencia.
- e. El porte o posesión de armas, es un factor desencadenante o facilitador ya que aumenta la oportunidad y riesgo de su uso.
- f. El enaltecimiento de las conductas violentas en los medios de comunicación social son un factor relevante, por cuanto deforma la realidad y fomenta respuestas violentas.
- g. Los comportamientos violentos sobrevienen en muchos casos como consecuencia de una forma equivocada de resolver los conflictos o de ejercer la autoridad y el poder sin tomar en cuenta los derechos de las demás personas y las normas de convivencia.
- h. La presencia de factores situacionales que bajo circunstancias específicas facilitan la comisión de actos violentos, a veces por personas sin antecedentes de este tipo de conducta.

Numerosas publicaciones señalan que la pobreza representa un factor de riesgo que generan relaciones intrafamiliares nocivas. Otro factor de riesgo asociado a la violencia, es la relacionada con flujos migratorios internos y externos (Rodríguez, 2009).

### **¿Qué hacen otros Sectores Públicos por el Desarrollo Humano, la violencia y la salud mental?**

La Secretaría Técnica de la Presidencia de la República, respalda una política que favorece el Desarrollo Humano, esta se refiere al Sistema de Protección Social.

Reconociendo y aceptando esta Secretaría la deuda social del Estado en campos como la salud, la educación y la oferta de viviendas entre

otras condiciones básicas para subsistir, crea este programa especial para cubrir de manera un tanto paliativa ante este déficit.

### **Qué es el Sistema de Protección Social universal?** (Secretaría Técnica de la Presidencia, 2009)

- Es una estrategia de política social sustentada en un enfoque de derechos que potencia el desarrollo humano de las personas.
- Representa un giro en el enfoque de política social anterior, ya que ahora se busca el carácter integral y la visión holística.
- Se sustenta en el ciclo de vida de las personas e identifica a las comunidades y familias como sujetos activos del desarrollo, y los involucra en la identificación y solución de sus problemas.
- Se propone garantizar a todos los ciudadanos un piso social básico en el acceso a: educación, salud, nutrición, seguridad alimentaria, vivienda, servicios básicos, infraestructura comunitaria, generación de ingreso y protección social.

Esta política, se administra en dos niveles: Universal y a grupos específicos (los más vulnerables).

El Universal se refiere a que toda la población salvadoreña debe recibir servicios adecuados, eficientes y oportunos en lo que se refiere a Educación, Salud y Vivienda.

El que va dirigido a grupos Vulnerables consiste en proporcionar a grupos que tradicionalmente han estado excluidos, la oportunidad de recibir apoyo a través de programas diversos que buscan aliviar su situación momentánea, mientras es absorbido por el nivel Universal que corresponde como un derecho a toda la población sin distinción de ningún tipo.

Para su implementación existe un Comité Técnico Intersectorial que tiene como ámbito de acción todo el territorio salvadoreño y se coordina con todas las instituciones y organismos del Estado. Existen otras dependencias del Estado salvadoreño que realizan actividades para contrarrestar la



violencia, pero estas generalmente se coordinan con los sectores de educación, justicia y salud.

### **¿Qué hace la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA)?**

Esta Ley fue aprobada parcialmente en el mes de abril de 2010, pero entró en vigencia en enero del 2011. Su finalidad es garantizar el ejercicio y disfrute pleno de los derechos y facilitar el cumplimiento de los deberes de toda niña y niño y adolescente en El Salvador, contenidos de la Ley independientemente de su nacionalidad.

Algunos Principios de la ley LEPINA: Principio del rol primario y fundamental de la familia; Principio de ejercicio progresivo de las facultades; Principio de prioridad absoluta; y Principio de igualdad, no discriminación y equidad.

Recientemente se han creado otras instancias como el Sistema Nacional de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia con la participación de la familia, el Estado y la sociedad; además el Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia (CONNA), que se relacionara y coordinara con los demás Órganos del Estado por medio del Ministerio de Educación. Se fundamenta en la Constitución y Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos vigentes en El Salvador, especialmente en la Convención sobre los Derechos del Niño.

La Directora del Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia (CONNNA), Zaira Navas, el día 25 de abril en una entrevista conjunta con Luis Salazar, Director del Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia (ISNA) en el Canal Oficial (10) del Estado salvadoreño, dijo que ha habido un avance sustantivo en el cumplimiento de los derechos de la niñez con la aprobación de la ley LEPINA, que considera a los menores como sujetos de derecho y define la participación de diversos actores en la protección de sus derechos. Por su parte, el Director Ejecutivo del ISNA, durante la misma entrevista afirmó que se ha cubierto un 65% de las necesidades que tenían para poder implementar la Ley con presupuesto designado a otras carteras del Estado para cubrir necesidades básicas de la niñez, que hoy por hoy representa el 42% de la población del país.

### **¿Qué hace la Secretaría de Inclusión Social?**

A través de la Dirección Nacional de la Juventud esta Secretaría ha creado y está desarrollando la Política Nacional de Juventud 2010-2024 y un Plan de Acción 2010-2014. Esta Política pretende colaborar con la construcción de identidad y autonomía por parte de las y los jóvenes (con dos principales misiones de toda persona en la etapa juvenil) mejorando la integración social y la participación ciudadana de las nuevas generaciones, fomentando la cohesión social y el sentido de pertenencia de las mismas.

En el corto plazo, por su parte, el Plan de Acción se propone jerarquizar las políticas de juventud en la agenda pública, mejorar las percepciones sociales sobre las y los jóvenes (acotando los estigmas y los estereotipos vigentes) y modernizar la gestión pública en este campo, articulando más y mejor los diferentes esfuerzos institucionales existentes.

Para el logro de estas finalidades a corto, mediano y largo plazo, esta Política Pública de Juventud, asume que las y los jóvenes son al mismo tiempo pero en modalidad y dimensiones diferentes un grupo de riesgo, sujetos de derechos y actores estratégicos del desarrollo, pero se construye básicamente desde las dos últimas dimensiones.

En términos de enfoque estratégicos, se propone superar simultáneamente el modelo históricamente vigente, sustentado en la construcción de espacios específicos para la juventud (que han aislado más de lo que han integrado a las nuevas generaciones), procurando dotar a todas las políticas públicas de una perspectiva generacional.

En la misma línea, se propone fortalecer al Estado, trabajando con enfoque de derechos, procurando que todas las políticas públicas sean universales (completándolas con algunas políticas focalizadas específicas) superando de este modo, el modelo residual sustentado en la lógica del mercado vigente en las últimas décadas.

En términos programáticos, se propone ampliar el acceso y mejorar la calidad de la educación media y superior, apoyar la empleabilidad y favorecer la inserción laboral de las y los jóvenes, promover desde un enfoque integral, la salud de las nuevas

generaciones, ampliar y profundizar la prevención de la violencia juvenil y fomentar la participación ciudadana de las y los jóvenes a todos los niveles.

Por otra parte esta Secretaría promovió un estudio exploratorio entre los jóvenes y esta Encuesta Nacional de Juventud proporciono los siguientes datos: se toman como preocupantes las opiniones valiosas realizadas en el año 2008; se encuesta un total de 1.234 jóvenes de 15 a 24 años y tabulo el Instituto Universitario de Opinión Publica (IUDOP-UCA). Se obtuvieron los siguientes datos:

- **Educación:** el 1.4% respondió no tener ningún tipo de educación formal; el 21.7% curso primaria; el 36.8% plan básico; y 3 de cada 10 (30.4%) bachillerato y el 9.8% había tenido acceso a estudios superiores. El 41.6% estudiaba en el momento de la encuesta (38.1% femeninos 45.1% masculinos).

La valoración de la calidad educativa en el nivel básico y técnico, se concentra en la opción "Excelente"; muestras que en el nivel medio y superior, es mayor opción "muy buena. Pocos jóvenes valoraron la educación como mala o muy mala.

- **Laboral:** El 67.7% no trabajaba en el momento de la entrevista. El resto 32.3% si trabajaba. El 46.6% fuera del hogar. El 81.3% se sentía satisfecho de su trabajo.

- **Estado Civil:** la mayoría solteros. El 27.3% tenía novio o novia. El 16.2% está acompañado(a). El 6% casado(a). Proporción mínima, separados o divorciados.

- **Exploración campo Sexual:** Al margen de su situación familiar se exploró sobre experiencias sexuales generales. 53.4% afirmativo; en masculinos 59.5%, en femeninos 47.5%. El grupo de 15 a 19 años 31.4% y el grupo de 20 a 24 años 77.4%.

- **Interés ciudadano por la política:** El 25,5% no tiene interés alguno. El 44%: poco interés; el 16.7%, algún nivel de interés, y solo el 13.8% mucho interés. Auto identificación ideológica, 12% extrema izquierda; 28.8% centro y el 16.5% extrema derecha. El 12% en ninguna opción.

- **¿Como se informa? (que medio de comunicación social utiliza):** 57.1% en televisión a

diario; 7.5% nunca ve televisión; En cuanto a noticias, solo 1 de cada 5 ve las noticias en periódicos. El 18.9% no se informa nunca. Solo el 18.1% escucha la radio.

- **¿Cual es el principal problema del país?:** Dos respuestas a aspectos económicos, pobreza, desempleo y las que se vinculan a la violencia e inseguridad; 78.6% dice que la delincuencia aumentó o sigue igual a 2006. Luego 90.2% opinó que durante 2008 la situación económica había empeorado o seguía igual.

- **Entretenimiento (tiempo libre, deportes):** la 4ª parte es miembro activo de equipos deportivos y la 5ª parte es de un grupo religioso. Solo 3% son miembros de partidos políticos u organizaciones comunitarias.

- **Instituciones de su confianza:** las de mas confianza son las iglesias (católicas, evangélicas) y la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, a las anteriores 40%; luego los medios de comunicación, Secretaría de la Juventud, la alcaldía y Policía Nacional Civil (PNC). A estas le asignan el 30% de su confianza.

A los Juzgados, Fuerza Armada, Gobierno Central, partidos Políticos y la Asamblea Legislativa, le asignan su mayor desconfianza.

- **Experiencia de haber sido víctima:** el 9.1% de robo a mano armada al menos 1 ocasión en un año previo a entrevista. Esto en mujeres y hombres. En hombres sigue el maltrato físico policial. El 4.8% del total había sido maltratado o golpeado por la policía (últimos 12 meses). El 4.3% fue víctima de las pandillas: mujeres 5.8% y en el caso de los hombres, la mitad (2.9%). El 92.4% dijo no tener ninguna simpatía por las pandillas estudiantiles, y el 95.1% dijo lo mismo hacía las pandillas territoriales.

Finalmente de manera específica la Dirección de la Juventud de la Secretaría de Inclusión Social desarrolla el Programa PRO-JOVENES, cuyo objetivo general es: Promover la cohesión social y mitigar los factores de riesgo de la violencia y delincuencia juvenil en El Salvador.

Como objetivo específico: se trata de consolidar capacidades para la rehabilitación y prevención



social de la violencia en 14 municipalidades del área metropolitana de San Salvador, la mayoría de este departamento y una minoría del departamento de la Libertad, territorio vecino a la capital. Este es un proyecto de Cooperación de la Unidad Europea y los beneficiados directos habrán de ser 350.000 personas de la población incorporada (13).

### **Que piensa y opina la sociedad civil en relación a la violencia, y de cómo el Estado y Gobierno actual la afrontan**

A través de los medios de comunicación social, tanto escritos, radiales y televisivos, hemos ido recogiendo sus opiniones sobre como el Gobierno y el Estado trata de afrontar y controlar la violencia en El Salvador. Son muchas las opiniones, solamente mencionaremos algunas.

Si se habrá de condenar a los jóvenes de este país, lo mismo tendría que hacerse con la sociedad y el Estado, pues ellos no han estado solos (17).

Hace algún tiempo asistimos a un foro organizado por el Consejo Nacional de Seguridad Pública, mientras existió. Creímos que los objetivos de dicho foro además de “abundar” en motivos y razones para no incrementar las penas-castigo a menores, creímos que se haría un abordamiento mas amplio en relación a las raíces de los fenómenos violentos y otros comportamientos que se salen del estándar instituido por la sociedad salvadoreña que se observan en los jóvenes y adultos. Esperábamos análisis psicosociales y otros de orden socio antropológico.

Los estudios de investigaciones psicosociales que se han realizado en USA. (Leighton et al 1957), por expertos epidemiólogos han encontrado que familias y /o sociedades desintegradas o mal conformadas son proclives a desarrollar síntomas psíquicos y comportamientos que se apartan de las normas establecidas por la sociedad en tiempos normales (19).

Las guerras, las migraciones masivas, las catástrofes naturales son eventos que desestabilizan a la familia o lo que exista de ella. Nos referimos a que con frecuencia en las familias salvadoreñas falta el padre o la madre; pero están los hijos que vivirán ese impacto psicológico en cualquiera de los dos casos. Esto afectara en grado menor o mayor dependiendo de la edad del infante.

Beatrice Alemanni de Carrillo en su artículo del martes 16 de marzo aparecido en el Co-Latino vespertino de este país: “Una Sociedad Enferma”, hace un análisis no tanto jurídico a pesar de que la jurisprudencia es su profesión, sino humanístico y sobre todo solidario y realista sobre el sufrimiento de la familia salvadoreña.

En el foro aludido hubo ponencias muy interesantes y sobre todo algunas de ellas contenían informaciones que deberían de considerarse como denuncias, pues se trataba de instituciones especiales para protección de los y las niñas y adolescentes en aspectos integrales. La información, según recuerdo en el aspecto psicológico solo ha estado cubriendo este ente estatal el 35% de la población total. Otras necesidades reportaba el ponente que el escaso presupuesto tampoco podía cubrirlas.

Cuando escuchamos a analista políticos y otros comunicadores sociales en relación a la situación de crisis nacional en la familia salvadoreña, expresan que es por falta de valores” estos se han perdido”. Porque no mejor decir que los valores que han existido se han ido transformando en algunos sectores de la sociedad, por ejemplo, la honestidad a la honradez ha cambiado a lo contrario. La valentía a la cobardía. La transparencia cambia a lo turbio. Lo verdadero a lo falso. La sensibilidad y solidaridad a la indiferencia; lo justo a lo injusto, etc.

¿Porque sucede esto? Las respuestas pueden ser múltiples y de orden sociocultural, económico y político. “El tengo mucho, me hace sentirme mas importante frente a los demás que si tengo poco”. “Si viajo en un automóvil ultimo modelo, es signo de éxito y me aprecian y respetan mas”. La publicidad consumista promueve valores falsos y empuja a la gente poco segura de si mismo a embarcarse en obtener cosas que mas tarde no podrá pagar. Todo esto ha influido para la inversión de los valores.

De tal manera que cuando todas estas condiciones ansiadas y aspiradas no se cumplen, la persona sufre una frustración. Obviamente la frustración en esos casos es por la no obtención de objetos o condiciones que no forman parte de las necesidades básicas. En estas personas se producirá tristeza, inseguridad y la persona busca

la manera de satisfacer esa aspiración, aun comprometiendo su seguridad y violando normas de buenas costumbres, de honradez llegando hasta delinquir, etc.

En otros sectores poblacionales de grupos excluidos o marginados de manera crónica, la frustración produce una serie de reacciones como tristeza, cólera baja autoestima, depresión. Su condición de persona con claridad de valores, luchara por conseguir una mejor situación, superándose, y realizando actos lícitos para lograrlo. Es así como no toda la gente que sufre frustraciones genera conductas anormales o que se enferme. Hay así personas que tienen baja tolerancia a la frustración y otras que les lleva a redoblar el esfuerzo, para superar su condición de excluido en vez de cometer actos que riñan con la ética y la honradez.

Volviendo a lo del tema del foro relativo a los jóvenes infractores y las penas, hay que enmarcar estos hechos en su nacimiento, crecimiento y el desarrollo de estos jóvenes, se da en una sociedad en crisis por desintegración familiar y social, pero esta crisis no va a afectar solo a los jóvenes; afecta también a los adultos, a los padres, a la familia entera y puede ser que en un momento dado las figuras paternas o maternas no sean las mejores para que se efectúe la identificación con el progenitor del mismo sexo. Aclaremos, esta identificación es un mecanismo de defensa psicológico normal por el que pasan todos los niños y niñas. Al no gustarles esas figuras o imágenes maternas o paternas escogen otras de su entorno familiar o social, y a veces esas figuras pueden ser peores que las de los padres, pero en esa ansiedad y búsqueda de figuras “para imitarlas”, las muestras que ofrece nuestra sociedad con valores tergiversados son malos ejemplos para esos adolescentes que buscan la identificación toman los equivocados que los llevara a lo mejor a cometer actos delictivos al tomar figuras del amplio espectro delincencial de los adultos que deambulan impunemente por los caminos de la débil y desigual justicia salvadoreña.

Siendo esto así, obliga a replantearse la responsabilidad de los jóvenes en sus diversas conductas, expresión de confusión de valores y búsqueda de identidad y pertenencia.

Los críticos políticos y otros profesionales de la comunicación deben reconocer que los patrones culturales del “bien y del mal” en una sociedad evolucionan, no son estáticos. Con frecuencia la sociedad obliga a mantener formas o estilos de vida que ya pasaron, no talvez necesariamente de moda pero si de vigencia. Hoy día, las distancias ya no son obstáculo para conocer lo que sucede en otras civilizaciones. La velocidad y las comunicaciones se encargan de poner al día a los individuos de lo que acontece en otras latitudes del planeta.

Además tomemos en cuenta, que hoy día tanto jóvenes como adultos por los motivos anteriormente citados y otros, a pesar de la educación en la nos hemos criado, pensamos mejor que antes, y hay decisiones que no deberían de tomarse como transgresión a normas establecidas (como por ejemplo el tatuarse, esta acción puede ser interpretada de muchas maneras, pero no da derecho a que nadie por ese solo hecho deba llevarlo a concluir que es un delito.

En una publicación ya lejana, Donald West (1970), eminente miembro del Instituto de Criminología de Cambridge, señalaba “estudiando las teorías psicoanalíticas acerca de los orígenes de carácter antisocial”, las pruebas que hasta ahora hemos estudiado, sugieren que los rasgos innatos, constitutivos pueden predisponer a ciertos individuos al comportamiento delictivo, pero muchos psicólogos, particularmente los de la escuela psicoanalítica, creen que los rasgos distintivos mas importantes del carácter criminal derivan de atributos de la personalidad adquiridos, o por lo menos acentuados, mediante una temprana educación en el hogar. Por ejemplo sea cual fuere la explicación, parece ser que los hijos de padres crueles, de mal carácter, son propensos a desarrollar indeseables rasgos agresivos. Este género de información podría suministrar un nexo con algunos hallazgos si pudiera mostrarse que la propensión delictiva de ciertos grupos o culturas era debida a sus peculiares prácticas pedagógicas. Las teorías psicodinámicas, que interpretan el carácter humano como el resultado de un conflicto de sentimientos, poseen un intenso atractivo popular. Todo el mundo puede entender unas teorías acerca de la agresión nacida del temor, de la hostilidad debida a la anticipación o al rechazamiento, porque, en cierto



grado, todos nosotros lo hemos experimentado en nosotros mismos. Sin embargo, para los fines científicos, la convicción no es ningún sustitutivo de la verificación objetiva”.

Podemos seguir exponiendo más elementos psicodinámicas que explican los comportamientos desajustados de algunos jóvenes, pero en estas reflexiones que hacemos en esta ocasión el objetivo es otro. Buscamos que entendidos o no en la materia hagan consciencia de que el fenómeno de la violencia y la criminalidad en los jóvenes es aun más complejo de lo que se cree y corre el riesgo al verlo y analizarlo solo desde el punto de vista jurídico, resulte que los jóvenes vengan a ser los chivos expiatorios de la criminalidad en otros grupos étnicos humanos cometen. No hay duda de que través de la historia se ha visto que si alguien comete un delito tiene que ser castigado, pero cualquiera que sea su edad tiene el derecho de recibir apoyo, ayuda según sus necesidades incluyendo desde luego las psicológicas para su rehabilitación. Sabemos los psiquiatras que tratar las sociopatías, resulta un tanto frustrante por no contar con la capacidad de arrepentirse ni de enmendarse en los individuos, pero mis maestros decían, “neuroticémoslos” y ya con “angustia” y algún sentimiento de culpa podremos influir en ellos para modificar sus patrones de conducta desadaptados.

Finalmente, decididamente nos oponemos a que el adolescente sea considerado independiente de la familia y si se le quiere ayudar se tendrá también que apoyar al grupo familiar. Y si se le quiere acusar, también hacerlo con la familia, la sociedad y el Estado pues los tres tienen responsabilidad, y esa condición real sobre todo en nuestro medio “es un atenuante a favor del menor” (17).

Un profesional de la sociología, Enrique Gomáriz Moraga (Conferencia sobre violencia 10 oct. 2009, Día mundial de la Salud Mental) opinaba sobre los factores coadyuvantes de la violencia y los cita así: 1) Migraciones y deportación; 2) Posesión y uso de armas de fuego 3) pobreza y exclusión social; 4) Drogadicción; 5) Cultura de violencia social política; 6) Deterioro del tejido social/comunitario; 7) Disfunción familiar y falta de cuidado; 8) Inequidad y conflictos de género.

Por otra parte el mismo profesional se refiere a la perspectiva de manejo de la crisis de violencia y

criminalidad. El mismo Gomáriz afirma, ¡Ya sabemos que no funciona!

Los siguientes ítems son elementos y factores que se han venido desarrollando a través de los años anteriores al 2009, pero que algunos de ellos aun no se han totalmente desechado, probablemente por cierto fanatismo político:

- La ausencia de un diagnóstico básico compartido.
- La visión mono causal de la crisis (pobreza desde la izquierda o desintegración familiar desde la derecha).
- La acción unilateral de “mano dura” y súper mano dura.
- El uso político/partidario de la crisis (con acusaciones mutuas).
- La visión de que a la izquierda le corresponde pensar en la prevención (porque la derecha privilegia la coerción).

De acuerdo a las políticas, los planes, y programas descritos anteriormente por los distintos sectores del gobierno y del Estado salvadoreño, consideramos que los ítems siguientes se aproximan a un abordaje más racional de los intentos realizados en años anteriores al 2009, inicio de un nuevo gobierno que se autocalifica del Cambio.

- La consolidación de un diagnóstico básico compartido por fuerzas políticas y sociales.
- Adopción de una visión multicausal de la crisis.
- Armonización de las acciones de los poderes públicos y de la normativa vigente.
- Una estrategia que combine prevención y coerción de acuerdo a las exigencias del diagnóstico (y no de lo que nos gustaría o preferiríamos hacer).
- Defender los derechos humanos de las víctimas y de los violentos en ese orden.
- Entender que ningún sistema democrático puede sobrevivir a largo plazo con los actuales niveles de violencia, y
- Lanzar un Acuerdo Nacional contra el desastre social que sufre El Salvador, inducido por la violencia y la criminalidad (Gomáriz, 2009).

- Objetivo: producir una contención en adolescentes y jóvenes que reduzca su flujo hacia la violencia y la criminalidad, en especial en cuanto a su incorporación a las Maras.
- Justificación: el 85% de las incorporaciones a las Maras tiene lugar antes de los 16 años; la mayor correlación con el riesgo refiere al atractivo de las conductas de riesgo y al plano emocional, en particular la deficiencia de cuidado, y no la incorporación al trabajo, como se piensa desde un enfoque adultocrático.
- Estrategia: Intervención combinada, tanto a nivel psicosocial (Escuela de padres, etc.), como a nivel familiar e individual en el nivel primario de atención a la salud.

En su calidad de sociedad civil, el abogado Jaime Martínez Director actual de la Academia Nacional de Seguridad Pública, opinó en relación a los conflictos entre las pandillas, en una participación de un Congreso Internacional de Juventud, Seguridad y Justicia en Centroamérica en el 2008, expreso: "este fenómeno no puede tener solución exclusivamente con la tradicional justicia punitiva o retributiva, sino que debe darse paso a dos formas de justicia no convencional: la justicia restaurativa y la justicia de transición. La primera ya es bastante conocida en nuestro medio porque tanto en la legislación penal para adultos como en la Ley Penal Juvenil. Sin embargo, me parece que debe extenderse todavía mas sus alcances y no como hasta ahora ha sido, que se ha ido restringiendo de manera sistemática hasta conseguir el grave hacinamiento carcelario que tenemos en los centros penales y en los centros de internamiento para persona adultas y menores de edad".

En otro momento el mismo profesional ha dicho: la problemática de las Maras ha crecido y se ha complicado tanto, que debe ser visto como un problema de nación y, en consecuencia, necesita que se le responda con políticas de Estado integrales, permanentes y sistemáticas, no con proyectos o programas fragmentarios, temporales y dispersos. Es necesario que nos demos cuenta que la nación es inviable si no encontramos una solución a este fenómeno tan extendido y tan pernicioso para la población" (Jaime Martínez, 2008).

Instituciones diversas opinan sobre que debe continuarse con la tregua, particularmente sectores religiosos. El sacerdote Antonio González que en los últimos días entre abril y mayo se ha adherido al grupo que maneja la Tregua, en particular opina que debe crearse un Instituto Nacional de Rehabilitación y Reinserción para jóvenes y adultos. Otras publicaciones de juristas se refieren a que "eliminar la violencia contra la mujer es una deuda pendiente, igual que la verdadera protección de niños y adolescentes.

El día 9 de mayo, en Co-Latino publicó un comunicado haciéndose responsable un grupo de varias denominaciones de Maras autollamándose voceros nacionales, y expresan opiniones sobre las reacciones producidas frente a la especulación de que estas agrupaciones se conviertan en entes políticos."El ser humano en tanto es un ser social es esencialmente político, así lo expreso Platón cuando nos califico de animales políticos". "Lamentamos profundamente que algunos políticos y medios de comunicación mal intencionados estén dando sobrado crédito a las especulaciones y ficciones que con propósito de desvirtuar el proceso inédito de paz que en El Salvador esta en desarrollo desde principios de 2012 esta publicando el novelista estadounidense Douglas Farah, quien en los últimos días, como todo buen testaferrero se ha dedicado a la publicación de cualquier tipo de disparates, alimentando a todos aquellos detractores que están a favor de que el proceso fracase y El Salvador se convierta en una sociedad cada vez mas violenta sin importarles la perdida de vidas que ello produzca con tal de seguirse lucrando y enriqueciendo a costa de la sangre y sufrimiento del pueblo salvadoreño".

El vespertino Co-Latino del 13 de mayo del corriente año, publica el titular "Iglesia dice que tregua no esta beneficiando a la población honrada". La Conferencia Episcopal de El Salvador, insta a un "debate serio y profundo" del proceso de tregua que acordaron las pandillas del país, ya que desde el punto de vista de ellos no ha dado los frutos deseados. El encargado de leer el documento ha sido el Obispo Auxiliar de San Salvador, Gregorio Rosa Chávez, quien dijo que la tregua debe volverse un tema de debate a raíz de lo que la Iglesia ha planteado. Aclaró igualmente que la Iglesia Católica como tal, no es parte del proceso como se



manejo desde el año pasado, cuando se hizo pública la tregua. Uno de los impulsores de la Tregua ha sido el prelado castrense Fabio Colindres; sin embargo el sacerdote Colindres se integró al pronunciamiento de la Conferencia Episcopal como ente oficial de la Iglesia.

A través de los medios escritos algunos funcionarios del gobierno argumentan que el país necesita un “nuevo modelo de educación, una nueva filosofía del cambio”, “hay que solventar las demandas históricas de la población”, “cambios estructurales y distribuir mejor las ganancias”, salarios dignos.

Apareció un artículo el 16 de noviembre de 2012 (Co-Latino) con el título de “Medios de Comunicación en El Salvador, Monopolio Mediático en Beneficio del Poder tradicional?” (Mármol, 2012). En el contenido se leía lamentos de que esos medios tradicionales no informaban todo, guardaban y probablemente aún guardan o retienen informaciones que están beneficiando a las mayorías de este país, pormenorizan en salud por ejemplo, las bondades de la nueva Reforma de Salud que cada día está llegando a rincones nunca imaginados, y sobre todo con programas preventivos y subestiman el funcionamiento como Red. Nada se dice del daño provocado por los contenidos de la supuesta programación de entretenimiento, pero si se critica fuertemente la no democratización de la información.

El periodista de origen europeo Paolo Luers, columnista de El Diario de Hoy matutino salvadoreño, publicó en el día 27 de abril “Carta a Mauricio Funes”. Entre los contenidos de esta Carta al Presidente de la República, encontramos las frases textuales siguientes: “Usted, presidente, y su gobierno, no tienen porque apoyar una tregua. La tregua no es con Ustedes. Es entre pandilleros que quieren parar la escalada de violencia. Usted como gobierno ni siquiera tiene que tratar de convertirse en protagonista del proceso de paz que se puede derivar de esto. Porque tampoco es con usted: Es un asunto, de la sociedad civil con un sector de ella misma, que busca volver a ser parte; que quiere dejar de estar en conflicto con la sociedad.”

“Si el gobierno entiende la oportunidad que ahí se abre, la puede aprovechar focalizando su in-

versión social en las comunidades donde se origina y se sigue alimentando esta fatal espiral de miseria, exclusión, descomposición familiar y social, violencia, represión, mas violencia, mas persecución y mas miseria. *Inversión*, porque al hacer esto, se resuelve un problema estructural, se construye algo para el futuro.”

“Esto el gobierno lo hubiera tenido que hacer hace un año, sin ni siquiera hablar de treguas y pandillas. Esto es algo que su gobierno (y el siguiente) tiene que hacer de todas formas, exista tregua o no, digan lo que digan los pandilleros o los mediadores. Hacerlo es la esencia del gobierno.”

### **Nuevos enfoques: Salud Pública**

Nuevos enfoques que, por exitosos, se están poniendo en práctica en otros países: Salud Pública, Desarrollo Humano, Derechos Humanos, Género, participación y empoderamiento y Cultura y conflictos.

Esta nueva concepción del problema promueve alternativas basadas en la educación a los individuos y las comunidades para desarrollar o potenciar habilidades y así abandonar la creencia muy difundida de la utilidad de las medidas represivas como única alternativa para el control de la violencia. Este enfoque implica la modificación de los factores que contribuyen a producir respuestas violentas, tanto los que dependen de la actitud y el comportamiento o los relacionados con situaciones sociales, económicas, políticas y culturales.

Este abordaje requiere el empleo de métodos científicos y perspectivas transdisciplinaria para la recopilación de datos, el análisis de las causas y correlaciones con factores individuales y colectivos, y el diseño de intervenciones eficaces y eficientes, capaces de actuar sobre estos factores, y el monitoreo a la ejecución de acciones para evaluarlas y difundirlas, específicamente aquellas dirigidas a la prevención.

Los cinco enfoques, incluyendo al de Salud Pública, se tratan de abordajes que se pueden considerar eminentemente racionales. La mayoría de los planteamientos teóricos de los distintos sectores e instituciones así lo presentan; lo que en nuestro caso del Sector Salud, sin duda, la Re-

forma de Salud del actual gobierno considera estos enfoques como componentes claves para el éxito. El trabajo desarrollado por la Reforma y la Política de Salud con los Ecos, ya sea los Básicos, Intermedios y Especializados es eminentemente comunitarios, por lo tanto lo que ha faltado, es la Planificación de acciones conjuntas para lograr la coordinación oportuna con los otros sectores, puesto que las metodologías en general son muy similares.

Las Teorías que a continuación se describen de forma resumida (Cuadro 2), son técnicas que implementadas con personal altamente capacitado no rendirán resultados satisfactorios.

Cuadro 2. Diversas Teorías en diferentes niveles	
<b>Individual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelo de Creencias en Salud.</li> <li>- Teoría de Acción Razonada y Teoría de Planeación de la conducta.</li> <li>- Modelo Transteórico de Estados del Cambio de Conducta.</li> <li>- Teoría de Establecimiento de Metas.</li> <li>- Teoría de Búsqueda de Sensaciones.</li> <li>- Teoría de Autorregulación.</li> </ul>
<b>Interpersonal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teoría Social Cognitiva.</li> <li>- Teoría de Redes Sociales y Apoyo social.</li> <li>- Modelos de Crianza Parental.</li> <li>- Teoría de Resiliencia.</li> <li>- Teoría de Manejo del Estrés.</li> </ul>
<b>Comunidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelo de Movilización y Organización Comunitaria.</li> <li>- Teoría de Difusión de la Innovación.</li> <li>- Difusión de Innovaciones usando Comunicación para el Cambio de Conducta (CCC) y el Mercadeo Social.</li> </ul>
<b>Políticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelos de Formación de Políticas y Legislación.</li> </ul>

De acuerdo a estos enfoques, se considera que los niveles y sectores que planifican programas y acciones para contrarrestar la violencia, tendrán que coordinarse aun mas y que las Políticas y los aspectos legislativos y jurídicos sean manejados con una gran dosis de solidaridad, justicia social y respeto a los derechos humanos de la población ya sea de jóvenes, adultos u otros.

## Comentarios y Conclusiones

Reiteramos, el hecho de haber hecho énfasis en los contenidos de este trabajo en como el Estado y el Gobierno actual está tratando de abordar la problemática de la violencia y el desarrollo humano. Se constata que hay mucha similitud en el pensamiento de los distintos sectores. Sus planeamientos de causas y efectos son muy parecidos, y todos desean que haya coordinación en las acciones. Lo que dice el Ministerio de Educación y el de Justicia y Seguridad Pública se complementan, lo mismo se puede decir de Salud e igualmente de parte de la Secretaría Técnica de la Presidencia de la República, las declaraciones de funcionarios de distintos sectores, incluyendo el Director de la Academia de Seguridad Pública, de la Secretaria de Inclusión Social y aun lo plasmado en la Ley LEPINA.

La Sociedad Civil en su gran mayoría, apoyan lo que el gobierno actual hace. Por lo extenso no hemos colocado más que algunas opiniones de esta sociedad civil (S.C.), pero en lo consultado para este trabajo un tanto descriptivo y analítico, es amplia la mayoría que respalda y aprueba las decisiones que van tomando los distintos sectores.

Nuestra opinión en relación a la Tregua, la apoyamos, pero, creemos que el gobierno debería de definirse mas en cuanto al diálogo nacional, es su obligación y tiene todo derecho de hacerlo, la Constitución se lo otorga en situaciones de crisis. Creo que se han venido manejando actitudes un tanto ambivalentes en cuanto a si se involucra o no de manera abierta en esta iniciativa de un sector de Iglesia y miembros de la sociedad civil. No estamos de acuerdo en construir más recintos para albergar a reos (cárceles). Jaime Martínez, Director de la Academia Nacional de Seguridad Pública se ha referido al hacinamiento de los Centros Penales, centros que están saturados de jóvenes, que si bien algunos han cometido delitos graves, si se hace una depuración, la mayoría están detenidos por pertenecer a pandillas.

Creemos que el decreto de considerar delito su pertenencia, por el momento, puede ser valido, pero el ubicarlos en cárceles no es la mejor decisión, ni conduce a solucionar su situación de ser un marginado social en un sentido amplio;



en ocasiones sin padres identificados, sin familia, sin trabajo, sin escuela, sin oficio, sin ningún apoyo material ni social y menos afectivo, etc. Nos oponemos totalmente a una idea que circuló en algún momento de entregar a la Empresa Privada la responsabilidad de construir recintos para albergar a las personas detenidas con el propósito de aliviar la situación del hacinamiento de las cárceles. Esto se constituiría en una gran irresponsabilidad del Estado Salvadoreño; delegarle semejante tarea a un sector que lo que ha hecho desde siempre y hasta el momento es ocuparse de que la balanza de pagos le sea favorable a ella, mientras el resto de la población ha estado “abandonada a su destino”, es decir la deuda social, no es solo responsabilidad del Estado sino también del poder económico de este país. En el título de este esfuerzo analítico se dice “no más cárceles si más escuelas”.

Queremos decir que los jóvenes que necesiten escolaridad la deben tener, pero aquellos que ya la tengan y de acuerdo a sus aspiraciones querrán tener otras opciones como tener un oficio o estudiar una profesión. El Estado tiene recintos desocupados que pueden adaptarse para escuelas técnicas. Sabemos que las finanzas del Estado no permiten construir Institutos por el momento, estos serán proyectos de largo plazo. Como hemos dicho antes, hay coincidencia en los planteamientos de los distintos sectores. Hemos relacionado la violencia con el desarrollo humano porque es el camino para llegar a la autorrealización. Creo que poco a poco se está llegando en el país a tener un plan de nación para abordar no solo la violencia sino todo el conjunto de necesidades del ser humano para esa autorrealización.

Para concluir, queremos mencionar unas declaraciones del Presidente de la República Mauricio Funes que ha reproducido el diario Co-Latino del día 19 de abril del corriente año, al abordar las Políticas Sociales, durante la visita al país del Secretario General de la OEA José Miguel Insulza, involucrado en la pacificación con los jóvenes, y el Presidente del Banco Internacional del Desarrollo (BID) Luis Alberto Moreno; ante estos funcionarios de nivel internacional el Presidente aseguró “que la apuesta por las políticas sociales que van rompiendo con la exclusión es un antídoto efectivo para erradicar la violencia y la delincuencia que afectan a las sociedades

latinoamericanas”. Aclaró que “El Salvador vive un proceso inédito a partir de la tregua que han pactado hace más de un año las dos principales pandillas”. Reiteró “estamos convencidos que el mejor antídoto contra la violencia y delincuencia son las políticas sociales que buscan prevenir hechos delincuenciales, en tanto concedemos oportunidades a los jóvenes en situación de riesgo para estudiar y encontrar una opción de ingresos que no sea más la actividad delictiva (...) la visión de su Gobierno es darle sostenibilidad a una tregua que no puede estar sometida a la voluntad de las partes, sino a una respuesta institucional y estructural que comience a desmontar las causas de la violencia delincriminal en los países de la Región”. De manera especial enfatizó que “la estrategia de su administración se basa fundamentalmente en brindar a los jóvenes más oportunidades personales y hacerles protagonistas del desarrollo de sus comunidades”.

Las declaraciones anteriores de Mauricio Funes, aunado a los documentos descritos y analizados como Planes de los distintos sectores e Instituciones del Estado no son sino compromisos indelegables del Estado y del Gobierno por lo que está obligado a invertir de manera prioritaria y urgente en Salud, para complementar el desarrollo de la Reforma de Salud y por ende en salud mental. Por otra parte, definir con más claridad la Política a seguir en materia educativa con especial prioridad en el nivel básico, sobre todo la educación parvularia para el largo plazo, etapa clave para todo individuo para la conformación sana de su personalidad y la educación superior apoyando la ciencia investigativa Debemos de conocer mejor nuestra propia realidad como país, las fortalezas y las debilidades y buscar alternativas de solución a nuestros problemas dentro de una perspectiva de ser independientes. La apertura de fuentes de financiamiento para abrir más espacios para escuelas regulares y tecnológicas, ocupando todo inmueble con capacidad instalada inoficiosa al momento es urgente, cualquier sacrificio en el orden económico será compensada con el rendimiento a mediano plazo; evitar en todo lo posible la construcción de recintos carcelarios que resultan ofensivos para la dignidad humana.

Por otra parte, el Sector Salud, como ente rector en la función preventiva y de recuperación de la

salud, fortalecerlo también en la función de rehabilitación de la enfermedad tanto física como psicosocial y cultural. Igualmente, en otras instituciones como el sector Justicia, desarrollar una verdadera función de rehabilitación psicosocial con la correspondiente reinserción familiar y laboral (los Centros Penales no deben ser más solo centros de reclusión, pues se constituye en un irrespeto a los derechos humanos de estas personas y seguirá siendo una carga fuerte su sostenimiento). Si por haber delinquido, un individuo se somete a sufrir una pena que le limita su libertad de movilizarse, se acepta, pero este no debe perder el derecho a conservar su integridad física, psíquica y la oportunidad de ser rehabilitado integralmente.

Confiamos que la solidaridad y humanismo que debe poseer todo dirigente político debe volverlo creativo y ágil para que las buenas intenciones se plasmen en realidades que lleven a este país a un mejor destino, el cual desgraciadamente por décadas se le ha negado, pero este siglo XXI, debe ser el siglo de la Redención para El Salvador. En fin, el Desarrollo Humano tal como lo establece la concepción de los expertos de Naciones Unidas, va mas allá de una mera subsistencia del individuo, debe ir acompañada de la Seguridad Humana en todo sentido y de manera permanente y estable para la población en general y con especial énfasis en la Familia con todos sus integrantes en la llamada familia nuclear y ampliada. Que este grupo humano tenga la oportunidad de auto-realizarse para beneficio propio y de la sociedad entera a la que pertenece.

Aquí no se vierten deliberadamente opiniones sobre aspectos políticos de cómo deben conformarse los equipos de trabajo con el que se ha pretendido controlar la violencia, mi análisis lo

he conducido como técnico; sin embargo, el respeto a la Constitución por parte los tres Órganos del Estado fortalece a las instituciones que los conforman y proveen más confianza, credibilidad, gobernabilidad y aseguran la transparencia. Ante la violencia endémica que hemos vivido y aun continua es nos señala que la Impunidad es para muchas personas una invitación al delito (Villaume, 2012).

Ante el manejo de la situación de violencia e inseguridad, la Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas” (UCA) recientemente ha expresado que *la violencia e inseguridad que hoy padece la sociedad salvadoreña tienen causas profundas y estructurales; por ende, toda medida que pretenda combatirlas ha de ser también estructural. La raíz de la violencia en sus diversas manifestaciones está en la desigualdad económica y social producida por un sistema estructuralmente violento, que empuja a su gente fuera del país o hacia las sendas torcidas del crimen, y que se resiste a reformas de equidad básica, incluso en el sistema tributario. Un sistema que considera como un dios al dinero y cuya dinámica hace crecer desmesuradamente los beneficios de una pequeña minoría, mientras disminuyen dramáticamente las posibilidades de bienestar de la mayoría.* Y es que la UCA exhorta al Gobierno y a los demás actores del Estado vinculados a la seguridad pública y al combate de la delincuencia a asumir plenamente su responsabilidad en la construcción de un país que añora la paz en libertad, respetando el espíritu y la letra de los Acuerdos de Paz; e invita a la ciudadanía en general a exigir que se garantice la institucionalidad democrática y a demandar transparencia y participación en los asuntos públicos de interés nacional (San Salvador, 4 de junio de 2013).

#### Contacto

Carlos Alberto Escalante • calbertoescalante@gmail.com  
Condominio MD, Diagonal Luis E. Vázquez 224 • Colonia Médica, San Salvador, El Salvador C.A.

- Recibido: 10-5-2013.
- Aceptado: 11-6-2013.

## Referencias bibliográficas

1. UN-PNUD (2010) Abrir espacios a la Seguridad Ciudadana y el Desarrollo Humano: Informe sobre Desarrollo Humano para América Central. (2009-2010).
2. UN-PNUD (1994) Los conceptos- Desarrollo Humano. (Informe).
3. UN Alkire, (2003). Los conceptos. Seguridad Humana. (Informe).
4. Ministerio de Educación, El Salvador: Informe del Consejo Nacional de Educación: organismo creado por dicho Ministerio, bajo el acuerdo No. 97 (9 de diciembre de 2010)
5. Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, Política nacional de Justicia y Seguridad Pública. “Plan Quinquenal de Desarrollo (2010-2014)”. San Salvador, El Salvador, C.A.
6. Ministerio de Justicia y Seguridad Pública. “Gabinete de prevención de la violencia”. Mayo 2012. San Salvador, El Salvador.
7. Ministerio de Salud “Construyendo la Esperanza” Estrategias y Recomendaciones Salud 2009-2014” San Salvador, El Salvador, C.A.
8. Ministerio de Salud “Norma de atención Integral e Integrada a Todas las Formas de violencia” San Salvador, El Salvador, C.A.
9. Gilligan, J. La Violencia desde la Perspectiva de la Salud Pública y la Medicina Preventiva. *The Lancet*, 2000; 355: 1802-1812.”
10. Ministerio de Salud. “Lineamientos Técnicos de Atención Integral a todas las Formas de Violencia”. San Salvador, El Salvador, C.A.
11. Secretaría Técnica de la Presidencia de la República. “Sistema de Protección Social” 2009-2014. San Salvador, El Salvador, C.A.
12. Secretaría de Inclusión Social. “Política Nacional de Juventud” 2010-2024. San Salvador, El Salvador, C.A.
13. Secretaria de Inclusión Social “Prevención Social de la Violencia con Participación Juvenil, Pro jóvenes II”. San Salvador, El Salvador. C.A.
14. OMS/OPS Jorge Rodríguez “Violencia y Salud Mental. Salud Mental en la comunidad. 2ª ed. 2009.
15. CONNA Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia: 2011. San Salvador, El Salvador, C.A.
16. Ministerio de Educación. “Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia” (LEPINA) 2011, San Salvador, El Salvador, C.A.
17. Escalante C.A. “Si se habrá de condenar a los jóvenes de este país, lo mismo tendrá que hacerse con la sociedad y el Estado, pues ellos no han estado solos”. *Diario Co-latino*, 2010. San Salvador, El Salvador, C.A.
18. CONNA e ISNA. Publicación en el vespertino diario Co-latino 26 de abril de 2013(pag.7) de la entrevista en canal 10 de (en agenda de nación) Zaira navas y Luis Salazar, Directores de CONNA e ISNA, instituciones semiautónomas. San Salvador, El Salvador, C.A. 2013.
19. Leighton A.H, Clausen JA y Wilson R (Eds). *Explorations in Social Psychiatry*. 1957 New York, Basic Books, Inc.
20. West D. “La Delincuencia Juvenil” (Pág. 140-141) Nueva colección de libros. Editorial Labor, S.A. 1970.
21. Gomáriz Moraga E. Conferencia sobre “Violencia y Salud Mental” 10 octubre, Día Mundial de la Salud Mental 2009, San Salvador, El Salvador. C.A.
22. Calles Minero C., Pineda T. S., Azucena Mayorga M., Orantes L. y Gutiérrez J. R. Recopilación Investigativa 2011-Tomo II Universidad Tecnológica de El Salvador “Violencia en las Franjas Infantiles de la Televisión Salvadoreña y canales infantiles de cable”. Páginas 9-107. San Salvador, El Salvador C.A.
23. Ministerio de Salud “Política Nacional de Salud Mental” (Págs. 10, 17, 19, 20, 30 y 31). Dirección de Regulación y legislación en Salud. Unidad de Salud Mental 2011. San Salvador, El Salvador. Centro América.
24. Villaume P. Impunidad y naturalización, la combinación que ayuda al delito. *La Opinión*, 21-10-2012.
25. Cruz JM (Editor). *Maras y pandillas en Centroamérica. Las respuestas de la sociedad civil organizada*. Vol. IV. UCA Editores. San Salvador, 2011.

# Curar con lo último: el palmitato de paliperidona.

## *Healing with the last: the case of paliperidone palmitate.*

**Miguel A. Valverde Eizaguirre**

Psicólogo Clínico.

Unidad de Agudos de Psiquiatría. Sección A.

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

**Resumen:** Cada nuevo fármaco que se comercializa viene acompañado de numerosos mensajes acerca de sus virtudes clínicas. Esto también ha ocurrido con el palmitato de paliperidona (PalPal). El objeto de este artículo es analizar las pruebas reales sobre su eficacia. Para ello se analizan los datos más relevantes de los estudios que avalan al fármaco, y se señalan los sesgos de los mismos. Con ello se puede concluir que el PalPal tiene casi todo por demostrar en relación a la utilidad que se le atribuye.

**Palabras clave:** antipsicóticos, ensayos clínicos, eficacia, sesgos, palmitato de paliperidona (PalPal o Xeplion®).

**Abstract:** Every new medical drug that is sold comes with numerous messages on their strengths clinics. This has also taken place with paliperidone palmitate (PalPal). The purpose of this paper is to remember how was said on the presentation of this drug and to analyze which are the evidences of their effectiveness. Here are examining the most relevant studies, and identifies several biases. We can conclude that there is no basis for successful messages; its effectiveness remains to be proven.

**Key Words:** antipsychotics, clinical trials, efficacy, biases, paliperidone palmitate.

### 1. Introducción

Cada nuevo fármaco es comercializado hoy con una importante campaña de marketing dirigida a quienes los van a recetar. En ocasiones no es fácil distinguir el mensaje comercial del científico-técnico, ya que de hecho expertos de prestigio, “*Key Opinion Leaders*”, interpretan ambos papeles, el de científico y el de quien publicita el fármaco sin solución de continuidad (1).

Recientemente se presentó la versión inyectable de liberación prolongada (ILP) de la paliperidona, Xeplion®. Con tal motivo el fármaco ha tenido una atención preferente en diversos foros, ponencias y stands el pasado año.

Se dijo que el fármaco supone un gran avance clínico y que fue desarrollado con procedimientos sofisticados de nanotecnología (2,3). Se propuso usarlo para los tratamientos involuntarios (4). Se afirmó que este fármaco previene las recurrencias psicóticas, aumenta la adherencia, y que es muy bien tolerado. Características que traen esperanza para profesionales, pacientes y allegados (2). Y la buena nueva ha llegado a cada psiquiatra a través del visitador médico, artículos y congresos.

Se pretende revisar aquí las mejoras que el producto trae para los pacientes, según las pruebas que contienen los artículos dedicados al antipsicótico.



## 2. El palmitato de paliperidona. Xeplion®

El Xeplion® es el palmitato de paliperidona (PalPa), también comercializado en otros lugares como Invega Sustenna®. La paliperidona en versión oral estaba ya comercializada como Invega®, aunque no parecía ser muy apreciada en la práctica clínica (5). De hecho la Comisión de Evaluación de Medicamentos del País Vasco, como en otras comunidades autónomas, aconseja “continuar utilizando otros antipsicóticos con mayor experiencia de uso ya que la paliperidona no ha demostrado ventajas en eficacia, seguridad, pauta o coste”(6).

Se cree que la paliperidona es el metabolito activo más relevante de la risperidona, pero no es su único metabolito a comercializar, y quizás la iloperidona (Fanapta®) sea accesible en un futuro (7).

La risperidona se comercializó a mediados de los noventa con mensajes optimistas. Se dijo que mejoraba los signos positivos y también los negativos en la psicosis, aunque pronto se vio que su acción eficaz sobre los signos negativos era algo exagerada. Con el paso del tiempo, y a pesar de su amplio uso, la investigación sobre su valor no ha sido muy amable con este fármaco. Así la revisión Cochrane que la compara al placebo, en sus conclusiones, afirma que “la risperidona parece tener un beneficio marginal en cuanto al mejoramiento clínico comparado con el placebo en las primeras semanas de tratamiento... el margen de beneficios puede no ser clínicamente significativo... y está asociada a efectos adversos sobre el movimiento, mayor nivel de prolactina...” y que sus efectos adversos son habituales e importantes. Y añade, “los pacientes con esquizofrenia o sus defensores podrían querer ejercer presiones políticas ante las autoridades normativas para insistir en que haya mejores estudios disponibles antes de la liberación masiva de un compuesto, con su posterior seductora publicidad” (8). Esta revisión no habla de la risperidona como un producto claramente eficaz, ni mejor a otros antipsicóticos anteriores.

Por su característica, inyectable de liberación prolongada (ILP), el Xeplion® se orienta hacia una utilización a largo plazo, como terapia de mantenimiento.

Lo que este fármaco pretende traer a la clínica de las personas psicóticas ha sido mostrado en un artículo de los técnicos de la empresa farmacéutica (9). Afirman que los primeros 5 a 10 años de la esquizofrenia es el período crítico de la intervención eficaz para prevenir el deterioro biológico y social, obtener mejores resultados, reducir las recurrencias, y posiblemente mitigar el avance de la enfermedad. Continúa diciendo que los pacientes abandonan la medicación debido a la falta de conciencia de enfermedad y de la necesidad de tratamiento farmacológico, por ser olvidadizos, por falta de apoyo social, y/o por elección personal. Cómo la pauta oral diaria conlleva problemas en la adherencia, los fármacos ILP pueden ser una buena opción para estos pacientes, ya que con estos es más difícil el incumplimiento farmacológico, ya que un sistema clínico de apoyo adecuado lo detecta inmediatamente (9). En definitiva, las ventajas del antipsicótico ILP resultan claras, partiendo de la tesis de que los psicóticos debieran ser puestos en tratamiento de mantenimiento de forma temprana durante años. Se puede resolver el problema de falta de adherencia con fármacos ILP, para ello tienen que aportar un buen nivel de resultados positivos, para muchos pacientes psicóticos, y seguridad respecto a efectos adversos, y esto lo oferta el Xeplion® (10-11).

De un fármaco los clínicos suelen querer saber en que y cuanto beneficia, a cuantos, durante cuanto tiempo, cuales son los efectos adversos, y en que medida es mejor que otros. Sobre esos parámetros se construye el mensaje del fármaco dirigido a quienes lo pueden prescribir. También necesita mostrar que en realidad el fármaco es económico. Dadas los beneficios de su uso se ahorrará en otros aspectos, por ejemplo en la reducción de ingresos hospitalarios futuros. Por ello proliferan estudios económicos de los fármacos, que contabilizan los futuros ahorros que se derivarán de su uso (12-13). El Xeplion® ya tiene sus primeros estudios económicos (14-15). Este tipo de estudios de economía social del medicamento se han calificado como de baja calidad y con frecuente favorecen al producto de quien lo financia, incluso si su precio parece alto (16,1).

No se puede soslayar la referencia a su precio, ya que una inyección, habitualmente mensual,

con una dosis de 150 mgs cuesta 519€. El precio, los artículos y el marketing hacen pensar que su eficacia será mayor que los fármacos ILP previos como el Cisordinol® que cuesta 8,26€ y el Modecate® 2,97€.

### 3. Sobre el Xeplion®. Los estudios

Con la llegada del fármaco se han publicado numerosos artículos (9-11,17-33). En su mayor parte son reconsideraciones, relecturas y análisis desgajados del mismo estudio. Aunque parece que es mucha la investigación realizada, puede que no sea tanta. Es útil acudir a las revisiones de los estudios, y ya se dispone de una revisión Cochrane, realizada por Nussbaum & Stroup (31) quienes hicieron otra años atrás sobre la paliperidona oral (34), y otras revisiones más (21-22,35-36) que se muestran redundantes, que ayudan a delimitar los estudios centrales.

La revisión de Nussbaum & Stroop (2012) encuentra cinco estudios de PalPal contra placebo sobre 2.215 sujetos. Encuentran más mejoría con el fármaco que con placebo y menor probabilidad de tener una recurrencia psicótica, mostrar agitación, agresividad y usar ansiolíticos (31).

Los autores, como las otras revisiones, refieren solo dos estudios que comparaban el PalPal con otro fármaco, y fue con la risperidona ILP (Risperdal Consta®), incluyendo a 1.969 sujetos. Los abandonos fueron similares en ambos grupos y con PalPal no hubo más recurrencias psicóticas que con el otro fármaco. En uno de ellos el PalPal demostró no ser inferior al Risperdal Consta®, pero en el otro no pudo demostrar su no inferioridad. En estos dos ensayos hubo seis muertes, de las que cinco ocurrieron en el grupo con PalPal, pero se indica que no se puede establecer diferencias significativas. Los sujetos con PalPal necesitaron menos fármacos anticolinérgicos. Esta revisión indica que tienen un perfil de efectos similares, aunque el incremento de prolactina es aún mayor con PalPal. Los autores no encontraron datos sobre calidad de vida, funcionamiento cognitivo, satisfacción del paciente, funcionalidad y coste (31).

Dos son los estudios centrales sobre la eficacia del PalPal. Uno es un ensayo a doble ciego, Hough et al. (27), y el otro amplía ese mismo

estudio siguiendo a los pacientes durante un año más (10). El primero describe el diseño del estudio multicéntrico, sobre el que se basan la mayor parte de los argumentos y estudios sobre el PalPal. Ambos ensayos fueron creados por los técnicos de la farmacéutica (27). El de Hough et al. es un estudio sesgado, pero ello no llamó la atención de Nussbaum & Stroop (31). De hecho, muchos son los ensayos diseñados de esta forma en los últimos años y quizás sean vistos como si cumplieran los standards de calidad que requiere un estudio clínico sobre resultados. El ensayo al que nos referimos duró un año, realizándose un seguimiento en la fase final a doble ciego de casi seis meses. Para analizarlo consideraremos: a) el diseño del estudio, los abandonos de los pacientes y su significado, y b) la fase de doble ciego.

#### 3.1.a. Estudio 1 (Hough et al 2010). El ensayo y su diseño (27)

Se recogieron para el estudio a 951 pacientes “entre 18 y 65 años” con diagnóstico primario de esquizofrenia “al menos desde hace un año” según criterios DSM IV, y se excluyó a “quienes presentaban riesgo suicida o comportamiento agresivo”, a quienes tuvieran historia de dependencia a sustancias en los 3 meses previos, a quienes tuvieran otras condiciones médicas relevantes, a quienes se hubieran mostrado resistentes al tratamiento farmacológico, a quienes hubieran usado cualquier medicación ILP en las últimas 4 semanas o risperidona ILP en las últimas 5 semanas, a quienes usaron estabilizadores del humor en los últimos 2 días, a los pacientes ingresados involuntariamente, y a mujeres que pudieran estar amamantando, embarazadas o planeaban estarlo.

El ensayo se ofrece como un estudio a doble ciego entre fármaco y placebo, pero antes de asignar los pacientes a los grupos con fármaco o placebo transitaban por varias fases, durante algo más de seis meses, en las que se retiraron numerosos sujetos: a) La primera fase, *prueba de tolerancia oral*, consistió en observar como respondían esos pacientes a la paliperidona oral, b) los no retirados en esa fase fueron inducidos a la paliperidona ILP, es la *fase de transición*, c) quienes la superaron con éxito y/o no

se retiraron del estudio, fueron mantenidos durante seis meses con PalPal, es la *fase de mantenimiento*, d) quienes superaron la fase anterior pasaron a la *fase doble ciego*, aleatorizados a grupo placebo y grupo con fármaco. Luego fueron evaluados los resultados de quienes llegaron a esta última fase. Y después de estos

tránsitos, de los 951 pacientes iniciales, fueron aleatorizados para la fase de doble ciego 350 pacientes, ya que se perdieron 601 pacientes. El 63,2 % de los pacientes no entró en el ensayo. En la *Tabla 1, Fases y pérdida de pacientes*, se observan los tránsitos de los pacientes y el motivo de su retirada.

Tabla 1: Estudio Hough et al. (27) Fases.													
Fase de estudio	Pacientes al inicio de la fase		Pacientes perdidos en esta fase y motivos										
Prueba de tolerancia oral	951 pacientes		Se pierden 102 1 por elección del paciente (EP) 25 por efectos adversos (EA) 76 Otros (O)										
Fase de Transición	849 pacientes		Se pierden 168 52 - EP, el paciente lo rechaza 25 - EA, efectos adversos 27 - NCC, no se cumplen los criterios 64 - O, otros										
Fase de mantenimiento (duración de 6 meses)	681 pacientes		Se pierden 195 55 - EP 26 - EA 25 - NCC 86 - O 3 - Fallecimiento 76 en fase de mantenimiento cuando se paró el estudio										
Fase de Doble ciego	410 pacientes		<table border="1"> <thead> <tr> <th>PalPal</th> <th>Placebo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>204 pacientes - Se pierden 30</td> <td>206 pacientes - Se pierden 28</td> </tr> <tr> <td>13 - EP</td> <td>15 - EP</td> </tr> <tr> <td>3 - EA</td> <td>2 - EA</td> </tr> <tr> <td>14 - O</td> <td>11 - O</td> </tr> </tbody> </table>	PalPal	Placebo	204 pacientes - Se pierden 30	206 pacientes - Se pierden 28	13 - EP	15 - EP	3 - EA	2 - EA	14 - O	11 - O
PalPal	Placebo												
204 pacientes - Se pierden 30	206 pacientes - Se pierden 28												
13 - EP	15 - EP												
3 - EA	2 - EA												
14 - O	11 - O												
Aleatorizados a la Fase Doble ciego	PalPal (176) 175	Placebo (176) 175	Hay dos personas más que se pierden en esta fase al estar ambos en fase de mantenimiento, uno de cada grupo, y en realidad son 350 los que llegan hasta aquí										

Los pacientes perdidos lo son por estos motivos: por elección personal (EP) se retiraron 136; por efectos adversos (EA) 81; 52 no cumplen los criterios (NCC); y por otros motivos sin especificar (O) 251. Se contabilizaron 3 muertes en la fase de mantenimiento, y 2 fallecimientos más después de finalizar el estudio, entre quienes tomaban el fármaco. Otros 76 pacientes se perdieron para el estudio, porque cuando este finalizó se encontraban aún en fase de mantenimiento, y 2 más no pudieron completar el estudio porque aunque asignados al placebo o al fármaco todavía se en-

contraban en la fase de mantenimiento. Entre los que se perdieron otros motivos sin especificar (O) y no cumple los criterios (NCC) suman 303 sujetos, y no se explica la retirada del ensayo.

No se debe contabilizar a 78 pacientes que no estuvieron listos para la fase doble ciego de este ensayo, por lo que hay que registrar como pacientes reclutados a 873. Con esta consideración, en el tránsito por las diversas fases se perdió al 59,9 % de los pacientes antes de iniciarse el ensayo. Un porcentaje que limita el valor del estudio de eficacia.

Reparemos en el primer sesgo: un conjunto de pacientes psicóticos estables o no demasiado afectados y sin problemas asociados es una muestra menos problemática que la habitual en la práctica clínica y quizás poco representativa. Esta es una razón por lo que los resultados del ensayo no pueden ser automáticamente trasladados a la asistencia clínica.

Tras el reclutamiento solo llegan al estudio doble ciego el 40,1% de todos los pacientes. Los que se han perdido o retirado del ensayo son los pacientes a quienes les sienta mal el fármaco, lo rechazan, o no les interesa; seguramente son los menos proclives al mismo. Este es un segundo sesgo importante del diseño: conserva para el ensayo a doble ciego solo a los pacientes que responden menos mal al PalPal o Xeplion®. Por ello de lo que habla este ensayo es acerca de como les afecta a un grupo de pacientes, que no les sienta mal el PalPal, el ser retirados del fármaco respecto a quienes siguen con el.

Este tipo de sesgo es bien conocido en ensayos de evaluación de resultados, y ha sido bien criticado (37-39,1). Recordemos, como ejemplo, el estudio más importante sobre los efectos indeseados del metilfenidato de liberación lenta. Este se realizó sobre menores que ya lo estaban tomando, desde un estudio anterior, y no les sentaba mal, y ya se habían excluidos a quienes tuvieron efectos adversos (40-42). Este tipo de diseño se puede considerar inadecuado para la evaluación de resultados, y puede incluirse dentro de la categoría que el psiquiatra Ben Goldra- ce llama “mala ciencia” (43).

Tuvieron efectos adversos el 67%, la mayoría suaves y medios. El 11%, 96 pacientes, empeoraron los síntomas psicóticos, en la fase de transición y mantenimiento. El 9,27%, 81 pacientes, fue retirado por efectos adversos, una cantidad considerable.

### 3.1.b. La fase de doble ciego y sus resultados

Los autores indican que el estudio finalizó antes de lo previsto, y que los resultados a favor del PalPal eran abrumadores. Se detuvo cuando hubo 68 recurrencias entre los sujetos del grupo placebo y los del grupo con el fármaco. Se llegó a ese número, en la fase doble ciego, un poco antes

de los seis meses. Se definió recurrencia como: a) una hospitalización, b) un incremento del 25% o más en la puntuación en la escala PANNS en dos evaluaciones consecutivas, u otros cambios, previamente definidos, en las puntuaciones, y/o c) ideación o conducta suicida y/o agresiva. Las recurrencias ocurrieron en el 10% de los sujetos del grupo con el fármaco y en el 34% del grupo con el placebo. Los autores concluyen que el fármaco retarda el tiempo de aparición de recurrencias respecto al placebo.

Estos números significan que al 90% de los pacientes en la fase doble ciego con el fármaco no les fue mal, en cuanto a recurrencia sintomática. El 66% de los sujetos del grupo placebo, es decir quienes fueron retirados del Xeplion®, que antes habían estado estabilizados con el fármaco seis meses, no tuvieron episodios de recurrencia. Por lo tanto, el 66% de los pacientes del grupo con el fármaco tampoco habrían tenido recurrencia si se les hubiera retirado el fármaco. Por ello el porcentaje a favor del PalPal es 24%, que son a quienes el fármaco evitó que recayeran.

Lo que afirma este estudio es que de un grupo seleccionado de pacientes psicóticos estables o no muy problemáticos se consigue en unos meses un grupo de pacientes estabilizados en PalPal retirando al 59,9% de ellos, los menos proclives al PalPal, y de estos se benefician del fármaco el 24% durante casi seis meses.

### 3.1.c. Otra consideración más sobre los resultados

Observando las fases de transición hasta llegar a la fase de doble ciego y considerando la evolución de la muestra, vemos que de los 873 pacientes, retirados ya los 78 pacientes que no estuvieron listos para el ensayo a doble ciego, encontramos que solo fueron 139 los que mantenidos con PalPal llegaron a finalizar todo el estudio. Es necesario multiplicar este número por dos, ya que son los sujetos que en ensayo a doble ciego permanecieron con el fármaco, y habría un resultado similar si los asignados a placebo hubieran continuado con el fármaco en esos seis meses. En definitiva podemos decir que al final de este estudio serían solo 278 pacientes los que habrían permanecido con PalPal. Habla-



mos entonces de una utilidad, definida como no recurrencia y mejora en escalas, sobre un grupo estabilizado y seleccionado de pacientes psicóticos, en el mejor de los casos, del 31,84% durante aproximadamente un año.

### 3.1.d. ¿Ha sido este un estudio de fármaco contra placebo?

Hay otro aspecto a resaltar en este tipo de ensayos a doble ciego que afirman evaluar la eficacia del antipsicótico frente el placebo, en este caso una inyección inerte, y es el hecho de que en realidad no compara el fármaco con el placebo.

Se entenderá bien si nos imaginamos a una muestra de pacientes estabilizados por un problema de dolor mediante un analgésico opiáceo. Y entonces para probar otro analgésico, también opiáceo, pasamos a una parte al analgésico del que queremos saber su eficacia y a la otra parte a placebo. Nadie defendería que se está comparando el nuevo analgésico con el placebo, porque es claro que los que han ido a placebo se encontrarán bajo un síndrome de retirada o discontinuación.

Cuando un paciente ha estado tomando antipsicóticos durante cierto tiempo y es asignado al grupo placebo, y se le retira del tratamiento previo de forma brusca, en realidad no ha sido enviado a placebo, sino a permanecer bajo un síndrome de discontinuación. Se puede defender que con el Xeplión® la discontinuidad brusca es menor ya que es un fármaco de liberación lenta y permanece activo en plasma más tiempo que el resto de fármacos ILP (44). Aún así sigue siendo una retirada brusca, ya que el abandono de los antipsicóticos necesita ser más lento para evitar crisis, incluso psicóticas (37,45).

La retirada brusca de la toma de antipsicóticos induce un fuerte estrés farmacológico. Es un fenómeno que debiera ser bien conocido, ya que las referencias del mismo son antiguas, incluso previas al uso de la clorpromazina como antipsicótico. Esta sustancia fue probada en un grupo de pacientes para valorar su posible utilidad como antipirético y cuando después de un tiempo se vio que no era útil para tal fin se retiró el fármaco. Durante unas semanas después una parte de los sujetos mostró fenómenos

psicóticos (37). Varios estudios han confirmado el síndrome de discontinuidad con antipsicóticos como causa de fenómenos psicóticos. A veces ha sido asociado al hipotético síndrome de hipersensibilidad dopaminérgica provocado por el uso continuado del fármaco (37-39). En un estudio, impulsado por el NIMH, Prien & al. comprobaron que las recurrencias se asociaban a la dosis del fármaco previo a la retirada. Así en las 24 semanas posteriores a la interrupción brusca de la toma del fármaco, del grupo que tomaba menos de 300 mgs de clorpromacina recayó el 18%, entre los que tomaban de 300 a 500 mgs recayó el 47%, y en una dosis mayor a 500 mgs fueron el 74% quienes recayeron (46). Baldessarini & al. indicaron que el 50% de las recurrencias en la retirada brusca de antipsicóticos tenían lugar en los 3 primeros meses (47). Viguera y su equipo determinó que el riesgo de recaída puede afectar al 50% de las personas a las que se les interrumpe bruscamente la toma del antipsicótico, y que después de transcurridos seis meses las recurrencias son menores, y señala que solo el 2% recaen en el segundo año después de la retirada (48). La psiquiatra Adele Viguera llegó a la conclusión de que en la retirada gradual el número de recurrencias se aproximan a las que ocurren con el mantenimiento en antipsicóticos (39,48).

En definitiva, los ensayos, como el analizado aquí, deberían tener en cuenta que a quienes se retira del fármaco activo, los asignados al placebo, permanecen bajo un estrés farmacológico severo por discontinuación, y que impacta en los resultados del ensayo clínico (49-50). Si la fase de mantenimiento en PalPal se prolongó seis meses, antes de la fase de doble ciego, un tiempo útil para retirar del estudio a cualquier paciente que mostrara problemas con el fármaco, el diseño debía haber contemplado una retirada gradual del PalPal, quizás de otros seis meses, y entonces se habría podido evaluar los resultados de los pacientes con el fármaco y con el placebo. La retirada gradual es relevante e imprescindible para evaluar la eficacia del antipsicótico respecto al placebo.

### 3.1.e. Un inciso para una cuestión ética acerca de este tipo de ensayos

Desde una vertiente ética del buen trato a los pa-

cientes es inadecuado que en lo “ensayos a doble ciego” se someta a los asignados al placebo a un estrés farmacológico por abandono brusco de la medicación. Y esto puede considerarse como una falta ética dañina, ya que induce crisis psicóticas en algunos pacientes.

Desde otra perspectiva, estos estudios muestran de forma engañosa la “utilidad” del antipsicótico ante el placebo incitando a usarlos en los pacientes, cuando en realidad solo muestran que es peor retirar bruscamente un antipsicótico que mantenerlo, al menos a corto plazo. Por eso los resultados de este tipo de ensayos son engañosos (50).

### 3.2.a. Estudio 2 (Gopal et al. 2010). El estudio ampliado a 52 semanas (10)

El estudio 1, descrito por Hough et al, finalizó cuando hubo 68 episodios de recurrencia. Entonces se realizó un estudio de seguimiento, no cegado, con pacientes del grupo placebo que se reintegraron a tomar PalPal y del grupo con fármaco, en dosis variables. Lo iniciaron 388 pacientes y se mantuvieron hasta el final 288 pacientes, el 26% se retiró del estudio.

Se apreció mejoría referida por las puntuaciones en la PANNS y en la Personal and Social Performance Scale. Durante este año la proporción de pacientes que fueron hospitalizados fueron pocos, lo que se valoró como un descenso del 84% en las hospitalizaciones previas a los dos estudios.

Tuvieron efectos adversos en esta fase el 56%, 217 pacientes, la mayoría leves o medios. Los más frecuentes fueron insomnio en el 7%, el 6% tuvieron nasofaringitis, empeoramiento de los síntomas psicóticos, cefaleas y aumento de peso, y en el 13% efectos asociados al incremento de la prolactina, especialmente en mujeres. El 6% requirió uso de medicación contra los efectos extrapiramidales. El 6% empeoró de los síntomas psicóticos. El 8,2% manifestó temblor. La media de aumento de peso en este periodo fue de 0,9 Kg., pero el 13% de los pacientes experimentó un incremento anormal de peso. Efectos adversos relacionados con la glucosa se manifestaron en el 4%, aumento de glucosa en sangre en 9 pacientes, diabetes mellitus en 3, hiperglucemia en 2 y necesidad de aumentar la dosis de insulina

en 2, aunque los autores no los refieren como efectos adversos severos. Los autores afirman que la mayor parte de los efectos adversos no se relacionaban con el fármaco, o su asociación era dudosa.

El 13% de los pacientes abandonó el ensayo por propio deseo, el 6% por falta de eficacia y el 2% lo dejaron por efectos adversos.

Con este estudio se defiende la buena adherencia y estabilidad de los pacientes psicóticos bajo Xeplión®. La disminución de hospitalizaciones futuras será el criterio central para defender que el fármaco proporciona un ahorro económico (14-15).

### 3.3.a. Estudio en una muestra de paciente en dosis alta de PalPal. (23)

El mismo equipo de los dos estudios previos, y perteneciente en su mayoría a la empresa farmacéutica, en un artículo firmado por Coppola et al. muestra un estudio multicéntrico, que realiza un seguimiento durante un año bajo la dosis más alta del fármaco, 150mg cada cuatro semanas, en pacientes psicóticos seleccionados. Inician el estudio 212 pacientes, y al finalizar el año ha perdido al 46,7% de los pacientes. Los efectos adversos son del tipo ya señalado, aunque fueron mas frecuentes. De hecho el 87% de los pacientes experimentó algún efecto adverso, pero la mayoría fueron moderados o leves. El 15,6 % tuvo efectos adversos serios. Y el 8% de todos los pacientes empeoró los síntomas psicóticos. El 12,8% dejó el estudio por efectos adversos serios y el 7,5% fue retirado por empeorar los síntomas psicóticos.

En sus conclusiones los autores afirman que se ha demostrado la seguridad y la eficacia que fue medida con la PANNS.

### 3.4.a. Otros estudios sobre el fármaco

Hay varios artículos más sobre el fármaco sobre los que haremos una breve referencia, aunque ninguno muestra algo sustancialmente diferente.

El estudio de Bossie & al evalúa la eficacia y la tolerabilidad de los efectos secundarios entre los que toman el fármaco y los que al azar fue-

ron asignados al grupo placebo. Realizan mediciones en diferentes momentos hasta los 36 y 64 días, a través de la escala PANSS. Se constata la brevedad del seguimiento y que los pacientes que fueron enviados al grupo placebo tuvieron una interrupción brusca en la toma de medicación. Se afirma que el PalPal es más efectivo que el placebo y que los efectos adversos eran los esperables (20).

El análisis de Carter se basa en los trabajos de Pandina y de Hough, y abunda en lo que estos autores afirman, y señala que no hay muchos efectos secundarios, y que es más eficaz que el placebo (21).

En uno de los estudios, Pandina & al. comparan la risperidona ILP con PalPal (32). Es un ensayo breve, de 13 semanas, a doble ciego. Afirma que su eficacia es similar y también sus efectos secundarios. Se aprecia en los datos que las reacciones adversas son el doble entre los que toman paliperidona respecto a los que están en risperidona, pero los autores no reparan en este dato. Las reacciones adversas parecen menores que las halladas por Hough & al. No se toma en consideración la pérdida de pacientes que en este estudio llega al 33,78%.

El segundo estudio de Pandina & al. dura 13 semanas a doble ciego entre placebo y tres grupos con PalPal con tres dosis diferentes. Los pacientes son asignados a placebo mediante discontinuación brusca (11). La diferencia se mide a través de la escala PANSS, y los que toman el fármaco experimentan mejoría.

Nos hemos referido ya a la revisión de Nussbaum & Stroup para Cochrane con un análisis de los ensayos sobre el PalPal (31). Señalemos ahora que su análisis no contempla ni los sesgos de diseño en los estudios, ni resaltan el alto porcentaje de pacientes retirados, y tampoco el estado de discontinuación en los enviados a placebo.

#### **4. Una aproximación a la utilidad en la práctica clínica del Palmitato de Paliperidona (PalPal) con los datos actuales**

Para un clínico es necesario conocer los resultados y los efectos adversos a corto y largo plazo de una intervención clínica y saber como resiste

una comparación con otras intervenciones. Con ello se puede intuir cuál puede ser la intervención conveniente ante un problema clínico. Un tratamiento debiera ser mejor que hacer nada, tiene que mostrar su utilidad a corto y/o largo plazo, y debiera impactar positivamente en la historia natural del trastorno. Esto sería conocer el alcance y las limitaciones de una intervención clínica concreta.

Por ello consideraremos la intervención con PalPal sobre personas diagnosticadas de esquizofrenia. Mediante los estudios referidos intentaremos responder a cuestiones que se pueden considerar pertinentes.

##### *a) ¿A quién beneficia el tratamiento con PalPal?*

No es fácil saberlo ya que el tratamiento con PalPal se realiza y se evalúa sobre un grupo seleccionado de pacientes que han podido mantenerse con PalPal durante más de seis meses sin mostrar recurrencias, efectos adversos severos o abandonar el ensayo. Los que se han mantenido hasta la fase doble ciego solo han sido el 40,1% de un grupo de pacientes psicóticos seleccionados. La mejoría se estableció por no recurrencia psicótica y medida con escalas de evaluación. No hay datos de funcionalidad real.

Recordemos que los pacientes que fueron al grupo placebo en realidad fueron a un grupo con estrés farmacológico inducido, se desconoce que habría ocurrido si en realidad hubieran sido enviados a placebo.

##### *b) ¿A cuantos?*

Hemos visto que en seis meses, del 40,1% de una muestra de pacientes seleccionados y sin problemática añadida importante beneficia al 24% respecto al placebo y no perjudica al 90%.

El estudio ampliado a un año más, con pacientes que se acomodaron bien al fármaco y llegaron a la fase doble ciego, pierde al 26% de los pacientes. En definitiva ese año les fue bien al 74% en cuanto a recurrencias psicóticas y mejoría en escalas. Hubo menos ingresos hospitalarios que antes de iniciarse el estudio 1, pero hay que recordar que muchos pacientes se retiraron de los ensayos (10).

En el grupo de dosis altas durante un año, con pacientes estabilizados y sin problemática agu-

da y comorbilidad, se retiraron del estudio el 47,6% de los mismos (23).

Esto habla de un grupo pequeño, dentro de otro de pacientes seleccionados que aceptan bien el fármaco.

*c) ¿Y en que beneficia?*

Los beneficios mostrados hacen referencia a no recurrencia psicótica y mejoría puntuada en esca-

las de evaluación. Hay datos sobre la disminución de hospitalizaciones, en un porcentaje grande, en un grupo seleccionado de pacientes psicóticos no muy graves. Los seguimientos duran más de seis meses y hasta algo más de un año.

No hay datos sobre funcionalidad ni satisfacción personal, de los allegados y del paciente con el fármaco (*Ver Tabla 2: Comparando resultados*) (31).

Tabla 2: Comparando resultados			
	Xeplion® (PalPal) Palmitato de Paliperidona	Estudio Davis et. (53) Metaanálisis. Antipsicóticos clásicos (1980)	Dialogo Abierto (54)
Reclutados	Población de pacientes seleccionada, con poca patología asociada.		Todos los casos surgidos en un sector de Salud Mental.
Llegan al ensayo	Se pierde el 59.9% antes del ensayo.	—	Psicoterapia. En el 33% se utilizó antipsicóticos en dosis bajas, poco tiempo y de forma discontinua.
Resultado del ensayo a doble ciego	Con el fármaco recae el 10%. En discontinuación (placebo) recae el 34%. Beneficia al 24%.	Con el fármaco recae el 19%. En discontinuación (placebo) recae el 55%. Beneficia al 36%.	En cinco años tuvo alguna recaída el 33%. Beneficia al 67%. Con fármacos a los cinco años el 20%.
Otros Beneficios	Mejoría evaluada en escalas y en descenso de hospitalizaciones.		Se manejan las crisis en gran mayoría sin hospitalizar a los pacientes.
Funcionalidad	No hay datos.	No hay datos.	Trabajo, estudio y activos el 80%.
Efectos adversos	En más de la mitad y hasta en el 87% de los pacientes (23).		
Efectos adversos a largo plazo	No hay datos, pero los indicios apoyan que serán los habituales en incapacidad, deterioro y enfermedades.	Se supone que los habituales con los antipsicóticos.	
Mejor que:	Ha mostrado en un estudio no ser inferior a la Risperidona ILP.		Es el método que ha mostrado al día de hoy mayor efectividad en el tratamiento y recuperación de pacientes psicóticos.

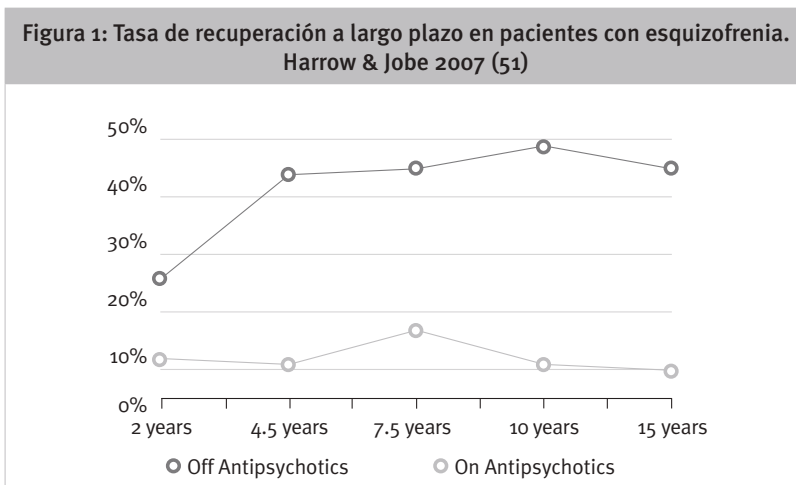
*d) ¿Y durante cuanto tiempo ejerce ese beneficio?*

No es posible saberlo con los estudios. Pero podría ser similar al de otros antipsicóticos, ya que de hecho no ha demostrado ser mejor que algún otro.

Si nos rigiéramos por el estudio de Harrow, podríamos pensar que a los cinco años los pacientes en recuperación, definida de forma exigente, no llegarán al 5%, y con sintomatología disminuida,

pero no en recuperación, quizás sean 50% (51) (Ver Figura 1: Tasa de recuperación a largo plazo en pacientes con esquizofrenia). O si nos regimos

por el estudio de Svedberg et al. quizás el 62% estén incapacitados a los 5 años (52).



Eje X: año en el que se realiza cada evaluación. Eje Y: porcentaje de pacientes en recuperación.

Off Atipsychotics / Sin antipsicóticos; On antipsychotics / Con antipsicóticos

**Recuperación:** gestionar la vida, mantener una actividad productiva, estar fuera de síntomas psicóticos y tener relaciones sociales, durante un año.

#### e) ¿Beneficia más o menos que otros tratamientos?

Lo que sabemos es que en un estudio el PalPal mostró no inferioridad respecto a la risperidona ILP, y en otro no pudo demostrarlo (19,24,31-32). Y no hay más comparación, excepto la realizada sobre un grupo de pacientes bajo discontinuación farmacológica (que se hace equivaler a grupo placebo) ya referida.

Haremos ahora un ejercicio de ilustración meramente especulativo, como orientación.

Podemos comparar los datos con otro estudio similar. El estudio clásico de Davis et al. revisa 29 ensayos que incluyen a 3.519 personas. Entre los pacientes enviados a placebo recayeron el 55%, en realidad fueron enviados a un síndrome de discontinuación, y los que continuaron en el grupo con fármaco el 19%. Este estudio muestra que los antipsicóticos beneficiaron al 36% del grupo que se mantuvo con el fármaco (53) (Ver Tabla 2: Comparando resultados). El porcentaje de beneficiados es mayor en este estudio de antipsicóticos de primera generación que con PalPal. Pero

también se observa que en el grupo a quienes les fue retirado el fármaco recayeron más que en la discontinuación de PalPal.

Y podemos traer a comparación una psicoterapia eficaz como el Diálogo Abierto. Entre todos los diagnosticados por psicosis en una región se aplicó esa modalidad de psicoterapia. Al usarse el tratamiento al inicio del cuadro, la mayor parte no llegó a cumplir los seis meses de evolución para ser diagnosticados de esquizofrenia según criterios DSM. En un plazo de 5 años no recayó el 67%. A los cinco años el 79% estaba asintomático. Y el 80% estaban activos, trabajando, buscando empleo o estudiando, y el 20 % estaba inactivo. Se utilizaron fármacos antipsicóticos en el 33% de los pacientes, en dosis pequeñas, de forma discontinua, y durante un tiempo corto, muchas veces no más de una semana. En el momento del estudio, a los cinco años, tomaban antipsicóticos el 20%. (54) En este estudio tenemos referencias sobre funcionalidad a largo plazo, algo que rara vez ocurre en los estudios de trayectorias con antipsicóticos que solo refieren medidas en esca-

las. Un reciente informe a los 10 años de estos pacientes indica que la mejoría se mantuvo (55) (Ver Tabla 2: *Comparando resultados*).

*f) ¿Y en que perjudica?*

No hay referencias a largo plazo, sobre funcionalidad y efectos adversos, aunque algunos de los referidos a corto plazo pueden acabar siendo permanentes. Y comparte efectos con los de los antipsicóticos clásicos, habiéndose relatado casos de discinesia tardía asociada al PalPal (56,57).

Los estudios que lo comparan con la risperidona ILP dicen que comparte el mismo espectro de efectos adversos, pero que puede alterar más los niveles de prolactina (31).

Hemos visto que los pacientes que experimentan efectos adversos son muchos. El estudio de Hough et al. los encuentra en el 67% (27), el de Gopal et al. en el 56% (10), el de Coppola et al. en el 87% (23), y Gopal et al., en otro estudio, en el 79%. (26). Son en su mayoría medios o suaves, según los autores de los estudios. Aunque en torno a un 9,27% de los pacientes tuvo que dejar el ensayo por efectos adversos (27). Los más frecuentes son insomnio, cefalea, aumento de peso, agitación, somnolencia, acatisia, náuseas, estreñimiento, mareos, temblores, vómitos, nasofarinitis, problemas en aparato digestivo, taquicardia y empeoramiento de sintomatología psicótica (10,19,23,27).

Tampoco hay datos sobre incapacidad y déficit cognitivos, aunque sabemos que su desarrollo se asocia al uso continuado de antipsicóticos. Relacionado con esto, podrían relatarse a corto y largo plazo el impacto de estos fármacos sobre las funciones ejecutivas, incluyendo la activación, el sistema del placer y recompensa, la toma de decisiones, la atención y redireccionamiento atencional, y la motivación (37-39,58,60). No se considera la pérdida de masa cerebral asociada a los antipsicóticos (58,59).

### Conclusiones

Al inicio hemos mostrado que este fármaco era propuesto para mejorar la adherencia de los pacientes, y que se afirmaba que tenía buenos resultados en cuanto recurrencias psicóticas

y hospitalizaciones, además de un tener uso seguro.

Conviene recordar que el uso de medicación depot inyectable (ILP) no ha demostrado que signifique menor recurrencia (16,61-62), y con ello menos hospitalizaciones. La conveniencia de usar antipsicóticos ILP se ha enunciado en el pasado con argumentos similares, y a pesar de ello los clínicos no los han utilizando tanto como se podría suponer (16).

Y las diferencias entre los antipsicóticos de primera y segunda generación son modestas y ambiguas en casi todos los parámetros incluyendo resultados, recurrencias, adherencia, efectos indeseados, etc. (63-64). Lo que se puede afirmar es que los de segunda generación comparten los efectos adversos más graves de los de primera generación, como la disquinesia, el impacto sobre el sistema circulatorio y sobre el sistema nervioso. Los de segunda parecen tener mayor impacto en producir sobrepeso y síndrome metabólico. Seguramente no es fácil con criterios de efectividad y salud decidirse por uno u otro.

Al día de hoy los pacientes psicóticos presentan una larga lista de enfermedades y situaciones, como ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, diabetes, suicidios, desregulación hormonal y disminución de la esperanza de vida en décadas, que antes no se habían asociado al trastorno, y esta relación parece ocurrir más desde la instauración de los fármacos de segunda generación y la polifarmacia (1,65-67).

Y del palmitato de paliperidona se puede decir que ha demostrado en un estudio no ser inferior al Risperdal Consta®, y en otro no pudo demostrarlo. Esto redundante en que su aval de eficacia es insuficiente.

Respecto a la capacidad de adherencia no hay nada que indique que los pacientes se adhieran al PalPal más que a otros fármacos. Como se ha visto, cada estudio realizado con Xeplion® muestra una pérdida importante de pacientes, y no solo durante los primeros meses de tratamiento. Se podría intuir que no es fácil conseguir que un psicótico se mantenga con este fármaco, incluso en los ensayos clínicos. Y quizás en la realidad clínica, con pacientes más complejos, los resultados pudieran beneficiar a un porcentaje menor.



Hay que recordar que no se ha informado de ninguna medida de funcionalidad de los pacientes tratados. Es cierto que hoy los estudios de evaluación de psicofármacos no muestran resultados de funcionalidad. Aun cuando es lo que al clínico le interesa conocer, cómo ayudar a los pacientes a recuperarse y reincorporarse a la vida normalizada.

Hay una propuesta realizada para que este fármaco sea utilizado para tratamientos forzados de pacientes psicóticos (4), pero es dudoso que este fármaco les traiga un beneficio considerable. Se puede defender que hay procedimientos diferentes al de inyectar un antipsicótico como ayuda para quien la necesita.

Y el Xeplion® aún tiene todo para demostrar. Detrás de la campaña de exaltación hay poco, y se necesitan más y mejores pruebas de su valor clínico.

Mientras se esperan fármacos mejores seguramente no será perder el tiempo dirigir la mirada a los procedimientos psicosociales que traen una esperanza mejor consolidada, también a medio y largo plazo. Uno se podría preguntar que ocurriría si el “Dialogo Abierto” fuera una pastilla o un ILP, con el aval de que a los cinco años el 80% de los pacientes psicóticos están activos y en recuperación. Pero simplemente no es un procedimiento biológico que se pueda empaquetar, prescribir e ingerir. Por ello no tendrá una gran campaña de marketing detrás y ninguna empresa será beneficiaria de su expansión, pero es lo que tiene la ayuda mediante procedimientos basados en personas que se relacionan con personas en dificultades.

#### Contacto:

Miguel A. Valverde Eizaguirre

Unidad de Agudos de Psiquiatría. Sección A • Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

mvalvere@cfnavarra.es • valverdema@hotmail.com • Tel.: 848 42 24 04

#### Bibliografía

- (1) Healy D. Pharmageddon USA: University of California Press, 2012.
- (2) Janssen presenta nuevo antipsicótico de administración mensual para tratar la esquizofrenia. Vademecum.es. [Consultado 9-11-2012] Disponible: [http://www.vademecum.es/noticia-111129-janssen+presenta+nuevo+antipsicotico+de+administracion+mensual+para+tratar+la+esquizofrenia\\_5340](http://www.vademecum.es/noticia-111129-janssen+presenta+nuevo+antipsicotico+de+administracion+mensual+para+tratar+la+esquizofrenia_5340)
- (3) El 40% de las recurrencias de los pacientes con psicosis son por abandonar el tratamiento. Diario La Razón 29 Marzo 2012.
- (4) A la búsqueda del cliente involuntario. Blog Medico crítico. 2011. [Consultado 9-11-2012]: Disponible: <http://medicocritico.blogspot.com.es/2011/12/la-busqueda-del-cliente-involuntario.html> & <http://www.diariosigloxxi.com/tex-to-s/mostrar/43315/los-psiquiatrias-abogan-por-el-tratamiento-forzoso-de-pacientes-graves>
- (5) Valdecasas J. No nos salen las cuentas, 2011. [Consultado 9-11-2012]: Disponible: <http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2011/11/no-nos-salen-las-cuentas.html>
- (6) Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Euskadi. Informe de Evaluación: Paliperidona, 2009. [Consultado 9-11-2012]: Disponible: [http://www.gencat.cat/ics/professionals/medicaments/informe\\_paliperidona.pdf](http://www.gencat.cat/ics/professionals/medicaments/informe_paliperidona.pdf)
- (7) Iloperidona otro más de la serie, 2009. [Consultado 9-11-2012]: Disponible: <http://www.institutopsicofarmacologia.com/2009/06/iloperidona-otro-mas-de-la-serie.html>
- (8) Rattehalli RD, Jayaram MB & Smith M. Risperidona versus placebo para la esquizofrenia (Revision Cochrane traducida), 2010. [Consultado 9-11-2012]: Disponible: <http://www.cochrane.org>

- update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD006918
- (9) Sliwa JK, Bossie CA, Fu DJ, Turkoz I, Alphas L. Long-term tolerability of once-monthly injectable paliperidone palmitate in subjects with recently diagnosed schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2012;8:375–385.
- (10) Gopal S, Vijapurkar U, Lim P, Morozova M, Eerdeken M, Hough D. A 52-week open-label study of the safety and tolerability of paliperidone palmitate in patients with schizophrenia. *J Psychopharmacol.* 2011 May;25(5):685–97.
- (11) Pandina GJ, Lindenmayer JP, Lull J, Lim P, Gopal S, Herben V, Kusumakar V, Yuen E, Palumbo J. A Randomized, Placebo-Controlled Study to Assess the Efficacy and Safety of 3 Doses of Paliperidone Palmitate in Adults With Acutely Exacerbated Schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol.* 2010 Jun;30(3):235–44.
- (12) Baca E, Bobes J, Cañas F, Leal C, Salvador L, Badía X et al. Análisis coste-efectividad de risperidona inyectable de larga duración vs. olanzapina y vs. decanoato de flufenazina en el tratamiento de la esquizofrenia. *Rev Esp Econ Salud* 2005;4(5):273–285.
- (13) Olivares JM, Rodríguez-Martínez A, Burón JA, Alonso-Escolano D, Rodríguez-Morales A. Análisis coste-eficacia del cambio de medicación antipsicótica a risperidona inyectable de larga duración en pacientes con esquizofrenia: Seguimiento de 12 y 24 meses de la base de datos e-STAR en España. *Appl Health Econ Health Policy.* 2008;6(1):41–53. (Reimpresión en español Wolters Kluwer Health España).
- (14) Einarson TR, Geitona M, Chaidemenos A, Karpouza V, Mougiakos T, Paterakis P et al. Pharmacoeconomic analysis of paliperidone palmitate for treating schizophrenia in Greece. *Ann Gen Psychiatry.* 2012 Jul 2; 11(1):18.
- (15) Mehnert A, Nicholl D, Pudas H, Martin M, McGuire A. Cost effectiveness of paliperidone palmitate versus risperidone long-acting injectable and olanzapine pamoate for the treatment of patients with schizophrenia in Sweden. *J Med Econ.* 2012; 15(5):844–61.
- (16) Fernández Sánchez A, Pinto-Meza A, Haro JM. Comparación de la eficacia de las formas farmacéuticas de liberación retardada (depot) versus las formas farmacéuticas orales de los antipsicóticos (típicos y atípicos), comercializados en Cataluña, en pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm.2007/17.
- (17) Alphas L, Bossie CA, Sliwa JK, Ma YW, Turner N. Onset of efficacy with acute long-acting injectable paliperidone palmitate treatment in markedly to severely ill patients with schizophrenia: post hoc analysis of a randomized, double-blind clinical trial. *Ann Gen Psychiatry.* 2011 Apr 11; 10(1):12.
- (18) Amatniek J, Canuso CM, Deutsch S, Henderson DC, Mao L, Mikesell C, Rodriguez S, Sheehan J, Alphas L. Safety of Paliperidone Extended-release in Patients with Schizophrenia or Schizoaffective Disorder and Hepatic Disease. *Clin Schizophr Relat Psychoses.* 2013 Feb 21:1–47.
- (19) Bishara D. Once-monthly paliperidone injection for the treatment of schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2010;6:561–572.
- (20) Bossie CA, Sliwa JK, Ma YW, Fu DJ, Alphas L. Onset of efficacy and tolerability following the initiation dosing of long-acting paliperidone palmitate: post-hoc analyses of a randomized, double-blind clinical trial. *BMC Psychiatry.* 2011 May 10;11:79.
- (21) Carter NJ. Extended-release intramuscular paliperidone palmitate: a review of its use in the treatment of schizophrenia. *Drugs.* 2012 May 28;72(8):1137–60.
- (22) Chue P, Chue J. A review of paliperidone palmitate. *Expert Rev Neurother.* 2012 Dec;12(12):1383–97.
- (23) Coppola D, Liu Y, Gopal S, Remmerie B, Samtani MN, Hough DW, Nuamah I, Sulaiman A, Pandina G. A one-year prospective study of the safety, tolerability and pharmacokinetics of the highest available dose of paliperidone palmitate in patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2012, 12:26.

- (24) Fleischhacker WW, Gopal S, Lane R, Gassmann-Mayer C, Lim P, Hough D, Remmerie B, Eerdeken M. A randomized trial of paliperidone palmitate and risperidone long-acting injectable in schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2011 Jul 22:1-12.
- (25) Fu DJ, Bossie CA, Sliwa JK, Ma YW, Alphs L. Paliperidone palmitate versus risperidone long-acting injection in markedly-to-severely ill schizophrenia subjects. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2013 Feb 27:1-31.
- (26) Gopal S, Hough DW, Xu H, Lull JM, Gassmann-Mayer C, Remmerie BM, Eerdeken MH, Brown DW. Efficacy and safety of paliperidone palmitate in adult patients with acutely symptomatic schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-response study. *Int Clin Psychopharmacol*. 2010 Sep;25(5):247-56.
- (27) Hough D, Gopal S, Vijapurkar U, Lima P, Morozova M & Eerdeken M. Paliperidone palmitate maintenance treatment in delaying the time-to-relapse in patients with schizophrenia: A randomized, double-blind, placebo-controlled study, *Schizophrenia Research*, 2010. 116 107-117.
- (28) Kim S, Solari H, Weiden PJ, Bishop JR. Paliperidone palmitate injection for the acute and maintenance treatment of schizophrenia in adults. *Patient Prefer Adherence*. 2012;6: 533-45.
- (29) Lally J, Byrne F, Walsh E. A case of paliperidone-palmitate-induced tardive dyskinesia. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012 Jun 13. [Epub ahead of print]
- (30) Mehnert A, Nicholl D, Pudas H, Martin M, McGuire A. Cost effectiveness of paliperidone palmitate versus risperidone long-acting injectable and olanzapine pamoate for the treatment of patients with schizophrenia in Sweden. *J Med Econ*. 2012;15(5):844-61.
- (31) Nussbaum AM & Stroup TS. Paliperidone palmitate for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 6. Art. No.: CD008296.
- (32) Pandina G, Lane R, Gopal S, Gassmann-Mayer C, Hough D, Remmerie B, & Simpson G. A double-blind study of paliperidone palmitate and risperidone long-acting injectable in adults with schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 35 (2011) 218-226.
- (33) Samtani MN, Sheehan JJ, Fu DJ, Remmerie B, Sliwa JK, Alphs L. Management of antipsychotic treatment discontinuation and interruptions using model-based simulations. *Clin Pharmacol*. 2012; 4:25-40.
- (34) Nussbaum AN, Stroup TS. Paliperidone for Treatment of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2008. vol. 34 no. 3. 419-422.
- (35) Scottish Medicines Consortium (SMC). Paliperidone palmitate 50mg, 75mg, 100mg and 150mg prolonged release suspension for injection (Xeplion®). SMC No. (713/11) 2011 [http://www.scottishmedicines.org.uk/files/advice/paliperidone\\_Xeplion\\_RESUBMISSION\\_FINAL\\_October\\_2011\\_for\\_website.pdf](http://www.scottishmedicines.org.uk/files/advice/paliperidone_Xeplion_RESUBMISSION_FINAL_October_2011_for_website.pdf)
- (36) Horsley W. Paliperidone depot injection (Xeplion®) for schizophrenia North East Treatment Advisory Group, Aug 2011
- (37) Moncrieff J. *The myth of chemical cure*. 2 edition. Palgrave MacMillan, New York. 2009.
- (38) Jackson, G.E. *Rethinking Psychiatric Drugs. A guide for informed consent*. Autor House, Bloomington IN, USA. 2005.
- (39) Whitaker, R. *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. Crown, USA. 2010
- (40) Leo J. & Lacasse J. A study of consumer advertisements. En: Timimi S. & Leo J. editors. *Rethinking ADHD. From Brain to culture*, 2009. pag 287-312.
- (41) Pelham WE, Gnagy EM, Burrows-Maclean L, Williams A, Fabiano GA, Morrisey SM & al. Once-a-day Concerta methylphenidate versus three-times-daily methylphenidate in laboratory and natural settings. *Pediatrics*. 2001 Jun;107(6):E105.
- (42) Hearn. K. Here, kidiee, kiddie. *Alternet.com*. 2004 [Consultado 9-11-2012]: Disponible: <http://www.alternet.org/drugs/20594/>
- (43) Goldrace B. *Mala ciencia*. Barcelona: Paidos 2011.
- (44) Samtani MN, Gopal S, Gassmann-Mayer C, Alphs L, Palumbo JM. Dosing and switching

- strategies for paliperidone palmitate: based on population pharmacokinetic modelling and clinical trial data. Supplemental Digital Content. *CNS Drugs*. 2011 Oct 1; 25(10):829-45.
- (45) Lehmann P (editor) *Coming off psychiatric drugs*. Second Edition. Berlin: Peter Lehmann Publishing 2002
- (46) Prien R, Cole J & Belkin N. Relapse in Chronic Schizophrenics Following Abrupt Withdrawal of Tranquillizing Medication. *British Journal of Psychiatry* 1968, 115: 679-686.
- (47) Baldessarini, RJ, Viguera, AC, Faedda, GL, Garver, DL, Suppes, T, Tondo, L, & al. Neuroleptic Withdrawal in Schizophrenic Patients, *Arch Gen Psychiatry* 1995, 52(3):189-192.
- (48) Viguera, A.C., Baldessarini, R.J., Hegarty, J.D., van Kammen, D.P. & Tohen, M. Clinical Risk Following Abrupt and Gradual withdrawal of maintenance neuroleptic treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 1997. 54 (1) 49-55.
- (49) Moncrieff J. Does antipsychotic withdrawal provoke psychosis? Review of the literature on rapid onset psychosis (supersensitivity psychosis) and withdrawal-related relapse. *Acta Psychiatr Scand*. 2006 Jul; 114 (1):3-13.
- (50) Moncrieff J. *A straight talking introduction to psychiatric drugs*. London: PCCS Books 2009.
- (51) Harrow, M. & Jobe T.H. (2007). Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study *The Journal of nervous and mental disease* Vol 195, Issue 5, 406-414.
- (52) Svedberg B., Mesterton, A. & Cullberg, J. (2001). First-episode non-affective psychosis in a total urban population: a 5-year follow-up. *Social Psychiatry*, 36:332-337.
- (53) Davis JM, Schaffer CB, Killian GA, Kinard C, Chan C. *Important issues in the drug treatment of schizophrenia*. *Schizophr Bull*. 1980;6(1):70-87.
- (54) Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, J. & Lehtinen, K. (2006) *Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies*. *Psychotherapy Research*. 2006 March, 16 (2), 214-228.
- (55) Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J *The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care*. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches* 2011 3:3, 192-204.
- (56) Lally J, Byrne F, Walsh E. A case of paliperidone-palmitate-induced tardive dyskinesia. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013 Mar;35(2):213.e5-7
- (57) Paliperidone Palmitate and Tardive Dyskinesia. *Ficha DrugCite*. [Consultado el 2-3-2013. Accesible en: <http://www.drugcite.com/indi/?q=PALIPERIDONE%20PALMITATE&s=&a=&i=TARDIVE+DYSKINESIA>]
- (58) Ho BC, Andreasen N, Ziebell S, Pierson R, Magnotta V. Long-term Antipsychotic Treatment and Brain Volumes A Longitudinal Study of First-Episode Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Feb; 68(2):128-37
- (59) Moncrieff, J. and Leo, J. (2010b) A Systematic Review of the Effects of Antipsychotic Drugs on Brain Volume. *Psychological Medicine*, Jan 20 1409-1422.
- (60) Moncrieff, J., Cohen, D., Mason, J.P. (2009b). The subjective experience of taking antipsychotic medication. a content analysis of Internet data. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Aug, 120, (2), 102-11.
- (61) Haddad PM, Taylor M, Niaz OS. First-generation antipsychotic long-acting injections v. oral antipsychotics in schizophrenia: systematic review of randomised controlled trials and observational studies *BJP* 2009, 195:S20-S28.
- (62) Kishimoto T, Robenzadeh A, Leucht C, Leucht S, Watanabe K, Mimura M, Borenstein M, Kane JM, Correll CU. Long-Acting Injectable vs Oral Antipsychotics for Relapse Prevention in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Randomized Trials *Schizophr Bull* (2012) doi: 10.1093/schbul/sbs150.
- (63) Kishimoto T, Agarwal V, Kishi T, Leucht S, Kane JM, Correll CU. Relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of second-generation antipsychotics versus first-generation antipsychotics. *Mol Psychiatry*. 2013 Jan; 18(1):53-66.



- (64) Leucht S, Barnes TR, Kissling W, Engel RR, Correll C, Kane JM. Relapse prevention in schizophrenia with new-generation antipsychotics: a systematic review and exploratory meta-analysis of randomized, controlled trials. *Am J Psychiatry*. 2003 Jul; 160(7):1209-22.
- (65) Healy D, Harris M, Tranter R, Gutting P, Austin R, Jones-Edwards G, Roberts AP. Lifetime suicide rates in treated schizophrenia: 1875-1924 and 1994-1998 cohorts compared. *Br J Psychiatry*. 2006 Mar; 188:223-8.
- (66) Osborn DP, Levy G, Nazareth I, Petersen I, Islam A, King MB. Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Feb;64(2):242-9.
- (67) Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Oct; 64(10):1123-31.

- Recibido: 10-01-2013.
- Aceptado: 12-05-2013.

# Manifestaciones de acoso laboral en trabajadores hispanos-latinoamericanos residentes en la ciudad de Londres.

## *Expressions of workplace harassment in spanish-american workers living in the city of London.*

Nancy Liscano Parra

Doctoranda en Desarrollo psicológico, Aprendizaje y Educación.  
Universidad Autónoma de Madrid.

**Resumen:** El objetivo general de la presente investigación es el de identificar las manifestaciones del acoso psicológico laboral o mobbing, las diferencias y similitudes existentes en poblaciones de trabajadores de origen hispano-latinoamericano residentes en Londres. La investigación se basa en la metodología de tipo exploratorio, con un estudio transversal y una muestra que se estima como no probabilística. El muestreo se aplicó a 163 personas por medio del instrumento Cisneros, que permitió identificar que del acoso laboral registrado se encontró que el 23,3% corresponde a hombres y el 76,7% a mujeres; desde la edad el 9,3% tienen menos de 30 años, el 37,2% entre 30 y 39 años, el 32,6% entre 30 y 45 años y el 20,9% más de 45 años. Adicionalmente se identificó la presencia e importancia de los factores asociados como el tiempo de estancia, manejo del inglés y estatus migratorio.

**Palabras clave:** Acoso laboral, mobbing, trabajadores hispano-latinoamericanos, Londres.

**Summary:** The overall objective of this research is to identify the manifestations of bullying or mobbing, differences and similarities in working populations of Hispanic-Latin American living in London. The research methodology is based on an exploratory, cross-sectional study with a sample that is estimated as probabilistic. The sample was applied to 163 people through the instrument Cisneros, which identified that the reported harassment was found that 23.3% were men and 76.7% women, from the age of 9.3% have less than 30 years, 37.2% between 30 and 39 years, 32.6% between 30 and 45 years and 20.9% over 45 years. Additionally identified the presence and importance of associated factors such as length of stay, English proficiency and status.

**Keywords:** Workplace bullying, mobbing, Hispanic-American workers, London.

### Introducción

En Londres no se tienen cifras exactas del número de hispano-latinoamericanos que viven allí. El dato más exacto es el revelado por el informe de la Oficina Nacional Estadística de la Fuerza Labo-

ral, que para junio de 2006 considera que había 18.000 colombianos, 25.000 brasileños, 4.000 argentinos, 1.000 chilenos y 16.000 guayaneses. Estas estadísticas están subestimadas por la alta proporción de latinoamericanos indocumentados (McIlwaine y Velásquez, 2007).



El gobierno del Reino Unido sugiere que la comunidad de Latinos en el país se ubica entre 700.000 y 1.000.000 personas, incluyendo 200.000 brasileños, 140.000 colombianos, entre 70.000 y 90.000 ecuatorianos y de 10.000 a 15.000 peruanos. En el gobierno británico la política de inmigración ha estado motivada por cuestiones de etnicidad más que por cuestiones de inmigración, sin embargo, el debate sobre la migración se viene desarrollando básicamente desde una perspectiva económica (McIlwaine y Velásquez, 2007).

La dura situación laboral mundial, puede estar generando mayor agresividad y condiciones propicias para el fenómeno del mobbing o bullying, porque los nativos perciben con más fuerza a los inmigrantes como rivales laborales y comienzan a discriminarlos por sus diferencias. Un empleado latinoamericano residente en Londres, está enfrentándose a muchos cambios en los ámbitos económicos, sociocultural, personal, tecnológico, comunicativos, etc., lo que conlleva cambios en el empleado y en el desarrollo de su trabajo.

El mobbing, es la intimidación llevada a cabo por compañeros de trabajo a otros trabajadores (Hoel y Baele, 2011). En este también existen implicaciones en el orden social y de imagen internacional de acuerdo a quejas presentadas. No son muchos los países hispanoamericanos que han desarrollado legislación frente al mobbing, pues tan solo desde unos años se le está dando más importancia a este tipo de maltrato (Daza, 2008) y desde los 90 es estudiado por la Psicología.

Esta investigación, además de determinar la edad, tiempo de permanencia, manera como se manifiesta el mobbing, diferencias y similitudes existentes en poblaciones, causas y consecuencias para estas personas, busca descubrir el nivel laboral de donde provienen los hostigamientos recibidos y el papel que cumple el manejo del inglés y el estatus migratorio en los trabajadores.

### **Aproximación a temas de interés**

#### *Historia del Mobbing en el Reino Unido*

El mobbing fue estudiado por primera vez por el etólogo Konrad Lorenz en 1963, quién observó el

comportamiento de determinadas especies animales. En los 80, fue estudiado por científicos y psicólogos como el Profesor Heinz Leymann quien sacó a la luz un proceso de destrucción que se producía en el mundo del trabajo y creó el LIPT, Leymann Inventory of Psychological Terrorization (Reyes, 2003).

El concepto del mobbing emigró al Reino Unido desde los países escandinavos a principios de los 90. En el Reino Unido, fue tratado por primera vez en Radio 4 en 1992, los programas se llamaron “El abuso del poder” y “De quién es la culpa de todos modos” en abril de 1992. Posteriormente, es tratado por la misma BBC.

#### *Definición*

La palabra “mobbing” deriva del inglés “mob” cuyo significado es el de una multitud excitada que rodea o asedia a alguien o a algo, bien sea de forma amistosa o bien de forma hostil. El sustantivo “mob” se refiere al gentío, el vulgo, la plebe o “populacho”, mientras que el verbo “to mob” describe la acción de ese gentío de agolparse o atestarse en torno a algo o bien la de asediar o atacar en masa a alguien (Barbado, 2007).

El mobbing o psicoterror aplicado al ámbito laboral, busca descubrir situaciones en las que el sujeto se convierte en un blanco u objetivo del grupo al que pertenece, siendo sometido por alguno de los miembros con la permisividad del resto, a una persecución que va a producir trastornos en la salud física y psíquica, siendo necesaria incluso la asistencia médica y psicológica (Rodríguez, 2002).

#### *Manifestaciones del mobbing*

Este acoso se manifiesta desde cuatro categorías (Michael et al. 2006):

- a. La desviación de producción o el comportamiento desviado organizativo.
- b. Desviación política o comportamiento desviado interpersonal.
- c. La desviación de propiedad o el comportamiento desviado organizativo serio.
- d. La agresión personal o el comportamiento desviado interpersonal serio.

## Metodología

La investigación es de tipo de investigación exploratoria y descriptiva. Se aplica una muestra no probabilística y se emplea un tipo de estudio transversal.

### Participantes

El estudio se realizó a una muestra de 163 sujetos de origen hispano-latinoamericanos que residen y trabajan en Londres. Las entidades y organismos por las que fueron contactados los actores sociales son consulados y línea de ayuda llamada “Teléfono de La Esperanza” principalmente.

Con edades que van desde los 20 y 65 años, estos son los resultados: el 15,4% tiene menos de 30 años de edad; el 43,4% tiene entre 30 y 39 años; 19,6% entre 40 y 45 años; el 21,7% tiene más de 45 años. El tiempo de residencia de estas personas en esta ciudad, va desde menos de un año hasta los 35 años, con un leve predominio de tiempo de aquellos que tienen entre uno y cinco años.

Respecto a la labor realizada, se obtiene que: un 28,8% son limpiadores, 12,9% son profesores de distintos niveles educativos, 5,5% coordinadores académicos, 6,7% camareros, 4,9% cocineros, 4,3% profesionales en distintas áreas, 4,3% asistentes en distintas labores, 4,3% empleados con cargos administrativos, 3,7% directores, 3,7% supervisores de distintas áreas administrativas, un 1,8% de esta población se desempeñan como ingenieros.

El 61,4% de encuestados son mujeres y el 38,6% hombres. El 38,5% de los encuestados son colombianos, el 32,9 españoles, el 19,6% ecuatorianos, el 1,4% peruanos; Chile, Argentina, México y Venezuela representada cada uno el 0,7%.

### Instrumento

Se aplicó la escala Cisneros (Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales) es elaborada por el profesor Piñuel, por recomendación de la Psicóloga María Claudia Peralta Gómez, Doctora en Psicología Social Comunitaria; Coordinadora de la línea de investigación Psicología, Cultura y Trabajo de la Universidad de La

Sabana y quien ha formado parte de varias investigaciones en el tema del mobbing a nivel de Latinoamérica. Este instrumento está formado por 43 ítems que miden la frecuencia de mobbing en una escala de 7 puntos, al tiempo que permite identificar a los posibles responsables del mismo.

## Resultados

Los principales índices de correlación establecidos por Fidalgo y Piñuel (2004), para el cuestionario Cisneros, arrojan los resultados de la Tabla 1.

**Tabla 1. Resultados de índices de correlación**

Índices	No acosados	Acosados	Total
NEAP	15.42	33.51	21.33
IGAP	0.74	2.69	1.38
IMAP	1.19	3.38	1.91

Según los dos últimos índices al ser considerados de manera conjunta, que aunque la diferencia de estos no es significativa ya que se ubica en 0.69, se establece que el acosado es víctima de varias conductas de mobbing y que las que experimenta de manera relativamente intensas.

De los casos en que manifiestan ser víctimas de mobbing, el 23,3% corresponde a hombres y el 76,7% a mujeres. Desde la edad, los casos de mobbing corresponden a: 9,3% tienen menos de 30 años, 37,2% entre 30 y 39 años, 32,6% tienen entre 30 y 45 años y el 20,9% más de 45 años. Las nacionalidades de las víctimas del mobbing son: 39,5% colombianos, 30,2% españoles, 23,3% ecuatorianos, 2,3% mejicanos y 4,7% a otra clase de nacionalidad. Del total de testimonios obtenidos, el 62,5% han recibido o han sido objeto por parte de los jefes de comportamientos y actitudes consideradas como mobbing, el 18,6% de los casos proviene de compañeros, el 4,7% de subordinados y el 27,9% de jefes y compañeros a la vez.

Desde los años de residencia de los hispano-latinoamericanos en Londres, se obtienen los siguientes resultados tal y como se expone en la Tabla 2, de forma descendente:

**Tabla 2. Años de residencia y promedio de afectación de mobbing**

Años	%	Años	%	Años	%
3	23,3	14	7,0	9	2,3
6	14,0	5	4,7	13	2,3
10	11,6	12	4,7	16	2,3
4	9,3	15	4,7	19	2,3
7	7,0	2	2,3	23	2,3

Del total de encuestados, el 58,1% tiene diez o menos de diez años de residente en esta ciudad y en esta población tiene presencia el 74,50% del mobbing registrado en el cuestionario Cisneros.

Al comparar los resultados para hombres y mujeres, se encuentra una clara diferencia en cuanto a las medianas. En los hombres se obtiene una mediana total de 3,0, significa que ellos están siendo víctimas de varios comportamientos hostiles algunas veces al mes. En el caso de las mujeres, se tiene una mediana de 2,0, es decir, menor a la de los hombres, pero la diferencia radica en que están siendo víctimas de un número mayor de conductas hostiles, en promedio una vez al mes o menos.

Respecto a la edad, se tiene que en la medida en que el hispano latinoamericano tenga más edad, es víctima de menos conductas hostiles pero que se repiten con mayor frecuencia de tiempo. Por ejemplo, quienes tienen menos de 30 años obtiene una mediana de 2,0, pero están siendo víctimas de casi 20 tipos de conductas hostiles con una frecuencia de una vez al mes o menos; los que tienen entre 30 y 39 años de edad, presentan también una mediana de 2,0 y son víctimas de al menos ocho tipos de conductas hostiles. Quienes tienen entre 40 y 45 años, son víctimas de unas pocas conductas hostiles, pero tienen una mediana de 3,0, es decir, que están siendo víctimas de ellas al menos una vez al mes.

En cuanto a la procedencia del mobbing, se obtienen que en el caso de la procedencia inglesa, la mediana se ubica en 3,0, en los hispano-latinos se ubica en 4,0, mientras que otras nacionalidades si ubican en tan sólo 2,0.

Se comparan los resultados de la prueba desde la labor desempeñada, primero, se ubican los promedios de los 43 ítems de la escala Cisneros y luego estos resultados con las preguntas 45 (uso del inglés) y 46 (estatus migratorio) para identificar los resultados y diferencias. Tabla 3.

**Tabla 3. Promedios desde la ocupación antes y después de ítems 45 y 46**

Ocupación	Población	Prueba Cisneros (VI-V43) (%)	Prueba aplicada (V1-V43, V45,V46) (%)	Variación (%)
Profesores	21	66.7	76.2	9.5
Coordinadores Pedagógicos	9	33.3	55.6	22.3
Camareros	11	27.3	45.5	18.2
Ingenieros	3	33.3	33.3	0
Supervisores	6	33.3	33.3	0
Limpiadores	47	23.4	29.8	6.4
Asistentes	7	14.3	28.6	14.3
Empleados	7	28.6	28.6	0
Ns/Nc	31	9.7	19.4	9.7
Directores	6	16.7	16.7	0
Profesionales	7	14.3	14.3	0
Cocineros	8	12.5	12.5	0
Totales	163	26.4	34.4	8

Aunque se aplicó la pregunta 44, sus resultados no fueron codificados debido a que se presentó inconsistencia por parte de la interpretación dada por los encuestados, quienes en algunos casos respondían de las V1 a V43 que nunca o muy pocas veces al año habían sido víctimas de alguna conducta psicológica agresiva, pero al momento de contestar esta pregunta su respuesta no era coherente con lo manifestado para las 43 preguntas anteriores.

Se determinan tres tipos de procedencia de conductas hostiles, pues el 49% de los casos de mobbing proviene de los mismos hispano-latinos, el 24,2% de los ingleses, y el 21,1% de otras nacionalidades.

### Discusión y conclusiones

Si se tienen en cuenta solo los datos obtenidos en el cuestionario Cisneros, el promedio del mobbing se ubica en 26,4%, sin embargo, al añadirle los resultados de las preguntas 45 y 46 el promedio asciende al 34,4%. Esta variación tiene en cuenta dos tipos de fuentes de acoso laboral que la prueba Cisneros no tiene en cuenta y que se convierten en un factor determinante para descubrir y entender la realidad a la que se enfrentan estos residentes.

La pregunta 46 tiene una mediana de 1,0, indica que el uso mal intencionado del status migratorio se presenta en promedio con una intensidad de pocas veces al año o menos; el uso mal intencionado del inglés como forma de presión, del burla y de ofensa valorado en la pregunta 45, obtiene una mediana de 3,0 lo que indica que son víctimas de comportamientos hostiles un promedio de varias meses al mes.

Los londinenses están acostumbrados a la convivencia laboral con otros trabajadores de origen hispano-latino. Los residentes de origen español, no reciben maltrato psicológico, esto “es porque nosotros también somos europeos”, entonces, la principal manifestación de discriminación que encuentran en el manejo y uso del idioma.

Los españoles a pesar de tener la misma calidad de residentes, tienden a discriminar y a tener conductas hostiles para con los hispano-latinos y la razón puede deberse a que los hispanos los

perciben como competencia laboral y porque ellos tienen un status migratorio superior al del hispano-latino.

Al contratar obra de mano hispano-latina, el londinense tiene un beneficio que es el de pagar menos por los servicios contratados, toma una postura frente al hispano-latino y no considera necesario tener que actuar de manera hostil. Es al trabajar con y para hispano-latinos, que el residente es objetivo de comportamientos y conductas hostiles, sin embargo, este fenómeno lo perciben distinto los hispano-latinos que tienen poco tiempo en Londres y los que tienen varios años en la ciudad.

Los residentes con poco tiempo en la ciudad, tienen una necesidad mayor de conseguir empleo, la prioridad es ganar dinero incluso realizando labores distintas a las que saben hacer. Es común ver que profesionales, se deben emplear como asistentes, técnicos y/o en franja de servicios, ellos debido a su afán y deseos de sobrevivir no prestan atención a los hostigamientos de los que son víctimas.

En el mobbing como lo considera Lee (2000), la mayoría de las personas hispano – latinas no se atreven a denunciar las conductas hostiles, pues no se sienten capaces de contar sus historias, es común encontrar que algunos de los incidentes que salen a la luz pública han tenido lugar hasta veinte años antes, cuando ya no hay mucho por hacer.

Los residentes que tienen más tiempo en Londres, por lo general han adquirido una estabilidad laboral. La experiencia laboral adquirida, hace que aprendan a manejar gran parte del inglés, se encuentren adaptados al nuevo ambiente sociocultural y sean conocidos en el ambiente laboral. Sus intenciones se centran en obtener reconocimiento social, sus compañeros o jefes hacia ellos pocas conductas que se identifican mobbing.

Muchas personas son acosadas por sus jefes con la excusa de ser un medio necesario para motivar a los empleados en un entorno competitivo. El consecuente impacto de estas conductas en una organización puede ser devastador pues baja la moral, aumentan las enfermedades, el

ausentismo, baja la productividad, e incluso la pérdida de empleados. Cuando los casos progresan a un tribunal o llaman la atención de los medios de comunicación, el efecto sobre la reputación empresarial es incalculable (Lee, 2000).

Ante la presencia innegable del acoso laboral en esta comunidad, se torna necesario el desarrollo de acciones para brindar aportes. Frente al mobbing, los temas de la información, sensibilización y prevención presentan un efecto más positivo y duradero, que aquéllos esfuerzos dedicados al control, seguimiento, intervención o castigo, aunque estos tampoco se deben obviar.

Lo ideal sería el desarrollo de un conjunto de estrategias enfocadas en cuatro temáticas: social, de los mismos empleados, administrativo y legislativo. A nivel social, tratando temas como: informar sobre el mobbing; difundir masivamente las conductas que se reconocen como acoso laboral; indicar que del mobbing puede ser víctima cualquier empleado; difundir estrategias para que los empleados aprendan a reconocerlo, sepan qué hacer y acudan a las entidades que los pueden defender.

A nivel administrativo, junto con lo anterior, los directivos deben establecer estrategias a seguir al momento de ser denunciado un caso del mobbing, para ser corregido, llegar a buenos términos y practicar correctivos, antes de recurrir a instancias superiores. A nivel legislativo, se deben adaptar iniciativas que ya cuenten con una importante experiencia y que hayan demostrado efectividad.

Tanto a las investigaciones realizadas sobre el mobbing, como a sus resultados obtenidos, no se les ha brindado la importancia que merecen y sus resultados no se han hecho visibles, por lo que no son consideradas relevantes. Es necesario que se continúen haciendo estudios que permitan conocer más al respecto y proporcionar herramientas para mejorar el clima organizacional y la calidad de vida de los emigrantes.

La situación de los emigrantes es más difícil cada día, no solo por las barreras sociales, culturales y/o laborales, también porque va aumentando el número de emigrantes no solo de origen latinoamericano que se interesan por las mismas oportunidades laborales.

En este punto se corre un riesgo mayor, porque una vez disminuidas o agotadas sus posibilidades, el emigrante puede ser no solo afectado por el mobbing sino por un cuadro emocional y psicológico más severo como el denominado “Síndrome de Ulises”, cuyo principal estudioso a nivel mundial es el Dr. Joseba Achotegui.

El fenómeno social de las emigraciones se está deshumanizando cada vez más, a pesar de ser cada día mayor y parte de las consecuencias que está generando son, a corto plazo a nivel individual representada en el mobbing, pero a largo plazo su nivel de afectación tendrá una cobertura mucho más amplia, es decir, social y su situación estará reflejada en el mencionado “Síndrome de Ulises”.

#### Contacto

Nancy Liscano Parra • n.liscano@telefonodelaesperanza.org.uk  
00442077330471 • Londres

- Recibido: 13-05-2013.
- Aceptado: 12-06-2013.

## Referencias bibliográficas

- Barbado, P. B. (2007), *El acoso psicológico en el ámbito laboral "mobbing". Su tratamiento en la jurisprudencia española.*, Editorial Lexis Nexis, fascículo 4. Buenos Aires.
- Daza, (2008) "El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing", centro
- Fidalgo, Á. y Piñuel, I. (2004), *La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing*, Universidades de Oviedo y Alcalá, Revista Psicothema, vol. 16, Oviedo.
- Hoel, H. y Beale, D. (2011), *El acoso laboral y la relación de trabajo, La exploración de la prevención y el control.*, Universidad Manchester, artículos / sagapu.co.uk
- Lee, D. (2000), Un análisis de acoso laboral en el Reino Unido, Universidad de Derby, University Press, Personal, vol. 29 N<sup>o</sup> 5, Derby, Reino Unido, 2000.
- Mcllwaine, C. & Velásquez, C. (2007), *Vivir... Sobrevivir... Latinoamericanos en Londres.*, Departamento Geografía, Universidad de Londres, Londres.
- Michael, G. Joyce, T. Glenn, R. & Nancy, L. (2006), *Intimidación: del patio del recreo a la Sala del recreo*, tomo 12.
- Piñuel I. y Zabala, I. (2003), *Mobbing: cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo?*. Punto de Lectura. Madrid,
- Piñuel I. y Zabala, I. Mobbing, (2003), *Manual de autoayuda, claves para reconocer y superar el acoso psicológico en el trabajo*, Universidad de Alcalá, Aguilar, Madrid.
- Piñuel, I. (2004) *Neomanagement. Jefes tóxicos y sus víctimas. Del mobbing al neomanagent.* Aguilar, Madrid.
- Reyes Núñez, M. (2003), *Los Servicios de Prevención Ante el Acoso Moral en el Trabajo: Diagnóstico y Prevención*, Medicina del Trabajo, Aspectos médicos IV, Madrid.
- Rodríguez, A. (2002), *El trabajo*. Ed. Trillas. ISBN. México.

# El teatro como instrumento terapéutico en la rehabilitación psicosocial.

## *The theater as a therapeutic instrument in psychosocial rehabilitation.*

María Fernández Rodríguez\*, Patricia Guerra Mora\*\* y Olaya Begara Iglesias\*\*\*

\* Psicóloga Clínica. Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (U.T.I.G.P.A.). Hospital San Agustín de Avilés y Centro de Salud Mental I (C.S.M. I) “La Magdalena”. (Área Sanitaria III).

\*\* Becaria predoctoral de la Facultad de Psicología (Universidad de Oviedo).

\*\*\* Licenciada en Psicología (Universidad de Oviedo).

**Resumen:** Este artículo relata de forma retrospectiva la creación del grupo de teatro “Nova”. En un primer momento se desarrolla el contexto sociosanitario en el que nace y a continuación, se exponen algunas de las funciones del teatro como instrumento terapéutico.

Para entender el surgimiento del grupo de teatro “Nova” es necesario contextualizarse en el movimiento de desinstitucionalización que comienza en la década de los 70. El grupo comienza a formarse en 1997 como parte integrante del programa de actividades de la Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Avilés denominado “del aislamiento a la integración”. Este programa conformaba el proceso de rehabilitación psicosocial de pacientes con trastornos mentales severos.

El grupo se mantiene vivo gracias a la perseverancia e implicación de los profesionales así como por los beneficios que el instrumento supone para los usuarios. El teatro permite la mejora de habilidades y la satisfacción de necesidades básicas para el ser humano.

**Palabras clave:** Rehabilitación psicosocial, trastornos mentales severos, reforma psiquiátrica, teatro terapéutico, psiquiatría comunitaria.

**Abstract:** This article reports on a retrospective basis the creation of “Nova” theater group. At first, it is developed the social context in which the group is born and then, some of the functions of the theater as a therapeutic instrument are described.

In order to understand the emergence of “Nova” theater group is necessary to contextualized the deinstitutionalization movement that starts at the 70s. The group began to form in 1997 as a part of the activities program of the Avilés Psychosocial Rehabilitation Unit called “From isolation to integration.” This program formed the psychosocial rehabilitation process of patients with severe mental disorders.

The group is still alive thanks to the perseverance and commitment of professionals as well as the benefits that the instrument represents for users. The theater allows the improvement of abilities and the satisfaction of human basic needs.

**Key words:** Psychosocial Rehabilitation, severe mental disorders, psychiatric reform, therapeutic theater, community psychiatry.

*“La mirada del otro nos saca de nuestra insignificancia natural para hacernos humanamente significativos” (1).*

## Introducción

El relato que detallamos en estas páginas comienza en los años 80. Nos vemos en la obligación, antes de comenzar, de aclarar el carácter constructivista de lo que se va a narrar.

Las personas actuamos de acuerdo con el significado que damos a los acontecimientos, no hay una realidad objetiva, sino que cada observador realiza su propia interpretación de la realidad, es decir, la realidad debe ser construida (2). Una historia no es una reproducción lingüística fiel de un pasado escrito en los hechos, no es una verdad idéntica para todos, eterna e inmutable, sino que es el producto de una actividad constructiva (3), que obviamente puede resultar controvertida y polémica.

El objetivo del presente artículo es relatar de forma retrospectiva la creación del grupo de teatro “Nova”. En un primer momento desarrollaremos el contexto sociosanitario favorecedor en el que nace y a continuación expondremos algunas funciones del teatro como instrumento terapéutico. La necesidad de reconstruir esta experiencia pasada tiene como objetivo recordar y compartir con los profesionales implicados en el tratamiento de los trastornos mentales la utilización de instrumentos terapéuticos no tradicionales.

## Contexto sociosanitario en el que nace el grupo “Nova”

A partir de los años 70 del siglo XX la psiquiatría sufre una importante crisis. Por un lado, se inicia una crítica al modelo asistencial de los hospitales psiquiátricos, en los que predominaba de modo exclusivo el modelo médico y se observaba un fracaso del planteamiento médico-asistencial. Por otro lado, se comienzan a buscar alternativas que den respuesta a las necesidades de los usuarios en el seno de la comunidad. Se inicia en esta época el proceso de desinstitutionalización, donde la búsqueda de alternativas en el seno de la comunidad implicaba pasar de una visión individual a una visión más amplia, comunitaria (4).

En la década de los años 80 se vive un momento histórico de cambios en las formas tradicionales de la asistencia psiquiátrica en España. Asturias no se queda atrás, también comienza a principios de esta década la Reforma Psiquiátrica y la búsqueda de nuevas alternativas asistenciales. Los años 80 se convierten por tanto, en una década muy productiva (prodigiosa), donde confluyen (de forma interactiva) el modelo de atención comunitaria, el modelo sistémico y el nacimiento de las primeras promociones de psicólogos internos residentes (PIR).

Con la publicación del conocido “Informe de la Comisión Ministerial para la reforma Psiquiátrica” en 1985 (5) se pone en marcha la superación de los hospitales psiquiátricos, concretamente en Asturias del Hospital Psiquiátrico Regional conocido como “La Cadellada” (4). Estas instituciones totales (6) debían transformarse en centros de carácter básicamente rehabilitador. Además, dicho informe plantea la creación de recursos intermedios para favorecer la desinstitutionalización e integración social de los pacientes en la comunidad.

El crecimiento y la evolución del modelo sistémico en España ha seguido una línea paralela a la evolución del modelo asistencial en salud mental, es decir, ha estado asociada a la cambiante escena psiquiátrica. La terapia familiar debuta en el campo de la psiquiatría en España en 1983 (7), con la ponencia presentada en el XIV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría titulada “Paradigma Sistémico y Terapia Familiar” (8).

Las primeras promociones de psicólogos clínicos comienzan su andadura profesional en el antiguo Hospital Psiquiátrico Regional, en pleno proceso de reforma psiquiátrica (9). Desde el principio, en la formación del psicólogo clínico ha habido una aplicación del modelo sistémico tanto a la clínica como al análisis institucional. Era un modelo que parecía encajar perfectamente con el modo de evaluar e intervenir de la época. La lucha contra el “manicomio” por un lado y la búsqueda de nuevos modelos teóricos que favorecieran “el cambio” ya entraban en conexión con este modelo conceptual donde el cambio era un punto de reflexión fundamental (10).

Con esta filosofía, se crea la Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Avilés que comienza su



actividad el 23 de junio de 1997. Esta unidad constituía el último dispositivo sanitario que conformaba la red asistencial de salud mental comunitaria en el área sanitaria III (Avilés). Esta Unidad se definió como un dispositivo especializado de tercer nivel donde los pacientes ingresados pudieran beneficiarse de un programa rehabilitador individualizado que no sólo tuviese en cuenta sus déficits si no y sobre todo, sus necesidades, capacidades y recursos.

Este dispositivo fue diseñado para dar cobertura a pacientes con trastorno mental severo y recibe sus primeros usuarios procedentes de un centro de rehabilitación ubicado en el recinto del antiguo Hospital Psiquiátrico Regional, denominado “La Casita”. Eran personas con enfermedad mental grave y de larga evolución. Su psicopatología, tanto en sus manifestaciones productivas como inhibitorias, su historia de aprendizaje marcada por los sucesivos fracasos y el progresivo aislamiento social, colocaban a estos sujetos en una situación de cronicidad cuyas manifestaciones más visibles iban desde el deterioro en las actividades más básicas (autocuidado) hasta la ausencia de intereses vocacionales o laborales.

La idea básica era cambiar el modelo de intervención y no simplemente el lugar de intervención. Mediante actividades rehabilitadoras se pretendía dotar a las personas con limitaciones personales producidas por la enfermedad mental, de las habilidades necesarias que les facilitarían su resocialización e integración en su medio natural (4).

Las primeras experiencias rehabilitadoras tuvieron lugar dentro de los muros de la institución, en el antiguo Hospital Psiquiátrico Regional, donde se puso de manifiesto la importancia del contexto para la comprensión del comportamiento humano. Toda conducta fuera de contexto carece de sentido y a la vez, los distintos contextos determinan un modo u otro de comportamiento (11). La cuestión es escuchar a la persona, defender la perspectiva contextual de los trastornos mentales frente a la perspectiva médica de éstos, sea psiquiátrica o psicológica (12).

La característica básica de las intervenciones en el territorio es la de incidir sobre el mismo lugar en que se ha manifestado el problema mental.

Esta misma característica constituye la propiedad fundamental del modelo sistémico o contextual, que asume como condición necesaria para la comprensión del comportamiento humano la de insertarlo dentro del microsistema en cuyo ámbito se ha presentado el problema y en el que hay que producir el cambio. El modelo sistémico ofrece las condiciones para poder dar un sentido a las intervenciones en la comunidad, en el territorio. El propio concepto de sistema como conjunto de elementos en interacción dinámica organizados en función de una finalidad y de homeostasis, de morfogénesis,... es aplicable a las instituciones y a la familia (13,14).

En este contexto sociosanitario favorecedor de innovaciones y de alternativas terapéuticas no tradicionales, da sus primeros pasos el grupo de teatro “Nova”. Se pone en marcha con la colaboración de Cruz Roja Española (Asamblea de Avilés), estrenando su primera obra “La fierecilla domada” en 1998. La denominación del grupo de teatro se debe al nombre de una labrador Retriever, llamada “Nova” que convivía con los componentes del grupo en la Unidad de Rehabilitación Psicosocial y formaba parte de otra innovadora actividad rehabilitadora “Terapia facilitada con animales” (15).

### **Inicios del proceso de rehabilitación-desinstitucionalización**

Dentro del proceso rehabilitación-desinstitucionalización, uno de los primeros programas que se llevó a cabo en la década de los 80 tenía como objetivo mejorar la imagen de aquellos pacientes que tras tantos años de reclusión, presentaban aspectos deplorables que impedían en gran medida una mínima integración social. Despertaban, fuera del recinto manicomial, miradas, asombros, comentarios y por supuesto, rechazo. Los profesionales, con la ilusión del principiante, pero también con las carencias propias de la inexperiencia, comenzaron a trabajar aquellos aspectos que parecía que iban a favorecer su integración social. Se elaboraron programas de higiene personal, de adquisición de ropa frente al clásico ropero común,... Cuál era la decepción cuando al día siguiente todo aquello que se creía que habían aprendido y que a los ojos gratificaba tanto, se había perdido. Cada mañana había que volver a empezar y la frustración aumentaba.

En esos momentos se empezó a pensar más y a actuar menos. ¿Para qué y para quién se arreglaban? ¿Cuál era el fin último de todas aquellas movilizaciones? Se cayó en la cuenta que había que elaborar un plan más amplio de actuación, donde se incluyese un proyecto de vida, de futuro. El programa inicial se había centrado en lo más superficial, el exterior, sin percatarse que la imagen corporal y las emociones se hayan íntimamente vinculadas. Nuestra imagen es la expresión de la vida emocional y las emociones están siempre dirigidas a los demás, son sociales (16.). Se habían olvidado de la importancia de la comunicación tanto verbal como analógica (gestos) y de que todo comportamiento es comunicación y define la relación (10).

Uno de los axiomas básicos de la Teoría de la Comunicación Humana de la Escuela de Palo Alto establece que “es imposible no comunicarse” (10). En la Teoría de la comunicación humana, exponen lo siguiente:

*(...) por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes, a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por ende, también comunican. Debe entenderse claramente que la mera ausencia de palabras o de atención mutua no constituye una excepción a lo que acabamos de afirmar. El hombre sentado a un abarrotado mostrador en un restaurante, con la mirada, perdida en el vacío, o el pasajero de un avión que permanece sentado con los ojos cerrados, comunican que no desean hablar con nadie o que alguien les hable, y sus vecinos por lo general “captan el mensaje” y responde de manera adecuada, dejándolos tranquilos (10).*

Las personas que presentan trastorno mental severo reflejan importantes alteraciones en la comunicación y en consecuencia, una deficitaria interacción social. Sin embargo, partiendo de que es imposible no comunicar, ya que todo comportamiento (verbal o analógico) transmite un mensaje para las personas del entorno, debemos preguntarnos qué nos está diciendo esa persona con su forma de estar en el mundo. Con su conducta de aislamiento y el hecho de no hablar, precisamente nos está comunicando que

no quiere relacionarse con un entorno que no lo considerará una persona significativa (desconfir-mación) (10). Con esta falta de reconocimiento se produce una ampliación de la desviación, al generar patología y sufrimiento.

Los primeros éxitos en la rehabilitación psicosocial durante el proceso de desinstitutionalización se pusieron de manifiesto cuando comenzaron a llevarse a cabo programas y actividades que implicaban salidas de aquellos muros de la institución. Los profesionales manifestaban sus inquietudes cuando se programaban vacaciones o excursiones. Esas preocupaciones se tornaban en sorpresa cuando se observaba que en esos otros contextos los pacientes se comportaban de forma muy distinta a como lo hacían en la institución. En el hospital psiquiátrico parecía que todo estaba permitido y todo “era normal”. Al igual que toda conducta fuera de contexto carece de sentido, los distintos contextos determinan un modo u otro de comportamiento.

### El teatro como instrumento terapéutico

La esencia de la rehabilitación psicosocial sólo puede entenderse desde un modelo de intervención comunitaria (17). Si entendemos que la rehabilitación debe realizarse en la comunidad, en el medio natural del sujeto, el uso de los recursos comunitarios es la mejor estrategia para favorecer su integración social (18,19). El modelo de atención basado en la comunidad, a diferencia del modelo institucional, garantiza una mejor y más extensa atención con un mayor grado de satisfacción de los usuarios a la mayor parte de los problemas de salud mental de la población (20).

El teatro es un recurso que la comunidad ofrece y, como en la población general, puede ser un instrumento que favorezca la satisfacción de alguna de las necesidades que tiene el individuo. Por tanto, el teatro es algo más que una expresión artística, es una actividad que implica relacionarse y desarrollar habilidades sociales en personas que presentan sentimientos de soledad y aislamiento social.

El teatro como instrumento terapéutico ya estaba presente en Aristóteles (21) cuando decía que en los teatros griegos se producía una catarsis que purificaba a los pacientes, depuraba



los desarreglos morales y curaba las enfermedades del alma. Posteriormente Moreno (22-25), el padre del psicodrama, establece esta forma de actuación como una forma de psicoterapia. Plantea algo muy importante en las relaciones humanas y que consiste en la capacidad de los seres humanos para poder reconciliarnos con las personas de nuestro entorno. Según Moreno, el teatro busca que el hombre se concilie con sus semejantes.

Los actores a los que nos referimos, por sí mismos y por sus historias de vida, tienen grandes dificultades para expresar y transmitir sus experiencias, emociones y sentimientos. La interpretación les permite expresarse más libremente sin temor a ser juzgados, criticados o rechazados. Dejan de ser lo que son para ser otra persona. Aunque la actuación dramática es ficticia, la experiencia vivida en la representación es real y les permite expresar emociones temidas, cambiar patrones de conducta o exhibir nuevos rasgos. Una vez que las han vivenciado, aunque en modo ficticio, estas nuevas experiencias pueden formar parte del repertorio de la vida real (26).

Para Moreno (22), la espontaneidad fue el eje central de sus obras, pretendía que el paciente adquiriese un mayor abanico de conductas y rompiera con sus limitaciones utilizando la técnica de inversión de roles (experimentar distintas emociones y puntos de vista de cada rol). Trabajar la espontaneidad favorece la conexión con el cuerpo, mejorando la expresión corporal, la capacidad de comunicación y en general, la relación consigo mismo. La expresión corporal pobre y la capacidad de comunicación limitada son facetas de las personas con trastorno mental severo. El teatro por tanto, ayuda al crecimiento personal y es una vía para superarse.

Las funciones terapéuticas del teatro deben su protagonismo fundamentalmente a los espectadores, más que al propio trabajo de los actores. Aunque unos sin los otros no existirían, es la presencia del público la que con sus aplausos, admiración y reconocimiento va a dar sentido a lo que hacen los actores. Muchos de ellos, por primera vez, se sienten interlocutores válidos al ser valorada y reforzada su actividad y reconocida su competencia personal. A lo largo de su existencia, con una historia de vida de fracasos, han

oído muchas veces “no vales para nada” “eres un vago” o “nos has destrozado la vida”. En esa comunicación circular e interactiva, el paciente se nutre y reconstruye una nueva percepción de sí mismo. Fomenta la autoafirmación y la autoestima y sobre todo, cubre su necesidad básica de comunicarse, dejando de ser invisible para ser humanamente significativo.

## Conclusiones

La reforma psiquiátrica supuso un cambio, no sólo en el escenario de intervención sino también en el modo de intervenir. En este contexto de innovación, surge el grupo de teatro “Nova” con la pretensión de ser un instrumento que ayude a satisfacer necesidades y a potenciar el desarrollo de habilidades sociales o las necesidades de afiliación y de autorrealización.

Los inicios del planteamiento rehabilitador, marcados por un enfoque superficial, supusieron un fracaso. Únicamente modificando la apariencia (*el continente*) no modificamos las emociones y los sentimientos (*el contenido*). La imagen corporal está íntimamente relacionada con las emociones y sentimientos.

El uso del teatro como instrumento terapéutico supuso un enfoque mucho más profundo. Los actores y actrices comenzaron a relacionarse con el entorno, un entorno que suponía más una aceptación que desconfirmación. Y además, comenzaron a desplegar distintos roles o formas de ser, tanto exterior como interiormente. No sólo representaban un papel en apariencia, sino que tenían que hacer uso de habilidades, estrategias y motivaciones que caracterizan a su personaje, aprendiendo de ellos.

La continuidad de este grupo de teatro resulta sorprendente. Tras 16 años de actividad continúa en activo. Ensayan sus papeles con regularidad, estrenan obras de temáticas diversas y participan en actividades fuera del territorio español. Posiblemente su estabilidad y permanencia en el tiempo se deba al alto nivel de satisfacción que refieren los actores. Sin duda, ha mejorado su calidad de vida al cubrir, con esta actividad, alguna de sus necesidades básicas. Esta experiencia pone de manifiesto que la continuidad de cuidados (27) no es lo mismo que cuidados continuados.

Durante la elaboración de este documento se representó en el Teatro Palacio Valdés de Avilés la obra titulada “La otra mirada”, estrenada en el año 2003. El mensaje que la obra intenta transmitir a la sociedad es el de tolerancia y respeto a la diferencia. Al utilizar el entorno social como recurso ineludible del proceso de rehabilitación

psicosocial, además de dotar a las personas con las habilidades necesarias para la interacción con su medio natural, se facilita a las instituciones, donde el sujeto se desenvuelve, apoyo e información realista que favorezca la convivencia y aceptación de las personas con enfermedad mental de larga evolución.

### Contacto

**María Fernández Rodríguez**

Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (U.T.I.G.P.A.).

Hospital San Agustín de Avilés y Centro de Salud Mental I “La Magdalena”.

C/ Valdés Salas, 4. 33400-Avilés. Asturias.

maría.fernandezr@sespa.princast.es • Teléfono: 985 549 219

**Patricia Guerra Mora**

patryguerra@hotmail.com

**Olaya Begara Iglesias**

olaya.ob@gmail.com

### Referencias bibliográficas

1. Savater F. *Las preguntas de la vida*. Barcelona: Planeta; 1999.
2. Watzlawick P. *¿Es real la realidad? Confusión, desinformación, comunicación*. 6ª Edición. Barcelona: Herder; 1994.
3. López R. Para una conceptualización del constructivismo. *Rev Mad* 2010; 23, 25-30. Accesible en <http://www.revistamad.uchile.cl/index.php/RMAD/article/viewFile/13632/13900>
4. García J. *La implantación del hospital moderno en España. El Hospital General de Asturias, una referencia imprescindible*. Oviedo: Ediciones Nobel; 2011.
5. Luch E. Informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica, Abril 1985. *Pap Psicol* 1986, 26. Accesible en <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=278>
6. Goffman E. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu; 1970.
7. Pereira R. *Revisión histórica de la terapia familiar* (s.f.) Accesible en [http://www.roberto-pereiratercero.es/articulos/Revisi%C3%B3n-Hist%C3%B3rica\\_de\\_la\\_TF.pdf](http://www.roberto-pereiratercero.es/articulos/Revisi%C3%B3n-Hist%C3%B3rica_de_la_TF.pdf)
8. Suarez T y Rojero CF. (Coord.). *Paradigma sistémico y terapia familiar*. Madrid: Ed. Asociación Española de neuropsiquiatría; 1983.
9. Cabero A., Coto E., Del Pozo J., García Solar ML., Pascual J. y Rípodas P. Experiencia PIR en Asturias. *Pap Psicol* 1986, 27.
10. Watzlawick P., Beavin J. y Jackson D. *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas (10 ed.)* Barcelona: Herder, S.A; 1995.
11. Selvini-Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G. y Prata G. *Paradoja y contrapadoja. Un nuevo modelo en terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós; 1988.
12. González Pardo H. y Pérez Álvarez M. *La invención de trastornos mentales ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza; 2007.
13. Bertalanffy L. *Teoría General de los Sistemas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1976.
14. Selvini-Palazzoli M., Anolli L., Blasio P.; Giossi L., Pisano I., Ricci C. et al. *Al frente de la organización*. Barcelona: Paidós; 1986.
15. Fernández Rodríguez M., Peñuelas Carnicero E. y García García E. *Terapia facilitada con*



- animales en la rehabilitación psicosocial de un enfermo mental grave institucionalizado*. Comunicaciones V Congreso Internacional, Animales de compañía, fuente de salud; 2004, 167-180. Barcelona: Fundación Affinity.
16. Parkinson B *Las emociones son sociales*. (s.f) Accesible en [http://twileshare.com/uploads/PARKINSON\\_DOS\\_PAPERS.pdf](http://twileshare.com/uploads/PARKINSON_DOS_PAPERS.pdf)
  17. Instituto de Mayores y Servicios Sociales- IMSERSO. *Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial*, 2007. Accesible en [http://www.logicortex.com/wp-content/uploads/guias\\_para\\_profesionales/Otros\\_documentos/Modelo\\_centro\\_de\\_dia\\_enfermedad\\_mental\\_grave\\_%28IMSERSO%29.pdf](http://www.logicortex.com/wp-content/uploads/guias_para_profesionales/Otros_documentos/Modelo_centro_de_dia_enfermedad_mental_grave_%28IMSERSO%29.pdf)
  18. Fernández Rodríguez M. *El uso de recursos comunitarios informales en los programas de rehabilitación psicosocial de trastornos psicóticos*. Conferencia temática de AMP, Tratamiento integrado en la comunidad en personas con trastornos psicóticos graves; 1999 Marzo.
  19. Fernández Rodríguez M. *El uso de recursos comunitarios en rehabilitación*. II Jornadas asturianas de Salud Mental; 2000. Oviedo.
  20. Bravo MF (Coord.). *Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2000.
  21. Aristóteles. *Poética*. Caracas: Monte Ávila Editores; 1990.
  22. Moreno J. *Fundamentos de la Sociometría*. Buenos Aires: Paidós; 1962.
  23. Moreno J. *Psicoterapia de grupo y psicodrama, Introducción a la teoría y a la praxis*. México: F.C.E; 1970.
  24. Moreno J. *Psicodrama*. Buenos Aires: Lumen; 1993.
  25. Moreno J. *Las bases de la psicoterapia*. Buenos Aires: Hormé; 1995.
  26. Emunah R. *Acting for Real Drama Therapy Process, Technique and Performance*. New York: Brunner/Mazel, Inc; 1994.
  27. Ministerio de Sanidad y Consumo *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006*, 2007. Accesible en [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)



# FORMACIÓN CONTINUADA



# Abordaje de un caso de sintomatología postraumática desde una perspectiva cognitivo-conductual.

## *Addressing a case of symptomatology post-traumatic from a cognitive-behavioural model.*

Esther Jiménez Antuñano

Psicóloga Residente.

C.S.M. de Basauri, Bizkaia (Osakidetza).

**Resumen:** La violencia es un fenómeno que está muy presente en nuestra vida diaria. Cuando una persona es víctima de un acontecimiento traumático, bien sea provocado o no de forma intencionada, es probable que experimente una serie de síntomas que le van a limitar en su funcionamiento diario. En este artículo se describe un caso en el que una mujer fue asaltada y el abordaje terapéutico breve y estructurado que se llevó a cabo desde una perspectiva cognitivo-conductual. La elección de una intervención desde este modelo, se hizo en base a la evidencia empírica demostrada de las técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático.

**Palabras clave:** Violencia, acontecimiento traumático, sintomatología postraumática, modelo cognitivo-conductual.

**Abstract:** The violence is a phenomenon that is very present in our daily life. When a person is victim of a traumatic happening, either caused or not of deliberate form, it is probable that it experiences a series of symptoms that are about to be bounded this person in her daily functioning. This article describes a case in which a woman was assaulted and the therapeutic boarding paper, brief and constructed, that carried out to her from a cognitive-behavioural perspective. The election of an intervention from this model, it made in base to the demonstrated empiric evidence of the cognitive-behavioural techniques in the treatment of the upset for stress post-traumatic disorder.

**Key words:** Violence, traumatic happening, post-traumatic shymptomatology, cognitive-behavioural model.

### Introducción

Los actos de violencia constituyen un tema de gran importancia para la población general y las autoridades, tanto por sus consecuencias en el ámbito de la salud, como por las pérdidas que implican a nivel económico. De acuerdo a las estadísticas, el 83% de la población estadounidense será víctima de algún delito violento a lo largo de su vida y el 99% experimentará un robo<sup>(1)</sup>.

Cuando un individuo sufre un asalto, presenta una serie de reacciones a nivel psicológico y fisiológico<sup>(2)</sup>; Estas respuestas inmediatas ante un suceso traumático serán diferentes en cada individuo y variarán según la naturaleza de la agresión. Así, la respuesta al trauma vendrá dada por la percepción de la amenaza y el significado que ésta adquiera para la persona; a su vez, dicha percepción dependerá tanto del acontecimiento



en sí mismo, su intensidad y duración, como de las características de la persona<sup>(3)</sup>, siendo estos factores modulados por las habilidades de afrontamiento y el apoyo social percibido, influyendo, de esta forma, en el posible surgimiento del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y/o en su mantenimiento o superación<sup>(4,5)</sup>.

El TEPT aparece por primera vez en el DSM-III (1980) dentro de la categoría de trastornos de ansiedad. El cuadro sintomático característico debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático, de evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, y de síntomas persistentes de activación (*arousal*)<sup>(6)</sup>.

El TEPT es más probable, grave y/o duradero cuando el agente estresante es aplicado directamente por el hombre (p.ej., tortura, violación, violencia familiar, terrorismo). La probabilidad de desarrollar TEPT aumenta cuando se incrementan la intensidad, duración y/o frecuencia del agente estresante y cuando éste es experimentado directamente en vez de simplemente observado o transmitido<sup>(4)</sup>.

En Estados Unidos alrededor de cuatro millones de mujeres padecen un trastorno por TEPT como consecuencia de asaltos y violaciones<sup>(7)</sup>. En España se estima que la prevalencia del trastorno es del 1-3% de la población, aunque si se incluyen formas menos graves puede llegar al 5-15%<sup>(8)</sup>.

Los estudios prospectivos revisados han encontrado que a los tres meses de padecer un asalto o delito, la prevalencia del TEPT es entre el 48% y el 60% en víctimas de violación sexual, y del 25% en víctimas que no han sido agredidas sexualmente<sup>(7)</sup>.

No todas las personas expuestas a un acontecimiento traumático desarrollan un TEPT. Diversos estudios plantean que sólo la mitad de los sujetos presentarán síntomas característicos del TEPT<sup>(9)</sup>. Este trastorno también puede aparecer después de que ha pasado un tiempo desde que el estresor ha ocurrido. Se estima que puede ser un 30% el porcentaje de personas que presentan un TEPT diagnosticable muchos años después del acontecimiento<sup>(10)</sup>.

## Caso clínico

Saioa es una mujer de 21 años que acude por primera vez a la consulta de psicología en septiembre del 2012. Nunca antes había estado en tratamiento psicológico.

Vive en casa con sus padres y tiene una hermana menor de 13 años. Ha estudiado la carrera universitaria de magisterio infantil y actualmente se encuentra en paro, aunque da clases particulares a un niño por las tardes. Mantiene una relación sentimental estable desde hace 3 años.

Actualmente están viviendo una situación difícil en casa a raíz de un accidente sufrido por el padre hace unos meses. Ha tenido que ser intervenido con radioterapia y el tratamiento que está tomando le provoca un carácter difícil de manejar.

## Motivo de consulta

Hace aproximadamente un año sufre un intento de robo en el portal de su casa. Tal como narra Saioa, un sábado por la noche después de salir de fiesta con sus amigos, cuando llega al portal y está intentando introducir las llaves en la puerta para abrirla, alguien le ataca por detrás, le tapa la boca y le agarra del cuello. Forcejean, Saioa grita pero nadie aparece por la calle, ni ningún vecino se asoma para dar cuenta de lo que está ocurriendo. Finalmente, el agresor se asusta y se marcha, no llevándose ningún objeto de la víctima. Acto seguido Saioa sube a casa y llama a su pareja. Éste va a buscarla e intenta tranquilizarla sin éxito. Pasadas unas horas se dirigen a la policía para denunciar lo ocurrido. Después de observar las fotos de diferentes delincuentes, identifica a su agresor, admitiendo que está segura de que le ha seguido desde el metro, porque le vio allí.

Después del suceso, Saioa va recuperando progresivamente su actividad diaria: sigue estudiando, queda con sus amigas, sale los fines de semana, aunque menos a menudo.

Por el día hace una vida “normal”, pero por la noche es cuando emergen todos sus miedos, desarrollando una serie de síntomas fisiológicos, conductuales y cognitivos, que seguidamente pasaremos a describir.

El síntoma principal y motivo por el cual acude a consulta, son las pesadillas repetidas durante la noche que la mantienen en vela la mayor parte del tiempo. Por ello, cogemos esta demanda como foco de la intervención, ya que es lo que más interfiere a nivel personal y social con la vida de la paciente.

Según cuenta, es incapaz de dormir por las noches, está atemorizada. La mayoría de ellas las pasa en vela con la luz y la televisión encendidas, con intensa ansiedad y pensamientos intrusivos sobre lo ocurrido; cuando consigue dormir, el sueño es interrumpido por una reexperimentación del suceso en forma de pesadillas intensas.

Las salidas por la noche se han reducido, ya que en cuanto oscurece aparece el miedo a volver sola a casa. Antes siempre había sido una chica sin miedos y muy segura.

Después de una primera entrevista en la que se hace la exploración y evaluación psicopatológica, se realiza un análisis funcional de la sintomatología actual:

Los estímulos desencadenantes son:

Externos:

- Que sea de noche.
- Estar sola en casa.
- Volver sola a casa por la noche.
- Calles desiertas, sobre todo por la noche.
- Escuchar ruidos cuando está sola en casa.
- Hombres que se encuentre por la calle y que la miren.
- Hombres de origen marroquí (nacionalidad del agresor).
- Que su madre le enseñe casi diariamente noticias en la televisión o en el periódico con temática de agresiones.

Internos:

- Pensar en el agresor y en lo ocurrido.

Las **respuestas** son de varios tipos:

Cognitivas:

- Pesadillas (robo, persecución, agresión...).
- Flashbacks (cara del agresor).
- Creencias irracionales: “pueden entrar por las ventanas” (a pesar de estar cerradas), “a lo mejor alguien ha entrado en casa”...

- “¿Y si me vuelve a pasar algo?”.

- “Ya sabe dónde vivo, o igual se lo cuenta a un amigo y me sigue para agredirme de nuevo”.

- “Y si estoy dentro del portal y pasa algo, nadie va a salir a ayudarme” (Cuando ocurrió el suceso ningún vecino la ayudó).

“Al final mi madre tenía razón cuando me decía que tenía que tener miedo y cuidado, que algún día me pasaría algo”.

Fisiológicas:

- Ansiedad elevada: taquicardia, sudores, temblores, nudo en el estómago.

- Respuesta exagerada de sobresalto.

Conductuales:

- *Conductas de evitación*: evita salir por las noches cuando sabe que va a tener que volver sola a casa, evita hablar sobre lo ocurrido y sobre la posibilidad de que vuelva a ocurrir como le insisten sus padres, si está sola en casa y oye algún ruido se encierra en su habitación.

- *Conductas de escape*: intenta distraerse cuando le viene algún pensamiento sobre lo ocurrido, cuando sus padres le enseñan alguna noticia relacionada no la lee o se marcha.

- *Conductas de seguridad*: duerme con la tele y la luz encendidas, cuando entra en el portal llama por teléfono a su novio hasta que sube a casa, hipervigilancia, muy pendiente de todo lo que ocurre alrededor, sobre todo por la noche.

Las **consecuencias** son:

Refuerzo negativo de la sintomatología:

- Alivio a través de las conductas de escape y evitación.

La sintomatología actual no cumple un diagnóstico completo de trastorno por estrés postraumático. Se pensó que en un primer momento sí podría haber cumplido criterios para un trastorno por estrés agudo, atendiendo a la reacción inicial y síntomas disociativos que se presentaron los primeros días. Actualmente y habiendo pasado un año desde el acontecimiento ocurrido, se piensa que ha evolucionado hacia un trastorno adaptativo con sintomatología ansiosa, que se ha cronicado al tener una duración mayor de 6 meses.



## Intervención psicoterapéutica

Se realizó una intervención breve estructurada desde un marco cognitivo-conductual. Se llevaron a cabo seis sesiones, no prefijadas de antemano, de una hora de duración y periodicidad semanal.

Los objetivos que se plantearon, de forma conjunta, en un primer momento fueron:

- Poder dormir bien, sin pesadillas.
- Aumentar el nivel de seguridad en casa.
- Adquirir la seguridad necesaria para poder volver sola a casa por la noche.

De forma transversal, y aunque no se profundizó en ello, estuvieron presentes ciertos aspectos que le preocupaban como la enfermedad de su padre y dificultades en la relación con su madre.

En un primer momento se reforzaron las conductas positivas que ella estaba llevando a cabo, sobre todo el que no evitara quedarse sola en casa los fines de semana cuando sus padres se iban fuera (solían marcharse prácticamente todos los fines de semana).

Se le explicaron los síntomas que ella tenía, algo que ayudó mucho desde el punto de vista terapéutico a una mejora sintomática:

El miedo y la ansiedad como una reacción de defensa natural y habitual ante un hecho amenazante<sup>(14)</sup>. Para ella el peligro continuaba puesto que la visión del mundo y su sensación de seguridad habían cambiado. Tenía a su alrededor un gran número de estímulos que le hacían sentir una activación constante: estaba inquieta, se sobresaltaba fácilmente y no podía dormir. Esta excesiva activación hacía que necesitara más energía de la habitual, por lo que siempre se encontraba cansada.

La evitación era una forma de manejar la ansiedad y el malestar. Evitaba todo lo relacionado con la agresión para intentar no recordar. Pero a partir de ahí había generalizado evitado otras situaciones menos relacionadas con la agresión. Se le explicó la trampa de la ansiedad.

En cuanto a la reexperimentación del trauma se le explicó que la experiencia que había vivido era tan fuerte y tan diferente de su vida cotidiana

que su mente no podía encajarla dentro de su visión del mundo. Por eso, con el objetivo de comprender lo que ocurrió, su mente seguía trayendo a su memoria lo acontecido para asimilarlo y asumirlo mejor y de forma más eficaz.

Se le explicaron los procesos por lo que había llegado a aprender a evitar y a reaccionar así, el Condicionamiento Clásico y el Refuerzo Negativo.

Se utilizaron diversas técnicas cognitivo-conductuales para trabajar sobre los dos primeros objetivos:

- Relajación muscular progresiva.
- Registro funcional de pesadillas: a partir de la segunda sesión cada semana fue anotando las pesadillas que tenía y progresivamente se fue disminuyendo el temporizador de la televisión antes de irse a la cama y después de despertarse tras una pesadilla, y se le sugirió que permaneciera en la cama con la luz apagada, algo que fue capaz de hacer prácticamente desde el principio.
- Exposición en imaginación al suceso.
- Debate de creencias irracionales.
- Exposición mediante la construcción de una jerarquía de situaciones que le provocaban miedo y ansiedad: nos centramos en trabajar una: *salir de la habitación cuando oía un ruido*.
- Autoinstrucciones.

## Resultados

Transcurridas seis sesiones Saioa demanda el alta, tras haber experimentado una mejoría subjetiva de los síntomas:

No tenía pesadillas y si algún día tenía un sueño perturbador no le impedía volver a dormirse después; No necesitaba tener la televisión ni la luz encendidas para dormir (disminuyeron las discusiones con sus padres en torno a este tema); Era capaz de hablar sobre lo ocurrido con sus padres, salía casi todos los fines de semana y, aunque con ansiedad elevada, conseguía salir de su habitación cuando estaba sola y tenía miedo.

Parecía que dos de los objetivos propuestos y los más importantes para ella se habían conseguido:

ella podía decir que sus noches eran “normales” y sentirse segura en casa, con la consiguiente generalización a otras situaciones.

No obstante quedaron algunos objetivos pendientes que no dio tiempo a trabajar debido a la brevedad de la intervención, como fueron el volver sola a casa (hay que decir que en alguna ocasión sí lo hizo, ya que se sentía más segura, pero siempre lo hizo hablando por teléfono); Que pudiera enfrentarse a las situaciones que le daban

miedo sin necesidad de conductas de seguridad; y la hipervigilancia y las respuestas exageradas de sobresalto.

A continuación, se presenta el registro funcional de pesadillas que Saioa fue realizando cada semana junto con un resumen gráfico del mismo; y el grado subjetivo de malestar / seguridad pre y post-tratamiento:

Tabla 1. Registro funcional de pesadillas								
	1	2	3	4	5	6	7	8
Hora cama	1 a.m.	1 a.m.	1 a.m.	1 a.m.	1 a.m.	1 a.m.	1 a.m.	1 a.m.
Luz on	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No
TV on	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Temp.	Toda noche	Toda noche	1h.	½ h.	½ h.	½ h.	15 min.	0 min.
Pesadilla	4	4	1	2	1	1	0	0
¿Después?	Luz y tv on	Luz y tv on	Luz off/ Tv on ½ h.	Luz y tv off	Luz y tv off	Luz y tv off	Luz y tv off	Luz y tv off
Suceso relevante	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No
Relajación	No	No	Sí (4)*	Sí (3)*	Sí (3)*	Sí (4)*	Sí (4)*	Sí (4)*

\*Grado subjetivo de relajación en una escala de 0 a 5 puntos.

Gráfico 1. Registro visual del registro funcional

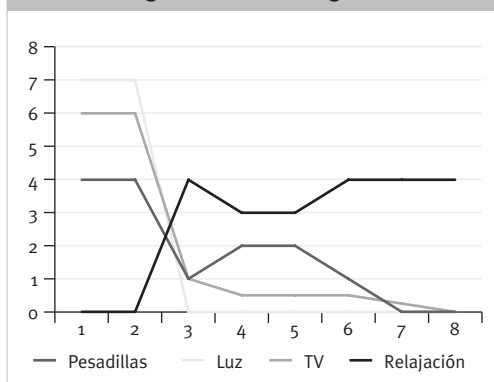
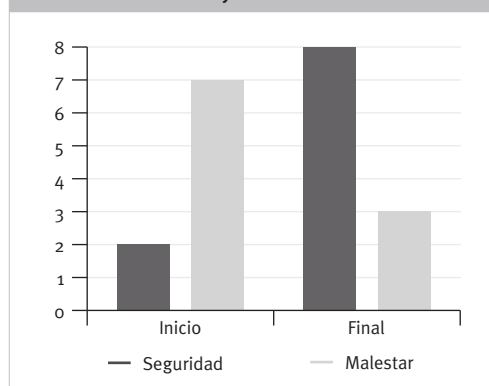


Gráfico 2. Grado subjetivo de seguridad y malestar al inicio y al final del tratamiento



## Conclusiones

Tanto la conceptualización del suceso traumático (estresores externos objetivos que la persona experimenta, presencia o a los que se enfrenta), como la inclusión del TEPT en el apartado de los trastornos de ansiedad, justifican los tratamientos psicológicos utilizados. Ya que la mayor parte de los procedimientos que han probado su eficacia en aliviar la sintomatología del TEPT se fundamentan en las conceptualizaciones conductual y cognitiva de la psicología del aprendizaje<sup>(12)</sup>, se optó por llevar a cabo un tratamiento breve desde esta perspectiva, y muy focalizado en la demanda principal de Saioa.

Se podrían haber tratado muchos aspectos y haber asentado más y mejor las técnicas aprendidas,

pero el espacio otorgado por la paciente no dio lugar a ello. Aunque quedaron aspectos pendientes, se consiguieron los objetivos que más interferían con su vida, lo que se vio reflejado en el nivel de satisfacción subjetiva al finalizar el tratamiento. Un aspecto clave en la eficacia, fue cuando Saioa entendió lo que le estaba pasando, lo cual progresivamente le ayudó a aumentar su seguridad y percepción de control. La motivación y las ganas de “poder tener noches normales” ayudaron a la buena adherencia al tratamiento, y su consiguiente mejoría.

El tratamiento finalizó en la sesión 6 porque Saioa se vio con la seguridad y estrategias necesarias para afrontar las diferentes circunstancias de la vida, y no vio necesario continuar más allá.

## Contacto

Esther Jiménez Antuñano • C.S.M. de Basauri  
C/ Gaztela, 1 bajo, 48970-Basauri (Bizkaia)  
esther.jimenezantunano@osakidetza.net

## Bibliografía

1. Cía A. *Trastorno por Estrés Postraumático: Diagnóstico y Tratamiento Integrado* 1ª ed. Buenos Aires: Imaginator; 2001.
2. Ursano R, McCaughey B, Fullerton C. The structure of human chaos. *Individual and community responses to trauma and disaster*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
3. Harvey P, Yehuda R. Strategies to study risk for the development of PTSD. *Risk factors for post-traumatic stress disorder*. Washington, DC.: American Psychiatric Press Inc.; 1999.
4. Bados A. *Trastorno por estrés postraumático*. Barcelona: Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona; 2009.
5. Carbonell C, Carvajal C. El trastorno por estrés postraumático: una consecuencia de los asaltos. *Revista Médica de Chile* 2004, 132: 839-844.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* 4ª ed. Washington; 1994.
7. Foa E.B. Trauma and women: Course, predictors, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 1997, 58: 25-28.
8. Avia M.D. y Vázquez C. *Optimismo Inteligente*. Madrid: Alianza; 1999.
9. McFarlane A. The etiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Journal Psychiatry* 1989; 154: 221-8.
10. Kilpatrick D, Saunders B, Veronen L, Best C, Von J. Criminal victimization: lifetime prevalence, reporting to police and psychological impact. *Crime and Delinquency* 1987; 33: 479-489.
11. García-Esteve L, Navarro P, Imaz ML, Salanova C. *Guía de autoayuda para mujeres víctimas de una agresión sexual reciente: Camino hacia la recuperación*. Barcelona: Institut Clínic de Neurociències (ICN). Servei de Psiquiatria de l'Hospital Clínic de Barcelona; 2009.
12. Báguena MJ. Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema* 2001; 13: 479-492.

• Recibido: 08-05-2013.

• Aceptado: 10-06-2013.

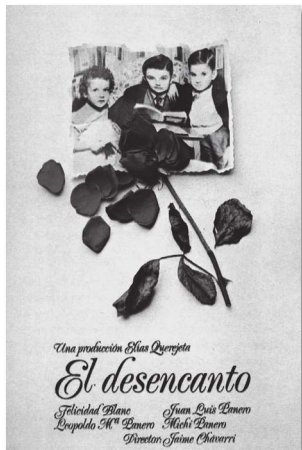


**HISTORIA**



## Análisis filmográfico de un largometraje perteneciente a la Transición española: El desencanto.

### *Film analysis belonging to spanish transition: Disenchantment.*



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, Dpto. 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 fímico 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 y cómo se refleja.

**Palabras clave:** Psiquiatría, transición, familia.

**Abstract:** we have cosen 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 anlyse mental illness and how it shows.

**Keywords:** Psychiatry, transition, family.

### Ficha técnica y artística

<b>Dirección</b>	Jaime Chávarri.
<b>Producción</b>	Elias Querejeta P.C. (Madrid).
<b>Ayudante de dirección</b>	Francisco J. Querejeta
<b>Ayudante de producción</b>	Pedro Esteban Samu.
<b>Script</b>	Francisco J. Lucio.
<b>Regidor</b>	Gregorio Hebreo.
<b>Ayudante de cámara</b>	Santiago Zuazo.
<b>Auxiliar de cámara</b>	José María Nicolás.
<b>Ingeniero de sonido</b>	Bernardo Menos.
<b>Repicaje de sonido</b>	Antonio Illán.
<b>Ayudante de montaje</b>	Rosa María Ortiz y Juan S. Mateo.
<b>Sonorización</b>	Sincronia.
<b>Laboratorio</b>	Madrid Film- Arroyo.
<b>Títulos y trucaje</b>	S Film- Pablo Nuñez.
<b>Guión</b>	Jaime Chávarri.
<b>Fotografía</b>	Teodoro Escamilla, Juan Ruiz Anchía. (Blanco y negro, panorámico).
<b>Montaje</b>	José Salcedo.
<b>Música</b>	Sonata para piano D 959 de Schubert.
<b>Jefe de producción</b>	Primitivo Álvaro.
<b>Laboratorios</b>	Madrid Film.
<b>Duración</b>	95 minutos.
<b>Fecha de estreno</b>	17 de septiembre de 1976.
<b>Personajes que intervienen</b>	Felicidad Blanc, Juan Luis Panero, Leopoldo María Panero, Michi Panero.

### Argumento

La película se sitúa en Astorga, el 28 de agosto de 1974: en una plaza de la ciudad el ayuntamiento realiza un homenaje póstumo, inaugurando un monumento en su memoria, al poeta Leopoldo Panero, oriundo de la misma y fallecido doce años antes en Castrillo de las Piedras, con la asistencia de su viuda, Felicidad Blanc, y dos de sus tres hijos, Juan Luis Panero y Jose Moisés, más conocido como Michi Panero. Se descubre una estatua dedicada a Panero y una voz en off disertada sobre las relaciones del poeta con la ciudad.

A partir de estas imágenes se suceden en el film una serie de confesiones, en forma de monólogos ó diálogos entre dos o tres personas sobre

la familia Panero, aprovechando como excusa la conmemoración de la muerte del padre. Felicidad Blanc, viuda del poeta falangista, y sus tres hijos narran sus vivencias, se internan y entrecruzan los recuerdos de la familia ante la presencia fantasmal de un padre ausente, aprovechando para cobrarse las deudas pendientes, desnudando ante la cámara profundas intimidades, exhibiendo sus miserias con la crudeza y brutalidad de sus declaraciones: el matrimonio entre Panero y Blanc, los lugares en que vivieron (Astorga, Madrid,...), la presencia de amistades literarias en el entorno familiar, la actitud de Panero hacia su esposa y sus hijos, la asunción del cargo de director del Instituto de España en Londres, los conflictos personales entre ellos, la vertiente autoritaria

del padre, su muerte. También se suscitan las relaciones entre los hermanos, los compromisos políticos, las rivalidades literarias, los odios irreconciliables, las complicidades. En el trascurso del film hay referencias al tercer hijo, Leopoldo María; avanzado el metraje, su aparición desencadena otro grupo de confesiones en las que él aparece de forma individual o al lado de Felicidad Blanc y de su hermano menor, Michi, y en las que se rememoran las vicisitudes de Leopoldo María en la cárcel, en su militancia en el Partido Comunista de España, sus intentos de suicidio, su reclusión en el manicomio y, en fin, la soledad, la rabia y el resentimiento que le despertaba la figura del padre autoritario.

### Avatares

En su origen *El desencanto* surge de un encargo del productor Elías Querejeta, que en 1974 había convocado a una serie de jóvenes directores para la realización de unos tantos cortometrajes, proyecto que al parecer solo se tomaron con interés Jaime Chávarri y Ricardo Franco. El primer proyecto con el que trabaja Chávarri es un reportaje sobre un manicomio pero pronto es desechado. El segundo y, a la postre, definitivo es un documental sobre la familia del difunto poeta Leopoldo Panero. Cuando Querejeta le propone el cortometraje sobre la familia Panero al principio le pareció un disparate, pero poco después J. Chávarri quedó fascinado, su idea original consistía en el retrato de la familia del poeta oficial del franquismo que, a su muerte, queda totalmente desvalida y debe vender libros para sobrevivir.

Tras la primera tanda de rodajes, precedida por muchas horas de grabaciones magnetofónicas, en agosto de 1974, Chávarri y Querejeta llegan al convencimiento de que el material puede ser aprovechado para un film de largo metraje, por lo que en los meses sucesivos, y separados por largos intervalos, se acometen nuevas tandas de rodaje hasta obtener diez horas útiles de filmación. Resulta interesante comprobar que es la última película que sufre los rigores de la censura tardofranquista intentándose cegar con el film, consiguiendo suprimir diversas frases, especialmente algunas dichas por Leopoldo, de marcado tono provocador en relación a sus experiencias homosexuales durante su estancia en la cárcel, aunque algunos miembros de la Junta de Califi-

cación y Apreciación de películas, de la Dirección General de Cinematografía, consiguieron autorizarla para mayores de trece años de edad.

### Análisis del contenido filmico

Al principio la cámara nos sitúa en una ciudad española, en la que se procede a rendir homenaje a un poeta ya difunto, Leopoldo Panero. Las imágenes, y el sonido en off que las ilustra, tienen inicialmente un cierto empaque de NO-DO, de noticiario oficialista del régimen. También el sujeto homenajeado póstumamente lo es: habiendo ejercido cargos relevantes en el aparato cultural franquista, Panero fue, mas allá de la calidad de buena parte de su poemario, un poeta institucional, de carácter conservador, vinculado con la Falange. En 1953 escribía unos versos que definen su posición ideológica como poeta e individuo: *“porque España es así, y el ruso, ruso, hoy preferimos el retraso en Cristo a progresar en un espejo iluso”*.

Tras estas primeras imágenes con una inmensa fuerza visual en blanco y negro, rodada con un estilo sobrio y en tono “documentalista” el film da paso a la voz y a la presencia de los familiares del interfecto. Y del tono oficialista se traslada al espectador a un documento de carácter íntimo, repleto de confesiones impúdicas sobre la familia Panero, sobre los sentimientos de cada uno de los integrantes; los Panero son observados, y examinados, en su doble condición de grupo familiar aparentemente convencional y de presunto estandarte del régimen franquista. Es precisamente en este último registro, en el que los sinsabores, las tristezas y las vejaciones que Felicidad Blanc, uno de los personajes más cautivadores de la historia del cine español, y sus hijos enuncian a lo largo del film se convierten en una señal estridente del desencanto al que alude el título.

Combinando imágenes documentales, hecho excepcional en una cinematografía generalmente sujeta a las normas de la narrativa dramática Chávarri trasciende el reflejo de los personajes para adentrarse en la radiografía de la institución familiar en decadencia, presentándonos una familia, considerada por el régimen como ejemplar, rota, disgregada, frágil, descompuesta, llena de resentimientos y disputas entre sus miembros, marcada por la muerte, el alcoholismo y la locura.

Los cuatro personajes son la piedra angular de este visceral documental, y en sus confesiones el espectador presencia la venganza entre ellos, de esta forma desbordan con creces las expectativas de cualquier intento de dirección, creando, de forma mas o menos consciente, con mayor o menor esfuerzo, sus propios personajes que asumen con desesperación o ironía, con mayor o menor auto-complacencia ante la cámara, y estos a su vez toman las riendas de la película, dándose recaditos entre ellos, que con todos los entresijos que supone su complejidad psicológica y a través de sus heridas abiertas el espectador no solo atisba en el desencanto de la España del franquismo, sino a un ejercicio de los personajes de crítica ajena y propia con gran ferocidad, la crónica de una familia que se acaba, en plena decadencia económica y social.

Al fin y al cabo, **El desencanto** podría ser un ejemplo de la dificultad de admitir el género documental como uno de los principales resortes de la presunta objetividad cinematográfica.

Se trata de una película planificada cuidadosamente en la que el director selecciona y monta lo que le interesa de entre las mas de diez horas de grabación que realiza. De esta forma logra darle una estructura poética y cíclica acompañada de la sonata para piano de Schubert D 959, que traduce sutilmente el círculo vicioso dentro del que de forma impotente y desencantadamente se debaten o posan complacidos los cuatro personajes.

Una lectura atenta de la estructura del film sugiere un montaje nada ingenuo: más aún, profundamente cargado de sentido. En primer lugar cabe destacar que, tratándose aparentemente de un reportaje, el personaje que centra lo visible, esto es, Leopoldo Panero, es invisible: no hay en el texto fílmico huecos por donde aparezcan imágenes del poeta, ni fotográficas, ni cinematográficas. Su presencia referencial, en contraste con su ausencia icónica, resulta un juego pleno de sutilezas. Todo lo que hay en *El desencanto* de supuesta historia verídica de una familia tiene su contraste en el establecimiento de una ficción, un relato dramático en el que se inscribe el espectador de una forma activa: lejos de esperar confidencias “reales” el atento lector del film participa de las revelaciones dramáticas, esto es, de un registro ficcional, que el montaje de Chávarri va colocando ajustadamente para avan-

zar en el relato, en la construcción e inmediata destrucción de unos personajes. En este sentido, la súbita aparición de Leopoldo Panero hijo en el film, que en un principio se negaba a salir en el filme, también se configura como un resorte propio de la cinematografía narrativa. Leopoldo María, conspicuo escritor, aparece muy avanzada la película, aproximadamente a mitad de metraje, hasta entonces hay referencias sobre él, siempre opacas, elusivas del resto de personajes, que parecen advertir al espectador del monstruo que se avecina y va a romper todo. Por eso es más destacable el contrapunto que ofrece sobre su padre, sobre toda su familia: Leopoldo dice estar en toda posesión de la verdad, en contraste con la “leyenda épica” lacaniana, que se imagina, habrán contado los otros miembros de la familia Panero. Leopoldo María cumple con el papel de contraprotagonista, su arrebatadora intromisión en el discurso fílmico suscita un pulso dramático, su confrontación con la familia, sus anécdotas vitriólicas, y un pulso narrativo, en el orden del relato.

En el desencanto adquieren especial relevancia el conflicto pre-edípico, es decir, oral: una madre frustrante de amor y afecto que se encuentra ante la presencia de unos hijos enrabiados y frustrados que sin embargo no se atreven a dirigir su ira contra la madre por miedo a un ataque voraz, a ser devorados por ella, por lo que se dirigen a buscar afecto en el padre, donde tampoco lo encuentran, viéndose abocados al alcoholismo. Y la muerte simbólica del padre, más aún que la real, el desmantelamiento de la leyenda épica de la familia, que se releva finalmente sórdida y deprimente, la autodestrucción como afirmación del yo y el fracaso como la mas resplandeciente victoria. En todo el metraje es evidente la pulsión fratricida y matricida, siendo imposible encontrar en ella el menor atisbo de cariño entre los familiares, si acaso de Michi hacía Leopoldo.

En efecto, en **El desencanto**, la ausencia de padre se trasforma, valga la paradoja, en una opacidad de gran elocuencia, de pertinente producción de sentido. Más aún, la ausencia vaporosa se convierte, en tanto omitida, en mayúscula fuente de significación: la del dictador.

## Conclusiones

Este largometraje podemos considerarlo el máximo exponente de la psiquiatría aplicada al fran-

quismo, ya que en ella se desmenuza la psicopatología existente en él.

Encontramos un reflejo de las consecuencias del franquismo: la muerte del padre, Leopoldo Panero (que se puede considerar como la muerte del general Franco y el cese de la dictadura), siempre ausente, y lo que ocurre tras su muerte, una familia desestructurada, reflejo de una España desmembrada y rota tras la dictadura y fuerte represión ejercida durante la misma, una época que se agota.

A través del análisis de las relaciones entre distintos individuos de la misma esfera familiar perteneciente al antiguo régimen, las huellas dejadas por este, así como por el paso del tiempo, en cada uno de sus componentes y en los lazos sentimentales establecidos entre ellos.

La evocación de la figura paterna y las consecuencias de su desaparición para la cohesión interna del grupo constituyen el punto de partida de tales conversaciones, cuyo registro y montaje acaban por construir la crónica de la descomposición, a veces incluso física, del propio núcleo familiar y de cada uno de sus miembros, obligados a buscar salidas individuales para escapar al

ambiente opresivo creado primero por la autoridad del padre y, luego, por su leyenda.

En el fondo la aparición del largometraje en 1976 guardaba estrecha relación con la reciente desaparición física de Franco y con la potencialidad simbólica que la propuesta de Chávarri proporcionaba acerca de la España que luchaba por salir de la tutela tiránica de la dictadura. La lucidez de la familia para reflexionar sin tapujos, sin prejuicios ni recato alguno acerca de su pasado y de su propia trayectoria individual sacaría lentamente a la luz el funcionamiento interno del mecanismo doméstico y las alteraciones psicopatológicas producidas por el régimen.

Mediante este largometraje a través de varias entrevistas a los miembros de la familia Panero realiza una implacable revisión de la era franquista analizando sus instituciones básicas, considerándose el punto de unión entre la dictadura y la transición democrática. Se convierte no sólo en el análisis entomológico de una familia determinada en un momento histórico y en un país concretos, sino también en una radiografía crítica y gélida de la institución familiar en su conjunto.

#### Contacto

María Herrera • mariapsiqui@hotmail.com

- Recibido: 19-03-2013.
- Aceptado: 24-05-2013.

#### Bibliografía

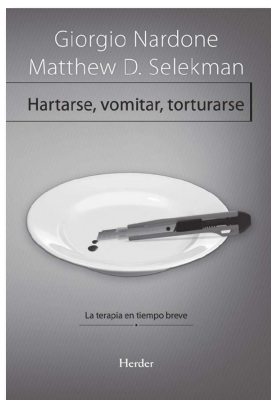
1. Borau, J. L. "Diccionario de cine español". Madrid. Alianza editorial. 1998.
2. Caparrós Lera, J.M., "Historia del cine español". Editorial T&B. Madrid, 2007.
3. Català, J. M., Cerdán, Josetxo; Torreiro, Casimiro. *Imagen, memoria y fascinación. Nota sobre el cine documental en España*. Festival de Cine Español de Málaga. Ocho y medio. Madrid. 2001.
4. Fusi, J. P. "Un siglo de España. La cultura". Editorial Marcial Pons, 1999.
5. Gámez Fuentes, M.J. "Acordes y desacuerdo: la madre en el cine español de la democracia". IX Congreso de la Asociación Española de historiadores del Cine". Cuadernos de la Academia, nº 13-14. 2005.
6. García Santamaría, J.V. "Algunos casos singulares e irrepetibles del cine de la Transición". "IX Congreso de la Asociación Española de historiadores del Cine". Cuadernos de la Academia, nº 13-14. 2005.
7. Hernández, J. y Pérez, P. *Voces en la niebla. El cine durante la transición española (1973-1982)*. Editorial Paidós. Barcelona. 2004.
8. Marías, M. "El cine desencantado de Jaime Chávarri". En: Dirigido por, nº 49. 1972.
9. Pérez Perucha, J. "Antología crítica del cine español 1906-1995". Editorial Cátedra. Madrid. 1997.
10. Riambau, Esteve. "El cine español durante la transición (1973-1978): una asignatura pendiente". En: Cuadernos de la Academia, octubre 1997, Academia de las Artes y las Ciencias Cinematográficas de España.





# ACTUALIZACIONES





## Hartarse, vomitar, torturarse.

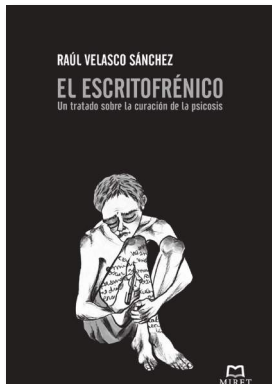
Autores: Giorgio Nardone y Matthew D. Selekman.  
Herder Editorial • Barcelona, 2013.  
ISBN: 978-84-254-3109-8. 248 pp.

Resulta realmente inconcebible que una persona pueda llegar a comer y vomitar compulsivamente varias veces al día y que pueda vivir esa experiencia como una forma de placer irresistible; y mucho menos razonable puede parecer causarse heridas con una hoja de afeitador, o quemarse con un cigarrillo o rascarse hasta desollarse, o incluso arrancarse las pestañas, experimentando, en todos estos casos, un sutil placer. Para el fundador de la Terapia Breve, Giorgio Nardone, estos rituales desempeñan un papel anestésico y de compensación respecto a otros sufrimientos no superados; la bulimia y la autolesión son dos caras de una misma moneda y como tal deben ser tratados.

Los autores ofrecen un interesante e imaginativo repertorio de estrategias terapéuticas, fruto de décadas de investigación e intervención. Una síntesis de rigor y creatividad donde ofrecen una intervención rápida con una duración media de 12 sesiones a partir de estrategias terapéuticas. Desplazando la perspectiva del estudio de los problemas (el diagnóstico) al estudio de las soluciones (la terapia), han desarrollado un modelo riguroso y, al tiempo, flexible. Nos dicen "... esto pretende un modo de afirmar la eficacia empíricamente comprobada de un modelo terapéutico, respecto a la extendida y a veces arrogante presentación de tratamientos que se consideran basados en la evidencia empírica, mediante la utilización de una metodología promovida por

la farmacoterapia". Señalan que bulimia y autolesión, muy extendidas entre jóvenes y adolescentes, no son categorías diagnósticas distintas sino dos caras de la misma moneda, y como tales han de ser tratadas. Plantean la posibilidad de una intervención rápida, en un modelo terapéutico construido a medida del paciente que rompe con la lógica perversa del trastorno. Según este enfoque *tecnológico*, son las soluciones más eficaces, *elaboradas sobre el terreno*, las que definen y describen la patología; en otras palabras, el conocimiento deriva del cambio concreto en la vida del paciente, y no de un cuadro teórico o estadístico que se supone infalible e inmutable.

- Giorgio Nardone es director del Centro di Terapia Strategica de Arezzo, que fundó junto con Paul Watzlawick. Reconocido como creativo terapeuta, dirige la Escuela de Especialización en Psicoterapia Breve Estratégica y la Escuela de Comunicación y Problem Solving Estratégico, con sedes en Arezzo, Milán, Madrid y Barcelona.
- Matthew D. Selekman es terapeuta familiar y de pareja. Especializado en el tratamiento de trastornos alimentarios, conductas autoagresivas y trastornos de la adolescencia. Codirector del Partners for Collaborative Solutions, centro de asesoría y training en terapia familiar.



## El escritofrénico. Un tratado sobre la curación de la psicosis.

Autor: Raúl Velasco Sánchez.

Ed. Miret • Barcelona, 2013.

ISBN: 84-93899-26-7; 978-84-93899-26-4 • 186 páginas.

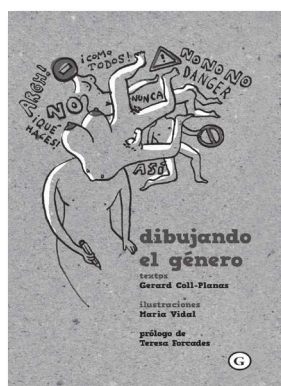
Conocemos al autor, a Raúl Velasco. Desde los blogs de salud mental incluido el suyo, por su trabajo desde hace años en Radio Nikosia, en Radio Rubí, por sus participaciones en los eventos de la AEN o de asociaciones integradas en FEAFES. Por su ánimo y su siempre atenta colaboración para hablar y escribir de la locura en este “mundo de locos”.

Ya son varios los libros. Ahora reaparece, bueno, nunca se ha ocultado en realidad y nos mantiene en sintonía (*Levántese quien pueda y otros relatos; Anatomía de un espejo roto. Levántese quien pueda y otras locuras*) como Escritofrénico, como escrito sobre la mente. Es su obra reciente, un ensayo novelado y también un tratado sobre la recuperación de la psicosis. Raúl, este escritor, tan cercano, tan amigo y tan querido, insiste pues para él escribir y publicar es importante. La escritura como terapia vital.

Me impresiona Raúl y su Escritofrénico porque cuenta lo que está pasando, porque habla de las personas psiquiatrizadas, tengan o no como acompañantes cotidianos a psiquiatras, pastillas, protocolos, estudios de laboratorio, mensajes de cronicidad, sedación, desesperanza y muchos ingredientes más. El escritofrénico no es un libro cualquiera, y no es tampoco una voz

cualquiera, es la voz de una nueva forma de estar: rebelde, creativa, informada, esperanzada, crítica, cercana, loco o loca, todo junto. Una voz que hacía falta con las palabras y los hechos de ahora mismo, vinculada a nuestro tiempo y nuestro espacio, el de la locura como alteración, fracaso, salud o creación.

Narra la historia de Marcos, un protagonista esquizofrénico que se cruza con un psicoanalista retirado y con su esposa enferma, con quienes entabla amistad realizando un apasionante viaje por los entresijos de la mente. O mejor habría que decir de la vida y la muerte, del sufrimiento y la esperanza, la locura y la cordura, la presunta normalidad, la salud y la existencia misma. Las relaciones humanas, algunos de los enigmas que dan sentido a la vida y la hacen soportable, el dolor y la curación de algo presuntamente incurable. Encuentros y desencuentros entre sus personajes que buscan lo que les ayude a soportar los embates que sacuden sus biografías. Una historia basada en la experiencia real de su autor, que pone en entredicho los dogmas imperantes en la práctica psiquiátrica además de la intolerancia y los prejuicios sobre la locura y la enfermedad mental.



## Dibujando el género.

Autor: Gerard Coll-Planas. Ilustraciones: María Vidal.

Editorial EGALES • 2013.

ISBN: 978-84-15574-97-2 • D.L.: M-5236-2013 • 107 págs.

Las personas somos sociales, responsables e in-clasificables, nos dicen, y en este texto encontramos explicaciones de conceptos (sexo y género y sus raíces), con frecuencia confundidos, ahora se nos presentan con sencillos argumentos varios y no pocas ilustraciones que hacen muy didáctica su lectura para jóvenes y adultos.

A través de las expectativas en el poder, en el trabajo, en los espacios, en el sexo, nos adentra en los elementos ideológicos de esta sociedad que determinan socialmente los procesos culturales que nos configuran como hombres y mujeres. Identidad de género para ser reconocidos socialmente, para hacernos humanos, eso sí, con diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres.

En estas páginas nos muestran las presiones, las violencias y los discursos que establecen las normas del género y que moldean nuestras vidas. Las dimensiones del sistema de género (sexo,

género y orientación sexual) o mejor sus mandatos que dan lugar a la exclusión de un buen número de personas, las intersex, trans, gays, lesbianas y bisexuales. Y no solo eso, las normas culturales consideran monstruosos los cuerpos no *adecuadamente* clasificados según los esquemas de género. Claro que el género nos da estabilidad, da sentido a nuestra vida, construye una identidad y estructura las relaciones con otras personas.

Gran sencillez del texto, muy bien apoyado en referencias bibliográficas “clásicas” unas y otras muy actuales y recientes, recorrido antropológico incluido (*muxes* de México, *hijras* de India,...). Frescura e higiene mental aseguradas junto a la inspiración y motivación necesarias para empezar a atreverse.



## Distribución de libros

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

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

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

# Agenda

- 13, 14, 15 de Junio 2013 • Almagro  
XIV Jornadas de Salud Mental de la AEN. [www.aen.es](http://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](http://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](http://www.wasp2013.com)
- 15 al 19 de julio • Palacio La Magdalena, Santander  
Escuela de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta “Carlos Castilla del Pino” 2013.  
*El sentimiento de trascendencia: hacia un enfoque científico de la espiritualidad.* Colabora la AEN. [www.uco.es/informacion/webs/fundacioncastilla/actividades/seminario-uimp/edicion-2013](http://www.uco.es/informacion/webs/fundacioncastilla/actividades/seminario-uimp/edicion-2013)
- 26 al 28 de Agosto • Palacio Miramar. Donostia  
Curso de Verano de la Universidad del País Vasco “Transitar hacia la Paz”.  
[www.aen.es](http://www.aen.es); [www.ome-aen.org](http://www.ome-aen.org)
- 3 al 5 de Octubre • Casa de Espiritualidad de San José de El Escorial, Madrid  
V Jornadas de la Sección de Derechos Humanos de la AEN. [www.aen.es](http://www.aen.es)
- 7-8 de noviembre • Lekeitio, Bizkaia  
Jornadas de la Sociedad Vasco-Navarra de Psiquiatría. <http://www.svnpsi.org>
- 7 y 8 de noviembre • Auditorio de la Universidad de Deusto, Bilbao  
XX Symposium sobre Avances en Drogodependencias: *¿Existen Adicciones sin sustancias?*
- 14 al 16 de Noviembre • Hotel Abades Nevada Palace. Granada  
XXIX Jornadas de la Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental.  
[info@jornadas-aapsm-aen2013](mailto:info@jornadas-aapsm-aen2013)
- Del 15 al 15 de Noviembre • Auditórium Universidad de Deusto. Bilbao.  
X Jornadas Internacionales - Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao. [www.gpab.org](http://www.gpab.org)
- 28 de Noviembre • Hotel Meliá Castilla, Madrid  
XVIII Curso Anual de Esquizofrenia. [www.cursoesquizofrenia.com](http://www.cursoesquizofrenia.com)
- 29 de noviembre • Bilbao  
V Jornada de Psicoanálisis de OME-AEN. I Premio Ángel Garma de Psicoanálisis.
- 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 la Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM)  
[www.wpamadriz2014.com](http://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](mailto:norte@ome-aen.org), o bien al Apdo. 12, 48950 Erandio. Bizkaia.

Primera página. Incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos de los autores, indicando el título profesional,

centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página. Figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo en castellano e inglés. El resumen, no superior a 150 palabras, incluirá objetivos, metodología, resultados y conclusiones más destacadas. Se incluirán de 3 a 6 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los Originales deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas incluidas hasta 6 figuras o tablas. Las Notas clínicas no superarán las 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las Revisiones podrán contener un máximo de 15 páginas.

Referencias bibliográficas. Se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una “comunicación personal”.

Las tablas y gráficos se enviarán en documento aparte, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de “Normas de Vancouver”).

## Artículos de revistas

- Artículo normal

Se mencionan hasta los seis primeros autores y se agrega la expresión “et al.” si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for 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](http://www.cdc.govncidod/EID/eid.htm).

# Solicitud de Ingreso

Para ser miembro de una asociación autonómica, se solicita al tiempo la incorporación a la AEN. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios y Socias que siga a su recepción.

La cuota anual 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: