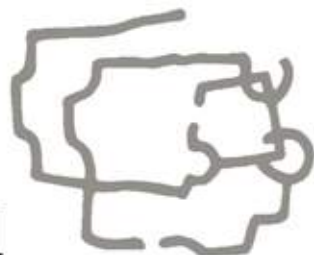


NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XII nº 50 Noviembre 2014



Autora: Leire Vázquez Martín.

Con esta imagen pretendo reflejar el conflicto que surge para algunas personas cuando están atravesando la época del cambio, su etapa infantil queda suplantada por la adolescente, y sienten la necesidad de retornar a esta niñez ya agotada, a su mundo interno imaginario donde se sienten en paz, donde son aun son libres y ausentes de las responsabilidades de la vida adulta. Se produce un cambio corporal, de pensamiento, de prioridades, afloran nuevas y desconocidas emociones que alteran nuestro ser y salud mental.

Volumen XI



Nº 45



Nº 46



Nº 47

Volumen XII



Nº 48



Nº 49



Nº 50

Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

Volumen X



Nº 42



Nº 43



Nº 44

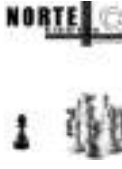
Volumen VIII



Nº 33



Nº 34



Nº 35



Nº 36



Nº 37



Nº 38

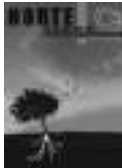
Volumen VII



Nº 27



Nº 28



Nº 29



Nº 30



Nº 31



Nº 32

Volumen VI



Nº 22



Nº 23



Nº 24



Nº 25



Nº 26

Volumen V



Nº 16



Nº 17



Nº 18



Nº 19



Nº 20



Nº 21

Volumen IV



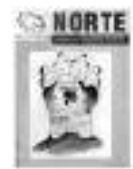
Nº 11



Nº 12



Nº 13



Nº 14



Nº 15

NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

Del Rio, Francisco
Estévez, Juan
Gay, Eudoxia
Inchauspe, José Antonio
Martínez, Ana
Martínez-Azumendi, Óscar
Redero, Jose María
Rodríguez Pulido, Francisco
Sierra, Deirdre
Sureda, Catalina

Consejo Asesor y de Redacción:

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

✓ Acceso disponible en: www.revistanorte.es • Correo-e: info@revistanorte.es

✓ 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.revistanorte.es

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 XII nº 50, Noviembre 2014

www.revistanorte.es

Realización y Administración:

OME • C/Araba, 6 bajo (entrada por C/Burgos) • 48014 Deusto. Bilbao

info@revistanorte.es

Autor de la portada: Leire Vázquez Martín

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:



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 licenciodor (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 50. Noviembre 2014

Editorial	5
• Sin salud mental no hay salud. <i>Manuel Gómez Beneyto, Begoña Olabarría, Iñaki Markez, Ana Martínez, Regina Bayo.</i>	7
Originales y revisiones	11
• Dramaterapia en personas con trastorno mental grave. <i>Rodríguez Pulido F., Caballero Estebaranz N., Martín Cuadrado P.M.</i>	13
• Incapacitación civil y recuperación: ¿Trabajando en la contradicción? <i>Carmen Ferrer Dufol, Alba Zorrilla Blasco, María Pilar Delgado Miguel, Lucas Santiago Piñeiro, Raquel Alonso Gómez.</i>	21
• ¿Qué enfermedades tratan los psiquiatras? <i>Pedro A. Marina González.</i>	35
• El Color Púrpura. <i>Margarita Sáenz Herrero.</i>	42
• Tratamiento de la sexualidad en las películas relacionadas con drogas. <i>Fernando Pérez del Río, Ladislao García Carbonell.</i>	48
• Sobre la educación y el psicoanálisis: de lo imposible a lo posible. <i>Itziar Tres Borja.</i>	55
Formación Continuada	65
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XIX). Psicofarmacología. Bases y Aplicación Clínica. 4ª parte. <i>Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz.</i>	67
• Actitudes hacia el tratamiento obligatorio con neurolépticos en pacientes ambulatorios con esquizofrenia. <i>Guimón, J., I. Markez, N. Ozamiz, J.A. Ozamiz.</i>	70
Pre-Ocupaciones	81
• Apuntes para un debate psiquiátrico-asistencial más incluyente: una aproximación historiográfica crítica a la reforma psiquiátrica española desde la desmantelación de la teoría de las ‘utopías antipsiquiátricas’. <i>Cruz Mañas.</i>	83
• Declaración de Atocha. En defensa de la atención pública a la salud mental.	92
Historia	99
• San Sebastián (Donostia), 1917: la sobredosis que cambió la historia de las drogas en el estado español. <i>Juan Carlos Usó Arnal.</i>	101
• Vicisitudes del manicomio de Toledo durante la Guerra Civil Española (1936-1939). <i>Paloma Vázquez de la Torre Escalera.</i>	116
Actualizaciones	125
• Psicoanálisis y familia. <i>Anna Maria Niccolò.</i>	127
• Incomunicación y Tortura. <i>Olatz Barrenetxea, Iñaki Markez, Benito Morentin, Gabriela López, Oihana Barrios, Andrés Krakenberger y Pau Pérez (Coords.).</i>	128
Agenda	131

Summary

NORTE de salud mental 50. November 2014

Editorial	5
• Without mental health is no health. <i>Manuel Gómez Beneyto, Begoña Olabarría, Iñaki Markez, Ana Martínez, Regina Bayo.</i>	7
Original and reviews articles	11
• Dramatherapy, in people with severe mental disorders. <i>Rodríguez Pulido F., Caballero Estebaranz N., Martín Cuadrado P.M.</i>	13
• Civil incapacitation and recovery: Working in the contradiction? <i>Carmen Ferrer Dufol, Alba Zorrilla Blasco, María Pilar Delgado Miguel, Lucas Santiago Piñeiro, Raquel Alonso Gómez.</i>	21
• What illnesses psychiatrists treat? <i>Pedro A. Marina González.</i>	35
• The Colour Purple. <i>Margarita Sáenz Herrero.</i>	42
• Treatment of sexuality in drug-related film. <i>Fernando Pérez del Río, Ladislao García Carbonell.</i>	48
• On Education and Psychoanalysis: Impossible for a possible. <i>Itziar Tres Borja.</i>	55
Continuing Education	65
• Continuing Education in Clinical Psychiatry: Self Opinion (XIX). <i>Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz.</i>	67
• Attitudes towards compulsory outpatients' treatment for schizophrenic patients with neuroleptics. <i>Guimón, J., I. Markez, N. Ozamiz, J.A. Ozamiz.</i>	70
Concerns Challenges	81
• Notes for a more inclusive debate on psychiatric care: a critical historiography approach to the Spanish psychiatric reform based on the demolition of the 'anti-psychiatric utopias' theory. <i>Cruz Mañas.</i>	83
• Declaration of Atocha. In defence of public mental health care.	92
History	99
• San Sebastián (Donostia), 1917: the overdose that charged the history of drugs in Spain.	101
• Vicissitudes of The Toledo Mental Hospital during the Spanish Civil War (1936-1939). <i>Paloma Vázquez de la Torre Escalera.</i>	116
Book reviews	125
• Psychoanalysis and family. <i>Anna Maria Niccolò.</i>	127
• Incommunicado detention and torture. <i>Olatz Barrenetxea, Iñaki Markez, Benito Morentin, Gabriela López, Oihana Barrios, Andrés Krakenberger y Pau Pérez (Coords.).</i>	128
Calendar	131



EDITORIAL

Sin salud mental no hay salud.

Este ha sido el título de algunos artículos y titular en diversos envíos a los medios de prensa desde quienes han impulsado la *Declaración de Atocha en defensa de la atención pública en la salud mental*, movimiento desarrollado durante unos meses, desde finales de abril hasta el pasado 10 de octubre, como sabemos, el Día Mundial de la Salud mental.

Los profesionales de la salud estamos muy preocupados por las informaciones sobre los indicadores de salud mental de nuestra población. Los pronósticos de la OMS de 2010 para adoptar medidas preventivas, han sido ignorados y, con ellos, las medidas preventivas son inexistentes. Los responsables de las políticas de salud, de proteger la salud de la población han hecho, y siguen haciendo, caso omiso de las recomendaciones establecidas por la agencia mundial de la salud, a pesar del incremento del sufrimiento emocional de un gran sector de la población, por lo que los efectos no se han hecho esperar en realidad asistencial. Se está produciendo un incremento significativo en las tasas de suicidio; también un incremento muy significativo de la prevalencia atendida por trastorno mental en Atención Primaria (estudio IMPACT, 2013) con incrementos del 40% en depresión mayor, distimia, trastornos de ansiedad y trastornos somatoformes; los trastornos de abuso de alcohol se multiplican por 5, y la dependencia del alcohol se multiplica por 3; con un aumento muy significativo de consumo de psicofármacos (aunque haya bajado el gasto farmacéutico por la prescripción de genéricos). Simultáneamente a estos indicadores, vemos reducidas las intervenciones psicoterapéuticas, cuando no prácticamente suprimidas, y las intervenciones comunitarias que van quedando reducidas a la mínima expresión. Al tiempo, se está reduciendo el número de profesionales en los dispositivos asistenciales, en especial los psicólogos clínicos, que no tienen facultad para medicar, reducción notoria de profesionales médicos y de enfermería, y, no menos importante, se está produciendo un grave empeoramiento en las condiciones laborales de los profesionales especialistas en Salud Mental (SM).

En este contexto general de crisis económica y social, no sorprende que la asistencia a la salud mental de la población se lleve la peor parte, pero sí ha de indignarnos es la indiferencia con que los poderes públicos gestionan el sufrimiento de los más vulnerables, culpabilizando a estos para mayor escarnio.

Se han sostenido por el Gobierno -y por gobiernos de diferentes CCAA- unas medidas que han agravado la situación, y que ha consistido, principalmente, en la reducción de los servicios y prestaciones públicas, y en la paulatina privatización de la atención sanitaria. Esas reducciones (presupuestarias, de profesionales y de intervenciones psicoterapéuticas) ofrecen como resultado una grave mutilación de la asistencia con limitación en los derechos de atención de la ciudadanía.

Pero está despuntando un creciente -cada vez menos silencioso- malestar entre los profesionales de la S.M., que ven cómo los encargos institucionales/gerenciales que han de cumplir no hacen sino empeorar las condiciones necesarias para atender digna y éticamente a sus pacientes; en otra palabras, los profesionales comprueban a diario que no pueden ofrecer a los pacientes y usuarios de sus servicios lo que requieren en cada situación. Y lo que los pacientes de S.M. requieren es, fundamentalmente, escucha de su problemática, espacio de relación asistencial, diálogo terapéutico, contención emocional, seguimiento de su evolución, y la dosis necesaria de tiempo por parte del profesional que le atiende, para comprender su problemática. Entender y diagnosticar las problemáticas de salud mental requiere tiempo, profesionales especializados, y, sobre todo, espacio mental del terapeuta. El paciente tiene derecho a la escucha y el profesional y los servicios de atención la obligación ética de aportarla. Cuando la presión asistencial/gerencial satura la posibilidad de comprensión y relación con el paciente, estamos desvirtuando -o pervirtiendo- lo que pretende ser una intervención terapéutica.

Este modelo asistencial en S.M., basado en el respeto por el paciente y sus tiempos internos, y



sostenido también por el trabajo con otros espacios de la comunidad en la que vive y se relaciona (escuela, trabajo, servicios sociales, talleres ocupacionales, etc.) está saltando por los aires. Se está haciendo añicos ante la presión institucional/gerencial que exige que no haya listas de espera, que se acorten los períodos de procesos terapéuticos, y que en base a una eficiencia mal entendida, se alarguen los períodos entre visitas, se recorten los tiempos de cada encuentro terapéutico, no se escuche el relato de quien necesita explicarse para transmitir su pesar o su sufrimiento mental. Ha sido una voladura conscientemente meditada del modelo comunitario de atención a la salud mental para rentabilizar los negocios privados a costa de los dineros y la salud públicos.

En consecuencia, los profesionales -psicólogos clínicos, psiquiatras, psicoterapeutas, trabajadores sociales, enfermería especializada en salud mental, educadores- se han visto abocados a prescindir de los espacios de equipo multidisciplinar, de las supervisiones de casos, restringir/ prescindir de los espacios de consulta interdisciplinar, de formación continuada, de la tutorización de jóvenes profesionales, de las actividades de coordinación entre diferentes servicios y redes de atención de casos, de programas de intervención comunitaria, etc. Ahora lo principal ya no es entender y escuchar para contener emocionalmente la fragilidad subjetiva de cada paciente; ahora lo principal es que los períodos de intervención se acorten, y que los profesionales de la S.M. sean “eficientes” económicamente en su labor terapéutica. Primero fueron los recortes, después más recortes que, más que cambios eficaces en el tratamiento a los pacientes, han producido perversiones en la ética de la relación asistencial. El objetivo no es atender lo que el paciente requiere, sino lo que la gestión económica -privatizada- considera según su presupuesto o según sus objetivos de beneficio. Los efectos iatrogénicos de todo esto están comenzando a ser visibles.

Lo que hace una, dos, tres décadas se pretendía con estrategias terapéuticas de salud mental integradas en modelos comunitarios, diversificados y territorializados, desde un paradigma biopsico-social, en red, integrales y multidisciplinarios en su intervención con continuidad de cuidados, ahora ya entrado el nuevo siglo veintiuno, la

atención pública de la S.M. se está transformando en un simulacro. Los profesionales han tenido que renunciar a los referentes de integración comunitaria del paciente, y la privatización paulatina de los servicios de S.M. está imponiendo sus principios empresariales, deteriorando las condiciones de asistencia y maltratando laboralmente a profesionales muy cualificados.

Los profesionales que estamos implicados en la atención mental tenemos constancia del nivel de sufrimiento de muchísimas personas, pruebas de una política sanitaria irresponsable y desconsiderada con los más vulnerables. Los representantes políticos y los medios de comunicación, no suelen ocuparse de estas cuestiones de la salud mental, siempre tratada como algo marginal y todavía con una fuerte carga estigmatizante. De ahí la enorme importancia de todas estas iniciativas desde plataformas, foros, asambleas, mareas y demás expresiones profesionales y sociales que están surgiendo. Con la importancia de la incorporación de generaciones jóvenes a los procesos sociales, que den fuerza al movimiento por el cambio necesario, que haya nuevos liderazgos.

Como decíamos al inicio, un amplio grupo de impulsores de la *Declaración de Atocha en defensa de la atención pública en la Salud mental* con el importante respaldo de más de 40 asociaciones científicas, profesionales y de usuarios (*) que la han suscrito, junto a varios miles de profesionales, realizaron en Madrid la entrega de dicha Declaración en el Registro del Congreso de los Diputados y a varios máximos *representantes* gubernamentales así como a líderes de partidos políticos que se han comprometido al debate en el Congreso sobre la situación de la atención pública a la Salud Mental con una proposición no de ley y preguntas parlamentarias asumiendo los contenidos de la Declaración. Recordemos además, que este movimiento exige:

- La derogación de la Ley 15/1997 *Sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.*
- La derogación del Real Decreto-ley 16/2012 de *Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones* aunque esté, de momento, recurrida en algunas CC.AA.

- Un debate específico sobre la intolerable estigmatización que el actual Proyecto de Código Penal contiene respecto al trastorno mental.

De otro modo vemos sustituido el modelo de atención comunitario y universal por otro de aseguramiento, sin accesibilidad para muchos miles de personas a los servicios de salud mental especializados, se ve limitada pues dejan de tener médico de atención primaria que detecte los problemas de salud mental y hacer la derivación, sin acceso a medicamentos que han de ser dispensados en la farmacia hospitalaria. Los propios pacientes desconocen este derecho, lo que supone una violencia añadida a quienes ya padecen una situación de exclusión y precariedad.

La Declaración de Atocha ha generado y favorecido el movimiento creando en su ámbito espacios de movimientos compartidos, integrándose y sumando con otros, por la defensa de la Sanidad Pública. Ahora da por finalizado su breve recorrido para dar continuidad en otros ámbitos territoriales y sectoriales. También se va desarrollando el Movimiento Galego da Saùde Mental en Galicia y en Barcelona se ha presentado el Manifiesto para la creación de una plataforma en defensa

de la atención pública de la Salud Mental. O el Foro de la Salud Mental en Canarias, Andalucía y en otras CC.AA., el Foro Vasco de Salud, las mareas blancas, mesas de defensa de la sanidad pública, asambleas en Aragón, etc. junto a sectores ya organizados en asociaciones profesionales y de usuarios que van diseñando estrategias unitarias en diferentes ciudades y comunidades autónomas. Plantean iniciativas factibles, moderadas y de sentido común casi siempre, aunque sus expresiones sociales en favor del derecho a la salud sean tildadas con todo tipo de epítetos descalificadores. El análisis socio-político y asistencial del estado de deterioro, y en muchos casos también de degradación a que ha llegado la atención de la salud mental de la población, aunque con diferencias entre CCAA, tiene denominadores comunes centrales y significativos; ha alcanzado un momento crítico y no pueden esperar más tiempo las exigencias de cambio y defensa de una atención justa, universal y equitativa. Nos obliga a ser responsables pues sabemos que la Salud mental nos incumbe a tod@s.

Manuel Gómez Beneyto, Begoña Olabarría,
Iñaki Markez, Ana Martínez, Regina Bayo.

(*) Relación de asociaciones firmantes: ASOCIACION ESPAÑOLA de PSICOLOGÍA CLÍNICA y PSICOPATOLOGÍA, **AEPCP**; ASOCIACION ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA-PROFESIONALES de SALUD MENTAL, **AEN**; FEDERACIÓN ESPAÑOLA de ASOCIACIONES de PSICOTERAPEUTAS, **FEAP**; FEDERACIÓN ESPAÑOLA de ASOCIACIONES de TERAPIA FAMILIAR, **FEATF**; FEDERACION ESPAÑOLA de ASOCIACIONES de REHABILITACION PSICOSOCIAL, **FEARF**; ASOCIACIÓN NACIONAL de PSICÓLOGOS CLÍNICOS y RESIDENTES, **ANPIR**; ASOCIACIÓN ESPAÑOLA para la SALUD MENTAL INFANTIL desde la GESTACIÓN, FILIAL de LA ASOCIACIÓN MUNDIAL para la SALUD MENTAL INFANTIL WAIMH. **ASMI WAIMH España**; ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA de BUENOS AIRES, **APBA**; ASOCIACIÓN de USUARIOS SOLIDARIOS ANÓNIMOS; FEDERACIÓN ANDALUZA de ASOCIACIONES de USUARIOS/AS de la SALUD MENTAL. EN PRIMERA PERSONA; ASOCIACIÓN LA REVOLUCIÓN DELIRANTE. JOVENES PROFESIONALES de la SALUD MENTAL; FUNDACIÓ CONGRES CATALA de SALUT MENTAL, **FCCSM**; OSASUN MENTALAREN ELKARTEA-ASOCIACIÓN de SALUD MENTAL y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA, **OME-AEN**; ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES de SALUD MENTAL PAÍS VALENCIANO, **AEN-PV**; ASOCIACION MADRILEÑA de NEUROPSIQUIATRIA. PROF de SM, **AMSM**; ASOCIACION CASTELLANO-LEONESA DE SALUD MENTAL, **ACLSM**; SOCIEDAD ARAGONESA de SALUD MENTAL, **SASM**; ASOCIACIÓN de SALUD MENTAL de CANTABRIA, **ASMC**; IPSI, CENTRE D'ATENCIÓ, DOCÈNCIA I INVESTIGACIÓ EN SALUT MENTAL e IPSI, FORMACIÓ PSICOANALÍTICA. **IPSI**; ESCUELA DE CLÍNICA PSICOANALÍTICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES, **ECPNA**; ASOCIACION para el ESTUDIO SISTÉMICO DE LA FAMILIA Y OTROS SISTEMAS HUMANOS, **AESFASHU**; FUNDACIÓN CATALANA para la INVESTIGACION y EVALUACIÓN de las PRÁCTICAS PSICOANALÍTICAS, **CRAPPSI**; ASOCIACIÓN ARAGONESA REHABILITACION PSICOSOCIAL, **AARP**; ASOCIACION MADRILEÑA de REHABILITACION PSICOSOCIAL, **AMRP**; SOCIEDAD de PSICOLOGÍA CLÍNICA ASTURIANA; ASOCIACIÓN ASTURIANA de REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL, **AARP**; ASOCIACIÓN CANARIA DE REHABILITACION PSICOSOCIAL, **ACRP**; ASOCIACIÓN ASTURGALEGA DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO; SOCIEDAD CATALANA de TERAPIA FAMILIAR, **SCTF**; ASOCIACION ESPAÑOLA para la INVESTIGACION y DESARROLLO de la TERAPIA FAMILIAR, **AEI+DTF**; ASOCIACIÓN para la DOCENCIA E INVESTIGACIÓN en SALUD MENTAL de EIVISSA y FORMENTERA, **ADISAMEF**; FEDERACIÓN de SANIDAD y SECTORES SOCIOSANITARIOS de COMISIONES OBRERAS, **FSS-CCOO**; FEDERACIÓN de ASOCIACIONES para la DEFENSA de la SANIDAD PÚBLICA, **FADSP**; MESA EN DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA, **MEDSAP**; ASOCIACIÓN PARA EL ESTUDIO de PROBLEMÁTICAS SOCIALES y PROMOCIÓN de la SALUD, **EKIMEN**; ASOCIACION MADRILEÑA de SALUD PÚBLICA, **AMaSaP**; FORO VASCO de SALUD (FVS); **OSALDE**, ASOCIACIÓN por el DERECHO a la SALUD; **OSATZEN** (SEMFYC); MEDICUS MUNDI del PAÍS VASCO; MEDICOS del MUNDO del PAÍS VASCO; PLATAFORMA en DEFENSA de la SALUD MENTAL DE ARAGÓN.



ORIGINALES Y REVISIONES

Dramaterapia en personas con trastorno mental grave.

Dramatherapy, in people with severe mental disorders.

Rodríguez Pulido F. (1), Caballero Estebaranz N.(2), Martín Cuadrado P.M.(3)

- (1) Francisco Rodríguez Pulido. Psiquiatra. Profesor de psiquiatría. Universidad de La Laguna. Tenerife.
- (2) Nayra Caballero Estebaranz. Psicóloga. Presidenta de la Asociación Canaria de Terapias Creativas (ASCATEC). Tenerife.
- (3) Pedro Miguel Martín Cuadrado. Licenciado en Arte Dramático. Profesor de dramaterapia en la Asociación Canaria de Terapias Creativas (ASCATEC). Tenerife.

Resumen: La Asociación Canaria de Terapias Creativas (ASCATEC) se crea en el año 2008, en Tenerife, para favorecer la recuperación de las personas con trastorno mental grave, apostando por una alternativa terapéutica innovadora en cuanto a métodos y modalidades de intervención, mediante la aplicación de terapias artísticas. Los autores exponen la experiencia terapéutica de la Dramaterapia, con los pacientes con trastorno mental grave derivados durante los últimos 2 años a través de los servicios públicos de salud mental de la isla. Aunque la dramaterapia busca su evidencia científica hoy disponemos de experiencia suficiente de sus posibles beneficios clínicos y como estratificar los procesos de exigencia en base a los niveles de autonomía y deterioro que presentan los pacientes.

Palabras clave: Dramaterapia, terapias creativas, enfermedad mental grave, recuperación, rehabilitación.

Abstract: Canary creative therapies association (ASCATEC) was created in 2008, in the island of Tenerife, to help the recovery of people with severe mental illness developing an innovative therapeutic alternative in terms of methods and modalities of intervention by the application of art therapy. The authors describe the therapeutic experience of Dramatherapy, with people with severe mental illness that were sent 2 years ago by community mental health system of the island. Although dramatherapy is looking for scientific evidence, today we have enough evidence of the potential clinical benefits and how we can stratify the processes based on levels of autonomy and impairment that patients presents.

Keywords: Dramatherapy, creatives therapies, severe mental illness, recovery, rehabilitation.

Las terapias creativas en la isla de Tenerife

En la isla de Tenerife, en el año 2008 se creó la Asociación Canaria de Terapias Creativas (ASCATEC). Surgió en el contexto para hacer realidad una

red de redes de soporte comunitario con el objetivo de favorecer la recuperación de las personas con TMG ¹. Esto se hizo en el marco del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial que favoreció un contexto para hacer posible las iniciativas que



promovieran la aplicación de una serie de terapias que utilizan un componente artístico de base y son impartidas por personal especializado.

La asociación se puso en marcha con tres tipos de terapias: Arteterapia, Danza Movimiento Terapia y Dramaterapia (Toda la experiencia se puede consultar en www.ascatec.es). Dichas actividades terapéuticas son de carácter gratuito y la derivación al recurso se realiza desde la red Sanitaria Pública, por medio del Equipo Asertivo Comunitario (ECA), las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS). Los psiquiatras son los encargados de derivar a los usuarios a cada terapia artística según su necesidad. Se crea este tipo de terapias coordinada con la red de servicios especializados en salud mental con la intención de ofrecer una alternativa terapéutica innovadora en cuanto a los métodos y modalidades de intervención en personas con trastorno mental grave. En este tipo de terapias avaladas por fundamentos clínicos, se encuentra un gran número de personas que afirman que cuando desarrollan su parte artística son capaces de sentir y expresar algo que de otra forma no podrían hacer. De manera consciente o inconsciente conectan con su estado anímico a través de sus sensaciones y esto repercute en su bienestar personal.

La Arteterapia es una forma de acompañamiento a través de producciones artísticas que permiten construir de nuevo la realidad por medio de un recorrido simbólico que va de creación en creación. Su objetivo es facilitar y hacer posible un cambio significativo y permanente en la persona ante un desequilibrio humano.

Es interesante y necesario destacar como característica esencial el hecho de que se lleva a cabo dentro de los espacios propios de la Facultad de Bellas Artes de Santa Cruz de Tenerife y con la participación activa de un grupo de estudiantes. Esta condición tan específica supone un valor añadido paralelo a toda la labor que se realiza en el seno de dicho taller, a través de las relaciones que se van tejiendo entre sus usuarios y el resto de las personas que conviven y trabajan en el centro universitario, lo que puede significar para los primeros el evolucionar dentro de un contexto normalizado de formación, de creación artística, y que tiene consecuencias con respecto a la

percepción por parte de los usuarios del taller de la actividad terapéutica.

Durante seis años se realizó Danza Movimiento terapia para personas con trastorno mental grave. Se fundamenta en la conexión entre el movimiento y la emoción y trabaja con el cuerpo y su propio lenguaje. El movimiento expresivo y la danza se utilizan como medio para enfrentarse con un proceso personal de integración y de crecimiento, dentro de un marco seguro, facilitado por el terapeuta, donde se exploran aspectos comunicativos y creativos del movimiento improvisado.¹

Conceptos en Dramaterapia

La base del tratamiento para la esquizofrenia o las enfermedades similares a la esquizofrenia es la medicación, pero muchas personas aun así experimentan síntomas a pesar del Tratamiento.²

Además de la medicación, las terapias artísticas creativas son beneficiosas³: arteterapia, danza-terapia, biblioterapia, musicoterapia, poesíaterapia, y dramaterapia. Se facilita un espacio para que las personas exploren su subjetividad para integrar aspectos no reconocidos en sí mismo. A través de las interacciones del propio proceso creativo va permitiendo expresar y examinar el contenido y simbolizar de algún modo las experiencias y nuestras diversas realidades, se parte de las propias potencialidades de la persona, se realiza en contextos comunitarios y en colaboración con el sistema público de salud mental.

Los problemas a los que se enfrentan los participantes con TMG son problemas mal definidos, donde no son conocidos ni el punto de partida, ni los componentes ni la meta. Se hace necesaria una actitud abierta hacia los problemas lo que es llamado "Sensibilidad a los problemas"⁴.

La dramaterapia se desarrolló a partir del trabajo sobre "drama terapéutico" realizado por personas como Peter Slade en los años 40 y 50, y Sue Jennings en los años 60 y 70. Tiene sus raíces en influencias como el teatro griego (con sus ideas de ritual y catarsis), las ideas de Winnicott⁵ sobre la superposición entre el juego y la terapia y el concepto de Boal⁶ del drama como una acción social.

En su origen, a principios de los años 60, se formó una serie de grupos de terapia artística en Gran

Bretaña y en la Europa Continental estando influenciados por el optimismo de las nuevas ideas y enfoques radicales, que consideraban que las artes lograrían cambiar a la sociedad del momento. Estos acercamientos al drama y a la educación influenciaron al “Grupo de Drama Correctivo” desarrollado en el “Centro de Drama Correctivo de Holloway Road” en Londres, que utilizaba técnicas de drama con adultos y niños con necesidades especiales. Más tarde pasaría a llamarse “Centro de Dramaterapia”, y comenzaría a expandir su metodología hacia consultas privadas.

Teniendo en cuenta el origen de la Dramaterapia desde el español existen diferencias, en cuanto a la terminología, que caben aclarar. En inglés Drama se refiere a las facultades teatrales, por el contrario según la Real Academia Española el Drama son situaciones tensas y pasiones conflictivas. Por tanto si tratásemos de ser fieles a nuestra nomenclatura sería más exacto referirnos a Teatroterapia, pero asumiremos Dramaterapia por su internacionalidad.

La “Dramaterapia” es la síntesis de dos procesos: el “drama” y la “terapia”.

El “Drama” es una composición en prosa o en verso, adaptada para ser actuada en un escenario, en la que se relata una historia por medio del diálogo y de la acción y que es acompañada de ademanes, vestimenta y paisaje, tal como en la vida real.

Sin embargo, el drama no necesita un escenario, ni necesita disfraces, accesorios o paisaje. Lo que el drama necesita es un individuo o un grupo de personas que se utilicen a ellos mismos, sus cuerpos y mentes, a través de la acción y a menudo a través del habla para contar la historia. El drama es “esencialmente social e involucra el contacto, la comunicación y la negociación del significado. La naturaleza del grupo de trabajo impone ciertas presiones en el participante, pero también trae consigo grandes recompensas.⁷ La distancia dramática permite a la persona, sea un actor o un espectador, un paso en ambos sentidos entre los dos planos: el subjetivo y el objetivo de forma que los actores no se convierten en los personajes que representan, sino que llevan su propio ser y sus experiencias a sus interpretaciones de los papeles del texto.

La palabra “terapia” deriva del griego y significa sanación, de forma que pasamos a entender la Dramaterapia como la sanación a través del drama. El objetivo principal de la terapia es aplacar el sufrimiento. La terapia tiene una naturaleza interpersonal, bien sea trabajo con un paciente o con un grupo. La primera relación del terapeuta es ayudar a aliviar el sufrimiento y la angustia mental; luego los objetivos de la terapia cambian “desde el deseo de aliviar la ansiedad o la depresión, al deseo de aprender a comunicarse con otros, de confiar más en los demás, de aprender a amar”.⁸

Dramaterapia es el uso intencionado de los aspectos terapéuticos del drama dentro de un proceso terapéutico.⁹

En el trabajo terapéutico el uso de la imaginación es muy importante, ya que la dramaterapia incluye un espacio de juego y el juego de roles.¹⁰

Puede promover la expresión emocional, la resolución de problemas y la interacción con los demás y no necesariamente requiere que el participante comprenda su enfermedad o actitud.

Yalom⁸ tomando el grupo como elemento central del desarrollo de estos espacios terapéuticos definidos como “los actuales mecanismos de cambio efectivos en el paciente” llega a identificar once factores que influyen en el proceso de cambio y recuperación a través de un grupo terapéutico de usuarios:

- Universalidad. Sensación de tener problemas como los otros.
- Altruismo. Ayudar y apoyar a los otros.
- Infundir esperanza. El ánimo de que la recuperación es posible.
- Orientación. Fomentar el apoyo y la asistencia.
- Impartir información. Enseñar sobre los problemas y la recuperación.
- Desarrollo de habilidades sociales. Enseñar nuevas formas de hablar sobre los sentimientos, observaciones y preocupaciones.
- Aprendizaje interpersonal. Averiguar acerca de ellos mismos y de los otros miembros del grupo.



- Cohesión. Sentimiento de pertenencia al grupo, valorando el grupo.
- Catarsis. Liberación de la tensión emocional.
- Factores existenciales. La vida y la muerte son realidades.
- Comportamiento imitativo. Modelar maneras de otros y habilidades de recuperación.
- Recapitulación correctiva de la familia y de las cuestiones de origen. La identificación y el cambio de patrones o roles disfuncionales que se juega en la familia primaria.

La terapia no es sólo una catarsis emocional. Es una experiencia tanto emocional como cognitiva. El paciente siente algo fuertemente; él o ella trata de entender la implicación y las emociones adjuntas a la experiencia, y este proceso tiene una relevancia directa en su experiencia existencial en el aquí y en el ahora. De este modo, la terapia involucra emociones fuertes, percepción, apreciación intelectual y cambio. Una relación con el terapeuta o relaciones con el terapeuta y el grupo son centrales para la terapia, lo que ayuda a los individuos a realizar lo que no podían hacer por sí solos. Se les da el poder de experimentar la vida como si ésta estuviera pasando ahora.⁸

La Dramaterapia pretende ayudar al paciente, por medio de técnicas interpretativas, a recibir percepciones y explorar las emociones en lugar especial, en un tiempo real e imaginario y dentro de un encuentro social. Se centra en los aspectos positivos de la persona fundamentalmente estimulando la intuición, la espontaneidad y la imaginación del individuo y es cuando la persona logra identificar estos aspectos como propios cuando comienza el proceso de recuperación. No es simplemente el uso de las técnicas del drama en psicoterapia, la Dramaterapia es una disciplina que tiene su propio organismo profesional y hace su propia investigación.

Un concepto clave en la dramaterapia es el del drama como un contenedor. Para las personas con esquizofrenia, los pensamientos y emociones pueden distorsionarse y ser difíciles de contener. La estructura más formal de la dramaterapia y su separación entre el mundo del drama y el mundo del grupo, puede ofrecer un grado de regulación ambiental para compensar la ausencia

de autorregulación.¹¹ Otro concepto que puede ayudar en la terapia a las personas con enfermedad mental es el de Distancia Estética.¹² Se trabajan temas delicados como la muerte, o fantasías como asesinatos, pérdidas, persecuciones, etc. que la persona puede simbolizar o desdramatizar a través de las sesiones. La dramaterapia permite que se trabaje sobre el material, con una red de seguridad subyacente dado que la situación es, después de todo, “solo una historia”.

Richard Courtney¹³ declaró que la acción dramática crea un presente ficticio que proviene de ambos, el pasado y el futuro, y que nos permite enfrentar las experiencias de la vida en un nivel funcional y simbólico. Cuando estudiamos el presente ficticio creado en el drama nos comprometemos en la resolución de problemas de manera profunda y personal.

La forma más básica de la dramaterapia se conoce como la modalidad creativa-expresiva y puede consistir en actividades como los juegos de drama y ejercicios de improvisación para promover la espontaneidad y la creatividad dentro de un marco seguro.¹⁴

Diferencias entre dramaterapia y psicodrama

Llegado este punto es importante destacar algunas de las diferencias existentes entre Dramaterapia y Psicodrama. Existen dos diferencias claves entre estos dos métodos: La manera en que funcionan en las terapias grupales, y lo específicas que son sus técnicas, estructuras y sus intenciones terapéuticas dentro del psicodrama, comparadas con lo amplio del rango de acción de la dramaterapeuta.¹⁵

El psicodrama, en particular, consiste en la actuación de escenas reales vividas por el protagonista, para lograr encontrar respuestas adecuadas a nuevas o viejas situaciones conflictivas. Es fundamentalmente verbal y trabaja con el material personal del paciente en forma directa y literal. El terapeuta asume el rol de director, y utiliza cinco elementos: protagonista/paciente, director/terapeuta, auxiliares del yo, escenarista y público. Se escoge un protagonista a partir del miembro del grupo, quien escoge la escena y al cual otros miembros ayudan representando los otros personajes. Propone que a través de la ca-

tarsis, el protagonista logra intentar y tener un cambio de su percepción cognitiva y emocional. Asimismo las sesiones de psicodrama se enfocan en un viaje psicodramático de un miembro del grupo, el protagonista, de forma que una vez que se ha identificado, son los personajes adoptados por los otros miembros del grupo los que muestran un amplio reflejo del mundo interno de éste.¹⁵

La dramaterapia, en cambio, unifica diferentes enfoques educativos, sociales y psicológicos (como el psicodrama), que utilizan el teatro como herramienta de desarrollo. La exploración es simbólica y no necesariamente refiere a la historia personal del consultante, sino que el tema surge del grupo, siendo un tema general, y el terapeuta tiene un rol de facilitador. No necesariamente pone su centro en la catarsis. Utiliza otras artes como la música, la literatura, y el arte visual, de acuerdo con la necesidad del grupo. Estas estructuras tienen como función proveer distancia a la problemática del individuo y puede trabajarse con distintos grupos de pacientes. La terapia se enfocan en todo el grupo, individualizando le intervención según la técnica aplicada, esto permite que la concentración se mueva libremente por todo el grupo sin que ellos se den cuenta de la personificación de la terapia. Mientras que el psicodrama estructura las sesiones de intervención en *1. Preparación*, *2. Acción* y *3. Compartir*, la Dramaterapia la divide en: *1. Preparación* (Compartir el desarrollo de la semana para valorar el estado del que partimos y poder *adaptar* el desarrollo de la sesión), *2. Desarrollo* (se llevan a cabo ejercicios de concentración, dinámicas de movimiento y coordinación, ejercicios de imaginación...se realiza la intervención dirigida al objetivo a trabajar) y *3. Clausura* (se analizan de forma grupal el trabajo realizado, recalcando los avances y las dificultades resueltas y se finaliza con un ejercicio de relajación o activación).¹⁵

Evidencias científicas

La búsqueda de Cochrane¹⁶ identificó 183 referencias sobre la dramaterapia, pero solamente cinco estudios (total n=210) cumplieron los criterios de inclusión. Todos los estudios se realizaron en poblaciones de pacientes hospitalizados y compararon la intervención con la atención

hospitalaria estándar. Un estudio incluyó la dramaterapia como la intervención, uno incluyó la representación de roles, uno incluyó un grupo de drama social y dos utilizaron el psicodrama. Dos de los estudios incluidos fueron chinos, y es difícil saber si el psicodrama y la atención psiquiátrica hospitalaria en China son comparables con las intervenciones de drama y la atención hospitalaria de los otros estudios incluidos.

No existió ningún hallazgo significativo sobre el valor de las intervenciones de drama para mantener a los pacientes hospitalizados comprometidos con el tratamiento. Debido a los informes deficientes, se pudieron utilizar muy pocos datos de los cinco estudios y, No existió ningún hallazgo concluyente sobre los daños o beneficios de la dramaterapia para los pacientes hospitalizados con esquizofrenia. Por lo tanto, se necesitan mas estudios de este tipo de intervención y en ámbitos comunitarios.

Intervención en dramaterapia

Desde la Asociación Canaria de Terapias Creativas (ASCATEC) se decide crear un espacio, donde tuviera cabida la fusión entre teatro y terapia, movidos por la necesidad de encontrar un complemento al modelo de intervención clásico, que sirviera de apoyo y donde las personas pudieran encontrar una realización artística. Asimismo otra de las motivaciones existentes fue la de permitir la intervención fuera del contexto hospitalario y favorecer los procesos de cambio que permiten reducir las carencias y potenciar las habilidades que ya existen.¹

Los objetivos generales en los que se basa la Dramaterapia dentro de la intervención con Terapias Artísticas Creativas llevada a cabo por ASCATEC son: 1) Crear un espacio abierto, de libertad de expresión y de transformación emocional, 2) Estimular los procesos de aprendizaje de las llamadas inteligencias múltiples, particularmente verbal y lingüística, visoespacial y corporal cinestésica, 3) Aumentar la creatividad y la autoestima, 4) Estimular habilidades cognitivas como la memoria, la atención, la concentración... 5) Fomentar la socialización, 6) Potenciar un estilo de comunicación no verbal en diferentes contextos, 7) Desarrollar y mejorar capacidades motrices como la coordinación, la



lateralidad, el equilibrio... 8) Fomentar la integración de la conciencia del cuerpo y la vivencia del mismo.

Grupos y niveles de autonomía

En la actualidad, el trabajo con Dramaterapia está abarcando tres grupos de intervención que se diferencian según el *nivel de autonomía y deterioro* de cada uno de ellos. La evolución individual de cada paciente le permitirá en todo momento avanzar en cada uno de los niveles de forma que nos encontramos ante una estructura dinámica que lleva implícito el progreso y avance.

Nivel 1: Alto nivel de autonomía y bajo deterioro. Está conformado por personas con altas inquietudes artísticas que utilizan la terapia como recurso para el día a día. La intervención va dirigida a normalizar la enfermedad (desmitificación social), fomentar el autoconocimiento y crear un espacio de diálogo y expresión de sentimientos incidiendo en el trabajo de la empatía y el afrontamiento de situaciones que generen inseguridades o miedos (trabajo de habilidades sociales). Las actividades a realizar son la estructuración de un conflicto: localización del conflicto interno y externo, identificación del estado de ánimo, relación con el espacio-lugar e intención-acción, la puesta en común de conflictos y aportación de soluciones e ideas, el trabajo sobre un texto mediante la aplicación de técnicas teatrales y la sensibilización del cuerpo mediante actividades.

Nivel 2: Nivel medio de autonomía y un deterioro que se manifiesta a través de dificultades a nivel de memoria, atención, concentración, comunicación. Entre sus intereses prima la recuperación de habilidades y el encuentro con un grupo de referencia fuera de lo cotidiano y la estructuración diaria. Los objetivos a trabajar con este grupo se basan en la diversión y el fomento de la participación, la recuperación o fortalecimiento de habilidades sociales, alcanzar una mayor estructuración del discurso y potenciar la capacidad organizativa. Asimismo se trata de alcanzar un mejor manejo de la percepción de la realidad para una mayor adaptación emocional y social y un mayor nivel de autocontrol. A nivel cognitivo se fomenta el mantenimiento de la atención y la flexibilidad del pensamiento. Las actividades llevadas a cabo

se basan en la identificación de emociones (comunicación no verbal), la búsqueda de los cambios en el otro (asociación de un color, relación de conceptos y adjetivos para finalmente identificar la emoción vivida), e improvisaciones libres (gestual o verbal) para la gestión de conflictos en las que se valoran alternativas a una situación y diferentes visiones de la misma.

Nivel 3: Nivel bajo de autonomía, alto nivel de deterioro por la enfermedad, que se manifiesta a través de una mayor sintomatología positiva y negativa. Con este grupo el trabajo se centra en conectar con una realidad que a veces se distancia fomentando la aparición del deseo y el interés. Se trata de contrarrestar la apatía y el aislamiento y facilitar el contacto con el otro y el entorno, se potencia el contacto visual y la coordinación motora.

Estructura de las sesiones

Según Cattana¹⁵ existen tres etapas en una sesión de dramaterapia:

Fase de preparación

En esta fase, el grupo se reúne sentado en forma de círculo y se pregunta a cada uno cómo ha ido el fin de semana o los últimos días previos a la sesión. Se realizan preguntas abiertas y se intenta que participen todos los miembros del grupo.

Los más inhibidos suelen expresar que todo ha ido bien durante la semana o algún aspecto que haya resaltado en ella comentado muy brevemente (como por ejemplo: fui a ver a mi tía...). Los miembros más expresivos del grupo aprovechan para comentar los problemas que han tenido durante la semana (me peleé con los compañeros del piso...) buscando en el grupo un apoyo o utilizando este espacio para comentar los logros conseguidos (aprobé inglés, conseguí el teléfono de una chica, etc.) buscando que el grupo le reconozca o le refuerce. Se valoran todos los estados de ánimo antes de trabajar durante las sesiones. El precalentamiento es el tiempo para preparar y establecer el humor, los temas y el enfoque del resto de la sesión.¹⁷

Después de que todos los miembros hablen, se favorece el contacto ocular entre ellos (Nos ponemos en círculo y planteamos la premisa de

que para enviar la palmada al compañero que tenemos al lado es necesario establecer contacto ocular como paso previo al movimiento. Caminamos por la sala abarcando la totalidad del espacio de forma que nos cruzamos en el camino del otro para saludarle únicamente con el gesto facial y la mirada, para posteriormente incluir onomatopeyas, palabras y finalmente contacto físico) y se realiza un pequeño calentamiento del cuerpo a través de palmadas, sonidos, palabras u objetos (situamos un objeto en el suelo y se debe establecer una relación con éste que no esté basada en el uso convencional del mismo, existiendo la posibilidad de apoyar el ejercicio con música que marque el ritmo y favorezca la creatividad a la hora de improvisar y crear).

Fase de desarrollo

En esta fase se traen propuestas flexibles que pueden ser modificadas por el grupo. En el caso del grupo de nivel 1, esta fase se suele dedicar a trabajar los textos de una obra y algunos ejercicios de mímica, de voz, de interpretación de personajes, intercambios de roles, etc.

Se potencian todas las técnicas de expresividad de la voz como pueden ser la pronunciación y entonación, las intensidades, los timbres, y la expresividad vocal.

Se potencian las improvisaciones en donde se asumen diversos roles y se crean relaciones grupales potenciando la creatividad. Cada uno crea su historia y su personaje libremente.

En el grupo de nivel 2 se trabajan sobre historias cortas, que el propio grupo crea previamente, se asignan personajes y se improvisa sobre la idea original. Para concluir la actividad, se visiona la actividad que ha sido grabada.

Se utiliza todo el espacio escénico con controversia de personajes. Se busca lograr un dominio del espacio, a la hora de desplazarse por él, en relación con los demás y con los posibles objetos.

En el grupo 3 las actividades van orientadas a la estructuración del discurso y el fortalecimiento de la memoria, la atención, la concentración... Uno de los ejercicios llevados a cabo consiste

en ponerse en círculo y de forma consecutiva ir generando partes de una historia, mantener un hilo conductor e ir aumentando en detalles y complejidad dicha narración, de forma que cada persona debe crear su parte del relato además de recordar lo mencionado por los demás.

Fase de clausura

En esta fase se reúne el grupo de nuevo para comentar cómo se sintió durante la sesión y para hacer propuestas de ejercicios o de trabajo para las próximas sesiones. Valorando en estado en el que el grupo se encuentre se plantea un ejercicio final que puede ir orientado a la relajación o a la activación en función de las necesidades, siempre tratando de regular el estado emocional del grupo. De esta forma se pueden llevar a cabo ejercicios de respiración, dinámicas lúdicas de repetición, canciones, lectura de cuentos, poesías o bien puesta en común de alguna creación personal.

Conclusiones

Tras dos años de intervención se han observado una serie de avances que son patentes no sólo por los terapeutas, que intervienen en el proceso, sino por los propios usuarios del grupo quienes expresan abiertamente los logros y las dificultades solventadas. Entre estos avances caben destacar, un mejor ajuste entre comunicación verbal y no verbal, mayor contacto con el otro y mejor conocimiento de estados propios, aumento de la creatividad, aumento de la desinhibición (se muestran más activos), mayor asertividad en la comunicación de deseos u opiniones, aumento de la confianza en sí mismos y en el otro (reducción de miedos) y establecimiento de un grupo de apoyo y de referencia.

La Dramaterapia le sirve a nuestros usuarios como instrumento, gracias al cual, pueden disfrutar del arte del teatro a la vez que sienten alivio por poder expresar y escenificar sus problemas emocionales. El trabajo realizado va dirigido a lograr una mayor y mejor integración intra y/o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida. Se trata de crear un espacio de libertad, de expresión y de transformación.



Contacto

Francisco Rodríguez Pulido • fpulido15@yahoo.es

Referencias

- (1) Rodríguez Pulido, F. *La recuperación de las personas con trastorno mental graves: modelo de red de redes. Presente y perspectivas de futuro*, Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife, 2010.
- (2) Johnstone, E.C., Owens, D.G.C., Crow, T.J., Frith, C.D., Alexandropoulos, K., Bydder, G. y Colter, N. (1989). *Temporal lobe structure as determined by nuclear magnetic resonance in schizophrenia and bipolar affective disorder*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 52, 736-741.
- (3) Landy, R. *The future of drama therapy*. (2005). The Arts in Psychotherapy. 1-8.
- (4) Guilford JP. *The nature of human intelligence*. Nueva York: McGraw-Hill; 1967.
- (5) Winnicott, D. *Playing and Reality*. London: Tavistock Publications, 1971.
- (6) Boal, A. *The Theatre of the Oppressed*. London: Routledge, 1982.
- (7) O'Neill, C.; Lambert A. *Drama Structures: A Practical Handbook for Teachers*, 1982.
- (8) Yalom, I.D. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Fourth Edition, New York: Basic Books. 1995.
- (9) BADth British Association for Dramatherapists (1992) Membership List and Code of Practice.
- (10) Glaser, B. (2004). *Ancient traditions within a new drama therapy method: shamanism and Developmental Transformations*. The Arts in Psychotherapy. 31: 77-88.
- (11) Bielanska A, Cechnicki A, Budzynadawidowski P. *Drama Therapy as a Means of Rehabilitation for Schizophrenic – Patients-Our Impressions*. American Journal of Psychotherapy 1991; 45:566-75.
- (12) Jones P *Dramatherapy: Five core processes*. 1993; 14:8-15.
- (13) Courtney, R. *The dramatic metaphor and learning*, en J. Kase-Polisini (ed.) *Creative Drama in a Developmental Context*, Lanham, University Press of America. 1985.
- (14) Jennings S. *Dramatherapy with Families, Groups and Individuals: Waiting in the Wings*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1990.
- (15) Jennings, S. Cattanach, A., Mitchel, S., Chesner, A. & Meldrum, B. *The Handbook of Dramatherapy*. London: Taylor & Francis Books Ltd., 2006.
- (16) Ruddy RA, Dent-Brown K. *Dramaterapia para la esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida)*. En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
- (17) Jenkyns, M. "The warm-up", *Notas de enseñanza, Curso de Dramaterapia*, St. Albans, 1992.

• Aceptado: 11/10/2014.

Incapacitación civil y recuperación: ¿Trabajando en la contradicción?

Civil incapacitation and recovery: Working in the contradiction?

Carmen Ferrer Dufol. Psiquiatra.

Alba Zorrilla Blasco, María Pilar Delgado Miguel, Lucas Santiago Piñeiro, Raquel Alonso Gómez. Psicólogas/o Internas/o Residentes. Unidad Docente, Centro de Rehabilitación psicosocial Ntra. Sra. del Pilar. Zaragoza.

*Siempre se ha creído que existe algo que se llama destino,
pero siempre se ha creído que hay otra cosa que se llama albedrío.
Lo que califica al hombre es el ejercicio de esa contradicción.*

(C.K. Chesterton)

Resumen: En los últimos años está teniendo lugar un incremento de los procedimientos de incapacitación de personas con trastorno mental grave, que suponen una contradicción con el modelo de rehabilitación psicosocial y recuperación con el que se intenta trabajar en la atención a estas personas.

Se presentan datos obtenidos en la ciudad de Zaragoza y se realiza un primer análisis sobre las consecuencias de la incapacitación y se proponen alternativas a la realización de estos procedimientos.

Palabras clave: Incapacitación de personas con enfermedad mental, derechos civiles, rehabilitación psicosocial y recuperación.

Abstract: In the last years we are witnessing an increase of incapacitation procedures of people with severe mental disease; this increase represents a contradiction with the psycho-social rehabilitation and recovery model we try to implement in our daily work with these people.

We present data collected in the city of Zaragoza, we make a first analysis on the consequences of the incapacitation and we propose alternatives to this kind of procedures.

Key words: Civil Incapacitation of mentally ill people, civil rights, psicosocial rehabilitation, recovery.

Introducción

A lo largo de las dos últimas décadas, hemos asistido a una evolución en los paradigmas de comprensión de las personas con Trastorno Mental Grave y a un énfasis sin precedentes en sus posibilidades de recuperación.

La importancia de una visión optimista respecto a las posibilidades de vuelta a la normalidad de estas personas, y la necesidad de devolver a los usuarios sus derechos y responsabilidades en la toma de decisiones en todos aquellos aspectos que les afectan, es asumida por los profesionales de la salud mental como una parte muy importante de su trabajo.



En este marco, resulta paradójico que la implantación de tal paradigma sea simultánea al incremento de procedimientos de incapacitación de personas con Trastorno Mental Grave, que restringen de forma drástica su capacidad de elección y actuación y las convierten en personas sin responsabilidad ante la ley.

Se produce así una divergencia preocupante entre los discursos, siempre partidarios de esta filosofía de la recuperación, y las prácticas que promueven la incapacitación civil de estas personas.

Hemos querido hacer este trabajo para confirmar con algunos datos nuestra impresión de este crecimiento de las incapacitaciones, para realizar un primer análisis de los posibles factores relacionados y realizar un también primer elenco de propuestas.

Hemos ido constatando en diversos foros cómo afortunadamente la inquietud por esta situación empieza a generalizarse, en la medida en que afecta a la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas; creemos por tanto que es un buen momento para empezar a trabajar en un análisis y propuestas más coordinadas y detalladas.

Evolución histórica de la legislación sobre incapacitación e internamiento involuntario

La legislación sobre el enfermo mental tiene dos figuras fundamentales que, si bien recogidas en normativas diferentes, se ven constantemente vinculadas: la incapacitación y el internamiento involuntario.

Entraremos primero en el tema de la incapacitación, y valoraremos posteriormente la influencia que la reforma de la legislación sobre internamientos involuntarios ha tenido sobre la extensión de estos procedimientos.

- La incapacitación tiene su primera normativa en España en el siglo XIX¹.

¹ Se puede reseñar que es realmente en LAS PARTIDAS redactadas durante el reinado de Alfonso X el Sabio (1252-1284) donde se produce la primera referencia del derecho español al tratamiento legal de los enfermos mentales. Aquellos que no pudieran administrar sus bienes “por ser locos o desmemorados”, quedarían sometidos a curatela ejemplar.

Bastaba el hecho natural de la limitación física, constatada por un juez y se le nombraba al enfermo mental un representante de su persona y bienes.

El Código Civil promulgado por Real Decreto de 24 de julio de 1889, inspirado por el modelo francés, es la primera norma relativa a la incapacitación. Los artículos más relevantes en relación con esta figura son los siguientes:

Título IX De la tutela

Capítulo primero

- **Artículo 199.** *El objeto de la tutela es la guarda de la persona y bienes, o solamente de los bienes, de los que, no estando bajo la patria potestad, son incapaces de gobernarse por sí mismos.*

- **Artículo 200.** *Están sujetos a tutela:*

1º Los menores de edad no emancipados legalmente.

2º Los locos o dementes, aunque tengan intervalos lúcidos, y los sordomudos que no sepan leer y escribir.

3º Los que por sentencia firme hubiesen sido declarados pródigos.

4º Los que estuviesen sufriendo la pena de interdicción civil.

- **Artículo 201.** *La tutela se ejercerá por un solo tutor bajo la vigilancia del protutor y del consejo de familia.*

- **Artículo 202.** *Los cargos de tutor y protutor no son renunciables sino en virtud de causa legítima debidamente justificada.*

- **Artículo 203.** *Los Jueces municipales del lugar en que residan las personas sujetas a tutela proveerán al cuidado de éstas y de sus bienes muebles hasta el nombramiento de tutor, cuando por la ley no hubiese otras encargadas de esta obligación.*

Si no lo hicieren, serán responsables de los daños que por esta causa sobrevengan a los menores o incapacitados.

- **Artículo 204.** *La tutela se defiere:*

1º Por testamento.

2º Por la ley.

3º Por el consejo de familia.

- *Artículo 205. El tutor no entrará en el desempeño de sus funciones sin que su nombramiento haya sido inscrito en el Registro de tutelas.*

- La Ley 13/1983, 24 octubre de reforma del Código Civil en materia de tutela, corrige estos artículos cien años más tarde, introduciendo más garantías en los procedimientos de incapacidad y tutela. Lo que antes era reservado a la figura de la interdicción sin tener en cuenta a los enfermos mentales, a partir de esta reforma es necesaria una sentencia judicial.

Título IX De la incapacidad

- *Artículo 199. Nadie puede ser declarado incapaz, sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley.*
- *Artículo 200. Son causas de incapacidad las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que impidan a la persona gobernarse por sí misma.*

Título X De la tutela, de la curatela y de la guarda de los menores o incapacitados

Capítulo primero

- *Artículo 215. La guarda y protección de la persona y bienes o solamente de la persona o de los bienes de los menores o incapacitados, se realizará, en los casos que proceda, mediante:*
 1. *La tutela.*
 2. *La curatela.*
 3. *El defensor judicial.*
- *Artículo 216. Las funciones tutelares constituyen un deber, se ejercerán en beneficio del tutelado y estarán bajo la salvaguarda de la autoridad judicial.*

Las medidas y disposiciones previstas en el artículo 158 de este Código podrán ser acordadas también por el Juez, de oficio o a instancia de cualquier interesado, en todos los supuestos de tutela o guarda, de hecho o de derecho, de menores e incapaces, en cuanto lo requiera el interés de éstos.

El aumento de los procedimientos de incapacidad

Durante muchas décadas, el procedimiento de incapacidad fue un hecho relativamente excepcional, reducido a las personas con un patrimonio sustancial, que pudiera verse en riesgo por una mala administración de bienes debida a problemas derivados de la enfermedad mental del sujeto. Dicha enfermedad muchas veces no era tan grave como para impedir la formación de una familia propia, pero sí podría tener entre sus consecuencias problemas relativos a la administración de sus bienes.

Los procedimientos de **incapacidad** han tenido en los últimos años un notable incremento, vinculado probablemente a una diversidad de factores:

- a) La instauración progresiva en los sistemas europeos del régimen de pensiones en el último cuarto del S. XX. El acceso a las personas con discapacidad a pensiones de invalidez, así como el derecho a la percepción de pensiones no contributivas para personas sin cotización previa. Puede decirse que la mejora del nivel de vida en estos países ha hecho que por primera vez las personas discapacitadas puedan tener un mínimo patrimonio.
- b) La aparición de nuevos colectivos a los que puede ser aplicable la figura de la incapacidad. El aumento de la esperanza de vida, que ha hecho que muchas personas lleguen a edades avanzadas, con el consiguiente aumento de personas ancianas con déficits cognitivos que merman su capacidad de juicio. Además, el desarrollo de sistemas de protección de menores no institucionalizados que cuando llegan a la mayoría de edad son considerados subsidiarios de una prolongación de la citada protección.
- c) La judicialización de la vida pública y privada en la sociedad actual, que sustituye a formas anteriores de control social y de resolución de conflictos propias de organizaciones sociales, menos complejas y en general menos reguladas. Se deposita así sobre el poder y el control judicial la resolución de todo tipo de conflictos sociales y entre ciudadanos.

Estos elementos, que van apareciendo en la 2ª mitad del siglo XX, todos ellos relativos a la incapacidad, se complementan con la nueva



reglamentación de la figura del **internamiento** involuntario en España, reglamentación que era imprescindible en la medida en que el marco legal de los internamientos databa de 1931.

- La Ley 13/1983, 24 octubre de reforma del Código Civil en materia de tutela, mencionada anteriormente en relación con la incapacitación, cierra el largo periodo de permanencia en vigor del Decreto de 1931, que ya era a su vez regresivo respecto a intentos anteriores de establecer garantías judiciales al internamiento. El Decreto de 1931, conculcaba los derechos de la persona ingresada en las instituciones psiquiátricas, permitiendo internamientos indefinidos sin control judicial².
- La reforma del Código Civil de 1984 introduce pocas variaciones en lo referido a la cuestión de la incapacitación, pero en el artículo 211, que dicta el citado control judicial sobre los internamientos, introduce, de forma errada en la opinión de muchos juristas, el concepto de incapacitación, quedando el internamiento regulado del siguiente modo:

Art. 211. El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que, razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez, y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas.

El Juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 203.

Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 269, 4.º, el Juez, de Oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea pertinente, y, en todo caso, cada seis meses, en forma igual a la prevista en el párrafo anterior, y

² Puede recordarse que en 1855 se había promulgado la Ley de Enjuiciamiento Civil, influenciada por la Ley francesa de 1838, que regulaba por primera vez el ingreso de los dementes y dictaba el necesario expediente judicial ante una reclusión definitiva (cuestión que la diferenciaba de la Ley francesa, que mantenía únicamente un control gubernativo de los internamientos), y que fue criticada por los psiquiatras de la época, considerando que obstaculizaba los procedimientos de ingreso, desde un control judicial en su opinión innecesario.

acordará lo procedente sobre la continuación o no de internamiento.

La redacción de este nuevo código, que reimplanta el control judicial sobre los internamientos involuntarios, fue criticada desde diversas perspectivas, algunas de ellas desde la crítica al establecimiento de una relación estrecha entre el internamiento involuntario y la incapacitación. Esta relación parece todavía influida por la concepción del ingreso psiquiátrico como un ingreso a muy largo plazo de personas con una enfermedad de pronóstico negativo e inexorable. Esto ocurre precisamente en un momento, en el umbral de la promulgación de la Ley General de Sanidad, en que se hablaba ya de ingresos de corta duración de los enfermos mentales en hospitales generales y de la necesidad de un enfoque que redujera al máximo la utilización de los hospitales psiquiátricos.

Una de las críticas a esta reforma es precisamente su escasa aplicabilidad, dado que su aplicación estricta hubiera requerido la apertura de procedimientos de incapacitación y recapacitación, en los sucesivos momentos de ingreso y alta de personas que veían temporalmente mermada su capacidad de juicio. Evidentemente, esta aplicación no se produjo, pero la nueva norma orientaba hacia la presunta incapacitación de cualquier persona que precisase un internamiento involuntario³.

- La Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, corrigió parcialmente en su artículo 763 esta redacción, eliminando del artículo sobre el internamiento involuntario la presunción de incapacitación:

El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condi-

³ “De todos modos, el art. 211 CC ha sido considerado totalmente insuficiente para proporcionar una regulación completa del internamiento de los presuntos incapaces. Como deficiencias se han señalado: no se determinan las causas que justifican el internamiento (que no son las de incapacitación, cabe ésta sin aquél y viceversa); no se diferencia el internamiento voluntario del involuntario o forzoso; no se prevén plazos (ni de las actuaciones judiciales ni de validez máxima de la autorización); no se determinan las personas legitimadas para promover el internamiento o que deban notificar el producido por urgencia; no se regula la terminación. También se ha comentado que, al tratarse de una regulación que limita la libertad de los ciudadanos debería estar autorizada por Ley Orgánica”.

ciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

La conjunción de los factores mencionados había hecho calar progresivamente la convicción de que la incapacidad era un instrumento útil en el “manejo” de los conflictos generados por las personas con enfermedad mental, especialmente en dos aspectos:

- Facilitaba el ingreso involuntario

La normativa de 1983 aparece en un momento de restricción de los ingresos psiquiátricos a largo plazo. Esta restricción, legítima dadas las características de las instituciones en que estos ingresos se realizaban, debía haber sido acompañada por la creación de una red de servicios alternativos de apoyo a los pacientes y sus familias en la comunidad, creación que se ha producido con lentitud y limitaciones.

La propuesta de ingresos en hospitales generales, con casi inmediata devolución del paciente a su domicilio, era por tanto vivida, a veces con motivo por las familias, como una depositación sobre ellas de la conflictiva que algunas personas con enfermedad mental generaban, condenándoles a procedimientos de ingreso a veces dramáticos y repetidos.

Las familias, en algunos casos alentadas por profesionales de la salud mental y a veces por sus propias asociaciones, se aferraban, y se aferran todavía, a la creencia de que la autorización judicial para el ingreso les da poder para forzarlo. La autorización, sin embargo, pretende ser lo contrario, una garantía jurídica frente a posibles abusos en el internamiento de personas con enfermedad mental. De esta forma, la persona no incapacitada no precisa de permiso judicial para su ingreso salvo que manifieste su voluntad en contra, y el facultativo considere que éste es necesario, mientras que la persona incapacitada, desee o no ingresar, debe contar con una autorización judicial para su ingreso.

Se produce pues una identificación errada entre la apertura de procedimientos de incapacidad y la facilitación del ingreso involuntario.

- Evitaba conflictos en la administración del dinero de la persona con enfermedad mental

Es cierto que la figura de la incapacidad y el consiguiente control judicial sobre los bienes de la persona enferma puede favorecer su recuperación si la tutela, institucional o familiar, se entiende como un proceso en el que se le apoya y ayuda en la administración de su patrimonio. Esto puede favorecer, por una parte, procesos de progresiva toma de conciencia sobre la necesidad de la correcta administración de su dinero; y por otra parte puede evitar abusos sobre la persona enferma.

La contrapartida es, sin embargo, sancionar casi siempre de forma definitiva, la incapacidad de esa persona para administrar sus bienes. Y no solo eso, sino que la declaración de incapacidad, como veremos más adelante, afecta a otras áreas de la vida de la persona.

Datos relativos a la extensión de los procedimientos de incapacidad en la Comunidad Autónoma de Aragón

Se presentan aquí los datos obtenidos en el último año en relación con las incapacitaciones. Dificultades relativas a una especial limitación coyuntural en la obtención de datos de los expedientes de incapacidad en los Juzgados de Zaragoza hacen que por el momento sólo podamos aportar datos relativos al año 2012.



Los datos obtenidos, sin embargo, nos parecen suficientes por el momento para confirmar nuestra impresión de la importancia cobrada por las incapacitaciones, al menos en nuestra ciudad.

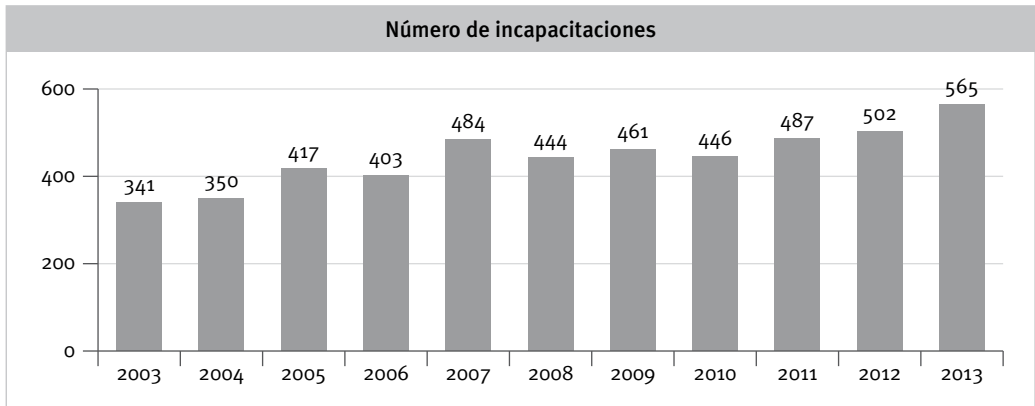
Datos Obtenidos de los Juzgados de Zaragoza

Los datos de los Juzgados de Zaragoza, informan del conjunto de expedientes tramitados; las personas incapacitadas quedan posteriormente bajo la tutela de sus familiares o de la Fundación de Tutela y Defensa Judicial de Adultos de la Comunidad Autónoma de Aragón, de la que también aportamos datos.

Datos obtenidos de los Juzgados de Zaragoza (Juzgado de 1ª instancia nº 13)

1. Expedientes de incapacitación por diversos trastornos y enfermedades limitantes tramitados desde 2002 hasta 2013

Se facilitan los datos desde 2002 dado que esa es la fecha en que se determina que un único Juzgado actúe en materia de incapacitaciones (Acuerdo del Pleno del Consejo General del Poder Judicial de 19 de diciembre de 2002). Hasta entonces las incapacitaciones se distribuían entre todos los Juzgados de Primera Instancia de Zaragoza.



2. Expedientes de incapacitación por trastorno mental tramitados, en 2012

¿A quien se le concede?	Frecuencia	%
Familia	28	52,8
IASS	24	45,3
Fundación Aragonesa Tutelar	1	1,9
Total	53	100,0

Se observa que de un total de 502 expedientes 53 de ellos (10,55 %) se tratan de personas que han sido incapacitadas por presentar un trastorno mental. Analizando esta muestra hemos ob-

servado ciertas características que nos parecen relevantes. Entre otras muchas, hemos decidido plasmar aquí los datos correspondientes al Fallo del Juez y a la persona o entidad al que se le concede la tutela/curatela.

Fallo del juez	Frecuencia	%
Incapacitación Parcial	13	24,5
Incapacitación Total	40	75,5
Total	53	100,0

Datos obtenidos de la Dirección Provincial del I.A.S.S.

Entrada de expedientes en la fundación tutela y de defensa judicial de adultos de la Comunidad Autónoma de Aragón	
1/10/1998 – 30/9/2000	89
1/10/2000 – 15/10/2001	59
16/10/2001 – 31/12/2002	77
1/1/2003 – 31/12/2003	38
1/1/2004 – 25/10/2004	116
1/1/2005 – 31/12/2005	88
1/1/2006 – 31/12/2006	66
1/1/2007 – 31/12/2007	113
1/1/2008 – 31/12/2008	75
1/1/2009 – 31/12/2009	84
1/1/2010 – 31/12/2010	99
1/1/2011 – 31/12/2011	134
1/1/2012 – 31/12/2012	91
1/1/2013 – 31/12/2013	97

Edad		Sexo	
< 30	75	Hombres	337
31-64	342	Mujeres	330
> 65	229	Total	667
Desconocida*	21		
Total	667		

* Por estar los procedimientos en trámite.

Situación psicofísica						
Enfermos mentales		Discapacitados		Mayores	Otros*	Total
←65	65 o más	←65	65 o más			
219	35	93	8	179	133	667
254		101				

* Cuadros mixtos de enfermedad mental/discapacidad.

Situación residencial											
Residencia T.E.		Centro Psiquiátrico		Centro Discapacitados		Piso Tutelado		Domicilio particular	Hostal	Otros	Total
Privada	Pública	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público				
107	78	86	88	69	10	15	0	195	7	12	667

**Consecuencias de la incapacitación:
En el individuo, en los servicios de atención de personas con enfermedad mental**

Las consecuencias de la incapacitación para el individuo aparecen reflejadas en los siguientes artículos del Código Civil:

- **Artículo 267** (redactado por Ley 13/1983, 24 octubre de reforma del Código Civil en materia de tutela).

El tutor es el representante del menor o incapacitado salvo para aquellos actos que pueda realizar por sí solo, ya sea por disposición expresa de la Ley o de la sentencia de incapacitación.

- **Artículo 268** (redactado por el apartado cinco de la disposición final primera de la Ley 54/2007, de 28 de diciembre, de Adopción internacional).



Los tutores ejercerán su cargo de acuerdo con la personalidad de sus pupilos, respetando su integridad física y psicológica.

Cuando sea necesario para el ejercicio de la tutela podrán recabar el auxilio de la autoridad.

• **El Artículo 271** del Código Civil detalla aquellas cuestiones que debiendo ser objeto de autorización judicial, están ya claramente fuera de la posibilidad de decisión de la persona incapacitada (y también de la persona física o jurídica que detenta la tutela), detallándolo en los siguientes términos:

- a) Internar al tutelado en un centro.
- b) Enajenar o gravar bienes inmuebles, establecimientos mercantiles o industriales, objetos preciosos y valores mobiliarios, celebrar contratos o realizar actos que tengan carácter dispositivo y sean susceptibles de inscripción. Se exceptúa la venta del derecho de suscripción preferente de acciones.
- c) Renunciar derechos, así como transigir o someter a arbitraje cuestiones en que el tutelado estuviese interesado.
- d) Aceptar sin beneficio de inventario cualquier herencia, o para repudiar esta o las liberalidades.
- e) Hacer gastos extraordinarios en los bienes.
- f) Entablar demanda en nombre del tutelado salvo en los asuntos urgentes o de escasa cuantía.
- g) Ceder bienes en arrendamiento por tiempo superior a seis años.
- h) Dar y tomar dinero a préstamo.
- i) Disponer a título gratuito de bienes o derechos del tutelado.
- j) Ceder a terceros los créditos que el tutelado tenga contra él, o adquirir a título oneroso los créditos de terceros contra el tutelado.
- k) No necesitará autorización judicial para la partición de la herencia ni la división de la cosa común, pero una vez realizadas requerirán aprobación judicial (art. 272 C.C.).

Sin ánimo de realizar un análisis pormenorizado y pensando en los aspectos prácticos, y especialmente en los impedimentos cotidianos, enumeramos aquí las consecuencias prácticas más llamativas de la incapacidad:

- Imposibilidad para disponer libremente de su dinero. Habitualmente se “pacta” con la persona incapacitada el acceso a una cantidad diaria, semanal o mensual fija, y es preciso pedir permiso para la realización de cualquier gasto adicional.
- Imposibilidad de otro procedimiento en el internamiento que no sea en régimen de involuntariedad.
- Consentimiento informado para cualquier tipo de intervención sanitaria que requiera consentimiento por escrito, otorgado por el tutor, considerándose que en el caso de una persona incapacitada procede el consentimiento por representación (Ley de Autonomía del Paciente, artículo 9).
- Imposibilidad de Formalización de Contratos.
- Imposibilidad de ejercicio de la Patria Potestad.
- Especial consideración tiene lo que en el ámbito jurídico se denominan actos jurídicos personalísimos, como el matrimonio, dado que siendo éste un tipo de consentimiento personalísimo, no puede quedar comprendido en el ámbito de actuación del tutor, por lo que si la declaración de incapacidad afectase a la capacidad para contraer matrimonio, no le queda al incapacitado posibilidad alguna de llevarlo a cabo.
- Por último, quedan mermados para el incapacitado el Derecho de sufragio y de hacer testamento sólo si se hace constar esta restricción en la sentencia de incapacidad, si bien en muchos casos las sentencias influyen “de oficio” esta restricción, entendiéndose el juez que si la persona no puede “gobernarse por sí misma” tampoco debe tener esas atribuciones.

A añadir el hecho de que en personas incapacitadas por enfermedad mental, la incapacidad es casi siempre sinónimo de inimputabilidad respecto a los delitos que pudieran cometer. Mencionamos solamente este aspecto, cuyo análisis

ha sido objeto de muchos estudios, diciendo tan solo que esta equiparación promueve la desresponsabilización de la persona respecto a las consecuencias de sus propios actos.

No es nuestra intención criticar la función tutelar tal como es ejercida por las familias, o las instituciones públicas o privadas, por el contrario, son ellas las depositarias de una problemática que con frecuencia no han promovido (la casuística de los factores que influyen en esas decisiones debería ser objeto de un análisis más detallado). Y cuando las incapacitaciones se realizan de forma masiva o de forma individual e inadecuada, las familias deben asumir después que la incapacitación no cumple la expectativa prometida de “solución de problemas”. También el caso de las instituciones tutelares que deben asumir la tutela de un número tal de personas incapacitadas que hace prácticamente imposible una atención individualizada.

En el caso de que todas las personas incapacitadas lo hubieran sido desde una reflexión meditada sobre cómo promover una mejora en su vida y su futuro, cabría pedir un aumento de recursos para resolver la situación de masificación en las instituciones tutelares. Probablemente, lo que cabe es preguntarse si la incapacitación ha sido promovida tras una evaluación (con el paciente, la familia y los equipos que atienden al usuario) de los beneficios e inconvenientes del paso a esta situación en cada persona, y si eso va a favorecer u obstaculizar su proceso de recuperación, en este último caso, preguntarnos si podemos trabajar para promover un cambio de tendencia.

Sea cual sea el proceso que ha conducido a la incapacitación nos encontramos, con demasiada frecuencia, con que no es la parte promotora de la incapacitación la que va a realizar un seguimiento posterior e intensivo. Los equipos rehabilitadores (que a veces también promueven incapacitaciones), deben trabajar desde un planteamiento de recuperación global de la persona, y se encuentran abordando este cometido con un individuo, inmersos en la contradicción:

Toca trabajar sobre las tareas propias del proceso de recuperación que enunciamos aquí muy resumidamente (ver en más detalle en el Anexo 1):

1. Infundir esperanza respecto a la evolución de la enfermedad.
2. Fomento de la autoestima.
3. Promover la autonomía y la independencia en la toma de decisiones.
4. Promover la asunción de la máxima responsabilidad sobre sus vidas.
5. Desarrollo de un proyecto vital satisfactorio y que suponga la integración social y el disfrute de plenos derechos como ciudadano, con un sujeto desresponsabilizado y despojado de la mayor parte de sus derechos civiles.

Este trabajo, bien entendido y aplicado a personas concretas que necesitan y pueden beneficiarse de un apoyo – y algunas veces un control – sobre la gestión de sus bienes, puede ser factible desde una práctica que ponga en primer plano el respeto al individuo y sus derechos, y la creación de un clima de confianza en el que la persona afectada entiende que el control es sólo un instrumento en una dinámica de apoyo para salir adelante, y que puede revertirse en el momento en que la persona muestre que es capaz de asumir por sí misma ese control. Pero hay otros casos en que un procedimiento propuesto a la ligera obstaculiza claramente el proceso, a veces de forma dramática – procedimientos que afectan a la patria potestad de personas que pierden derechos respecto a sus hijos, qué son sentidos como amenazas permanentes a su capacidad de decisión y como motivos de conflicto por las limitaciones y necesaria autorización del tutor para actos sencillos de la vida cotidiana-.

Propuestas para una reflexión

La intención de este artículo es llamar la atención, e invitar a la reflexión, sobre el tema reseñado. Avanzar en una mayor toma de conciencia sobre él cubriría nuestro objetivo.

El debate está ya abierto, y no sólo desde la constatación de la situación del incremento de las incapacitaciones y las consecuencias que eso tiene sobre muchas personas con enfermedad mental; desde diversos ámbitos hay ya propuestas de reforma del Código Civil y la Ley de



Enjuiciamiento Civil en el camino de la necesaria adaptación de nuestra normativa a la Declaración de Naciones Unidas en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006 (ver Anexo 2).

En ese recorrido, creemos que sería razonable plantearse y plantear propuestas que incluyan las siguientes posibilidades de actuación:

- a) Limitación cuantitativa de la incapacitación a aquellas personas cuya situación patrimonial y psicosocial obligue a un control de familia o administración de este patrimonio, utilizando para los ingresos involuntarios el procedimiento facilitado por el art. 763 de la L.E.C., que hace innecesaria la figura de la incapacitación para proceder a un internamiento.
- b) Limitación cualitativa, adaptando las sentencias a las necesidades de cada individuo. Sería un interesante objeto de investigación evaluar en qué medida las sentencias de incapacitación van más allá de la necesidad que ha condicionado la apertura del procedimiento. Proponemos la apuesta por la figura de la curatela como figura prioritaria en los procedimientos de incapacitación y por un planteamiento que proponga la redacción de sentencias a medida de las necesidades del usuario.
- c) Desde la consideración de que, al contrario de lo que ocurre con otras patologías, las personas con enfermedad mental pueden pasar por procesos de recuperación, utilización flexible del procedimiento de reversión de la incapacitación, hasta ahora absolutamente excepcional.

Hay ya diversas alternativas sobre la mesa. Sería interesante una valoración de las posibilidades de la figura del asesor jurídico propiciada en los últimos años por la OMS y que están siendo aplicadas en Canadá y en algunos países europeos; en España ya se realizó una propuesta en 2012

por parte de un Comité de expertos convocados por el Real Patronato de la Discapacidad que supone un cambio radical en el articulado del Código Civil y la ley de Enjuiciamiento Civil relativo a las incapacitaciones.

Desde nuestro punto de vista, una renovación ambiciosa de la legislación relativa a los derechos civiles de los enfermos mentales en España requiere una reflexión en profundidad sobre la necesidad de reducir al mínimo indispensable la capacidad de decisión de estas personas sobre sus vidas, y a la vez establecer sistemas efectivos de soporte y supervisión que promuevan el mantenimiento de su integración social.

Para ello, es necesario incluir en el debate a las numerosas instancias implicadas: usuarios, familiares, fundaciones tutelares, sistemas sanitario, social y judicial; con una cuidadosa toma en consideración, con la experiencia que nos da la aplicación del modelo actual, siempre con el objetivo incuestionable de devolver a las personas con enfermedad mental el máximo de autonomía y de capacidad de decisión sobre sus vidas.

Agradecimiento

A Luisa López Casas, Jefa de Sección de Tutela de Adultos-Dirección Provincial del Instituto Aragonés de Servicios Sociales, y a Rafael López Melús, Secretario del Juzgado de 1ª Instancia nº 13 de Zaragoza.

Contacto

Carmen Ferrer Dufol • cferrerd@aragon.es
C/ Mariano Supervía, 26 - casa • 50006 Zaragoza

Bibliografía

Barrios Flores, L F. (2012) La regulación del internamiento psiquiátrico involuntario en España: carencias jurídicas históricas y actuales. *Derecho y Salud*, 22 (1), 31-56.

Berkovitz, R. (1976). *La Marginación de los locos y el derecho*. Barcelona: Taurus.

Real Decreto-ley, de 24 de julio de 1889, por el que se aprueba el Código Civil. *Boletín Oficial del Estado*, de 25 de julio de 1889, núm. 206, pp. 249-259.

Ley 13/1983, de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil en Materia de Tutela. *Boletín Oficial del Estado*, de 26 de octubre de 1983, núm. 256, pp. 28932-28935.

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del Estado*, de 8 de enero de 2000, núm. 7, pp. 575-728.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, de 15 de noviembre de 2002, núm. 274, pp. 40126-40132.

Fundación Acción Social y Tutela de Castilla y León (2012). La incapacidad y sus consecuencias - guía jurídica - teoría y práctica.

Consejo General del Poder Judicial (1994). Legislación, Derechos y Salud Mental. M^a Eugenia

Díez Fernández (Compiladora). Principado de Asturias.

Ludeña Benítez, O. D. (2011). Aspectos constitucionales y procesales del internamiento por razón de trastorno psíquico: especial referencia a la STC 132/10 y a la naturaleza jurídica-procesal de la institución. *Noticias Jurídicas*.

Ministerio de Gobernación. 1931. "Decreto de 3 de julio". Gaceta de Madrid nº 188: 186-189, 20 de diciembre de 2010.

Organización de Naciones Unidas (2006): Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Subcomisión de Expertos sobre el Procedimiento de Modificación de la Capacidad de Obrar del Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid, a 13 de junio de 2012. *Propuesta articulada de reforma del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil para su adecuación al artículo 12 de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad*.

WHO: Mental Health: Facing the challenges, building solutions. Report from the Ministerial WHO Conference, 2005.

WHO: Quality Rights Tool Kit: Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities, 2012.

• Enviado: 18/07/2014.

• Aceptado: 15/09/2014.

Anexo 1

WHO: Quality Rights Tool Kit: Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities, 2012

El propósito de los principios orientados a la recuperación en las prácticas de salud mental es asegurar que los servicios de salud mental están siendo suministrados de modo que apoyen la recuperación de los consumidores de salud mental.

1. La singularidad de la recuperación individual

La práctica de salud mental orientada a la recuperación:

- Reconoce que la recuperación no necesariamente tiene que ver con la curación sino que se trata de tener oportunidades para realizar opciones y vivir una vida significativa, satisfactoria y útil, siendo un miembro valorado de la comunidad



- Acepta que los resultados de la recuperación son personales y únicos para cada individuo y van más allá de la focalización exclusiva en la salud para dar énfasis a la inclusión social y calidad de vida.
- Faculta a los individuos para que reconozcan que constituyen el punto central en la atención que reciben.

2. Opciones reales

La práctica de salud mental orientada a la recuperación:

- Apoya y empodera a las personas a tomar sus propias decisiones sobre cómo quieren vivir sus vidas y reconoce que las decisiones tienen que ser significativas y creativamente exploradas.
- Apoya a los individuos para construir sobre sus fortalezas y tomar la máxima responsabilidad sobre sus vidas en todo momento.
- Asegura que existe un equilibrio entre el deber de cuidado y el apoyo a los individuos para asumir riesgos positivos y aprovechar al máximo nuevas oportunidades.

3. Actitudes y Derechos

La práctica de salud mental orientada a la recuperación:

- Implica escuchar a, aprender de, y actuar sobre lo que la persona y sus cuidadores transmiten sobre lo que es importante para cada individuo.
- Promueve y protege los derechos humanos, legales y de ciudadanía del individuo.
- Apoya a los individuos para mantener y desarrollar actividades sociales, recreativas, ocupacionales y vocacionales que sean significativas para ellos.
- Infunde esperanza en el futuro de un individuo y capacidad de vivir una vida significativa.

4. Dignidad y respeto

La práctica de salud mental orientada a la recuperación:

- Consiste en ser corteses, respetuosos y honestos en todas las interacciones.

- Implica sensibilidad y respeto para cada individuo, particularmente por sus valores, creencias y cultura.
- Desafía el estigma y la discriminación dondequiera que exista dentro de nuestros propios servicios o la comunidad en general.

5. Colaboración y Comunicación

La práctica de salud mental orientada a la recuperación:

- Reconoce a cada individuo como un experto en su propia vida y que la recuperación consiste en colaboración con las personas y sus cuidadores para proporcionar apoyo en una forma que tenga sentido para ellos.
- Valora la importancia de compartir información relevante y la necesidad de comunicarse claramente para posibilitar una participación efectiva.
- Consiste en trabajar de manera positiva y realista con los individuos y sus cuidadores para ayudarles a realizar sus propias esperanzas, metas y aspiraciones.

Capacidad legal y apoyo en la toma de decisiones

A las personas con discapacidades mentales se les niega sistemáticamente el derecho a ejercer su capacidad jurídica. A través de la tutela y otras medidas sustitutivas en su toma de decisiones, a menudo se les impide tomar decisiones y realizar opciones sobre sus vidas, incluyendo cuestiones relacionadas con sus planes de vida, sus cuidados médicos, sus asuntos personales y financieros y otras cuestiones. Estas decisiones se toman a menudo por las familias, cuidadores, tutores o profesionales de la salud.

El objetivo de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (véase el Anexo 2) es poner fin a esta situación. El Artículo 12 de la Convención reconoce que las personas con discapacidad, incluyendo discapacidad mental, tienen el derecho a ejercer su capacidad jurídica, es decir, a tomar decisiones y realizar opciones en todos los aspectos de sus vidas, en igualdad de condiciones con los demás.

La Convención reconoce también que algunas personas en algunas ocasiones pueden requerir asistencia en la toma de decisiones sobre sus vidas y promueve un modelo de apoyo en la toma de decisiones como modo de proveer esta asistencia.

El apoyo en la toma de decisiones implica el nombramiento de personas con discapacidad mental de una persona de confianza o una red de personas con quienes pueden consultar y discutir cuestiones que les afectan. Tales personas pueden asistir a los usuarios del servicio en la comprensión de las opciones y las alternativas disponibles para ellos en lo referente a su tratamiento de salud mental (por ejemplo si ponerse en tratamiento, donde recibir tratamiento, qué tipo de tratamiento) y comunicar sus decisiones y preferencias a otros cuando sea necesario. Pueden ayudar otros a darse cuenta de que una persona con discapacidad significativa también es una persona con historia, intereses y objetivos en la vida y que es alguien capaz de ejercer su capacidad jurídica. En el apoyo para la toma de decisiones, la presunción (presumption) es siempre a favor de la persona con discapacidad que se verá afectada por la decisión. El personal de salud mental y centros de atención social puede desempeñar un papel vital en la promoción de toma de decisiones apoyada a través de:

- Alentar a los usuarios del servicio para designar a personas de apoyo o redes de personas.
- Facilitar los contactos entre los usuarios del servicio y sus personas de apoyo.
- Garantizar que los usuarios del servicio y sus personas de apoyo disponen del espacio y el tiempo para discutir temas relacionados con tratamiento y la atención en salud mental.

Las formas de toma de decisiones apoyadas incluyen redes de apoyo, “ombudspeople personal”, apoyo de sus compañeros, abogados y asistentes personales. Canadá y Suecia ofrecen modelos de toma de decisiones compatibles, que actualmente se están implementando:

- Canadian Association for Community Living.
- Nidus Personal Planning Resource Centre and Registry (British Columbia, Canada).
- Sweden Personal Ombudsman Model.

Anexo 2

Organización de Naciones Unidas (2006): Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

• Artículo 3

Principios generales

Los principios de la presente Convención serán:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer;
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

• Artículo 12

Igual reconocimiento como persona ante la ley

1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.
2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.
3. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.
4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos



de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.

5. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria.

¿Qué enfermedades tratan los psiquiatras?

What illnesses psychiatrists treat?

Pedro A. Marina González

Psiquiatra. Profesor Asociado de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo.
Centro de Salud Mental de La Corredoria, Oviedo.
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

Resumen: En los últimos años han tenido lugar cambios sociales que han contribuido a incrementar las demandas asistenciales psiquiátricas. También se han producido notables avances en el conocimiento neurocientífico. Sin embargo, faltan parámetros objetivos para la definición de caso psiquiátrico porque sigue sin aclarar la naturaleza de la enfermedad mental. La investigación biomédica está haciendo marcados esfuerzos por convertirse en el paradigma explicativo, pero los resultados son insuficientes. No obstante, cada vez son más las evidencias que ponen de manifiesto que hay una relación entre disfunción neurobiológica y alteración de la conducta, aunque hay un enorme vacío de saberes para explicar dicha relación. Siendo así, continúa vigente la doble aspiración del psiquiatra: conocer la enfermedad y entender al enfermo, hoy como ayer asentándose en una sólida formación clínica y psicoterapéutica.

Palabras clave: Nosografía psiquiátrica, epistemología, psicopatología.

Abstract: Over the past years there have been social changes that have helped to increase demand on psychiatric care. There have also been remarkable advances in neuroscientific knowledge. However, there are not objective parameters to define psychiatric case because remain unclear the nature of mental illness. Biomedical research made marked efforts to become the explanatory paradigm, but the findings are insufficient. However, they have provided grounds for believing that the mental diseases are neurobiological dysfunctions expressed as behavioral disorders, but it is unknown how these elements are related. Thus, remains the psychiatrist's dual mission: to know the disease and understand the patient, based on a strong clinical and psychotherapeutic training.

Key words: Psychiatric nosography, epistemology, psychopathology.

Vivimos una época de intenso desarrollo del conocimiento humano y de las tecnologías aplicadas. Los modernos sistemas de difusión de la información permiten poner en línea los esfuerzos investigadores en los diferentes lugares del planeta facilitando concentrar todas las energías en una misma dirección, reduciendo la dispersión que la distancia y las dificultades para el intercambio de los hallazgos produjeron en otros

momentos de la historia del saber. Todos los proyectos que cuentan con el adecuado soporte económico tienen hoy en día un enorme potencial de desarrollo.

Este es el caso de la investigación genética y en neurociencias, como ponen de manifiesto los datos relativos a financiación, grupos de investigación y resultados (publicaciones, patentes, etc.),



y los proyectos alentados por grandes instituciones, como la BRAIN Initiative auspiciada por el gobierno de los EE UU. Estas investigaciones están arrojando nueva luz sobre el cerebro, la mente y las enfermedades mentales, mostrando las relaciones entre funciones mentales y regiones cerebrales, desentrañando la expresión genética en términos de biología molecular e intentando vincular la neurociencia molecular con la cognitiva.

Sin embargo, todos estos avances no han servido para eliminar las incertidumbres a las que se ven sometidos los profesionales de la psiquiatría en su labor cotidiana. Aunque los medios de comunicación trasladan la impresión de que se están despejando todas las incógnitas acerca del funcionamiento del cerebro humano y los estados mentales que se asocian, en realidad se sigue sin tener una definición clara de lo que es un caso psiquiátrico y, con la excepción de determinadas patologías históricamente vinculadas a la psiquiatría, como la esquizofrenia, la disciplina sigue sometida a los vaivenes de la modernidad, de manera que también los usos y costumbres socioculturales influyen en las materias o problemas que son objeto de su atención.

En nuestro medio, la mayoría de las personas atendidas por los psiquiatras en consultas ambulatorias proceden de la derivación de otros profesionales. En los servicios públicos los pacientes llegan derivados principalmente por médicos de atención primaria, mientras a las consultas privadas llegan también por iniciativa de los propios interesados. Pero, ¿por qué van los pacientes al psiquiatra?, ¿qué lleva a otros profesionales a derivar pacientes a estos especialistas?

La respuesta a estas preguntas, por lo general clara y sencilla para cualquier otra especialidad médica, tiene matices especiales y distintivos en psiquiatría.

Sociedad y psiquiatría.

Razones para una visita al psiquiatra

En los últimos años se han producido toda una serie de cambios sociales que han acabado por modificar radicalmente la percepción de la psicología y la psiquiatría. Las personas del llamado primer mundo viven en una sociedad globalizada, muy tecnificada y especializada, que aspira al máximo

desarrollo de la individualidad. Como contrapartida se han adelgazado los lazos que unen a cada persona con los grupos naturales, como la familia (1, 2). En estas circunstancias, conflictos vitales ordinarios auspiciados por la educación de los hijos, relaciones de pareja, enfermedades, problemas laborales, cuidado de ancianos, etc., pueden generar tal incertidumbre y estrés que llevan a buscar la ayuda de expertos, siendo psicólogos y psiquiatras los más demandados. De este modo, problemas de la vida se convierten en problemas “psiquiátricos”, generando un incremento de las demandas asistenciales (3), tal y como recogen los registros de las mismas.

Analizando la situación desde el clásico modelo elaborado por Golberg y Huxley para describir los procesos de selección que influyen en la solitud de asistencia psiquiátrica (4), modelo compuesto de cinco niveles y cuatro filtros que regulan el paso entre niveles, se puede decir que el cedazo del primer filtro, la decisión del consultar, es decir, aquellos factores que hacen que un individuo con malestar psicológico decida ir al médico, se ha hecho más permeable. De este modo, el número de pacientes que llega a los médicos de cabecera, segundo filtro en el modelo, con una queja explícita de malestar psicológico ha aumentado significativamente, planteando nuevos desafíos al trabajo de estos profesionales, quienes deben, además de detectar síntomas psiquiátricos en los pacientes que consultan por otros motivos, decidir cuáles de los que acuden con desequilibrios emocionales requieren atención especializada.

Pero además de este grupo de personas cuyo malestar está asociado a problemas cotidianos, a los psiquiatras llegan pacientes con trastornos mentales graves, es decir, trastornos caracterizados por tener una duración prolongada y conllevar discapacidad y disfunción social. Aquí se incluyen los casos de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos bipolares, trastornos depresivos recurrentes, trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos de la personalidad, entre otros. Identificar estos problemas constituye una prioridad absoluta para concentrar los esfuerzos terapéuticos necesarios.

Por tanto, el psiquiatra debe realizar en todas estas ocasiones una valoración diagnóstica que

le permita distinguir enfermedad de reacción adaptativa, una estimación pronóstica que le sitúe ante la gravedad del trastorno, y definir una estrategia terapéutica que tenga en cuenta la gravedad. Para ejecutar estas tareas es imprescindible saber cómo se reconoce la enfermedad mental, o lo que es lo mismo, conocer la verdadera naturaleza de la misma.

En busca de un paradigma

Pero la naturaleza de la enfermedad mental continúa sin definir (5). Para llegar a ella se necesita una teoría del conocimiento (epistemología) desde la que abordar su estudio (6, 7). Sin embargo, en psiquiatría no hay una teoría del conocimiento unitaria, a diferencia de lo que ocurre en otras ramas de la medicina. Falta un paradigma con la potencia suficiente para considerarlo un marco conceptual con capacidad explicativa de todos los fenómenos que acontecen alrededor de la enfermedad mental (8). Las teorías dominantes: psicodinámicas, conductuales, cognitivas, sistémicas, médicas, sociales o fenomenológicas, se organizan sobre principios diferentes. No obstante, cuando se hacen lecturas equilibradas de dichas teorías se puede comprobar que cada una de ellas se asoma a distintas partes de una misma realidad, proporcionando una comprensión razonable, pero incompleta, que no alcanza los parámetros de paradigma unitario.

Ahora bien, en este momento las neurociencias fascinan. Los hallazgos genéticos, moleculares, estructurales y funcionales del sistema nervioso central son admirables y han roto la visión estática del mismo poniendo en primer plano su fabulosa plasticidad. Además, el nivel de estudios permite, como hace Antonio Damasio, introducir puentes entre estructura del sistema nervioso y funciones mentales (9,10). Todo ello en un ambiente de optimismo “neurocéntrico” dispuesto a imaginar que se pueden resolver los conflictos e incertidumbres que alejan a los hombres de la felicidad desvelando las incógnitas del funcionamiento cerebral. En este contexto ilusionado cobran sentido afirmaciones como las del divulgador Eduardo Punset “...todo lo que importa está en el cerebro”(11).

Estas circunstancias alientan el esfuerzo por demostrar que el paradigma biomédico puede ser el

paradigma exclusivo en psiquiatría. Así, se pretende probar que la detección, identificación, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales puede sustentarse en marcadores biológicos, indicadores de las alteraciones en la dinámica funcional y/o estructural de las redes neuronales que dichas enfermedades generan, y no sólo en los síntomas comportamentales que desencadenan. Con la ayuda de la genética, biología molecular, técnicas de neuroimagen, física estadística y la neuropsicología se espera abrir la puerta a los significantes biológicos de la enfermedad mental.

Sin embargo, este fervor sigue sin alcanzar los objetivos. A pesar de los notables conocimientos que la investigación aporta sobre la neurobiología funcional y estructural del cerebro y las maneras de objetivar su actividad, de modo que se han localizado regiones y circuitos cerebrales implicados en muchos de las funciones afectadas en los estados mentales alterados: afectividad, funciones ejecutivas, memoria, atención, conciencia, sueño, apetito, etc. (12), no hay una teoría que aglutine sin refutación los saberes adquiridos. En este estado de cosas, los promotores del DSM 5 han vuelto a editar un manual basado en categorías porque los datos disponibles no fueron suficientes para estructurarlo en términos dimensionales (13). Asimismo, no hay teoría neurobiológica sólida que conecte alteraciones neurofuncionales e influencias ambientales, de modo que los factores medioambientales y culturales deben seguir siendo considerados en la etiología de los trastornos mentales (14).

Pero además, a pesar del avance en las neurociencias, la puerta de acceso a la subjetividad sigue cerrada. La experiencia subjetiva, con sus características: inefable (no puede ser comunicada o aprendida por otros medios diferentes a la propia experiencia), intrínseca (no relacional) y privada, permanece inalcanzable al conocimiento humano, probablemente porque este, en sus limitaciones, carece de la potencialidad de aprehender este fenómeno más allá de la posibilidad de registrar los correlatos físicos cerebrales de su actividad (15).

In statu quo

Por tanto, a pesar de todas las energías invertidas no se ha desentrañado la naturaleza de las



enfermedades psiquiátricas, persistiendo la tensión entre lo mental y lo orgánico (16). En este estado de cosas, los psiquiatras tienen que seguir acudiendo a las nosologías ateóricas a la hora de delimitar las alteraciones que atienden. Dichas nosologías son la solución pragmática para eludir las diferencias y controversias derivadas de la ausencia de un paradigma unitario. Están basadas en una semiología psiquiátrica muy reducida de carácter descriptivo, y apoyadas en criterios estadísticos, es decir, agrupaciones sintomáticas más frecuentes, que son delimitadas mediante criterios empíricos de inclusión y exclusión. No definen, pues, entidades nosológicas concretas que tengan, como las de otras especialidades médicas, unas causas desencadenantes, un proceso fisiopatológico y unos síntomas. Son consensos acerca de cómo identificar distintos trastornos mentales a través de sus síntomas, evitando hacer comentarios sobre los fenómenos que los determinan.

Estas clasificaciones internacionales, representadas por las auspiciadas por la OMS, CIE 10 (en proceso de renovación), y la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM 5, han jugado un papel decisivo en el desarrollo de la psiquiatría a nivel mundial, pues han permitido homogeneizar diagnósticos, mejorar la comunicación entre profesionales, extender los estudios epidemiológicos y progresar en investigación clínica.

Sin embargo, han generado también importantes perjuicios. La extensión de su uso ha desdibujado los límites de unos trastornos definidos por consenso hasta confundirlos con enfermedades auténticas. Como Carol A. Bernstein, ex presidenta de la APA, señala en un artículo “el éxito del DSM ha tenido como consecuencia no deseada que en las últimas cuatro décadas los criterios diagnósticos han llegado a ser considerados como entidades reales” (13). Así pues, es necesario recordar que todos los procedimientos y escalas diseñadas para diagnosticar estos trastornos no detectan enfermedades, sino la presencia de los criterios que las definen según la nosografía de referencia. Así lo describe Lantéri-Laura en su “*Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*”: “... no se trata ya de referir el campo de la apariencia clínica a otro campo, el de los procesos, sino de atenerse al registro puro y exclusivo de la inmanencia, que se basta a sí

misma y constituye su propio espesor, como una lámina perfectamente transparente y fina, rigurosamente plana y sin nada bajo ella” (17). Además, en este periodo de hegemonía de las nosografías ateóricas se ha disipado el debate entre los distintos paradigmas y de manera sigilosa se han añadido nuevos trastornos que adelgazan los límites entre normalidad y anormalidad.

Mientras, la investigación biomédica, con el apoyo de la industria farmacéutica, ha conocido una época de extraordinario esplendor, contribuyendo a la impresión de un paradigma biomédico dominante. La industria farmacéutica posee una potente red comercial destinada a la venta de sus productos. Los laboratorios farmacéuticos realizan una contribución decisiva al desarrollo de los tratamientos médicos y psiquiátricos, invirtiendo ingentes cantidades de dinero en la investigación y desarrollo de nuevos agentes terapéuticos. Al mismo tiempo, en el empeño por rentabilizar las inversiones, sufragando numerosas actividades profesionales para promover la investigación y la formación continua mientras enfatizan las ventajas de los tratamientos farmacológicos, alentando a su utilización. Paralelamente quedan en segundo plano intervenciones que no son objeto de su interés pero que pueden ser igual de eficaces, como las psicoterapias.

En este estado de cosas, seguimos estando lejos de conocer como se articulan mente y biología para constituir lo que denominamos enfermedad mental. Sin embargo, se ha enriquecido enormemente el conjunto de conocimientos necesarios para desentrañarla, aunque todavía parece lejana la aspiración de Eric Kandel de “elaborar una visión unificada, de la mente a las moléculas, que constituya una fuente de inspiración intelectual para los psiquiatras y sea terapéuticamente satisfactoria para los pacientes” (23).

Cambiar para permanecer

Entre tanto, los psiquiatras siguen prestando atención a lo que siempre ha sido objeto de su intervención: la conducta alterada, para poder identificarla y definirla (18, 19). En esta tarea la psicopatología debe jugar un papel primordial y ocupar su lugar como eje básico de la acción del psiquiatra porque la psicopatología conecta al sujeto y la conducta con una teoría y permite dar cuenta del

sentido de ésta (20). Es cierto que las teorías son diversas, pero esto no debería ser un problema sino una ventaja enriquecedora. Este es el espíritu, que ahora parece olvidado, de la organización biopsicosocial de la asistencia moderna en salud mental, planteado desde la convicción de que cada una de las teorías se aproxima a distintos aspectos de la enfermedad mental. Este modelo tiene dificultades, pues requiere profesionales con competencias reconocidas en diferentes paradigmas o la convivencia en los equipos de salud mental de personas competentes en las distintas epistemologías trabajando en equipo. No obstante continúa siendo el mejor patrón asistencial.

De otro lado, los conocimientos actuales permiten ver la psicopatología desde otra perspectiva. La psicopatología que ha llegado hasta nuestros días tiene su origen en la psicología de las funciones, sin embargo las aportaciones de las neurociencias nos sitúan en disposición de hacer el esfuerzo por conectar conducta alterada con los focos identificados en el sistema nervioso por las técnicas neurofisiológicas y de neuroimagen más avanzadas (24). Al fin y al cabo la consistente estabilidad de numerosos síntomas psicopatológicos desde que fueron descritos por primera vez apunta a la existencia de un mismo origen. En este sentido, Germán Berrios afirma que los síntomas psicopatológicos tienen dos componentes: una fuente biológica que genera una alteración de la conducta, y una vertiente psicosocial relacionada con la interpretación de esta alteración por el paciente y el observador (20).

Así pues, el reconocimiento de las regiones cerebrales implicadas es una tentativa inevitable desde una perspectiva médica. No se trata de hacer ninguna atribución etiológica, sino de reconocer qué región cerebral se muestra afectada a partir del suceso que desde las distintas epistemologías se considera origen del trastorno: disfunción neuronal, conflicto intrapsíquico, alteración de la conducta, errores o distorsiones del pensamiento, conflictos relacionales o circunstancias sociales, que si al final acaban produciendo los mismos síntomas es posible que tengan el mismo sustrato. Además, este conocimiento permitirá seleccionar los tratamientos farmacológicos con criterio farmacocinético, eligiendo aquellos que por su perfil de acción mejor se adapten a los síntomas del paciente.

Ahora bien, el proceso de identificar los síntomas psicopatológicos se acompaña de un fenómeno de especial trascendencia en psiquiatría: la relación con el paciente, asunto que obliga a los psiquiatras a no poder renunciar a su perfil psicoterapéutico (21). Los síntomas mentales se expresan envueltos en densas capas de códigos socioculturales e individuales que podrían explicar la notable variabilidad en el contenido de los síntomas.

Tradicionalmente se asume que el paciente es un descriptor fiable de subjetividad, es decir, que es capaz de reconocer, denominar y diferenciar de entre el vasto campo de sus experiencias subjetivas, aquellas que son útiles para el diagnóstico. Sin embargo, es plausible que los pacientes tengan afectada esta capacidad por la propia enfermedad o que las experiencias subjetivas sean desconocidas para ellos y por tanto incatalogables e inenarrables. Además está la influencia de quien explora: los profesionales orientan la entrevista en relación a sus teorías, de modo que el tipo de preguntas estará determinado por las mismas y la percepción de la psicopatología estará condicionada por la experiencia y formación previa y por las hipótesis diagnósticas que se van formulando. Es posible que bien espontáneamente o influido por el entrevistador el paciente confiera a la experiencia una forma distinta a la original. De esta manera el profesional presta al paciente una narrativa del malestar que le aqueja y alrededor de ello se establece una relación y un vínculo de características especiales, con inevitables fenómenos transferenciales, donde se expresa el deseo del paciente de que el psiquiatra no sólo interprete profesionalmente su conducta, sino que además le entienda como persona.

En este sentido, Germán Berrios señala que la psiquiatría debería definirse como el conjunto de narrativas que comprende tanto un discurso neurocientífico (que habla de las causas cerebrales) y semántico (que habla de los significados y símbolos como razones) como un diccionario que conecta a ambos (22). Esta narrativa le da sentido al diagnóstico (que se anota en la historia) y al tratamiento, donde el psicofármaco, en muchas ocasiones ineludible, no es suficiente en la función reparadora de la acción terapéutica. En este sentido resulta imprescindible la función



psicoterapéutica del psiquiatra, con capacidad para proporcionar respuestas y apoyo al estado de incertidumbre del paciente.

Así pues, a la luz de los conocimientos actuales la naturaleza de las enfermedades mentales sigue siendo un enigma. En este estado de cosas, las nosografías ateóricas mantienen su interés para delimitar los trastornos de manera consensuada, sin olvidar que son agrupaciones sintomáticas que no definen entidades nosológicas, es decir, enfermedades. Por tanto, siguen faltando parámetros objetivos para la definición de caso psiquiátrico y en las circunstancias actuales, propicias para confundir malestar y enfermedad, es muy importante que los psiquiatras detecten donde hay patología, manteniendo un estilo crítico con las corrientes de pensamiento, los consensos profesionales, las influencias de la industria farmacéutica, las presiones del sistema sanitario y las convenciones sociales.

Contacto

Pedro A. Marina González
Centro de Salud Mental de La Corredoria • Oviedo, SESPA
C/ Alfredo Blanco s/n • 33011 Oviedo
Tel. 985 117 990 • pepaz@telecable.es

Referencias

1. Castells, M. La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Vol.2: El poder de la identidad. Alianza Editorial. Madrid. 1988.
2. Giddens, A. Modernidad e identidad del yo: El yo y la sociedad en la época contemporánea. Ediciones Península. Barcelona. 1995.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Centro de Publicaciones Ministerio Sanidad y Consumo. Madrid. 2007.
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
4. Goldberg, D, Huxley, P. Enfermedad mental en la comunidad. Ediciones Nieva. Madrid. 1990.
5. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Introducción a la filosofía de la medicina. Editorial Triacastela. Madrid. 2002.
6. Luque R, Villagrán JM. Modelos teorías y paradigmas. En Luque R, Villagrán JM (ed.) Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Editorial Trotta. Madrid. 2000 p. 39-73.
7. Luque R, Villagrán JM. Bases epistemológicas de la teoría y práctica psiquiátrica. En Luque R, Villagrán JM (ed.) Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Editorial Trotta. Madrid. 2000 p. 75-106.
8. Khun TS. La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de Cultura Económica España. Madrid. 2006.
9. Damasio A. El error de Descartes. Editorial Crítica. Barcelona. 2001.

10. Damasio, A. Y el cerebro creó al hombre. Destino. Barcelona. 2010.
11. Punset, E. Viaje al poder de la mente. Destino. Barcelona. 2010.
12. Stahl, S. Stahl's Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Applications. Third Edition. Cambridge University Press. New York. 2008.
13. Bernstein CA. Meta-structure in *DSM-5* process. *Psychiatric News* (revista electrónica). 2011. Vol 46, 5, 7-29 (Consultado 28-9-2014). Disponible en: <http://psychiatryonline.org/newsarticle.aspx?articleid=108259>
14. DSM-5 Task Force. Response Letter to the Society for Humanistic Psychology. 2011. Disponible en: http://www.dsm5.org/Newsroom/Documents/DSM5%20TF%20Response_Society%20for%20Humanistic%20Psychology_110411r.pdf
15. Nagel, T. ¿Cómo es ser un murciélago? En: M. Ezcurdia, O. Hansberg, La naturaleza de la experiencia. Vol. I: Sensaciones. UNAM, México D. F. 2003 p. 45-63.
16. Pérez, M. Las cuatro causas de los trastornos psicológicos. Editorial Universitas SA. Madrid. 2003.
17. Lantéri-Laura, G. Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Editorial Triacastela. Madrid. 2000.
18. Porter, R. Breve historia de la locura. Turner. Fondo de Cultura Económica Madrid. 2003.
19. Álvarez JM, Esteban R, Sauvagnat F. Fundamentos de psicopatología psicoanalítica. Editorial Síntesis. Madrid. 2004.
20. Berríos G. Concepto de psicopatología descriptiva. En Luque R, Villagrán JM (ed.) *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Editorial Trotta. Madrid. 2000 p. 109-145.
21. Castilla del Pino, C, La relación psiquiatra-paciente. En *Introducción a la psiquiatría* (2). Alianza Editorial. Madrid. 1982.
22. Berríos G. La etiología en psiquiatría: aspectos conceptuales e históricos. En Luque R, Villagrán JM (ed.) *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Editorial Trotta. Madrid. 2000 p. 539-578.
23. Kandel ER. *Psiquiatría, psicoanálisis y la nueva biología de la mente*. 2007. Ars Medica. Barcelona. (Introducción, página XX).
24. Eguiluz I, Segarra R. Introducción. En Eguiluz I, Segarra R (Ed.) *Introducción a la psicopatología. Una visión actualizada*. 2013. Editorial Médica Panamericana. Madrid.

• Aceptado: 09/10/2014.

El Color Púrpura.

The Colour Purple.

Margarita Sáenz Herrero

Psiquiatra. Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz.

Resumen: La percepción del color constituye una de las ventajas de adaptación proporcionadas por el desarrollo evolutivo. Es uno de los mecanismos más importantes de señalización biológica y una auténtica fuente por medio de la cual los organismos obtienen información acerca del entorno. Las diferencias en la percepción del color entre mujeres y hombres es un hecho reciente en la literatura científica y se han estudiado siguiendo criterios de sexo y no de género. Pueden existir resistencias individuales y colectivas pero evolucionar implica incluir el paradigma de género.

Palabras clave: Colores, género y percepción.

Abstract: The colour vision is one of the advantages of the adaptation in the evolution of human beings. It is one of the most important biological signalization mechanisms and an authentic source from which the organism obtains information about the surrounding environment. The differences in colour vision between males and females are a recent fact in scientific literature; they follow sex criteria instead of gender criteria. There could be individual and collective resistances but including gender in evolution is a necessity.

Key words: Colours, gender and perception.

El color púrpura es el título de una novela de Alice Walker, ganadora del Pulitzer en 1983 y popularizada a través de una película del mismo nombre, dirigida por Steven Spielberg en 1985 sobre una historia de trauma, abuso y violencia de género y también de superación y resiliencia. A pesar de estar nominada a once nominaciones a los *Oscar* de *Hollywood*, no consiguió ninguno. También es el color que adoptó el feminismo y comienza en 1908 cuando unas trabajadoras de la Cotton New York deciden ponerse en huelga por las pésimas condiciones en las que soportaban las jornadas laborales. El dueño de la fábrica decidió acabar con la huelga prendiendo fuego al edificio donde estaban las trabajadoras encerradas. A causa del incendio murieron ciento veintinueve trabajadoras.

Así comienza la hipótesis de que se tomó el color púrpura como símbolo del feminismo porque era el color de las telas que estaban tratando en ese momento. Las más poéticas aseguran que era el color del humo que desprendía el incendio de la fábrica. Tanto el color como el día, el ocho de marzo, fue tomado por el feminismo como día internacional de las Mujeres (1).

La percepción del color constituye una de las ventajas de adaptación proporcionadas por el desarrollo evolutivo. Es uno de los mecanismos más importantes de señalización biológica y una auténtica fuente por medio de la cual los organismos obtienen información acerca del entorno. Las diferencias en la percepción del color entre

mujeres y hombres es un hecho reciente en la literatura científica y se han estudiado siguiendo criterios de sexo y no de género. Existen otras variables en la percepción de los colores como la formación académica y la actividad que desarrollan las personas (diseñadoras o pintoras por ejemplo) que podrían jugar un papel importante así como la edad de las personas participantes del estudio. Hay un artículo que habla de ligeras diferencias aunque significativas entre la percepción del color recogida en la literatura en relación al sexo (no al género) con un mayor número de receptores de testosterona existentes en el córtex cerebral. Hasta ahora cuando se empleaban las funciones nunca se diferenciaban las muestras entre hombres y mujeres. En este estudio se recogen diferencias existentes entre ambos sexos en relación a la percepción del color midiendo los input de neuronas talámicas a neuronas del córtex visual (2). Esta convergencia de input de neuronas talámicas al córtex está marcada en la embriogénesis. Los autores de dicha revisión hipotetizan que la testosterona juega un mayor rol de alguna manera liderando diferentes conexiones neuronales entre hombres y mujeres. En este estudio se recogen las vías en las cuales el sistema de procesamiento de la imagen localizados detrás del globo ocular en la retina. Las vías en las cuales la visión resuelve variaciones en variaciones espaciales y temporales a través de la imagen fue significativamente diferente entre hombres y mujeres (3). La apariencia del color requiere una recombinación y un peso en los input neuronales de neuronas talámicas al córtex y esto depende del sexo (no se ha contemplado la variable género).

En este artículo se recogen diferencias en relación a sexo de los participantes en la visión de colores. Los mecanismos iniciales por los que la luz se convierte en una señal neuronal. Algunas de estas bases están unidas al sexo: la visión de los colores depende de tres tipos de conos, algunos de los cuales son más sensibles a largas longitudes de onda (L-conos) algunos a medias (M-conos) y otros a cortas longitudes de onda (S-conos) Los genes que codifican para dos de los tres fotorreceptores están unidos al cromosoma X. Las diferencias sexuales se han notado en diferentes funciones sensoriales básicas. Por ejemplo en el sistema auditivo las mujeres tienen mejor sensibilidad que los hombres. Éstas y

otras diferencias pueden estar relacionadas con los efectos de los andrógenos (3-5). Para el sistema olfatorio una revisión reciente, sistemática de la literatura concluye que en la mayoría de los casos las mujeres tenían mejor sensibilidad y discriminaban y categorizaban los olores que los varones (sexo, no género) (6).

Por lo menos para estas modalidades sensoriales, también para el gusto y la sensibilidad somatosensorial las mujeres lo hacen mejor que los hombres (Insisto, sexo, no género) (7). Las hormonas esteroideas gonadales pueden estar en las bases para estas diferencias sexuales. En los monos rhesus muchos receptores androgénicos se encontraron en las neuronas en todo el córtex cerebral, incluyendo el córtex visual (8). Esto fue igualmente replicado en ratas (9).

El género es la construcción cultural que toda sociedad elabora sobre el sexo anatómico y que va a determinar, al menos en alguna medida, y según la época y cultura que se trate, el destino de la persona. La identidad, como forma de ser, hacer y percibir la realidad, es distinta en mujeres y hombres. Realizar equiparación de sexo y género constituye un sesgo y contribuye a hacer mala ciencia. Sexo y género están relacionados pero no son lo mismo. Cada variable es motivo de estudio por sí misma. El género es una variable continua, y no categórica, en la investigación en resultado de la salud. Estudios que relacionen características de género y su resultado sobre la salud podrían aportar más información que subyace en los mecanismos que influyen por debajo, en vez de diferencias categóricas entre ambos sexos en términos de morbilidad, mortalidad y conductas saludables (10).

Para los que habitamos otro lugar, generalmente el blanco es uno, pero los esquimales, que viven rodeados de nieve, reconocen más de treinta tipos de tonalidades del blanco transformándose en una facultad visual muy importantes para ellos. Es verdad que el color blanco tiene matices, aunque los que estamos acostumbrados a ver una gama de colores consideremos al blanco simplemente "blanco"; esto no ocurre en una zona del planeta donde la nieve cubre el paisaje eternamente, y así, por ejemplo el protagonista del libro *Los mil blancos de los esquimales*, de Isabel Minhós -un niño esquimal- nos presenta



un paisaje infinitamente blanco, donde no hay árboles, ni flores, ni siquiera un mar azul, porque al helarse, también se transformó en una masa blanca. Diferenciar los distintos tonos de blancos es un sistema de defensa y supervivencia para los esquimales. La palabra esquimal ha sido utilizada durante muchos años por los europeos y por los americanos para referirse a los distintos pueblos indígenas que habitan las regiones árticas de América y parte de Siberia. Se denomina así a dos grupos étnicos relacionados: Los inuit y los yupik aunque no es una palabra de esa región. Se piensa que es una palabra de los indios Ojibva que significa “comedores de carne cruda”. Por lo general los habitantes del Ártico, se referían a sí mismos con palabras que significaban “seres humanos verdaderos” A pesar de que no forman ni pertenecen a ninguna nación y habitan una superficie muy extensa con escasas ocasiones de reunión, han conservado sus hábitos y su cultura con una uniformidad. Después de un aislamiento tan extremo, es el contacto con la civilización occidental lo que más ha alterado sus modos de vida. Sin embargo hay historias que creamos y mostradas como única como nos relata Chimamanda Adichie, escritora nigeriana, corremos el riesgo de mostrar una historia única. Es imposible hablar sobre la historia única sin hablar del poder. Hay una palabra del idioma *Igbo*, que recuerda cada vez que piensa sobre las estructuras de poder en el mundo y es “*nkali*”, es un sustantivo cuya traducción es “ser más grande que el otro”. Al igual que nuestros mundos económicos y políticos, las historias también se definen por el principio de *nkali*. Cómo se cuentan, quién las cuenta cuándo se cuentan, cuántas historias son contadas en verdad depende del poder. El poder es la capacidad no sólo de contar la historia del otro, sino de hacer que esa sea la historia definitiva. El poeta palestino Mourid Barghouti escribió que si se pretende despojar a un pueblo, la forma más simple es contar su historia y comenzar con “en segundo lugar”. Por eso es importante señalar una y otra vez “el peligro de una sola historia”.

Chimamanda Adichie nos cuenta historias:

“Cuando comencé a escribir, a los siete años, cuentos a lápiz con ilustraciones de crayón, que mi pobre madre tenía que leer, escribí el mismo tipo de historias que leía. Todos mis personajes

eran blancos y de ojos azules, que jugaban en la nieve, comían manzanas y hablaban seguido sobre el clima: “qué bueno que el sol ha salido.” Esto a pesar de que vivía en Nigeria y nunca había salido de Nigeria, no teníamos nieve, comíamos mangos y nunca hablábamos sobre el clima porque no era necesario”.

Creo que esto demuestra cuán vulnerables e influenciados somos ante una historia, Porque ella sólo leía libros en que los personajes eran extranjeros, estaba convencida de que los libros, por naturaleza, debían tener extranjeros, y narrar cosas con las que ella no podía identificarse.

“Mi familia es nigeriana, convencional de clase media. Mi padre era profesor, mi madre era administradora y teníamos, como era costumbre, personal doméstico de pueblos cercanos. Cuando dejé Nigeria para ir a la universidad en EE.UU. Tenía 19 años. Había impactado a mi compañera de cuarto estadounidense, preguntó dónde había aprendido a hablar inglés tan bien y estaba confundida cuando le dije que en Nigeria el idioma oficial resultaba ser el inglés. Me preguntó si podría escuchar mi “música tribal” y se mostró por tanto muy decepcionada cuando le mostré mi cinta de Mariah Carey. Ella pensaba que yo no sabía usar una estufa. Me impresionó que ella sintiera lástima por mí incluso antes de conocerme. Su posición por omisión ante mí, como africana, se reducía a una lástima condescendiente. Mi compañera conocía una sola historia de África, una única historia de catástrofe; en esta única historia, no era posible que los africanos se parecieran a ella de ninguna forma, no había posibilidad de sentimientos más complejos que lástima, no había posibilidad de una conexión como iguales. Debo decir que antes de ir a EE.UU., yo no me identificaba como africana.

Creo que esta historia única de África procede de la literatura occidental. Ésta es una cita tomada de los escritos de un comerciante londinense, John Locke, que zarpó hacia África Occidental en 1561 y escribió un fascinante relato sobre su viaje. Después de referirse a los africanos negros como “bestias sin casas”, escribió: “Tampoco tienen cabezas, tienen la boca y los ojos en sus pechos.”

Comencé a entender a mi compañera estadounidense, que durante su vida debió ver y escuchar diferentes versiones de esta única historia, al igual que un profesor, quien dijo que mi novela no era “auténticamente africana”. Yo reconocía que había varios defectos en la novela, que había fallado en algunas partes, pero no imaginaba que había fracasado en lograr algo llamado autenticidad africana. De hecho, yo no sabía qué era la autenticidad africana. El profesor dijo que mis personajes se parecían demasiado a él, un hombre educado, de clase media. Mis personajes conducían vehículos, no morían de hambre; entonces, no eran auténticamente africanos.

Todas estas historias le hacen ser quien es, pero si insistimos sólo en lo negativo sería simplificar su experiencia, y omitir muchas otras historias que le formaron. http://www.ted.com/talks/lang/spa/chimamanda_adichie_the_danger_of_a_single_story.html

En ese sentido resulta inquietante la generalización de que las “damas” conocemos mejor las diferentes tonalidades del blanco aunque sea utilizando el sentido del humor (11). En el hablar del blanco roto con un tono condescendiente subyacen mecanismos de estereotipos de género que merecen la pena ser destacados. Porque siempre se pueden escribir otras historias. El lenguaje como medio que nos habita también nos delata y así exponemos lo que recoge el Diccionario de la Real Academia para el término de “caballero” y “dama” entre otros significados:

Caballero: Que cabalga o va a caballo. Caballera en un rocín. Caballero en una mula. Dicho de una persona: Obstinada, que no se deja disuadir por ninguna consideración. Hidalgo de calificada nobleza. Hombre que pertenece a una orden de caballería. Hombre que se porta con nobleza y generosidad. Persona de alguna consideración o de buen porte.

Dama: Mujer noble o distinguida. En el ajedrez, reina. En palacio y en las casas grandes, acompañante o servidora de la señora principal o de sus allegadas. Actriz que desempeña el papel principal de una comedia o cualquier otra de las actrices jerarquizadas según la importancia relativa de su interpretación. En el juego de damas, pieza que, por haber llegado

a la primera línea del contrario, se corona con otra pieza y puede correr toda la línea. Concubina. Cortesana. Ramera de calidad.

Así pues en el artículo Reflexiones nerviosas. Lo visual: los colores y la cara (11) se recoge de manera literal:

“La capacidad de percibir y diferenciar los colores es una facultad en las que las mujeres aventajan claramente a los varones. Según he podido contrastar (término visual lumínico y con matiz incluso cromático, mira por dónde) con otros estudiosos, todos ellos varones, el estupor que siento al escuchar a una mujer matizar los tonos de azul, o de verde, o incluso de marrón, no es una experiencia personal e intransferible. Son amplias las emociones que despierta en mí escuchar a una dama describir la surtidísima gama de colores que por lo visto existe en la Naturaleza y que mis conos y mi corteza visual no ven necesario apreciar o que mi vocabulario no alcanza a nominar con los pintorescos nombres utilizados por las damas para designarlos. Estas emociones se extienden en una rica paleta que abarca desde una cierta sensación de inferioridad, hasta un toque de estupor y perplejidad, pasando por la incómoda sospecha de que me están tomando el pelo. Y como asevero, estas emociones son compartidas por otros investigadores de sexo (perdón: género) masculino. ¿Existe, de verdad, pero de verdad de la buena, con el corazón en la mano y sin ganas de quedarse con nadie, el blanco roto? Lo dudo; mejor: lo dudamos.”

La mercadotecnia se apoya mucho también en los colores. Un excelente artículo de Jorge Alcalde originalmente publicado en Muy Interesante (12), recuerda lo difícil que es encontrar un plato azul en ningún restaurante. Los fabricantes son conscientes de la desconfianza alimentaria que nos despierta a los humanos el color azul. La compañía Mars, creadora de las pastillas de chocolate coloreadas M&M's, colorea de azul sólo el 10% de sus unidades, frente al 30% que aparecen de color marrón, y el 20% de rojas o amarillas. La razón podría encontrarse en que la preponderancia del color azul en los alimentos tóxicos para el ser humano ha generado evolutivamente una desconfianza que se ha ido incorporando a nuestro genoma.



Pero tal vez esa toxicidad sea específicamente sedativa, estupefaciente, limitante de la conciencia y de la actividad, porque según parece, el color azul y el verde, en medicamentos activos o en placebos, se perciben como depresivos o sedativos, mientras que el amarillo y el naranja, se viven como estimulantes (13-16) En un trabajo, ya comentado en esta sección, y realizado en Italia, se encontró que en la ansiólisis preoperatoria el placebo de color azul provocaba insomnio en los varones y sedación en las mujeres, lo que hizo que los autores propusieran que las mujeres italianas podrían asociar el color azul con la visión reconfortante y tranquilizadora de la Virgen María, mientras que los varones italianos lo harían con su selección nacional de fútbol, lo que les produciría excitación e insomnio (13).

La historia única crea estereotipos y el problema con los estereotipos no es que sean falsos sino que son incompletos. Hacen de una sola historia la única historia. Que alguien utilice su experiencia personal como guía para generalizar que las mujeres discriminan más los colores es cuándo menos discutible.

Y más cuando los únicos colores que tienen nombre propio han sido registrados por hombres. Así

tenemos por ejemplo, el rojo Valentino. Un rojo intenso con mucha energía, que todos denominan así en ámbitos del diseño de moda. También pasa con el Azul Klein. Azul intenso, que se asocia al pintor francés Yves Klein, adscrito al neoadadismo, en los 60, que lo usaba convirtiéndolo en su seña de identidad dentro de su pintura. Sobre todo en sus comienzos con sus pinturas monocromáticas, hasta llegar a patentar el color como International Klein Blue, (IKB) o Azul Klein.

La percepción del color constituye una de las ventajas de adaptación proporcionadas por el desarrollo evolutivo y de cómo la resistencia a diferenciar el blanco roto (hasta el punto de llegar a considerarse “una tomadura de pelo”) puede ser un reflejo de las resistencias individuales y colectivas de no evolucionar en términos de género.

Personalmente no soy capaz de distinguir el azul Bilbao. Mis conos vienen mal en mi genoma. Nunca me atrevería a sugerir que se parece al azul patentado por Yves Klein. Y termino esta reflexión con una frase que se remonta a la Convención de Derechos de la Mujer en Akron de 1852 y en el discurso de Sojourner Truth (17) cuando dice *¿Acaso no soy una mujer?*

Contacto

Marga Sáenz Herrero • HUA. Servicio de Psiquiatría
Teléfono/Fax: 945 007 764 • margarita.saenzherrero@osakidetza.net

Bibliografía

1. Varela N. Feminismo para principiantes. Tábula Rosa. Bogotá Colombia, Nº6 371-378, 2007.
2. Sex and vision. Monochromatic lights Abramov I, Gordon J, Feidman O, Chavarga O. Biology of sex differences. 2012 3:21) Abramov A, et al.: *Sex & Vision I: Spatio-temporal resolution*. 2011. Manuscript submitted for publication.
3. McFadden D: A speculation about the parallel ear asymmetries and sex differences in hearing sensitivity and otoacoustic emissions. *Hear Res* 1993, 68(2):143-151.
4. McFadden D, Champlin CA: Comparison of auditory evoked potentials in heterosexual, homosexual, and bisexual males and females. *J Assoc Res Otolaryngol* 2000, 1(1):89-99.
5. McFadden D: Masculinization effects in the auditory system. *Arch Sex Behav* 2002, 31(1):99-111.
6. Brand G, Millot JL: Sex differences in human olfaction: between evidence and enigma. *Q J Exp Psychol B* 2001, 54(3):259-270.

7. Velle W: Sex differences in sensory functions. *Perspect Biol Med* 1987, 30(4):490-522.
8. Clark AS, MacLusky NJ, Goldman-Rakic PS: Androgen binding and metabolism in the cerebral cortex of the developing rhesus monkey. *Endocrinology* 1988, 123(2):932-940.
9. Nunez JL, et al.: Androgen receptor expression in the developing male and female rat visual and prefrontal cortex. *J Neurobiol* 2003, 56(3): 293-302.
10. Ristvedt SL. The evolution of Gender. *Jama*, November, 2013.
11. Medrano J. Reflexiones nerviosas. Lo visual: los colores y la cara. *Rev esp Neuropsiqu* 2014; 34 (124) 805-814.
12. Alcalde J. Colores, salud y comportamiento. 15 de junio de 2004. Accesible en: http://e-ciencia.com/blog/divulgacion/colores_salud_y_comportamiento 442.
13. Cattaneo AD, Lucchelli PE, Filippuci G. Sedative effects of placebo treatment. *Eur J ClinPharmacol* 1970; 3:43-45.
14. Schapira K, McClelland HA, Griffiths NR, Newell DJ. Study on the Effects of Tablet Colour in the Treatment of Anxiety States. *Br Med J*. May 23, 1970; 2(5707): 446-449.
15. Lucchelli PE, Cattaneo AD, Zattoni J. Effect of capsule colour and order of administration of hypnotic treatments. *Eur J ClinPharmacol* 1978; 13:153-5 [Abstracten: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26573>].
16. de Craen AJ, Roos PJ, Leonard de Vries A, Kleijnen J. Effect of colour of drugs: systematic review of perceived effect of drugs and of their effectiveness. *BMJ* 1996; 313: 1624-6 [Texto completo en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2359128/pdf/bmj00573-0060.pdf>].
17. Truth S et al. *Feminismos negros. Una antología* Jabardo M Eds. Madrid, 2012.

• Aceptado: 06/09/2014.

Tratamiento de la sexualidad en las películas relacionadas con drogas.

Treatment of sexuality in drug-related film.

Fernando Pérez del Río

Profesor en la Universidad de Burgos.

Ladislao García Carbonell

Psiquiatra. Unidad Rehabilitación Hospitalaria. Fuente Bermeja Burgos.

Resumen: El objetivo principal fue analizar cómo han sido tratados algunos aspectos de la sexualidad en películas de cine que tienen entre sus temáticas principales el consumo de sustancias psicoactivas.

Se diseñó un cuestionario con 13 preguntas que sirvió para recoger y ordenar la información que se deseaba evaluar procedente de 69 películas.

En relación a nuestro objetivo hemos de apuntar que la sexualidad mostrada en estas películas donde uno de los protagonistas es consumidor o traficante, es vista desde una perspectiva claramente idealizada, relaciones perfectas, protagonistas atractivos, relaciones muy rápidas y siempre certeras y placenteras.

Palabras clave: cine, drogas, sexo, tratamientos, película.

Summary: The main aim was to analyse how some aspects of the sexuality has been dealt with in films whose main themes include the consumption of psychoactive substances.

A questionnaire was drawn up with 13 questions designed to collect and organise the information about the 69 films that was to be evaluated.

As far as our aim is concerned, we can say that the sexuality shown in the films where one of the protagonists is consumer or dealer, is seen from a clearly idealised viewpoint, involving perfect relationships, attractive protagonists and relationships that are always very quick to develop and always on target and agreeable.

Keywords: cinema, drugs, sex, treatments, film.

Introducción

A la hora de investigar sobre el cine y las drogas podemos encontrar estudios de diferentes tipos, la manera más habitual ha sido tomar determina-

dos indicadores por ejemplo: anotar el número de veces que se consume una sustancia psicoactiva en una película, o el tiempo que se habla de un tema en particular, etc. De tal manera que se ha podido evidenciar que el porcentaje de consumo

de tabaco, en los protagonistas de películas de los años 1960 a 1990, era tres veces superior que el porcentaje de personas que consumen tabaco (1). Con este tipo de análisis se pueden llegar a establecer diferentes relaciones, por ejemplo cómo influye el cine a determinadas edades, si afecta su exposición, puesto que la sociedad ha influido al cine y el cine en la sociedad, siendo la influencia mutua (2).

El origen del cine es casi paralelo a la paulatina prohibición de las drogas. A principios del s. XX en cualquier farmacia se podía encontrar toda clase de droga (3). En 1914 el Congreso americano recibió un pliego con seis millones de formas pidiendo la Prohibición en materia de vinos y licores. Diferentes leyes fueron entrando en vigor: la ley Harrison de 1914 prohibía el consumo de opio, morfina, heroína y cocaína sin receta médica. En el Convenio de la Haya (1914) se decidió controlar la distribución de opio morfina y cocaína y el 17 de enero de 1920 entró en vigor la Ley seca en EE. UU., abolida en 1933, una ley que dejó como consecuencia una ola de violencia, gánsteres y adulteraciones. Expuesto lo anterior, evidenciamos que desde sus primeros pasos, la historia del cine refleja principalmente la historia de la prohibición, sus continuos desencuentros y desajustes hasta nuestros días. En resumidas cuentas, las películas son un reflejo del momento histórico en que se vive. Eric Rohmer llegó a comentar que toda película es un documental de su tiempo (4).

Afortunadamente podríamos haber obtenido unos resultados bien diferentes si hubiéramos acotado una determinada década, por ejemplo en los 90 encontramos un aumento violencia y en algunos casos el descontrol: *Miedo y asco en las vegas* (EE. UU., 1998) inspirada en el libro de Hunter S. Thompson, *Leaving las Vegas* (EE. UU., 1995), *Pulp fiction* (EE. UU., 1994), *The Doors* (EE. UU., 1991), *Réquiem para un sueño* (EE. UU., 2000), *Historias del Kronen* (España, 1995) y *Trainspotting* (Reino Unido, 1996).

En la década de 2000 encontramos un aumento de películas que tratan la situación del narcotráfico *María llena eres de gracias* (Colombia – EE. UU., 2004), *Blow* (EE. UU., 2001), *Traffic* (EE. UU., 2000), *Sumas y restas* (Colombia, 2005). Y a partir de 2010 existe mucho interés en fomentar la mejora de las capacidades y competencias personales (5).

De otra mano, vemos como en lo relativo a la sexualidad la sociedad ha ido tratando el tema de una manera más respetuosa, libre y con menos perjuicios, sobre todo desde los años 60. En definitiva un factor que dificulta en extremo este análisis es que sin duda nos encontramos ante períodos muy diferentes entre sí, por ejemplo en los años 70 aparecen la sexualidad: *El último tango en París* (franco-italiana, 1972), *Emmanuelle* (Francia, 1974), *El imperio de los sentidos* (franco-japonesa, 1976), *Trash* (EE. UU., 1970), tan solo esta última película fue evaluada en el presente estudio. O por ejemplo en los años 80 se dieron los primeros casos de V.I.H.

A modo de apunte queremos subrayar que para conjugar estas tres extensas áreas: cine, sexualidad y drogas, nos vemos obligados a demarcar y estrechar considerablemente nuestro objeto de estudio.

Objetivo

En este trabajo intentaremos acercarnos someramente a la naturaleza de las relaciones y prácticas sexuales de los protagonistas de películas que consumen sustancias psicoactivas, que en principio formulamos sean deshabilitadas y desestructuradas.

Metodología

Se realizó una lista “que por azar” fue de 69 películas que incluían entre sus principales temáticas las drogas; se tuvo en cuenta que uno de los principales protagonistas fuese consumidor de sustancias psicoactivas o traficante. En los años 2011 y 2012 se realizó una visualización de las películas y paralelamente se fue extrayendo la información referida a la sexualidad y a las drogas. Como se puede advertir, para recoger y ordenar la información se elaboró un cuestionario (véase Tabla 1) de 13 preguntas, la mayoría con respuestas dicotómicas Sí o No.

En la recogida de datos pronto se comprobó que las posibilidades de respuesta de las conductas sexuales de los protagonistas consumidores de drogas eran mucho más variadas de lo que puede ofrecer una respuesta dicotómica, por lo cual se realizaron numerosas anotaciones que fueron



recogidas y categorizadas en el apartado de observaciones de dicho cuestionario y que a la postre, ofrecieron algo de luz a los resultados.

Tabla. 1. Variables del estudio

1. Qué tipo de droga se consume:
a) heroína; b) cocaína; c) síntesis.
2. Otras.
3. Qué etiqueta podemos atribuir al protagonista:
a) artista; b) marginal; c) pobre; d) rico;
e) delincuente; f) enfermo; g) clase media;
h) prostituta.
4. Otras.
5. El protagonista que consumen drogas
¿tiene relaciones sexuales en la película?
6. ¿En la película se muestra en algún momento
algún método anticonceptivo?
7. ¿A pesar de ser consumidor de forma continuada
o habitual disfruta del sexo?
8. ¿Le afecta el consumo a su respuesta sexual?,
por ejemplo ¿Los protagonistas tienen problemas
de erección después de consumir?
9. ¿Contraen alguna enfermedad de transmisión
sexual?
10. ¿A pesar de ser consumidor de forma
continuada o habitual tiene relaciones?
11. ¿El protagonista da prioridad a las drogas
frente al sexo?
12. ¿El final es trágico?
13. Observaciones.

Como era previsible, de las 69 películas inicialmente seleccionadas ocho de ellas no se encontraron dobladas o subtituladas al castellano y por consiguiente fueron rechazadas, en general eran películas anteriores a los años 70, es el caso de: *The wages of Sin* (EE. UU., 1937), *Assassin of youth marihuana* (EE. UU., 1937), *O ebrio* (Brasil, 1946), *Smash-up, the story of a woman* (EE. UU., 1947), *The terrible truth* (EE. UU., 1951), *Confessions of an opium eater* (EE. UU., 1962), *Psych-out* (EE. UU., 1968), incluso películas más actuales como la *Danasa*, *Nordkraft* (Dinamarca, 2005).

De las 61 películas restantes que fueron visualizadas, seis de ellas también fueron eliminadas

por no incluir claramente temas relacionados con las drogas, ni personas consumidoras ni traficantes, es el caso de: *Ciudad de Dios* (Brasil, 2002), *Fake orgasm* (España, 2011), *La escalera de Jacob* (EE. UU., 1990), *Quarta B* (Brasil, 2005), *El vaquilla* (España, 1985), *Expreso de media noche* (EE. UU., 1978). Finalmente el número de películas que se incluyeron en el estudio fue de 55.

El análisis de los datos se realizó con el programa informático SPSS y se realizaron análisis descriptivos.

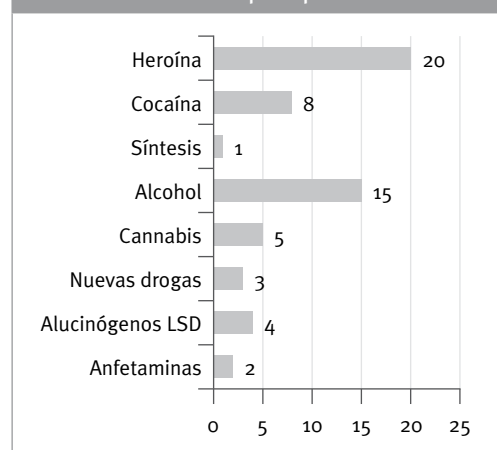
Resultados

En relación al perfil del consumidor en el cine

Las drogas que aparecen con más frecuencia en el cine son la heroína y el alcohol (véase tabla 2), pero siendo diligentes, si tomamos como referencia los estudios del *Plan Nacional sobre Drogas* (PNSD) de 2011 (6), la droga legal más consumida es el alcohol (sin contar el tabaco), y después, la droga ilegal más consumida es el cannabis. En este sentido evidenciamos que el séptimo arte no ha reflejado fielmente la realidad puesto que se ha centrado sobre todo en la heroína y en las vidas de tipo marginal o contracultural.

En relación a la clase social, vemos que abunda la clase media en un porcentaje de 54,5%, un 22,2% marginados y pobres y un 14,8% queda reservado para los ricos.

Tabla 2. Sustancia principal consumida



Un dato por lo menos curioso, recogido en el apartado de observaciones muestra que en la mayoría de los casos se desconoce la profesión del protagonista, tras este grupo de personas que bien podríamos clasificar como “*rara avis*”, las profesiones más socorridas están relacionadas con el arte, en ocho películas encontramos profesiones artísticas sobre todo músicos y escritores: *Días sin huellas* (EE. UU., 1945), *El hombre del brazo de oro* (EE. UU., 1955), *Arrebato* (España, 1979), *Sid y Nancy* (Reino Unido, 1986), *The Doors* (EE. UU., 1991), *El almuerzo desnudo* (franco-canadiense, 1991), *Diario de un rebelde* (EE. UU., 1995), *Las invasiones bárbaras* (franco-canadiense, 2003), *Factótum* (noruega-estadounidense, 2005).

En relación a la sexualidad

Ante la pregunta: *Los protagonistas que consumen drogas ¿Tienen relaciones sexuales en la película?* El 67,3% de los protagonistas que consumen drogas sí tienen relaciones sexuales frente a un 23,6%.

¿En la película se muestra en algún momento algún método anticonceptivo? En la mayoría de las películas no se muestra ningún método anticonceptivo, en tan solo tres películas sí. En la película *Historias del Kronen* se nombra en un momento distinto a la relación sexual.

En relación a la pregunta: *¿A pesar de ser consumidores de forma continuada o habitual disfrutan del sexo?* Un 52,7% asevera que sí, un 12,7% que no, el resto no se puede determinar 34,6%. En un primer momento, cuando alguien consume drogas encontramos un aumento del interés sexual. Pero si se consume una dosis alta y a largo plazo todas las sustancias psicoactivas acarrear consecuencias indeseables de una mayor o menor gravedad sobre la conducta sexual (7).

Una de las preguntas determinantes es si les afecta el consumo en su respuesta sexual. Tan solo un 18,2% afirma padecer algún problema sexual tras consumir.

Tabla 3. ¿Les afecta el consumo en su respuesta sexual?, por ejemplo
¿Los protagonistas tienen problemas de erección después de consumir?

	Frecuencia	%
Si	10	18,2
No	24	43,6
Sin determinar	21	38,2
Total	n=55	

En tan solo tres películas uno de los protagonistas afirma claramente que no puede tener erecciones a causa de consumir, curiosamente dos de estas películas son españolas, *Arrebato* (España, 1979) y el *Pico 1*. (España, 1983), en los dos casos los protagonistas consumen heroína, la tercera es *El almuerzo desnudo* (franco-canadiense, 1991). Este es uno de los pocos resultados donde podemos enlazar la conducta sexual y con el tipo de droga que se consume.

¿Contraen enfermedades de transmisión sexual?

No se encuentra ninguna película donde el protagonista contrae enfermedad de transmisión alguna, ni la ha padecido. En tan solo una película, *factótum*, cinta basada en la novela de *Charles Bukowski*, el protagonista afirma haber sido contagiado de ladillas.

¿A pesar de ser consumidor de forma continuada o habitual tiene relaciones? Encontramos que a pesar de consumir mantienen relaciones sexuales en la mayoría de los casos, salvo algunas películas donde los protagonistas que consumen heroína no pueden tener relaciones por impotencia.

¿Disfrutan los protagonistas de la relación sexual o del sexo en general? Tan solo el 5,5% no disfruta, en el 47,3% sí, y en 47,2% no se puede determinar.

¿Los protagonistas dan prioridad a las drogas frente al sexo? 38,2% dan prioridad a las drogas, pero en la mayoría de los casos no se puede determinar con claridad 50,9%.

El 58,2% poseen un final claramente trágico, en un 36,4% no, y en un 5,5%, no se puede determinar. Claramente el consumo de drogas en el

cine ha sido presentado por lo general de forma negativa.

Discusión

La asociación entre drogas y sexo es muy fuerte en el cine. En líneas generales podemos sostener que las drogas han sido mostradas por el cine de una forma relativamente extremista, en la mayoría de las ocasiones la persona que consume suele zanjar su historia envuelta en un final trágico y hondamente conmovedor.

Ciñéndonos sobre todo a las anotaciones realizadas en el apartado de observaciones, podemos mantener en primer lugar que la visión de las drogas responde al momento sociocultural diferente de cada década, según el período histórico el drogadicto es tratado de una forma u otra muy diferente, de igual forma las sustancias de las que se habla serán distintas en cada década, por ejemplo en los años 80 encontramos la heroína, y cocaína en la época de los 90 y 2000, y lo mismo ocurre con las relaciones sexuales que se establecen.

Podemos exponer que dentro de la historia del cine las drogas han sido mostradas dentro de un *continuum* cuyos polos son, por un lado su peligrosidad y desde otro ángulo han sido expuestas de forma un tanto idílica. Pese a encontrar películas que bien podríamos ubicar en ambos extremos, en líneas generales, la imagen que se ha dado de las drogas se ha centrado en personas problemáticas y en sus efectos adversos, el séptimo arte ha mostrado un amplísimo abanico de consecuencias negativas inimaginables derivadas del consumo, un buen ejemplo de ello es que más de la mitad de los finales son claramente trágicos y hondamente conmovedores.

Acercándonos más al presente, el enfoque que el cine realiza de las sustancias psicoactivas es un tanto más realista y alejado de posturas extremas, ya no atesora como consecuencia ese amplio abanico de efectos negativos, ni miedos infundados, y salvo excepciones tampoco se empeña en mostrarnos expectativas idealizadas, como por ejemplo la “libertad”.

En relación a las numerosas observaciones tomadas en el estudio, deseamos destacar las notas referidas a cómo se ha reflejado la psicoterapia

en las películas. Los tratamientos de reducción del daño, la metadona, están bien vistos, por ejemplo *Drugstore Cowboy* (EE. UU., 1989), *Las invasiones bárbaras* (franco-canadiense, 2003), en tan solo una película el protagonista no consigue rehabilitarse con la metadona, es el caso de *Trainspotting* (Reino Unido, 1996). La terapia es bien vista, psiquiatras, los psicólogos, los terapeutas y los grupos de apoyo mutuo, por ejemplo en: *28 días* (EE. UU., 2000), *Drugstore cowboy* (EE. UU., 1989), *Tiempo de tormenta* (España, 2003). Tan solo hay una excepción y es la película *Brazo de oro* (EE. UU., 1955) donde el protagonista, aunque al inicio del tratamiento se muestra muy satisfecho, al final de la película agrede al médico que de forma privada le suministraba morfina. Pero, insistimos en que la visión de los sanitarios es positiva o muy positiva.

Una última clave que deseamos enlazar, estando de acuerdo con (País, 2005) (8); es la recomendación de utilizar películas sobre drogas dentro de la formación de profesionales en adicciones.

Conclusiones

La naturaleza de las relaciones y prácticas sexuales de los protagonistas que consumen sustancias psicoactivas, que en principio planteábamos pudieran ser deshibidas y desestructuradas son más bien idílicas. En general hemos observado que estas películas responden a estereotipos idealizados: cuerpos perfectos, tersos, muy atractivos y sin defecto alguno.

La asociación entre drogas y sexo es muy fuerte y en muy pocas películas de drogas no hay sexo.

Para concluir, las relaciones sexuales de los protagonistas consumidores en el cine son verdaderamente “idílicas”, y poco o nada tienen que ver con dificultad alguna. Las parejas están casi siempre disponibles y receptivas, al respecto podríamos decir que la norma es que se desean. De manera sintética los protagonistas están envueltos en un deseo en ocasiones un tanto “explosivo” e “incontrolable” por mantener relaciones sexuales.

Otro dato extraído del apartado de las observaciones es que casi en la totalidad de las películas hay un perfecto acoplamiento y conocimiento ya desde la primera cita. En este sentido se puede

afirmar que en ningún caso se tienen en cuenta las diferencias individuales, es decir sabemos que lo que a una persona le excita sexualmente a otra le puede resultar incluso repulsivo, esto no ocurre en el cine, o mejor dicho, no lo refleja.

En las películas analizadas nos hemos encontrado en general un sexo muy rápido y asimismo la mayoría de las mujeres llegan al orgasmo solo con la penetración, cuestión que está lejos de la realidad, por ejemplo algunas necesitan de una estimulación adicional del clítoris, etc. Asimismo, llegados a este punto otro aspecto repetido en las observaciones es que siempre se consigue el orgasmo simultáneo, algo que también se aleja de la realidad. Estando de acuerdo con el sexólogo castellonense Mestre (9), no descartamos que fácilmente, estos modelos lleven posiblemente a ciertos desengaños y puedan generar incluso cierta frustración y ansiedad puesto que están vistos desde una visión, insistimos, "idílica".

Otro dato relevante es que no contraen ninguna enfermedad de transmisión sexual, las anotaciones nos muestran que hay una negación a la existencia de poder contraer una enfermedad o riesgo de quedarse embarazada, prácticamente nunca se usan preservativos ni protección alguna.

A pesar de esto, sí hemos encontrado algunas películas de drogas que han tratado la sexualidad de una forma un tanto más realista, cintas donde se refleja la desgana y la poca motivación por el sexo *Drugstore Cowboy* (EE. UU., 1989), y otras dificultades como en *Arrebato* (España, 1979), el *Pico 1*. (España, 1983), y *El almuerzo desnudo* (franco-canadiense, 1991). Uno de los pocos datos observados donde podemos establecer la relación entre el consumo de un tipo de drogas y una práctica sexual concreta, es la relación entre el consumo de heroína y la impotencia.

Existen muchas ideas erróneas en relación a las relaciones sexuales por ejemplo unas expectativas más realistas son: a) que alrededor del 40% de relaciones sexuales ambos estarán excitados y disfrutarán; b) en un 25% de las ocasiones, ambos disfrutarán pero uno estará más excitado; c) otro 15% de las veces, uno se encontrará bien y disfrutará del placer de la pareja; d) quizá el 10% de las experiencias sexuales serán mediocres; e) alrededor de un 5-10% de las relaciones sexuales no serán placenteras para ninguno (10).

Correspondencia

Fernando Pérez del Río • C/ Emperador, 60 - 1ª • 09003 Burgos
Tel. 947 720 490 • fernandoperezdelrio@gmail.com

Bibliografía

- (1) Hazan A, Lipton H, y Glantz J. Popular films do not reflect current tobacco use. *Am J Public Health*. 1994; 86(6): 998-100.
- (2) Monterde J. Veinte años de cine español. Un cine bajo la paradoja- editorial paidós. Barcelona. 1993 En: Herrera M, Llor C, Marsset P, Cánovas J, Psiquiatría y cine en España durante la transición (1975-1982). *Norte de Salud Mental*. 2012; vol X. nº 42: 75-75.
- (3) Escohotado A. Historia general de las drogas. Madrid, Espasa; 2001.
- (4) Wackfield M, Flay B, Nichter M, y Giovino G. Role of the media in influencing trajectories of youth smoking. *Addiction*. 2003; 98 (SI):79-103.
- (5) Pérez F. Las adicciones sin sustancia en estos últimos 40 años. *Norte de Salud Mental. Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria*. 2011; Vol. IX nº 40:47-56.



- (6) Observatorio Español sobre Drogas: Informe 2011. Plan Nacional sobre Drogas (PNsD). Madrid.
- (7) Pérez F. Mestre M y del Río J. Cómo afectan las diferentes sustancias a la sexualidad. Revista Adicción y Ciencia. Adicciones (con y sin sustancia), VIH/Sida y Atención a la Diversidad. 2012; Vol. 2, Número 2.
- (8) País A. Educación médica: la adicción y el cine (Drogas y juego como búsqueda de la felicidad) R Med Cine. 2005;1: 95-102.
- (9) Mestre M. (2012). Extraído de la siguiente dirección el 23-julio de 2012: <http://blog.psico-terapiacastellon.es/>
- (10) Barry W. y McCarthy, PhD. Sexual awareness: Enhancing sexual pleasure Paperback. Carroll y Graf Publisher, 1984.

Agradecimientos: al profesor Fernando Lara de la UBU y al grupo cultural palentino: *“la música dependen del color con que se mire”*.

- Enviado: 15/01/2014.
- Aceptado: 18/09/2014.

Sobre la educación y el psicoanálisis: de lo imposible a lo posible.

On Education and Psychoanalysis: Impossible for a possible.

Itziar Tres Borja

Psicóloga Gabinete Anitzak. Pamplona.

Resumen: A través de este artículo deseo compartir una reflexión sobre las vicisitudes de la Educación desde un marco teórico como es el Psicoanálisis. Probablemente, el motivo de esta introspección sea mi estrecha vinculación con la Educación y los interrogantes que esta labor me genera.

Entiendo la primera infancia, la latencia y la adolescencia como estadios de organización, desorganización y reorganización. Donde el paso del Principio de Placer al Principio de Realidad, de la pulsión salvaje y descontrolada a la pulsión comedida e integrada, resultan imprescindibles en el proceso de aprendizaje. Para que esto ocurra, es necesario de un otro que le proporcione límites que le contengan y gratificaciones o compensaciones que le permitan mantener vivo su deseo.

En este contexto de intersubjetividades me parece de suma importancia respetar los ritmos, intereses y necesidades de cada individuo. En definitiva, la singularidad y la propia historia.

Palabras clave: pulsión, educación, subjetividad, libertad.

Abstract: Through this paper I would like to discuss about the vicissitudes of Education from a psychoanalytic perspective. Probably the reason for this introspection could rely on my close entailment with education and the interrogates that this activity generates me.

I consider the first childhood, the latency and the teenage time as stages of organization, disorganization and reorganization. Where the transition from the Pleasure Principle to the Reality Principle, from the wild and uncontrolled drive to the restrained and integrated drive is essential in the process of learning. For this to occur, it is necessary somebody to provide limits to contain and gratifications or compensations to preserve alive the desire.

In this context of intersubjectivities, I think that it is really important to respect each individual's rhythms, interests and needs. Definitely, the singularity and the own history.

Key words: driver, education, subjectivity, liberty.



*“Sólo cuando mi mente se conmovió entera,
cuando luchaba contra fuerzas oscuras,
desenfrenadas, pude, sola en mi necesidad,
sentir con temor, que cada poeta
canta únicamente su propia pena”*

Anna Freud, 1918

Quizá por su controversia, o quizá por aquellas jornadas de Clínica Psicoanalítica donde el lema era “¿educar, gobernar, psicoanalizar es posible?” Quizá por mi interacción con la Educación y el Psicoanálisis, desde el lugar de educadora y analista...

Quizás por los tiempos que corren, por mis propios tiempos y los de una sociedad que va a la deriva... Y quizás porque me siento implicada en este imposible es por lo que he decidido sumergirme en la imposibilidad de estas dos acciones, discursos o profesiones. Porque como analista y educadora, así como sujeto e individuo social, me atraviesa la impotencia y la imposibilidad.

Dejando a un lado el imposible de gobernar, intentaré hallar una relación entre la Educación y el Psicoanálisis que me satisfaga.

Supongo que el nuevo reto será ahondar en el discurso del amo y poder reflexionar acerca de la utopía gubernamental, pero eso lo dejo para más adelante. Mientras, abro un paréntesis y reflexiono junto a Lacan:

“¿Qué será lo que los gobernantes tienen que dar a sus gobernados? ¿Para producir qué? ¿Un buen gobierno? ¿El progreso de la tarea civilizadora de un goce sin límite, al límite de la ley que posibilite el deseo?”

A la vez, tomo a Norberto Ferrer para dar comienzo a este crucero de imposibilidades:

“El psicoanalista no educa ni gobierna y debe estar muy bien advertido acerca de los ideales que dirigen la acción educativa y política que inevitablemente intentan sugestionar, domesticar, modelar, inhibir, prohibir o sojuzgar el deseo de las personas.”

Creo que desde el Psicoanálisis lo que intentamos o deberíamos intentar es que el sujeto pueda ser libre. Libre de sentir y de pensar, de actuar, de elegir, de crear...

Lo que dará pie a una organización defensiva más flexible, a un espacio de maniobra o un sentido del humor que es parte de la capacidad de jugar y de simbolizar.

“No son los muros de piedra lo que hace una prisión, ni los barrotes de hierro lo que hace una jaula”.²

Pero, ¿qué ocurre cuando se atraviesan los límites y su libertad afecta a otra persona? ¿Dónde está el límite? Este límite, ¿es cultural? ¿Hasta qué punto vivir con otros coarta nuestra libertad? ¿Cómo conciliar el principio de placer y el principio de realidad?

Ésta es la apuesta de la socialización: para poder vivir con los demás, para formar parte de una red social, es necesario renunciar a ciertos deseos, renunciar a la satisfacción inmediata, pero ¿qué se recibe a cambio? ¿Amor?

¿Y qué es el Amor?

Según la RAE es *el sentimiento intenso del ser humano que, partiendo de su propia insuficiencia, necesita y busca el encuentro y unión con el otro ser.*

Sentimiento hacia otra persona que naturalmente nos atrae y que procurando reciprocidad en el deseo de unión, nos completa, nos alegra y nos da energía para convivir, comunicarnos y crear.

Reviso a Erich Fromm en “El arte de amar” seleccionando varios fragmentos:

“Quien no conoce nada, no ama nada. Quien no puede hacer nada, no comprende nada. Quien nada comprende, nada vale. Pero quien comprende también ama, observa, ve... Cuanto mayor es el conocimiento inherente a una cosa, más grande es el amor... Quién cree que todas las frutas maduran al mismo tiempo que las frutillas nada sabe acerca de las uvas.” (Paracelso).

¹ (Lacan, 1969) Seminario 17. El reverso del Psicoanálisis.

² (Winnicott, 1986) El hogar nuestro punto de partida (Pág. 264).

“Mi propia persona debe ser un objeto de mi amor al igual que lo es otra persona. La afirmación de la vida, felicidad, crecimiento y libertad propios, está arraigada en la propia capacidad de amar, esto es, en el cuidado, el respeto, la responsabilidad y el conocimiento.”

Freud describe el amor relacionándolo con las pulsiones sexuales y la satisfacción libidinal, pero también como garantía de protección y seguridad, propio de las pulsiones de autoconservación.

El amor como una necesidad para sentirse seguro, protegido, valorado y especial. Apego que se instaura desde los primeros meses de vida y que tras la separación entre madre-hijo se busca durante toda la vida. Es por eso, por lo que para amar, es necesario amarse pero antes de amarse, han debido de amarse.

¿Qué ocurre cuando un niño tiene que renunciar a sus pulsiones y no recibe nada a cambio? ¿Qué pasa cuando un niño no respeta, porque no se respeta a sí mismo? ¿Qué ocurre con tanto déficit de atención? ¿Qué estarán atendiendo? ¿Qué nos estarán queriendo decir con esas conductas desafiantes u opositoras?

“¡Estamos en crisis!” Es la expresión que llevamos años escuchando. Pero, ¿realmente es una crisis económica o ha sido la crisis social y existencialista la que ha generado un caos económico y funcional en la cultura occidental? La globalización, el consumismo, el determinismo y el materialismo propios de la era posmoderna, intentan borrar las diferencias intersubjetivas, alimentan la cultura del tener, silenciando la del ser y crean malestar pues alienan y silencian el deseo.

Desafortunadamente este *modus operandi* ha llegado a las aulas y el sistema educativo también está en crisis. ¿Cómo se enseña? ¿Qué lugar ocupa el alumno? ¿Se logra que los niños y niñas sean las personas “grandes”, responsables de sí y del mundo?

Es la **educabilidad** la que está en juego.

Si entendemos ésta como la capacidad exclusiva y personal de cada individuo que le permita recibir influencias para construir su conocimiento, debe de haber otra persona con capacidad de influir.

Y lo que me pregunto es hasta qué punto debe de influir el educador o hasta qué punto debe mantenerse neutral. Al igual que en la clínica es una de las paradojas que apuntan a la transferencia, donde hay dos subjetividades en juego, pero donde ni el analista ni el educador impondrá sus deseos, sino que intentarán que el paciente o alumno descubra y gestione su propio deseo.

Inevitablemente y afortunadamente para que se produzca una transmisión, una transferencia debe de haber sujetos y es en el contexto relacional donde se podrá llevar a cabo la educabilidad, lejos de la omnipotencia, la objetivación y el dogma.

Montessori nos presenta un ambiente cálido y seguro provisto de espacios y objetos diferentes y de una relación personal afectuosa. Contexto que escasea hoy por hoy y es labor de todos y todas poder recuperarlo. Para ello, encuentro necesario salir de la alienación que nos rodea y comenzar un proceso de subjetivación social. Porque es así como un educador podrá investir lo que transmita, ya que sin deseo no se puede enseñar.

Por otra parte no debemos olvidar que educar también es prohibir, inhibir y reprimir. Esto es, interiorizar la norma de que todo no se puede. La prohibición del incesto, la castración que permite el paso del placer a la realidad, del deseo primitivo o bruto al deseo dominado, socializado e integrado. Sin embargo existe la antinomia irreconciliable entre sexualidad y civilización, entre naturaleza y cultura que tendremos que aprender a tramitar.

Bernard Jolibert realiza un ensayo³ muy interesante sobre la vida de Freud y sus obras. En él destaca la aplicación del Psicoanálisis a la Pedagogía, donde expone la neurosis como consecuencia de la prohibición, debido a la imposibilidad real de gozar libremente de los instintos, pero donde esa libertad sin restricciones no pareciera tener objeto y donde la ausencia de normas, ocasionaría que los impulsos agresivos y conflictivos fueran autodestructivos.

³ Bernard Jolibert, *Perspectivas: revista trimestral de educación comparada* (París, UNESCO, vol. XXII, nº 3-4, 1993, págs. 485-499).

“Una libertad infinita equivale a una negación de la libertad”⁴.

El individuo social, a diferencia del primitivo, intercambia una libertad infinita, pero precaria, por una libertad regulada pero real.

Por lo tanto, la finalidad de la Educación es instaurar el principio de realidad como principio regulador de la conducta individual. Pero no se trata de rechazar, de negar la vida de los impulsos, sino más bien de adaptarla, ajustarla a una realidad natural y social ineludible, realidad en la que debe encontrar su expresión.

Así pues, la Educación debe encontrar la vía *entre la Escala de la permisividad o del laisser-faire y la Caribdis de la prohibición y de la frustración*.

Para Freud, la tarea de la Educación es que el niño aprenda a dominar sus pulsiones, ya que lo contrario, la libertad sin restricciones sería algo imposible. Refiere que es necesario encontrar un óptimo para la Educación cumpliendo el máximo y perjudicando lo mínimo. Se trata de decir hasta dónde se puede prohibir, en qué momentos y por cuáles medios. Añade que los objetos de la influencia educadora aportan con ellos disposiciones muy diferentes.

François Dolto afirma que debe de haber aspectos de compensaciones y gratificaciones para que la castración tenga un efecto simbolígeno y no letal.

He aquí el puente entre la enseñanza y el tratamiento psicoanalítico al que se refería Freud al principio de su obra, *“Lecciones de introducción al Psicoanálisis”*. Relacionó el método analítico como una post-educación, tomando la enseñanza como una profilaxis de las enfermedades mentales.

Ambas habrían logrado su meta si el mundo pulsional se organizase satisfactoriamente a través de la Formación reactiva y la Sublimación; (esto es, la Simbolización) Pero no es así, pues faltan referencias, representaciones, objetos, gratificaciones, límites como continentes que faciliten la integración entre lo bueno y lo malo, el placer y el displacer, la fantasía y la realidad.

Educación Y Psicoanálisis, ambos, en busca de la verdad. De la verdad subjetiva, de la verdad de nuestra propia historia, de nuestros propios deseos. Pero, ¿qué ocurre con el deseo del profesor? Pareciera que el docente hubiese olvidado su propia infancia y adolescencia, o hubiese idealizado el recuerdo de éstas, dejando fuera todo lo que el narcisismo no tolere. ¿Podrá así, comprender las demandas de sus alumnos?

En mi opinión, al igual que en la clínica con niños, debe de existir algún tipo de conexión con la propia infancia. Es por eso por lo que una formación psicoanalítica y/o análisis personal facilitarían que el imposible fuera algo más posible.

En relación al lugar del docente, encontré un artículo⁵ sobre la pulsión de saber y el deseo de enseñar. En él, aparece el maestro en un lugar de omnipotencia donde no hay imposibles y el absolutismo de lo que enseña, fortalece su narcisismo. *“El Ideal del Yo se ofrece como modelo, el Yo Ideal roza la completud y su imagen brilla esplendente”*. Añade que dicha gratificación narcisista establece diversos estilos en el ejercicio del poder: Autoritario o democrático, impositivo o permisivo... Todos ellos residen en la oscura fuente inconsciente de cómo ha sido vivida la más remota infancia.

Afirma que en la decisión de ser maestro se esconde un intento de reparar alguna falta originaria. Afirmación que comparto y que más adelante detallaré mediante la exposición de mi paso por la escuela y como esto, de una manera no consciente, alimentó la elección de ser educadora y de sumergirme en el Psicoanálisis de niños y adolescentes.

Conocemos por autores como Mannoni o Doltó, las consecuencias psicopatológicas, si se desconoce insistentemente la verdad de la propia historia, de los orígenes, del sentido propio de existir.

Por eso, me parece interesante hacer hincapié en el artículo de Guillermo Kozameh, *Freud y la educación*, donde dice así: *“el trabajo educativo tradicional, habitualmente preconiza un estado de*

⁴ Citado en: http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/publications/ThinkersPdf/freuds.pdf

⁵ Jose Luis Uberetagoena. Revista Caminos abiertos 2007. Universidad Pedagógica Nacional.

quietud, como un lago de aguas peligrosamente estancadas. Desde el silencio no se cuestiona nada, no hay revueltas ni disturbios. Las pasiones duermen sin soñar.”

Son las aulas de hoy en día, donde nada se cuestiona, donde se borran las diferencias, pues no hay sujetos, sino objetos o máquinas en adiestramiento. Pero donde si hay revueltas, si hay disturbios y donde el profesorado se ve desbordado ante tal descontrol y falta de motivación.

Creo que uno de los mayores estancamientos con los que nos podemos encontrar es éste: la falta de motivación como falta de deseo.

Todo es un “sin sentido”. No hay origen, ni meta. Los chavales están porque tienen que estar, porque les obligan a estar, pero se les ha explicado ¿por qué están ahí? Que no es un castigo... ¿Se les ha dado la oportunidad de cuestionar y cuestionarse? ¿De hacer propio su deseo?

Si aprender es un deseo innato, ¿qué es lo que falla cuando un niño se niega aprender y queda inmerso en la pulsión de muerte?

El conocimiento como desplazamiento o sublimación de la pulsión de saber. Me parece que la pulsión es el eje funcional. Debe someterse al ideal cultural y es ahí donde la Educación juega un papel revelador, ya que tendrá que mediar entre la libre expansión de las necesidades libidinales del infans y las necesidades de integración social.

Para que se pueda desarrollar el pensamiento, el niño deberá saber “algo” de su mundo psíquico. Es así como relacionará y explorará las compatibilidades con sus deseos. Es un saber que el sujeto no sabe que tiene y que le es desconocido por su propia división constitutiva. Es el saber del inconsciente que deviene consciente mediante la cura psicoanalítica. Lo que no quiere decir, que sin cura no se pueda saber. Pues el ser humano tiene la posibilidad de conectarse con algo de ese saber a través de las transacciones creativas o en el peor de los casos, mediante las formaciones sintomáticas que muestran la ignorancia por no querer saber.

Existe una estrecha relación entre no desear saber de la realidad exterior (los conocimientos

introyectados de una manera consciente) y no desear saber sobre la realidad psíquica, íntimamente vinculado a la subjetividad y a todas las cuestiones que atañen al sujeto sobre el origen de sus deseos.

Freud subraya que el no querer saber, no sólo ocurre en el niño, ya que el discurso del amo está presente entre muchos educadores. Y añade que su amnesia infantil puede llegar a bloquear el saber de los niños que educa. Defiende una educación para la realidad. Esto es, una educación que tiene en cuenta los deseos del sujeto y cuestiona aquella que los ignora. Insiste en que el educador debería de intentar cumplir la función paterna, en cuanto al orden simbólico y en cuanto a facilitar una socialización, pero también debería brindar una satisfacción narcisista al educando que haga más llevadera la represión de sus impulsos.

En definitiva, para que pueda haber una renuncia o una castración tiene que haber algo a cambio: amor, apego, reafirmación, tiempos de espera... Y añado que, así como el analista no debe mantenerse en un lugar de Ideal del Yo, el docente también tiene que saber renunciar a este lugar, desprendiéndose de su narcisismo y dando lugar a que cada alumno descubra, cuestione y desee.

Por otra parte, si tenemos en cuenta las fantasías infantiles y la sexualidad infantil observaremos las incógnitas y los deseos de saber de esta etapa:

La diferencia sexual, partiendo de la primacía del falo, de que todos tienen pene, el origen de las personas y la escena primaria como terceridad.

Podríamos hablar de la resolución del Complejo de Edipo como estructurante, ya que es desde el descubrimiento y la elaboración de estas cuestiones como se irá constituyendo una identidad y se irán reprimiendo los deseos incestuosos.

En “Pulsiones y destinos de pulsión”, nos presenta el objeto de la pulsión como algo que varía, pues la pulsión no tiene de forma natural e intrínseca, un objeto fijo e inamovible. Por lo tanto, podríamos hablar de un cambio de objeto mediante el desplazamiento de la pulsión. Esto es, frente a la prohibición de su deseo edípico, el niño puede encontrar en el saber un sustituto para la satisfacción.



La pulsión de saber cómo mezcla de las pulsiones de ver y de apoderamiento, vinculada al desarrollo de la libido y a los destinos de la pulsión.

Pero, ¿qué ocurre cuando llegan a la latencia y la pulsión sexual no ha podido ser desplazada? ¿Cuándo la represión no operó adecuadamente para poder sublimar?

Según Freud, el precio de no saber hace que la sexualidad reaparezca en los procesos secundarios, retornando desde lo reprimido; forzando aún más la represión y ocasionando los síntomas, entre ellos los frecuentes trastornos en el aprendizaje escolar. El fantasma reprimido reaparece en esta dificultad de comprender, asimilar o memorizar y las funciones del pensamiento son desviadas de su funcionamiento normal, por estar ahora bajo el dominio de la satisfacción fantasmática.

Y me pregunto:

Si el profesorado tuviera otra visión de sus propios conflictos psíquicos y un recuerdo vivo de su infancia, ¿tendría otro lugar este niño?

Considero oportuno exponer aquí unas de las ideas que pude recoger en las Jornadas, “Niños y adolescentes, hoy, ¿cómo se educan?” organizado por el grupo de investigación Conexiones entre Educación y Psicoanálisis:

Para que alguien pueda aprender es necesario que el que enseñe, aprenda también. Para que se de esa transmisión es necesario que se instaure un vínculo de afecto y para ello es preciso tomar al alumno como sujeto y no como objeto.

El educador como narrador que plantea algo de su propia experiencia, que deja huella y toca algo de cada subjetividad pues permite reflexionar.

Escuché relatos muy conmovedores de profesoras retiradas de la Educación, que habían dejado huella, que disfrutaban con su trabajo porque existía un deseo por aprender y porque aprenderían. Eran historias auténticas, humanas, donde al alumnado se le daba otro lugar, más allá de la productividad. Se le daba la palabra. Había una escucha de la subjetividad y no de los resultados.

Estas aportaciones, junto al rastreo bibliográfico y las confiadas lecturas me han ayudado a atar

cabos sueltos y a tomar conciencia de mi vínculo con la Educación y el Psicoanálisis. Creo que no es casual que haya optado por este mar de dudas como es la Educación. Como no es casual que haya terminado estudiando Psicología y me especialice en la Psicoterapia y Psicopatología de niños y adolescentes, mientras desarrollo una labor educativa brindando apoyo escolar de forma individual.

Debo decir que tras esta reflexión, que en un principio la vi como algo imposible y complicada, pienso en la Educación como algo posible y alentador, siendo muy consciente de la imposibilidad de su ideal. Es por ello, por lo que hoy puedo poner en palabras mi recorrido por la Educación, que tanto como alumna y como educadora, ha dejado huella en mí.

Obviamente mi infancia y adolescencia están muy presentes en este dilema, ya que recuerdo mi etapa estudiantil llena de conflictos intrapsíquicos e interpersonales. Me costaba mucho atender, concentrarme, acatar la norma de estar en silencio y esto me trajo serios enfrentamientos con el profesorado. Pero no con todos. Supongo que habría quien me respetaba y yo respetaba y donde yo capté algún tipo de ilusión o deseo. Esto es, hubo algún tipo de transmisión que de una manera u otra alimentó mi deseo por aprender.

Recuerdo que lo que no entendía y detestaba era “el dos y dos son cuatro” para todo, o las comparaciones que tanta competitividad generaban entre nosotras. La recompensa y refuerzo positivo a “los mejores ganadores” que llegarían lejos en la vida y el castigo para los “peores fracasados” que terminarían siendo infames de la sociedad. Éste era el discurso que predominaba en el centro privado donde estudié hasta los 16 años. Fue entonces cuando decidí junto a unas compañeras cambiarme a otro centro. Experimenté entonces una libertad tanto física como psíquica que el encasillamiento precedente me impedía alcanzar. Partía de o, sin ningún tipo de etiquetación, ni predestinación. Era como una nueva oportunidad...

Causalmente mis notas mejoraron y cabe mencionar al profesor de filosofía, quien me transmitió su deseo por enseñar. Me ofreció un espacio

de reflexión y alimentó en mí un interés por la vida, por las diferentes culturas, ideologías, y por el saber. “*Cogito, ergo sum*”.

El otro punto de inflexión fueron las clases de matemáticas. Asignatura que siempre había detestado y cuya simplicidad y abstracción nunca había asimilado, se convirtió entonces, en una asignatura placentera, ya que siendo aplicada a las ciencias sociales, comprendía y me divertía.

Mi rol adjudicado había cambiado y ya no tenía que estar llamando la atención para que me miraran. Quizás porque no necesitaba tanto de la mirada del otro o quizás porque había dejado a un lado ese rol actuado. Supongo que intenté darle la vuelta y comencé con la búsqueda de mi propio ser. ¿Quién soy? ¿De dónde vengo? ¿A dónde voy? ¿Qué quiero?

Estos fueron algunos de los interrogantes que me llevaron a estudiar Psicología. Cuanto más sabía, más quería saber pues me daba cuenta de lo poco que sabía. Empecé mi propio análisis cuando leyendo a Freud en la universidad se despertaron fantasmas que inicialmente desconocía. Terminé la carrera pero no el interés por aprender. Sigo ensayando, actividad que espero no cese nunca y prosigo en la búsqueda de respuestas y nuevas incógnitas.

Y es desde la posición de educadora y psicóloga, desde donde escribo, porque teniendo en cuenta la niña que fui, la niña que llevo dentro, puedo marcar algo de mis propios avatares.

Recuerdo, mi paso por las diferentes escuelas infantiles y me vienen a la mente las diferentes compañeras que he tenido en este trayecto. Unas, con vocación y con deseo, y otras, con un papel sobreactuado de omnipotencia, de absolutismo y de rigidez. De las primeras aprendí a respetar los diferentes tiempos de cada niño, aprendí a observar, a acompañar, a no imponer y a facilitar su autonomía y libertad. De las segundas aprendí lo que no me gustaría llegar a “ser” y lo que en ocasiones, en situaciones de desborde, se ha podido asomar.

He aprendido a poner el límite que estructura y no a prohibir y a limitar porque mi papel autoritario me lo otorgue.

He aprendido a mostrar mi falta y a compartir la imperfección de la humanidad, así como a no intentar alcanzar un ideal inalcanzable.

He aprendido a no desesperarme o frustrarme ante un bloqueo o un jaqué, y a no enredarme. Pero todavía queda mucho por aprender...

En mi caso, existe un pequeño arrepentimiento, o lástima por no haber estudiado o atendido plenteramente y con constancia. Pero por algo fue así. Y ya que no puedo ir hacia atrás, iré hacia delante.

Disfruto de las clases de apoyo porque aprendo de lo que no aprendí y recuerdo lo que olvidé. Y creo que es desde esta posición desde donde les transmito mi deseo e intento que ellos también deseen. Intento que se apropien de esta actividad configurando un pequeño placer y una meta que puedan alcanzar.

Creo que como víctima de la educación y tras un extenso análisis, he podido salir de la alienación y vincularme con los chavales lejos de la identificación con el agresor. Intento entender y descubrir a cada uno, creando encuadres únicos y ofreciéndoles herramientas particulares.

No obstante, existe una gran diferencia entre los problemas de aprendizaje en la primaria y en la secundaria. La represión no opera de la misma manera en un niño de 7 años o en un púber de 14 ya que la conflictiva edípica está más presente en uno que en el otro; la latencia cada vez es más tardía y nos encontramos con niños y niñas sumamente libidinizados, con pulsiones que no han podido desplazarse, ni alcanzar la sublimación.

Me encuentro con niños que me generan impotencia y malestar. Casualmente, son niños con historias crudas y con heridas que aún están por cerrar y con quienes me encuentro con el imposible de posibilitarles el interés por aprender.

Es difícil por lo tanto, ver y sentir que alguien sufre y hacer oídos sordos. Pero soy consciente de que con esos niños no puedo adquirir el rol de psicóloga, sino de docente, que es el que ha sido acordado.

Me ha llevado tiempo y algún que otro desasosiego ubicarme en estas situaciones, pero creo

que hoy por hoy, se algo más de cómo poder posicionarme sin dañar, ni dañarme:

Por una parte, entendiendo sus problemáticas, respetando sus tiempos y ofreciéndoles mi apoyo y mi confianza. Por otra parte, intentando hallar un punto de conexión que despierte un pequeño deseo por aprender. Y lo que es muy importante no enfadarme, no desesperarme y no frustrarme.

No ponerme en un lugar de autoritarismo voraz, para que pueda ver en mí una persona diferente a la de sus progenitores y/o profesores. Pero admito que en ocasiones resulta complicado no picar el anzuelo.

Éste es el nudo en el que me encuentro. Y es a través del juego, como he descubierto que algo

pueden incorporar. Desde una actividad confortable, la cual dominan, voy fortaleciendo su narcisismo y reafirmando los pequeños logros.

Pero insisto en la dificultad de centrarnos en el aprendizaje dejando a un lado la conflictiva psíquica y la libidinización del infans. Así pues, en ocasiones resulta muy difícil avanzar y obtener resultados que satisfagan la demanda de la escuela y de la familia.

Para finalizar, debo decir que seguiré ensayando y descubriendo para mantener vivo mi deseo y aportar así, mi granito de arena en la subjetivación de esta sociedad en la cual me siento implicada.

Contacto

Itziar Tres Borja • Gabinete Anitzak
C/Emilio Arrieta, 5 bis of. 3 - 1ªA • 31002 Pamplona-Iruñea
Tel.: 649 136 050 • itzi3borja@hotmail.com

Bibliografía

Freud, S. (2006). *Tres ensayos sobre la teoría sexual. Cap3. La sexualidad infantil*. Obras Completas. Vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu. (Orig. 1905).

Freud, S. (2006). *El esclarecimiento sexual del niño. (Carta abierta al doctor M. Fürst)* Obras Completas. Vol. IX. Buenos Aires: Amorrortu. (Orig. 1907).

Freud, S. (2006). *Sobre las teorías sexuales infantiles*. Obras Completas. Vol. IX. Buenos Aires: Amorrortu (Orig. 1908).

Freud, S. (2007). *Un recuerdo de Leonardo da Vinci*. Obras Completas. Vol. XI. Buenos Aires: Amorrortu (Orig. 1910).

Freud, S. (2007). *Sobre la Psicología del colegial*. Obras Completas. Vol. XIII. Buenos Aires: Amorrortu. (Orig. 1914).

Freud, S. (2007). *El porvenir de una ilusión*. Obras Completas. Vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu (Orig. 1927).

Freud, S. (2007). *El malestar en la cultura*. Obras Completas. Vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu. (Orig. 1930[1929]).

Freud, S. (2007). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. Obras Completas. Vol. XXII. Buenos Aires: Amorrortu (Orig. 1933[1932]).

Fromm, E. (1976). *El arte de amar*. Buenos Aires: Paidós. (Orig. 1956).

Lacan, J. (1992). *Seminario 17. El reverso del Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós. (Orig. 1969).

Lacan, J. (1988). *Intervenciones y textos 2, "Dos notas sobre el niño"*. Buenos Aires: Manantial (Orig. 1974).

- Mannoni, M. (1998). *La primera entrevista con el Psicoanalista*. Barcelona: Gedisa. (Orig. 1965).
- Winnicott, D. (2001). *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. Ed. Paidós. (Orig. 1986).
- XVII Jornadas de Clínica Psicoanalítica. (2007). *Educar, Gobernar, Psicoanalizar, ¿Es posible? Espacio Psicoanalítico de Pamplona*.
- Alvarado Calderón, K. (2009) *¿Qué nos puede aportar el Psicoanálisis en la comprensión de las relaciones en la escuela?* Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación. Vol. IX (nº1, 1-22) Universidad de Costa Rica: Facultad de Educación.
- Anzaldúa Arce, RE. (2008). *La perturbación del inconsciente: Los dilemas de mirar a otra escena*. (Nº 43, 119-137) Revista ETHOS EDUCATIVO. México.
- Goncalves da Cruz, J. (2000). *Psicoanálisis y Educación*. Revista EPSIBA Nº10. Buenos Aires.
- Jolibert, B. (1993). *Sigmund Freud*. Perspectivas: revista trimestral de educación comparada. (París, UNESCO. Vol. XII, nº 3-4, 485-499).
- Kozameh Bianco, G. *Freud y la educación*. Revista Virtual UNED.
- Uberetagoyna Loreda, JL. (2007). *Pulsión de saber y deseo de enseñar*. Revista Caminos abiertos. Universidad Pedagógica Nacional. México.

- Recibido: 23/06/2014.
- Aceptado: 22/09/2014.



FORMACIÓN CONTINUADA

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

Psicofarmacología. Bases y Aplicación Clínica. 4ª parte.

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

Presentación

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

Los avances en psicofarmacología clínica están en continuo proceso de expansión. Nuevos conocimientos clínicamente fundados o no y exuberante información neurocientífica se acumulan a diario. Conocimientos científicos, aparentemente desordenados a veces, van tomando cuerpo a medida que la investigación madura y crece consolidando hipótesis previas.

Estos números de *NORTE de salud mental* (desde el número 49) versarán sobre el heterogéneo grupo de los antiepilépticos, azapironas y barbitúricos, grupo diverso de fármacos con indicaciones claras en neurología y menos precisas en psiquiatría, fármacos potentes y que en algún caso precisan de control estrecho por parte del prescriptor.

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

Antiepilépticos II

Preguntas

Pregunta 154. Es cierto que Oxcarbazepina:

- a. Tiene una estructura similar a la carbamazepina.
- b. Tiene un mecanismo de acción similar al de carbamazepina.
- c. No parece tener asociado el riesgo de leucopenia, anemia aplásica y agranulocitosis asociado a carbamazepina.
- d. El riesgo más reseñable puede ser la hiponatremia clínicamente significativa (sodio < 125 mmol/l).
- e. Todas.

Pregunta 155. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la hiponatremia en los tratamientos por la oxcarbazepina, es falsa?

- a. Es más probable en los tres primeros meses de tratamiento.
- b. Tiene lugar en el 2-3% de los pacientes.
- c. El riesgo es mayor que para la carbamazepina.
- d. El riesgo es mayor cuando se combinan con ISRS.
- e. Se debe considerar la monitorización de los niveles de sodio en las etapas iniciales del tratamiento.



Pregunta 156. Respecto a la oxcarbazepina, es falso que:

- a. En el Trastorno Afectivo Bipolar se emplea como potenciador de segunda línea.
- b. Hay cierta evidencia de efectividad en el tratamiento de la manía aguda.
- c. Su empleo en la lactancia no está desaconsejado.
- d. Se elimina por el riñón.
- e. Puede disminuir los niveles plasmáticos de los anticonceptivos.

Pregunta 157. El uso de lamotrigina ha sido aprobado por la FDA en el tratamiento de diferentes cuadros o situaciones clínicas excepto:

- a. Depresión bipolar.
- b. Mantenimiento del trastorno bipolar I.
- c. Crisis parciales.
- d. Crisis generalizadas de Lennox-Gastaut.
- e. Conversión a monoterapia en adultos con crisis parciales que están recibiendo tratamiento con carbamazepina, fenitoina, fenobarbital, primidona o valproato.

Pregunta 158. El riesgo de rash cutáneo asociado al empleo de lamotrigina se incrementa:

- a. Con el empleo de dosis elevadas.
- b. Con el escalado rápido de dosis.
- c. Con el uso concomitante de valproato.
- d. En niños menores de 12 años.
- e. Todas.

Pregunta 159. En relación con Pregabalina, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a. Primer tratamiento aprobado por la FDA para la fibromialgia.
- b. Mejora el sueño de onda delta.
- c. Sedación y el mareo son efectos secundarios significativos.
- d. No se metaboliza y se excreta por el riñón.
- e. Es menos potente que la gabapentina.

Respuestas

Pregunta 154. Respuesta correcta: E

Comentario: Oxcarbazepina es un anticonvulsivante, antagonista de los canales de sodio sensibles a voltaje. Es un profármaco de la 10-hidroxicarbamazepina, metabolito activo de la carbamazepina. Parece tener el mismo mecanismo de acción que este último, pero menos efectos secundarios. Su uso está aprobado por la FDA para las crisis parciales en adultos con epilepsia y en niños entre 4 y 16 años. Aunque no tiene la indicación aprobada, se emplea también para el trastorno bipolar. La dosis recomendada es 1200-2400 mg/día. Las dosis de oxcarbazepina tienen que ser en torno a un tercio más altas que las de carbamazepina para resultados similares. Al ser estructuralmente similar a la carbamazepina se piensa que puede ser teratogénica en humanos. Su empleo no parece estar relacionado con un incremento del riesgo de leucopenia, anemia aplásica, agranulocitosis, elevación de enzimas hepáticas, síndrome de Stevens-Johnson y rash grave asociado a carbamazepina. Tiene también menos interacciones fármaco-fármaco, por menor afectación del sistema enzimático CYP-450. El riesgo más remarcable puede ser la hiponatremia significativa, más probable durante los primeros meses de tratamiento.

Bibliografía: Stephen M. Stahl. Guía del Prescriptor. Psicofarmacología Esencial de Stahl. Cuarta edición. Madrid, Grupo Aula Médica S L, 2012, pág 445-449.

Pregunta 155. Respuesta correcta: C

Comentario: El riesgo más destacable de la oxcarbazepina puede ser la hiponatremia clínicamente significativa (niveles de sodio $<125\text{mmol/L}$), más probable durante los primeros tres meses de tratamiento y que tiene lugar en el 2-3% de los pacientes. Se desconoce si este riesgo es mayor que para la carbamazepina. Puesto que los ISRS también pueden a veces reducir el sodio debido a un SIHAD, los pacientes tratados con oxcarbazepina e ISRS en combinación, deben ser cuidadosamente monitorizados, especialmente en etapas iniciales de tratamiento.

Bibliografía: Stephen M. Stahl. Guía del Prescriptor. Psicofarmacología Esencial de Stahl. Cuarta edición. Madrid, Grupo Aula Médica S L, 2012, pág 445-449.

Pregunta 156. Respuesta correcta: C

Comentario: Oxcarbazepina es un agente potenciador de segunda línea de otros anticonvulsivantes, litio y antipsicóticos atípicos en el tratamiento del trastorno bipolar. Hay cierta evidencia de efectividad en el tratamiento de la manía aguda. Está incluida entre las pautas de tratamiento del trastorno bipolar de la Asociación de Psiquiatría Americana como una opción para el tratamiento agudo y de mantenimiento del trastorno bipolar. Debido a que cierta cantidad del fármaco se encuentra en la leche materna, se desaconseja su uso en la lactancia. Se metaboliza en el hígado y se excreta en el riñón. Puede disminuir los niveles plasmáticos de los anticonceptivos hormonales, reduciendo su efectividad.

Bibliografía: Stephen M. Stahl. Guía del Prescriptor. Psicofarmacología Esencial de Stahl. Cuarta edición. Madrid, Grupo Aula Médica S L, 2012, pág 445-449.

Pregunta 157. Respuesta correcta: A

Comentario: Aunque lamotrigina es un tratamiento de primera línea que puede ser el mejor para los pacientes con depresión bipolar, no dispone de la aprobación de la FDA para esta entidad. Lamotrigina es un anticonvulsivante, estabilizador del humor, antagonista de los canales de sodio voltaje dependiente. La evidencia de eficacia en el trastorno bipolar es convincente. Parece ser efectivo tanto en la prevención de las recaídas maníacas como depresivas, aunque puede ser incluso mejor para la prevención de las depresivas. Es posiblemente uno de los estabilizadores del humor mejor tolerados, con escasa ganancia de peso o sedación.

Bibliografía: Stephen M. Stahl. Guía del Prescriptor. Psicofarmacología Esencial de Stahl. Cuarta edición. Madrid, Grupo Aula Médica S L, 2012, pág 291-298.

Pregunta 158. Respuesta correcta: E

Comentario: Uno de los efectos secundarios más significativos de lamotrigina es el rash benigno,

que acontece aproximadamente en el 10% de los tratamientos. Se han producido casos de rash con riesgo vital relacionados con el uso de lamotrigina. El riesgo de rash grave es inferior al 1%, y probablemente comparable al de otros agentes considerados “más seguros” incluyendo carbamazepina, fenitoina, fenobarbital y zonisamida.

El riesgo de rash aumenta a dosis elevadas, con el escalado rápido de dosis, el empleo concomitante de valproato, y en niños menores de 12 años.

Bibliografía: Stephen M. Stahl. Guía del Prescriptor. Psicofarmacología Esencial de Stahl. Cuarta edición. Madrid, Grupo Aula Médica S L, 2012, pág 291-298.

Pregunta 159. Respuesta correcta: E

Comentario: Pregabalina es un anticonvulsivante, antineurálgico para el dolor crónico, que actúa uniéndose a la subunidad alfa 2 delta de los canales de calcio sensibles a voltaje. La FDA ha aprobado su uso para la neuropatía diabética periférica, neuralgia postherpética, fibromialgia y crisis parciales en adultos. La Agencia Europea del Medicamento tiene aprobado además la indicación para el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Ha sido el primer tratamiento aprobado para la fibromialgia. La pregabalina, junto con la tiagabina son de los pocos fármacos que mejoran el sueño delta. La sedación y el mareo son dos efectos secundarios frecuentes y significativos. Pregabalina no se metaboliza y se excreta por el riñón, por lo que puede ser necesario reducir dosis en caso de insuficiencia renal. Es más potente que gabapentina. Generalmente se administra de un tercio a un sexto de la dosis de gabapentina. Parece ser mejor tolerada y más eficaz a dosis altas que gabapentina.

Bibliografía: Stephen M. Stahl. Guía del Prescriptor. Psicofarmacología Esencial de Stahl. Cuarta edición. Madrid, Grupo Aula Médica S L, 2012, pág 491-494.

Fe de erratas en el anterior ejemplar: Hemos observado que en el número 49 de *Norte de salud mental*, ejemplar de junio de 2014, en el índice se señala como capítulo referente a los agonistas-antagonistas adrenérgicos que en realidad fueron contenidos del 48. En el citado 49 se publican contenidos sobre los antiepilépticos I. Rogamos disculpen el error.

Actitudes hacia el tratamiento obligatorio con neurolépticos en pacientes ambulatorios con esquizofrenia.

Attitudes towards compulsory outpatients' treatment for schizophrenic patients with neuroleptics ()*

Guimón, J. (1, 2), I. Markez (2), N. Ozamiz (1, 2), J.A. Ozamiz (1)

Universidad del País Vasco, Bilbao; (2) Avances Médicos (AMSA), Bilbao.

Resumen: Dos consideraciones: Cuando se aprobó la Ley de Salud española (Ley 14/1986 25 de abril), se incluyeron los Principios de Salud Mental para evitar el establecimiento de una ley específica de Salud Mental que fue considerada estigmatizante por los profesionales. Más tarde, se extendió la legislación de medicamentos a pacientes ambulatorios obligatorios para los enfermos mentales, especialmente para aquellos con síndromes psicóticos, lo que fue aceptado en el Código Penal Civil (artículo 105, 1-a). Esto provocó algunas controversias debido a las dificultades en el manejo de los efectos secundarios relacionados con la administración de neurolépticos de acción prolongada. El gran impacto que causaron algunos incidentes criminales terribles cometidos por pacientes psiquiátricos a principios de 2012 provocó un debate acalorado entre los profesionales de salud pública y mental. Esto llevó a una discusión formal entre ellos que fue cuidadosamente documentada por los autores. Anteriormente (en 1986), habíamos explorado las actitudes de la población de Bizkaia hacia el uso terapéutico de los neurolépticos con un cuestionario Likert. Como actualización de aquella encuesta, hemos realizado un nuevo estudio para volver a analizar la situación actual. Encontramos diferencias significativas en las actitudes hacia los neurolépticos en las poblaciones estudiadas, y se detectó alguna evolución en los prejuicios que anteriormente se detectaron hacia los mismos. Estos datos nos llevan a proponer algunas acciones que influyen en las decisiones relativas a la política de administración de dichos neurolépticos.

Palabras clave: neurolépticos, actitudes, medicación, trastorno mental grave, legislación.

Abstract: Two considerations: When the Spanish Health Act (Law 14/1986 April 25th) was adopted, the Mental Health Principles were included to avoid the establishment of a specific Mental Health Act that was considered stigmatizing by the professionals. Further on, a compulsory outpatients' medication legislation, that was already accepted in the Civil Penal Code (Article 105 1 – a), was extended to mental patients, especially for those with psychotic syndromes. This elicited some controversies because of the difficulties in the management of side effects related to the administration of i.m. long acting neuroleptics.

* Paper presentado en 21st European Congress of Psychiatry (European Psychiatric Association), Niza, 2012. Un artículo de contenido afín fue publicado por José Guimón, I. Markez, N. Ozamiz, W. Dávila, A. Ozamiz. "Attitudes towards compulsory outpatients treatment for schizophrenic patients with long acting neuroleptics in Bilbao", en la revista online ASMR, *Advances in relational Mental Health* Vol. 12 nº 1, 2013.

The large impact of a few fatal criminal incidents committed by psychiatric patients at the beginning of 2012 provoked an unusual heated debate among the public and mental health professionals. This led to a public discussion that was carefully documented by the authors. Previously (in 1986), we had explored the attitudes of our population towards the therapeutic use of neuroleptics with an *ad hoc* Lickert questionnaire. As a result we performed a new study to re-analyze the present situation. We found significant differences in the attitudes towards neuroleptics in the studied populations detecting some evolution of the prejudices involved. This data leads us to propose some actions influencing decisions regarding policy.

Keywords: neuroleptics, attitudes, medication, severe mental disorder, legislation.

El uso de Neurolépticos en pacientes peligrosos con esquizofrenia

En la imagen pública, la psicosis (principalmente esquizofrenia) está vinculada a un concepto de peligro. En el ideario social esta suele ser una razón por la que las personas con este trastorno ingresan en hospitales psiquiátricos o entornos protegidos. Sin embargo, aunque la peligrosidad de algunos enfermos mentales es real, no suele ser frecuente. El comportamiento agresivo puede ser el primer signo de una enfermedad psicótica. Aun así, los pacientes con esquizofrenia no son más propensos a cometer homicidios que otros miembros de la población general, pero los medios de comunicación suelen ofrecer una información sensacionalista cuando una de estas personas mata a alguien. No obstante, cuando cometen los homicidios, puede ser por razones imprevisibles o extrañas, basadas en alucinaciones o delirios propios de la enfermedad, pudiendo ser de una naturaleza más violenta que la cometida por otros miembros de la población general.

Por otro lado, el comportamiento agresivo (excluyendo los homicidios) suele acontecer en pacientes con esquizofrenia que no han sido tratados. Presentan a menudo poco control de los impulsos y a veces presentan agitación aguda e inesperada. Se ha observado que entre los esquizofrénicos que cometen actos delictivos, suele haber consumo de muchas sustancias tóxicas, ya sean drogas ilícitas o alcohol. Aún así, entre los delincuentes, sólo se reconoce a un 2% de personas con psicosis. Otros datos que se utilizan con frecuencia para no permitir vivir a los pacientes con esquizofrenia en comunidad es el hecho de que muchas personas que cometen delitos acababan de salir de los hospitales psiquiátricos. Pero no se habla de los miles de

pacientes psiquiátricos que son dados de alta del hospital y nunca cometen un delito, no son noticia. Sin embargo, es cierto que muchos pacientes se comportaron agresivamente antes de ser ingresados en el hospital; por lo que el porcentaje está sesgado.

En los medios de comunicación y en la población, es frecuente la exageración de la imagen del loco peligroso [1]. La violencia en los enfermos mentales es difícil de predecir o que algunos sean un peligro para su entorno. El mejor predictor del comportamiento violento en los pacientes es la historia de un acto violento o un comportamiento peligroso anterior. El comportamiento agresivo, la presencia de alucinaciones o ideas delirantes de tipo persecutorio combinadas con daño cerebral, el abuso de sustancias, una historia de abuso en la niñez, y otros son factores de riesgo.

El uso de los neurolépticos y las restricciones de la libertad de movimiento en estos pacientes no están justificadas por sí mismos, pero son necesarios si hay un riesgo de violencia. El paciente violento habitualmente acepta bien este tipo de medidas, ya que generalmente se asusta de sus propios impulsos agresivos y busca ayuda para evitar la pérdida de control. Sin embargo, el miedo puede ser excesivo e injustificado y puede llevar al uso prematuro y excesivo de la sedación o contención física. Siempre se mencionan como indeseables los efectos colaterales de los neurolépticos, pero en los últimos 20 años, incluso con la introducción de sustancias de acción prolongada, han disminuido los prejuicios. Sin embargo, las críticas siguen siendo abundantes además de ser la causa de muchas demandas presentadas contra los servicios psiquiátricos. Por lo tanto, dado el profundo desacuerdo en importantes

sectores de la opinión pública, los psiquiatras se encuentran en una situación muy delicada.

En 1986 [2, 3], encontramos una actitud negativa hacia el alto consumo de psicofármacos [4, 5] en los pacientes que asisten a los médicos de atención primaria (n=400) en Getxo (País Vasco). El análisis factorial de las respuestas en una escala de actitudes hacia las drogas psicotrópicas nos ayudó a extraer cinco factores: a) las actitudes basadas en los efectos negativos de los agentes psicotrópicos (rigidez, cambios de personalidad, alucinaciones, pérdida del contacto con la realidad) (38,9% de la varianza); b) las actitudes a favor de la utilización de sustancias naturales para el tratamiento de problemas psicológicos (18% de la varianza); c) las actitudes que acusan al sistema socio-económico de ser la causa de la utilización de psicofármacos (12% de la varianza); d) las actitudes que acusan a las drogas psicotrópicas de hacer daño a las funciones reproductivas y sexuales (12% de la varianza); y e) las actitudes que aunque admiten su uso en casos extremos, destacan los efectos secundarios indeseables causados por estos fármacos (9% de la varianza). Salvo en casos extremos, las mujeres son más reservadas que los hombres sobre el uso de drogas psicotrópicas.

Las actitudes negativas aumentaban con la edad, y las personas mayores estaban más a favor de los remedios naturales. Cuanto mayor era el estatus social, menos eran las expresiones de miedo hacia las drogas psicotrópicas. Paradójicamente, el consumo de cualquier tipo de sustancia psicoactiva (drogas, alcohol) tuvo una correlación negativa con las actitudes hacia las drogas psicotrópicas. Del mismo modo, las personas más conservadoras eran mucho más reservadas en cuanto a la utilización de psicofármacos se refiere. Por último, los sujetos que presentaban síntomas más graves, estaban más a favor de los psicofármacos, y tenían menos miedo a sus efectos secundarios.

Durante los últimos años se ha obtenido un avance significativo en la comprensión y la gestión de los antipsicóticos de acción retardada especialmente los llamados "Depot". Los resultados de una revisión Cochrane [8] demuestran que los antipsicóticos depot tienen eficacia y son seguros para los pacientes esquizofrénicos.. También

se ha demostrado su eficacia y seguridad en un ensayo aleatorio para la prevención de recaídas en esquizofrenia [10]. De hecho se han recomendado algunos de ellos no sólo para los pacientes crónicos recidivantes sino para ciertos pacientes con primeros episodios de esquizofrenia aguda. Sin embargo, otros estudios, han encontrado resultados pobres con una sustancia [12] y efectos secundarios poco comunes pero prolongados con otra [13]. Parece que, en general, las actitudes hacia los antipsicóticos inyectables de acción prolongada son positivas entre psiquiatras, enfermeras y pacientes, y la actitud negativa de algunos de ellos pueden contribuir a restringir el uso de estos productos [14] más que las reticencias de los pacientes.

Nueva Encuesta sobre las Actitudes hacia los Neurolépticos en nuestro entorno

El gran impacto que causaron los hechos delictivos cometidos por pacientes psiquiátricos a principios de 2012 en Bilbao, provocó un acalorado debate (como también ha ocurrido en muchos otros países en circunstancias parecidas [15]) entre profesionales de salud pública y salud mental [16]. Los autores nos informamos cuidadosamente sobre este debate, y a continuación, decidimos realizar un nuevo estudio para analizar la situación actual.

Se realizó una encuesta con 100 estudiantes de Medicina de la Universidad del País Vasco (UPV-EHU) para investigar la evolución en las actitudes hacia las drogas psicoactivas y neurolépticas. El estudio se hizo en el año 2012 con las mismas nueve preguntas utilizadas en nuestra investigación realizada en 1986. Se construyó un cuestionario tipo Likert de 28 ítems con las respuestas obtenidas en este. Se añadieron tres ítems sobre el tratamiento obligatorio, la nueva legislación y los procedimientos de diagnóstico para el tratamiento neuroléptico involuntario. Este cuestionario se pasó a otro grupo de 83 alumnos de Medicina.

Se encontraron diferencias significativas en las actitudes hacia los neurolépticos entre las poblaciones estudiadas y se detectó una evolución en los prejuicios implicados. Los resultados demuestran que hay actitudes hacia las drogas psicoactivas que se mantienen igual, y otras que han evolucionado.

En ambos estudios, un análisis de correspondencia múltiple detecta un factor que podemos llamar “naturista” que representa la idea de que los recursos naturales son mejores que los neurolépticos, ya que estos no tienen efectos secundarios. En ambos estudios no se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la desconfianza hacia los neurolépticos y a la legislación se refiere. Las mujeres tienen más actitudes de desconfianza que los hombres.

En el estudio de 2013, no se detectaron las actitudes negativas hacia las drogas psicoactivas por efectos secundarios o “dependencia” que aparecieron en 1986. Puede ser que el mayor uso de drogas psicoactivas esté relacionado con que, en el modelo socioeconómico actual, no hay tanta censura hacia su uso.

En resumen, parece que existe actualmente un reconocimiento hacia la necesidad de neurolépticos en el tratamiento de enfermos mentales, pero siempre bajo un control y supervisión. Estos datos, nos llevan a proponer algunas decisiones que habría que tener en cuenta en la política socio-sanitaria en salud mental.

Modificación de las actitudes negativas

Las actitudes negativas hacia la enfermedad mental (y cuestiones psiquiátricas en general) pueden estar basadas no sólo en la ignorancia y la intolerancia, sino también en factores reales como pueden ser la peligrosidad, la imprevisibilidad, la discapacidad y la carga que representa el paciente psiquiátrico para la comunidad, en particular para los miembros de su familia y para los profesionales que experimentan el estrés que resulta de cuidar de ellos.

Los profesionales de la salud mental, y principalmente los psiquiatras, también están sujetos a los mismos prejuicios que sus propios pacientes, en lo que a su supuesta frágil salud mental, ineficacia y actuaciones de ‘poli malo’ [17] se refiere. Como consecuencia de la legislación, muchos profesionales (principalmente psiquiatras y enfermería psiquiátrica) han sufrido denuncias legales presentadas contra ellos a causa de los sucesos durante el tratamiento de los pacientes con enfermedad mental [18]. Es obvio que estos profesionales deben ser consecuentes con sus

acciones, como lo haría cualquier otro ciudadano. Sin embargo, es importante recordar que en ciertos países desarrollados, el creciente número de juicios por mala praxis contra los profesionales de la salud, ha dado lugar a una “posición defensiva”. Por otra parte, los medios de comunicación y algunos grupos de defensa de los Derechos de los pacientes suelen exagerar los (por otra parte) indudables efectos secundarios de algunos tratamientos psiquiátricos, creando un perjuicio innecesario contra los psicofármacos, lo que dificulta el cumplimiento de los pacientes con estos tratamientos [6].

Los prejuicios y la estigmatización dependen en parte de la ignorancia, la intolerancia y los factores psicológicos (normales o patológicos) de cada individuo, pero también de factores reales como pueden ser el comportamiento agresivo o falta de habilidades sociales de algunos pacientes. Efectivamente, algunas personas con trastornos psiquiátricos, especialmente aquellos con una psicosis orgánica (pero también algunos tipos de “funcionales”) presentan un handicap “psíquico”, una desventaja que limita su cumplimiento terapéutico [19]. Por otra parte, la carga que el paciente psiquiátrico representa para la comunidad y en particular para los miembros de la familia [20] puede ser muy dolorosa, y puede conducir a un grave estrés. Los pacientes graves, incluso en las mejores condiciones hospitalarias y comunitarias, pueden ser difíciles de manejar. Hay profesionales que prefieren no trabajar con aquellos pacientes con enfermedades crónicas, ni con los que están más deteriorados o si la convivencia es difícil. Así, cuando no hay suficiente apoyo social para asegurar las necesidades físicas básicas y mejorar la autoestima, se desequilibra la poca homeostasis que tiene el paciente para adaptarse a la sociedad. Esto, a la vez, produce un empeoramiento en su funcionamiento social, y puede llegar a ser un peligroso círculo vicioso.

Las causas de determinados aspectos actuales de los pacientes psiquiátricos y de la profesión de la psiquiatría en sí, han sido la crítica radical de la anti-psiquiatría hacia la misma existencia de la enfermedad mental, el poder excesivo de los psiquiatras en la sociedad, y la justificación de la existencia de los hospitales psiquiátricos. La antipsiquiatría luchó por el respeto de los derechos humanos de los enfermos mentales, contribuyó a



desmantelar los antiguos centros psiquiátricos y despertó a los psiquiatras clásicos de su excesiva autosatisfacción. La respuesta por parte de los psiquiatras “neokraepelinianos” a estas críticas fueron un gran esfuerzo para mejorar las descripciones de síntomas que proporcionarían un lenguaje común con el que hacer diagnósticos psiquiátricos más fiables y un compromiso de búsqueda de mejores tratamientos para los trastornos psíquicos a través de la investigación en neurociencias [21]. En los años ochenta, una vez se aceptó la existencia de trastornos mentales, los anti-psiquiatras comenzaron a discutir cuestiones tales como si un paciente “debe” ser catalogado como una persona enferma o “si él / ella debe” ser tratado, “el derecho a estar enojado”, “el poder de el/la paciente”, “la democratización de la gestión”, el derecho de la sociedad a obligar a una persona con enfermedad mental a que se trate. En los últimos años, la polémica sobre estas cuestiones se ha centrado principalmente si se puede obligar a hacer tratamiento a un paciente en contra de su voluntad, cuando su salud no está en peligro. En psiquiatría, el principal argumento a favor o en contra se basa en el riesgo de auto/heteroagresión.

Actualmente, se puede justificar el tratamiento involuntario por las siguientes condiciones: 1) que no solo esté en riesgo la salud del paciente, sino que su enfermedad implique un riesgo para otras personas, y 2) que las medidas terapéuticas sean beneficiosas para la persona que las recibe.

El problema con la primera condición puede ser que la capacidad intelectual del enfermo mental esté perturbada y que por esta razón, su consentimiento se sustituya por una intervención judicial. Por otro lado, a veces perturbación mental puede conducir a una negligencia o a la autodestrucción. Pero está claro que un comportamiento extraño o una excentricidad por sí sola no puede ser la causa para el tratamiento involuntario.

Todo lo contrario, la violencia no se da sólo en los enfermos mentales, pero a veces los pacientes mentales suelen ser peligrosos. Se puede aplicar el tratamiento psiquiátrico involuntario cuando la persona ha demostrado que lo necesita (por poner en peligro su vida o la de los demás), ya que si no se trata, la persona probablemente tenga actos criminales.

Problemas con el cumplimiento con las medicaciones

En general, las actitudes que hay hacia la administración oral de las medicaciones entre los pacientes ambulatorios, están estrechamente vinculadas a su cumplimiento. En cuanto al tratamiento con neurólépticos orales en pacientes ambulatorios, varía entre el 10% y el 76% el índice de alta de cumplimentación [20]. Un estudio que se realizamos en Ginebra mostró que las actitudes negativas hacia la medicación psicotrópica tienen una baja correlación con el cumplimiento en la administración de la misma. En el estudio [22], el 10% de los sujetos tenían actitudes negativas hacia las medicaciones psicotrópicas, y esto mostraba una correlación baja con el cumplimiento del tratamiento.[23]. Otros estudios estudiaron más específicamente las prácticas de prescripción de los terapeutas, y particularmente de los médicos generales: Las principales razones para el incumplimiento del tratamiento, principalmente al inicio del tratamiento farmacológico eran la posología, la vía de administración, y la máxima dosificación para disminuir lo máximo posible los efectos secundarios.

Di Matteo et al. [23] consideraron que el incumplimiento no era un acto irracional, sino más bien una decisión racional basada en los siguientes dos factores. En primer lugar, la falta de fe por parte del paciente en la utilidad y la eficacia del medicamento, por el hecho de que sus beneficios podrían parecer insuficientes en comparación con los inconvenientes, como el coste, y las molestias asociadas al alta de cumplimiento de este. En segundo lugar, la dificultad también tenía que ver con la falta de apoyo familiar y social para el paciente. En otro artículo, Angermeyer y Matschinger [15] encontraron que hay mayor cumplimiento del tratamiento, cuando el paciente cree que la terapia es eficaz. Por el contrario, cuando un paciente duda de los efectos beneficiosos del tratamiento, también pone en duda los conocimientos psiquiátricos respecto a la etiología, el pronóstico y el tratamiento adecuado para el trastorno. Por lo tanto, es casi inevitable el bajo cumplimiento de estos pacientes.

Desde otra perspectiva ligeramente diferente, en el Departamento de Psiquiatría de Ginebra, con Goerg et al. [24], mostramos que el abandono del

tratamiento era mayor cuando los pacientes no compartían los mismos valores que la institución psiquiátrica y cuando las actitudes respecto a la definición de los problemas y las expectativas del tratamiento de los pacientes no coincidían con las de los terapeutas. El hecho de que un número de pacientes siguiese el tratamiento a pesar de no estar de acuerdo con los valores de los terapeutas, puede ser por conformidad, sumisión y diferentes presiones, y no tanto por los valores y expectativas del paciente.

Estos y otros datos, han mostrado diversos factores que actualmente condicionan las insuficiencias a la hora de cumplir con el tratamiento. A partir de su consideración, se han propuesto diversas posibles estrategias de intervención. Ciancetta [25] comparó los resultados de un programa psicoterapéutico en el que el paciente era examinado individualmente por un psiquiatra durante media hora todos los meses, con un formato de grupo en el que se observaban 7 pacientes durante 75 minutos una vez al mes. El formato de grupo fue significativamente más eficaz. Pakes obtuvo, en su estudio, buenos resultados con un programa de "orientación no dirigida". [26].

En la misma línea, examinamos en Bilbao con Eguiluz [27-29], en un estudio controlado realizado en un centro ambulatorio, la evolución de los pacientes con esquizofrenia que participaron en un programa de grupo sobre medicamentos neurolépticos. Estos pacientes asistieron a 8 reuniones semanales de grupos semiestructurados; también se incluyeron a sus familias en un programa similar. Se midieron sus actitudes hacia la medicación psicotrópica, su cumplimiento y su evolución clínica en intervalos trimestrales durante un año y se compararon con los del grupo de control, los cuales no se beneficiaron de ninguna intervención.

El cumplimiento del tratamiento farmacológico y los índices sintomáticos en el BPRS mejoraron significativamente más en el grupo experimental que en el grupo control. Después de un periodo de observación de 12 meses, las actitudes hacia la medicación mejoraron de manera similar en ambos grupos, aunque, durante los dos primeros meses, mejoraron significativamente más en el grupo experimental. También se observaron

cambios de actitudes en las familias de los pacientes, tanto en el grupo experimental como en el grupo de control.

En un estudio posterior con González Torres y Eguiluz [28, 29], encontramos, a través de técnicas similares, que los pacientes que participan en la terapia de grupo psicoeducativa presentan un menor número de casos de reingresos que los del grupo de control.

En conclusión, creemos que los intentos para modificar las actitudes hacia las sustancias psico-farmacológicas requieren la creación de programas de educación pública, y campañas de información dirigidas a los médicos que recetan estos medicamentos, con el fin de ayudarles a identificar y modificar los prejuicios de los pacientes.

Otros autores [30] señalan que a pesar del esfuerzo realizado por los profesionales, por medio de campañas para mejorar las actitudes, e iniciativas contra el estigma, hay fuerzas mucho más fuertes, como son la representación de la enfermedad mental en los medios de comunicación (televisión, radio, prensa, revistas, etc.) que ejercen influencias negativas. Por último, los resultados de algunos estudios variaron dependiendo de los contenidos de los diferentes programas. Rabkin [31] sostiene que entre los trabajadores de la salud, el contacto con los pacientes es un ingrediente fundamental en cualquier cambio de actitud, y no tanto los programas educativos.

Yllá et al. [32] observaron, en contra de todas las expectativas, mayor aumento en el autoritarismo en los grupos de control que en los grupos experimentales. Sin embargo, esta dimensión no cambió significativamente en los grupos experimentales expuestos a la sensibilización dinámica. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Augoustinus et al. [33], que informó de un aumento en el autoritarismo en los estudiantes de Medicina después de un programa de seis semanas de entrenamiento en psiquiatría. Asimismo, coincide con los resultados obtenidos en un estudio realizado en un grupo de profesionales de la salud mental que realizaron un programa de sensibilización [34]. La conclusión de estos estudios es que, por desgracia, las representaciones sociales de las enfermedades mentales no se



pueden cambiar en un día. Si queremos crear un cambio, se deben crear nuevas imágenes y teorías durante un largo período de tiempo y propagarlas a través de los medios de comunicación. En última instancia, la única manera de reducir los prejuicios en la población puede ser tratando de reducir la alienación de los pacientes, mejorando su autoestima, y creando alternativas a la hospitalización y de trabajar actividades que den dignidad a su existencia. Para trabajar con las poblaciones que sean objetivo de sensibilización, es preferible trabajar con grupos pequeños que hacer campañas masivas mediante medios.

El primer objetivo del programa es detectar actitudes negativas a las que han podido ser sometidas durante el curso de su enfermedad a través de entrevistas con los pacientes y sus familias. En una investigación de González Torres [29] en Bilbao, se hizo un estudio piloto cualitativo con grupos en Bilbao, y se realizaron tres grupos con pacientes ambulatorios con esquizofrenia clínicamente estables (N=18) y con sus familiares (N=26). Tanto pacientes como familiares describían una variedad de experiencias de estigma y discriminación en todos los ámbitos de la vida, incluida en la atención de la salud.

Usos y Abusos de las actuales legislaciones

Algunos documentos internacionales

Diferentes documentos internacionales hablan de una manera indirecta sobre los derechos de los ciudadanos a la salud mental [16]. Algunas otras se ocupan de manera más directa de las cuestiones de los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos para poder ser tratados en un entorno adecuado en la comunidad. Regulan la hospitalización involuntaria y algunos otros procedimientos de tratamiento que disminuyen la libertad del paciente (aislamiento, restricción de movimiento, etc.). El ingreso involuntario sólo debe llevarse a cabo con algunos requisitos previos.

En las últimas décadas, ha habido una serie de principios que proponen los gobiernos, las instituciones psiquiátricas y los proveedores de salud mental para promover los derechos de las personas con enfermedad mental. En las legislaturas nacionales, se han adoptado recomendaciones sobre la equidad y la no discriminación,

el diagnóstico, el tratamiento, la investigación y otras cuestiones relevantes. Sin embargo, en muchos países, todavía se están denunciando violaciones de estas leyes.

Por el contrario, la aplicación de regulaciones demasiado estrictas puede conducir a una actitud defensiva entre los psiquiatras, y esto puede tener repercusiones negativas sobre la libertad de los pacientes [38]. Por ejemplo, al prescribir un neuroléptico, surgen cuestiones éticas importantes: la evaluación de los beneficios y los posiblemente nocivos efectos secundarios del medicamento, y el derecho del paciente a aceptar o rechazar un medicamento. Esto crea otro problema, el de saber si es siempre indispensable el consentimiento del paciente al tratamiento. La existencia de efectos secundarios permanentes, tales como la discinesia tardía y otros efectos colaterales en el caso de los neurolépticos, subraya la importancia de la cuestión. Frecuentemente, los psiquiatras suelen ser confrontada por este dilema. Aunque las cuestiones éticas que se puedan aparecer no tienen soluciones fáciles, el profesional de la salud mental al menos debe ser consciente de los riesgos que se derivan de este tipo de medicamentos y seguir el precepto del mal menor: «lo primero es no hacer daño».

Estas normas deben establecerse en un formato operacional que permita la creación de instrumentos para la evaluación de la calidad de la atención en la salud mental. Los instrumentos son por lo tanto necesarios para ayudar a evaluar los efectos de las políticas de derechos humanos y la dignidad. Gostin y Mann [39] proponen una herramienta de “Evaluación de Impacto Derechos Humanos” para ayudar a los que trabajan en el ámbito de la salud pública, organizaciones de derechos humanos y grupos de apoyo, para desarrollar estrategias efectivas para asegurar el respeto de los derechos humanos de los pacientes, la búsqueda de políticas para no crear guetos, teniendo en cuenta el bien común y eligiendo alternativas menos restrictivas, tomando estas medidas sólo en casos de necesidad. Desde 2001 se utiliza una lista de los derechos que se han proclamado en documentos internacionales [16] y que también pueden ser útiles para evaluar los efectos de las normas sobre la administración involuntaria de neurolépticos inyectables.

Hace falta hacer supervisiones para poder detectar cualquier violación de derechos humanos de los convenios y tratados internacionales de las personas con trastornos mentales y discapacidades. Para ello, el defensor del pueblo y otras instituciones cuasi-judiciales podrían trabajar conjuntamente. Sin embargo, en muchos países no existe un marco jurídico para proteger a las personas con enfermedad mental, y algunos que tienen legislaciones sobre salud mental, a veces están obsoletas, no se aplican, o están sesgadas.

Por otro lado, las personas con enfermedades psiquiátricas no tienen lugar en la mayoría de los países, y las redes internacionales como la Red Mundial de “Usuarios y “Supervivientes de la Psiquiatría” son muy débiles todavía. Una consecuencia de que los pacientes psiquiátricos no tengan voz es que estos grupos no suelen estar en la mesa de decisiones cuando los gobiernos debaten planes y desarrollos en la salud mental. La OMS ha prestado apoyo a varios países que se han comprometido a mejorar sus leyes para las personas con trastornos mentales [40]. Otras organizaciones internacionales tratan de influir en la legislación nacional de salud mental mediante la adopción de directrices que, incluso si no son directamente ejecutables, pueden influir en la legislación de muchos países. En todo caso, es necesario un órgano de seguimiento multidisciplinar para garantizar la aplicación de la legislación de la salud mental. Esta agencia debería ser financieramente independientes de los proveedores de servicios y tener un estatus cuasi legal de las facultades necesarias para exigir el cumplimiento.

Por otra parte, se necesita educación especial para la población en general y para las autoridades de todos los niveles. Las organizaciones no gubernamentales de consumidores y las familias deben participar en la educación y los procedimientos en la elaboración de la legislación de salud mental. Sin embargo, hay que tener en

cuenta que una aplicación demasiado estricta de las leyes que protegen los derechos de los pacientes (el rechazo del tratamiento, obtener un tratamiento menos restrictivo, etc.) puede conducir a un aumento de riesgo para la sociedad. Hay que saber los riesgos que se deben asumir si se quiere ser considerado tolerante, moderno y progresista. Con el movimiento de los derechos civiles de los años 60 y el escándalo sobre los derechos de las personas en las sociedades occidentales, surgieron obstáculos para el compromiso del paciente ya que se defendía la teoría de que los pacientes tenían que ser protegidos de una sociedad represiva.

En consecuencia, los pacientes psiquiátricos en los países occidentales, que en el pasado han sido legalmente vulnerables, pueden contar en la actualidad las leyes específicas para proteger efectivamente sus derechos, a pesar de que la aplicación de estas leyes no ha sido en todos los casos, adecuada. A partir de los años 80, esta actitud ha ido cediendo a las demandas para proteger a la sociedad contra la amenaza supuestamente planteada por enfermos mentales fuera de control. Profesionales de la salud mental (especialmente los psiquiatras) siguen siendo objeto de ataques por errores teóricos del diagnóstico (no haber detectado tendencias suicidas u homicidas en un paciente, la existencia de una enfermedad médica subyacente, o la posibilidad de efectos secundarios) y por una posible mala praxis (excesivo, insuficiente o erróneo tratamiento).

Esto requerirá una combinación de enfoques psicológicos, tales como modificaciones en las actitudes públicas hacia las personas con discapacidad, los esfuerzos sociales para hacer frente a las realidades concretas de la discapacidad y medidas legales (incluyendo, en opinión de los autores, la discriminación positiva), cuando los pasos anteriores no son suficientes.

Contacto

José Guimón • jose.guimon@ehu.es

Referencias

1. Guimon, J., *Mass Media and Psychiatry*. Current Opinion in Psychiatry, 2001. 14(6): p. 533-534.
2. Ozamiz, J.A., *Actitudes hacia las enfermedades mentales en el País Vasco*. 1980: Madrid.
3. Ozamiz, J.A. and Z. Sarabia, *Prejudices of the general public towards neuroleptics*. European Psychiatry, 1997. 12(suppl. 2): p. 132s.
4. Bulbena, A., et al., *Adaptación castellana y estudio factorial del cuestionario del chocolate y dulces (CCHD)*. Anales de Medicina, 1993. 9(6): p. 251-255.
5. García-Sevilla, J.A., et al., *Immunodetection and Quantitation of Imidazoline, Receptor Proteins in Platelets of Patients with Major Depression and in Brains of Suicide Victims*. Archives of General Psychiatry, 1996. 53: p. 801-810.
6. Brandli, H., *The Image of Mental Illness in Switzerland*, in *The Image of Madness*, J. Guimón, W. Fischer, and N. Sartorius, Editors. 1999, Karger: Basel. p. 29-38.
7. Manheimer, D.I., et al., *Popular attitudes and beliefs about tranquilizers*. Am J Psychiatry, 1973. 130(11): p. 1246-1253.
8. Spanarello, S. and T. La Ferla, *The Pharmacokinetics of Long-Acting Antipsychotic Medications*. Cochrane Database Syst Rev. Curr Clin Pharmacol, 2013(Jan 4.).
9. Kishimoto, T., et al., *Long-Acting Injectable vs Oral Antipsychotics for Relapse Prevention in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Randomized Trials*. Schizophr Bull, 2013(pubmed/23256986).
10. De Berardis, D., et al., *Efficacy and Safety of Long Acting Injectable Atypical Antipsychotics: A Review*. Curr Clin Pharmacol, 2013(Jan 4. [Epub ahead of print]).
11. Fu, D., et al., *Paliperidone palmitate versus risperidone long-acting injection in markedly-to-severely ill schizophrenia subjects*. Clin Schizophr Relat Psychoses, 2013 (Feb 27: p. 1-31).
12. Purgato, M. and C. Adams, *Bromperidol decanoate (depot) for schizophrenia*. Cochrane Database Syst Rev, 2012(Nov 14).
13. Duran-Sindreu, S., et al., *Olanzapine long-acting post-injection syndrome: a case report and brief review*. Actas Esp Psiquiatr, 2013. 41 (1): p. 60-2.
14. Kim, S., et al., *Comparison of attitudes toward long-acting injectable antipsychotics among psychiatrists and patients*. Int Clin Psychopharmacol, 2013. 28(2): p. 80-6.
15. Angermeyer, M.C. and a. et, *Benefits and risks of Psychotropic Medication in the Eyes of the General Public: Results of a Survey in the Federal Republic of Germany*. Pharmacopsychiatry, 1993. 26: p. 114-120.
16. Fredenrich-Mülebach, A., et al., *Ten years of Analytical Group Training in "blocks" in Geneva*. The European Journal of Psychiatry., 2004. 18(Sup): p. 44-49.
17. García Sevilla, J., et al., *Density of imidazoline receptors in platelets of euthymic patients with bipolar affective disorder and in brains of lithium-treated rats*. Biol Psychiatry, 1998. 43: p. 616-618.
18. Guimón, J., *Liberté et risque dans l'assistance psychiatrique*. Médecine & Hygiène, 1994. 45(4).
19. Goerg, D., et al., *Public Attitudes towards Deviant Situations in Daily Life. Intervention Proposed*, in *The Image of Madness. The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment.*, J. Guimon, W. Fischer, and N. Sartorius, Editors. 1999, Karger: Basel.
20. Eker, D. and H. Arkar, *Experienced Turkish nurses' attitudes towards mental illness and the predictor variables of their attitudes*. The International Journal of Social Psychiatry, 1991. 37(3): p. 214-222.
21. Davila, R., et al., *Dopaminergic balance and subtypes of schizophrenia*. The British Journal of Psychiatry, 1989. 154: p. 33-38.
22. Fischer, W., et al., *Determining Factors and the Effects of Attitudes towards Psychotropic Medication*, in *The Image of Madness The*

- Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*, J. Guimon, W. Fischer, and N. Sartorius, Editors. 1999, Karger Medical and Scientific Publishers: Basel. p. 162-186.
23. DiMatteo, M.R. and a. et, *Enhancing Medication Adherence through Communication and Informed Collaborative Choice*. Health Communication, 1994. 6(4): p. 253-265.
 24. Goerg, D. and a. et, *Congruence patients – thérapeutes et dropout en psychiatrie ambulatoire publique*. Sciences Sociales et Santé, 1990. 8(3): p. 49-71.
 25. Ciancetta, M.D., *Individual vs Group medication review programs for chronic Psychiatry patients*. Dissertation Abstracts, 1983. B – 44(2).
 26. Pakes, G.E., *Group medication counseling conducted by a pharmacist for severely disturbed clients*. Hospital Community Psychiatry, 1979. 30(4): p. 237-238.
 27. Eguiluz, I., M.A. González Torres, and J. Guimón, *Psychoeducational Groups in Schizophrenic Patients*, in *The Image of Madness. The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*, J. Guimón, W. Fischer, and N. Sartorius, Editors. 1999, Karger: Basel.
 28. Gonzalez Torres, M.A. *Aspectos contratransferenciales en el analista en formación*. in *II Jornadas de Profesionales del Psicoanálisis*. 1989. Almería.
 29. Gonzalez Torres, M.A., *Stereotypes towards neuroleptics compliance*. European Psychiatry, 1997. 12(suppl. 2): p. 132s.
 30. Hillert, A., et al., *The General Public's Cognitive and Emotional Perception of Mental Illnesses: An Alternative to Attitudes Research*, in *The Image of Madness*, J. Guimón, W. Fischer, and N. Sartorius, Editors. 1999, Karger: Basel.
 31. Rabkin, J., *Public attitudes toward mental illness : a review of the literature*. Schizophrenia Bulletin, 1974(10): p. 9-33.
 32. Ylla Segura, L. and A. Gonzalez-Pinto Arrillaga, *Group therapy and attitudinal changes in mental illness in medical students*. European Psychiatry, 1997. 12(suppl. 2): p. 114s.
 33. Augustinos, M., et al., *Medical students attitudes towards psychiatry: a conceptual shift*. Psychological Medicine, 1985. 15: p. 671-678.
 34. Gonzales-Pinto-Arrillaga and a. et, *Cambios en la actitud ante la enfermedad mental tras un programa de sensibilización grupal*. Psiquis, 1993. 14(4): p. 139-151.
 35. Eker, D. and B. Oner, *Attitudes toward Mental Illness among the General Public and Professionals, Social Representations and Change*, in *The Image of Madness*, J. Guimon, W. Fischer, and N. Sartorius, Editors. 1999, Karger: Basel. p. 1-13.
 36. Malla, A. and T. Shaw, *Attitudes towards mental illness: The influence of education and experience*. The International Journal of Social Psychiatry, 1987. 33(1): p. 33-41.
 37. Gonzalez-Torres, M., et al., *Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members : A qualitative study with focus groups*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol., 2006. Oct 11; .
 38. Guimon, J., *Liberté et risque dans l'assistance psychiatrique*. Médecine & Hygiène, 1994 (décembre): p. 2064,.
 39. Gostin, L. and J.M. Mann, *Towards the development of a Human Rights Impact Assessment for the Formulation and Evaluation of Public Health policies*. Health and Human Rights, 1994. 1(1): p. 59-81.
 40. Ehrensperger, S., et al., *Práctica de grupo entre los miembros de la Federación Española de Psicoterapeutas*. Intersubjetivo, 2002.

• Recibido: 23/10/2013.

• Aceptado: 17/10/2014.



PRE-OCUPACIONES

Apuntes para un debate psiquiátrico-asistencial más incluyente: una aproximación historiográfica crítica a la reforma psiquiátrica española desde la desmantelación de la teoría de las ‘utopías antipsiquiátricas’.

Notes for a more inclusive debate on psychiatric care: a critical historiography approach to the Spanish psychiatric reform based on the demolition of the ‘anti-psychiatric utopias’ theory.

Cruz Mañas

Psicóloga Sanitaria. Postgraduada en Teoría y Tecnología de la Psicología.

Resumen: En este momento crítico para nuestro sistema público de salud mental en el que comienzan a alzarse las voces, este trabajo busca aportar elementos para un debate técnico-asistencial más incluyente y complejo. Con el fin de traer perspectiva a la discusión, explora las posibilidades de abrir de forma crítica nuestras producciones histórico-reformistas democráticas a todos los procesos y agentes implicados, frente a la visión internista y acumulativa de la historia compilada en nuestros anales. Superar el escollo filosófico del estatus utópico dado históricamente a las experiencias antipsiquiátricas en España, tomando como referencia la reforma del sanatorio de Los Prados llevada a cabo por Enrique González Duro de junio de 1981 a junio de 1983, nos permite anclarlas en un espacio sociohistórico en el que sus principios y herramientas toman una presencia real. Esta restitución apoya una redefinición crítica de la historia de nuestra reforma psiquiátrica democrática como resultado de una lucha intergrupala instándonos a mirarla, más allá de en clave teórico-asistencial, en sus componentes políticos e ideológicos. Argumentaremos este marco historiográfico dinámico-conflictivo aproximándonos a las actitudes y posiciones que subyacen a cada tendencia desde el análisis discursivo de los dos textos paradigmáticos en psiquiatría comunitaria que en 1985 las representan.

Palabras clave: reforma psiquiátrica, debate, antipsiquiatría, discursos.

Abstract: At this critical time for our public mental health system, when debating voices begin to be heard, this work intends to contribute to a more inclusive and complex dialogue on psychiatric care. In order to set the discussion in perspective, it explores the possibility to critically open up our democratic reformist historical accounts to include all the processes and agents implicated, as opposed to the internist and cumulative view of the history recorded in our annals. Overcoming the philosophical barrier of the utopian nature historically attributed to the anti-psychiatric experiences in Spain, taking as a reference the reform of the Los Prados psychiatric hospital realised by Enrique Gonzalez Duro between June 1981 and June 1983, allows us to place such experiences in a social-historical space where their principles and techniques become a

real presence. This reconstruction supports a critical re-definition of the history of our psychiatric reform as the outcome of a conflict between groups, and invites us to view it not merely in theoretical and technical terms, but also in terms of its political and ideological components. We will argue for this historiographical dynamic-conflictive framework by examining the attitudes and positions subjacent to both tendencies based on a discursive analysis of two paradigmatic texts on community psychiatry representing them in 1985.

Keywords: psychiatric reform, antipsychiatry, discussion.

¿Es lícito hablar de una ‘antipsiquiatría española’?

El interés que para la historia de la psiquiatría y de la psicología españolas tiene la reforma psiquiátrica llevada a cabo en el sanatorio de Los Prados de Jaén por Enrique González Duro de junio de 1981 a junio de 1983 es el de permitir desmontar la teoría de las ‘utopías antipsiquiátricas’ que equipara esta línea de trabajo asistencial en nuestro país con proyectos filosóficos críticos. Además, ateniéndonos a la prototipicidad de su gestor, del que en su día fue reconocido por los medios como el “promotor de la reforma psiquiátrica” (ABC, 1999), podemos decir que la experiencia de Los Prados contiene esa doble dimensión individual/colectiva que es condición suficiente para elevar su estatus a la categoría de testimonio histórico.

La oportunidad de traer esta experiencia reformista radicalmente comunitaria en estos momentos de ‘revival contracultural’ redefinido en los términos de una crítica antisistema, nos revela que la antipsiquiatría, en tanto que experiencia real en nuestro país, también puede contribuir con elementos válidos a enriquecer un debate técnico sobre la situación actual de crisis que atraviesa nuestro sistema público de salud y en concreto la asistencia en salud mental. Creemos que devolverla al debate asistencial ayuda a desbaratar la uniformidad que ha caracterizado

la evolución de nuestra realidad asistencial democrática. Además también lo consideramos saludable en tanto que destruye la ilusión colectiva de que no hay nada que descubrir. Más allá de dogmas, colabora en promocionar en los individuos una capacidad crítica emergente de la observación inquisitiva de la realidad, opuesta a un pensamiento basado en prejuicios que podrían acabar encerrándonos a lo que creemos conocer y por tanto, haciéndonos vulnerables a la manipulación propia y de los demás.

Efectivamente en estos momentos en que parte de la profesión ha expresado explícita y colectivamente la necesidad de debatir, nos parece oportuno enriquecer la discusión con trabajos que vengan a aportar elementos para la reflexión. Una herramienta historiográfica crítica nos insta a descubrir rincones inexplorados de nuestro pasado para hacernos comprender la complejidad de los desafíos del presente con el fin de llevarnos a soluciones más creativas y eficientes. Frente a la reivindicación de la reciente *Declaración de Atocha* de derogar la ley 15/97 que “(...) abrió la puerta legal a la privatización”, este trabajo puede hacernos caer en la cuenta de cómo es precisamente el contexto legal anterior a la ley 15/97, en concreto la Ley General de Sanidad de 1986 sobre la que se implanta la reforma psiquiátrica de 1985, el que comenzó a abrir la puerta a la privatización de los servicios, la medicalización de los tratamientos y la marginación de los pacientes crónicos denunciada.

La continuidad de la contestación pre-democrática vs. la moderación democrática en los años 80. Implicaciones psiquiátrico-asistenciales

El psiquiatra Enrique González Duro desarrolla su reforma antipsiquiátrica en el sanatorio de

¹ Por ejemplo, Manuel Desviat dice en su entrevista a la revista virtual *Subjetividad y Cultura*, en su nº 23 de abril de 2005 (p.1): “La antipsiquiatría actuó al modo de una vanguardia artística, como impacto, como revulsivo, en tanto construcción de una realidad utópica crítica a la razón psiquiátrica, que ha servido para dinamitar los límites entre razón y locura, ya rotos teóricamente por Freud, en la conciencia de la época, al igual que para evidenciar la importancia de la alienación en la producción de la enfermedad mental”.

Los Prados en Jaén, de junio de 1981 a junio de 1983. El contexto sociopolítico en el que tiene lugar la experiencia son los años que transcurren desde la transición democrática a la estabilidad política que llega con el triunfo del PSOE por mayoría absoluta a finales de 1982 y la constitución del nuevo gobierno de izquierdas en los primeros meses de 1983. Este nuevo orden democrático mayoritario necesitó para lograr su estabilidad, movilizar un discurso oficial de la izquierda que marcara claras diferencias con respecto al periodo pre-democrático de la lucha política radical, en el que muchos de nuestros psiquiatras habían destacado² no ya solo haciendo resistencia antifranquista sino además, queriendo cambiar la psiquiatría, “lo que a todas luces suponía un doble mérito para los que nos observaban desde fuera de España”³.

Por tanto, una vez conseguida la plenitud democrática nuestros psiquiatras debieron “reformular” su contestación contracultural pre-democrática con respecto a los parámetros del nuevo orden de izquierdas recién llegado. En esta contestación, en la que los anhelos psiquiátricos y políticos iban de la mano empoderándose unos a otros, el impulso reformista asistencial habría también de moderarse mermando el compromiso sociocomunitario radical de las posturas antipsiquiátricas. La solución del nuevo gobierno pasará por la ubicación de la asistencia en salud mental en el sistema general de salud, lo que comportará la descontextualización de sus principios asistenciales y la administración de sus competencias fuera del contexto local de las diputaciones provinciales.

Esta reforma de 1985 -tildada por los más comprometidos con el ideal comunitario radical de las

reformas anteriores como de “contrarreforma”⁴- vendrá a provocar el cisma en el núcleo hegemónico de nuestra psiquiatría democrática que había llegado en bloque a la Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en 1977⁵ desbancando a los psiquiatras del régimen franquista. Este cisma desencadena un conflicto intergrupual que podríamos esbozar, entre otros, en los términos “minoría contestataria crítica vs. mayoría posibilista moderada”.

Pero el conflicto entre tendencias reformistas comunitarias no solo se limitará al marco institucional de la AEN: sobre algunos de los máximos representantes del sector moderado de la Asociación recaerá el encargo de elaborar, a título individual en calidad de expertos, el *Informe de Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica* de 1985⁶ que habría de dar paso a la que será reconocida como la reforma oficial de nuestra psiquiatría democrática. Este hecho vendrá a delimitar claramente los discursos, las actitudes y las posiciones, entre unos y otros, al quedar ambas tendencias enfrentadas en torno al criterio ‘legítimo vs. residual’, en un conflicto institucional que más allá del ámbito interno de la AEN acaba por extenderse al ámbito público-administrativo. Estos polos opuestos vienen de este modo a redefinir el viejo conflicto pre-democrático de nuestra psiquiatría “psiquiatras

² Los problemas psiquiátricos y de los médicos internos y residentes (MIR) tuvieron mucho eco en la prensa nacional. En agosto de 1971 se movilizó todo el personal de la ciudad sanitaria provincial Francisco Franco de Madrid (hoy hospital Gregorio Marañón) por la reducción de camas. “Alrededor de 100 ayudantes técnicos sanitarios femeninos”, nos dice la agencia Europa Press (En Garcés, C., p. 62). “Con este ya son cuatro los hospitales por toda España en que, durante los últimos días, también se recluyen enfermeras en apoyo de las peticiones de los psiquiatras”.

³ Extracto de la entrevista realizada por la autora de este artículo a González Duro en su domicilio de Madrid en abril de 2013.

⁴ En palabras de José Aguilar, en su artículo de El País de agosto de 1983 titulado “la reforma psiquiátrica en Andalucía, iniciada durante la transición política, en fase de estancamiento”, nos dice “El ejemplo más reciente de esta *contrarreforma* que, a juicio de los críticos, se está produciendo, es el cese del doctor Enrique González Duro como director del sanatorio Los Prados, dependiente de la Diputación Provincial de Jaén a través de la Fundación Miguel Servet. Con su contrato de cuatro años a medio cumplir y una labor elogiada por propios y extraños, González Duro fue destituido el 27 de junio pasado por medio de una carta en la que se le acusaba de incompetencia, indisciplina e insubordinación”.

⁵ Para conocer en detalle los hechos históricos de la psiquiatría española relativos a estos años recomendamos la lectura del artículo “Tercera Etapa (1977-1999): la diversificación” de José Lázaro publicado en la revista de la AEN en el año 2000, vol.20, nº75. <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/articulo/view/15707>.

⁶ El lector puede acceder al informe completo desde la siguiente dirección web, http://www.papelesdelpsicologo.es/ver_numero.asp?id=278 que incluye el texto original del Informe firmado por el propio ministro Ernest Lluch.

franquistas⁷ vs. psiquiatras comunitarios de izquierdas” en el conflicto democrático “psiquiatras minoritarios contestatarios-radicales vs. psiquiatras mayoritarios posibilistas-moderados”, una dinámica que habrá de continuar con el paso de los años.

La radicalización comunitaria vs. la moderación centralista: Análisis discursivo de dos textos paradigmáticos

Parece sensato que, si nos atrevemos a describir la historia reformista psiquiátrica de nuestra democracia desde un marco dinámico conflictivo, frente a la visión de la historia internista y acumulativa de nuestros anales, también perseveremos en dar fundamento a estas afirmaciones que en última instancia nos instan a mirar la historia de nuestra reforma psiquiátrica, más allá de en clave teórico-asistencial, en sus componentes políticos e ideológicos.

Para ello nos serviremos de un análisis comparativo de los textos paradigmáticos de las dos tendencias comunitarias enfrentadas de nuestra psiquiatría hegemónica, la una mayoritaria y moderada, la otra minoritaria y radical. Éste nos ayudará, en la línea de la psicología discursiva de Potter y Wetherell (1996), a aproximarnos a las actitudes y posiciones que subyacen a cada grupo así como a los mecanismos de control so-

cial que manejan. Estos textos representativos son los dos informes de recomendaciones técnico-asistenciales que coexisten de forma simultánea en 1985 con el fin de orientar la reforma psiquiátrica española: el uno como documento interno de la AEN promovido desde su Comisión de Asistencia [informe al que llamaremos IAEN], el otro impulsado por el gobierno central desde el Ministerio de Sanidad [al que señalaremos como ICM]. Es interesante, antes de proceder al análisis comparativo, hacer un apunte sobre las circunstancias que rodean a la publicación de ambos: si bien se desarrollan de forma simultánea (González Duro, 1992) el IAEN se publicará meses después -en concreto en el vol. v, nº 15, *Revista de la AEN* (1985), mientras que el ICM aparece con anterioridad en el vol. v, nº 13, *Revista de la AEN* (1985)-, por lo que poco habrá ya de recomendar.

Procedamos sin más con el análisis:

1. Mientras que el *principio comunitario de territorialidad* al que está vinculado el IAEN alude a una división de la población por “sectores” con el fin de que “cada sector quede servido por un equipo”, para luego definir los criterios que establecen esa división -políticoadministrativos, sociodemográficos y epidemiológicos-, el ICM habla de un “ámbito territorial definido” sin especificar, sobre el que “se ha de establecer la ordenación funcional de los recursos disponibles”, por lo que el ICM no apunta ya tanto a un plegamiento del modelo asistencial a las características de la comunidad sino más bien a una lógica funcional basada en la gestión eficiente de los recursos existentes en la que “la ordenación territorial corresponderá con la sanitaria general”. Este planteamiento, que incide directamente en el corazón de la praxis asistencial, merma el principio comunitario de raíz.
2. “El equipo de sector” comunitario del IAEN es un *equipo interdisciplinario* compuesto por profesionales de distintos campos del saber y de la praxis -psiquiatría, psicología, enfermería, asistencia social, terapia ocupacional, animación socio-cultural- “agrupados en una estructura coordinada débilmente jerarquizada para contraer roles específicos aunque difusos y en continua revisión”. Es decir, en

⁷ Menéndez Osorio se refiere a la psiquiatría española antes de la llegada de la democracia, en 2005, en su artículo “Veinte años de la reforma psiquiátrica al panorama psiquiátrico español” publicado en la *Revista de la AEN*, como de “subsidiaria del ideario dominante [nacional-católico] (...) con una concepción moralizante y adaptativa a la ideología imperante. La psicología manicomial venía a ser el modelo asistencial (...) La formación y las cátedras estaban dominadas por el filtro ideológico franquista. Por otro lado, González Duro en su libro *Los Psiquiatras de Franco. Los rojos no estaban locos* (2008), repasa las figuras psiquiátricas de aquel momento histórico: Vallejo Nájera, López Ibor, Francisco Marco Merenciano, Ramón Sarró, Solé Segarra, entre otros. Expone así mismo que “los tratamientos que éstos usaban, exportados de la psiquiatría alemana nazi, se reducían en su mayoría al Cardiazol -que causaba tal estado al inyectado que le llevaba al borde de la muerte-, eran el electroshock sistemático, la provocación del coma hipoglucémico, el choque acetilcolínico, la carbonarosis, el bombeo espinal, e intervenciones quirúrgicas como la lobotomía, leucotomía”, etc.,. Del mismo modo, Dualde en su artículo de 2004, “La profilaxis de la enfermedad en la psiquiatría franquista” publicado en la *Revista de la AEN*, profundiza sobre la aproximación de estos autores a las tesis eugenésicas.

la base de estos equipos reencontramos un interés de la asistencia en plegarse a la comunidad contrayendo con ésta “un compromiso radical”. El ICM habla del “equipo básico de salud” en tanto que equipo “sanitario” y del “equipo especializado” para acciones de apoyo y aquellas específicas del ámbito hospitalario. Ambos equipos responden a una lógica no centrada ya tanto en el aspecto social como en el sanitario-hospitalario y con ello a una lógica continuista con un sistema de salud heredado basado en un servicio sanitario no especializado, articulado en torno a una estructura hospitalaria. En este punto la asistencia se desviste de sus aspectos emocionales de servicio para incorporar un lenguaje más utilitario.

3. El *principio de integralidad* del IAEN hace referencia a una praxis en la que “cada equipo dispondrá de suficientes dispositivos estructurales para dar respuesta a las demandas y necesidades de la población a la que sirve, en todas sus facetas”. En esta tarea los servicios de la red de salud mental se extienden más allá de los meramente sanitarios: centros de salud mental se unen así a servicios ambulatorios domiciliarios, de hospitalización parcial y de rehabilitación y de reinserción, entre otros -servicios con los que aún no cuenta el sistema-. En el ICM no aparecen detallados los tipos de dispositivo, más bien se insiste en la necesidad de que “todos los recursos sanitarios de la atención psiquiátrica y la salud mental constituyan una unidad integrada, al menos funcionalmente” a partir de “un plan coordinado que promueva el mejor aprovechamiento” de los ya existentes. El texto solo repara en los centros de atención primaria, en los hospitales generales -y sus unidades de agudos- y los hospitales psiquiátricos -en fase de desmantelación-. En concreto, en su punto 3.7., “Programas prioritarios de actuación sobre problemas específicos”, especifica que “serán realizados dentro del dispositivo sanitario global” y por tanto “no darán lugar a la creación y desarrollo de centros y recursos asistenciales”. Este modelo, al reforzar la atención primaria -equipos especialistas psiquiátricos- y las unidades psiquiátricas de los hospitales generales, no contempla como prioridad la asistencia de los pacientes crónicos, haciendo hincapié en *la coordinación*

por encima de la *integración*, lo que supone una visión de la salud mental como un “aspecto específico pero inseparable de la salud en general” que debe por tanto estructurarse a partir de un sistema sanitario público que interviene los aspectos bio-psico-sociales del enfermar -una tríada fundamentada sobre el sustrato biológico (Ingold, 2008)-.

4. *La integración* es un punto importante y común en los dos informes. No obstante, existen diferencias: el IAEN contempla una red pública de salud mental, general, autonómica y provincial, con una única fuente de financiación descentralizada -presupuestos generales del estado, comunidades autónomas, ayuntamientos- todo ello dirigido a la GRATUIDAD DE LOS SERVICIOS [en mayúsculas en el original] de cara a la desmarginalización del enfermo mental. El ICM refiere que “ha de ser responsabilidad de la Administración Pública promover la integración de la salud mental en la asistencia sanitaria en general”. A la par que liga la gestión sanitaria a “la organización del Estado” marcada por el ordenamiento constitucional como “Estado de las Autonomías”, acaba hablando de la necesidad de “cooperación entre instituciones” -central y autonómica-, lo que señala en última instancia el carácter centralista de la reforma. Además, al atenerse a lo que hay, no expone un modelo de financiación propio y por tanto no opina sobre esta cuestión fundamental, lo que origina una imprecisión que oscurece un *principio de integración* dirigido, a hacer del sistema asistencial un sistema equitativo, verdaderamente público y gratuito.
5. El *régimen de comunidad terapéutica*, central al modelo comunitario, se relaciona íntimamente con el *principio de territorialidad*, pues esta forma de entender los cuidados describe una situación asistencial en la que “cada usuario, al entrar en contacto con su equipo, será seguido sólo por ese equipo en todas sus situaciones clínicas presentes y/o futuras”. El IAEN nos advierte de que “circula una concepción funcional de la continuidad de los cuidados, según la cual el usuario debe tener asegurada la asistencia en su área comunitaria a partir de la existencia de una red de dispositivos asistenciales, aunque sean respon-

sabilidad de diferentes equipos”. No sabemos si el IAEN se está refiriendo de forma más concreta al ICM, pero lo cierto es que en este segundo informe prima una lógica funcional y un uso coordinado de los recursos que asume de forma parcial el *principio de continuidad de cuidados* -supliendo así la *integralidad* por la *coordinación*- y por tanto, que descontextualiza la asistencia. En relación con este principio tenemos que los psiquiatras del IAEN definen su visión asistencial en los términos de “orgánica, real y radical” contraponiéndola a una “versión funcional, virtual y parcial” heterodoxa que conlleva la desvirtualización del modelo comunitario.

6. Si bien el IAEN propone una *red de servicios comunitario-céntricos*, una red de centros “EN LA COMUNIDAD Y PARA LA COMUNIDAD” [en mayúsculas en el original], incluidos los servicios hospitalarios, y añade que debe procederse de inmediato “a someter a reforma la estructura del aparato asistencial”, el ICM alude a los “centros de atención primaria” como todo dispositivo comunitario a complementarse con los hospitales generales -unidades de agudos- y psiquiátricos -en proceso de desmantelación y reconversión a residencias-, lo que en último término supone la centralización y medicalización de la salud mental y por tanto una orientación médico-biológica de base sobre la enfermedad mental que prioriza, por encima de la interdisciplinariedad, una práctica farmacológica y de contención que restringe las tareas preventivas en salud mental, y que por último, acaba discriminando a los pacientes crónicos. Por su cuenta, el modelo comunitario del IAEN, al propugnar una red extensa de servicios, define el hospital general como un pasaje transitorio voluntario que deberá garantizar “un clima de comunidad terapéutica, un régimen radical de ‘puertas abiertas’ y la no discriminación de los enfermos de larga estancia”. No obstante, puntualiza, “cualquier modelo de asistencia en salud mental no debe dar primacía a lo extra sobre lo intrahospitalario, ni a los pacientes agudos sobre los crónicos”.
7. No nos gustaría terminar sin observar el lugar que cada texto reserva para los pacientes crónicos. Este hecho guarda una relación íntima con el proceso de desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos, que ambos informes contemplan detalladamente. El ICM lo articula desde su “Plan de hospitales psiquiátricos” a partir de tres principios -reducción progresiva del número de camas, incremento de la externalización mediante programas de rehabilitación y resocialización y reciclaje de sus profesionales-, así como desde la “reorganización funcional de la institución” y la “reordenación de los gastos buscando una mayor equidad coste-beneficio asistencial”. Este modelo de desinstitucionalización, regido en última instancia por criterios economicistas, conlleva el abandono de los pacientes crónicos al erigirse sobre dos propuestas concretas: I. El traspaso de los pacientes crónicos sin recursos a los servicios sociales, lo que implica la redefinición de su estatus y su equiparación con la condición de marginados, su exclusión de la cobertura sanitaria, y una atención ejercida por profesionales poco especializados. II. La reconversión de los psiquiátricos en residencias concertadas, y por tanto, la no gratuidad de la asistencia para los pacientes crónicos con recursos. En este sentido el IAEN nos advierte de no desmantelar los manicomios “sin un plan sociosanitario integrado”, para lo que propone la “necesaria flexibilización de los proyectos y programas de transformación”. También es destacable que el ICM no menciona explícitamente a los pacientes crónicos. Sin embargo, al señalar más adelante en su principio XXVIII que “los hospitales psiquiátricos deben reducir progresivamente su número de camas (...) y preparar a sus pacientes institucionalizados para una futura externalización”, está describiendo una situación próxima en la que estos pacientes dejan de ser un problema sanitario para pasar a la red del sistema social. No es hasta el principio XXX que el ICM se refiere por primera y última vez de forma directa a “los pacientes con patología crónica” para expresar que “los cuidados (...) exigen de la dotación de los servicios necesarios para su manejo, que incluye el tratamiento y seguimiento clínico en su entorno socio-familiar y residencias apropiadas”. Pero ¿cuáles son esas “residencias apropiadas”? Si unimos esta indeterminación a la recomendación que el ICM hace al Ministerio sobre que “deben garantizarse las prestaciones básicas, con

carácter gratuito, a todos los enfermos psíquicos (...) mediante los medios técnicos que puedan ser asumidos [negritas no incluidas en el original] por el sistema sanitario”, comprendemos que en la base de la externalización de los pacientes crónicos reside una lógica economicista que los convierte, en función de los recursos de que disponen, o bien en clientes residenciales o en marginados sociales.

Este análisis comparativo de estos dos textos históricos paradigmáticos nos ha permitido esbozar las dos tendencias comunitarias en oposición de nuestra psiquiatría democrática en 1985. Con ello, hemos podido hacer una relectura de nuestra reforma en clave, no ya solo técnico-asistencial e internista, sino también sociológica y crítica -ideológica y política-, a partir de los discursos, posiciones y actitudes que los grupos implicados en el conflicto manejan (ver Tabla 1).

Tabla 1. Las dos tendencias de la psiquiatría democrática

ICM	IAEN
Modelo comunitario moderado y centralizado: Biopsicosocial.	Modelo comunitario radical y provincial: Antipsiquiatría.
Servicios socio-medicalizados.	Servicios socio-sanitarios.
Gestión tecnócrata.	Gestión social.
Dispositivos hospitalo-céntricos.	Dispositivos comunitario-céntricos.
Territorialidad administrativo-sanitaria.	Territorialidad sectorial.
Asistencia público-privada.	Asistencia pública.
Continuidad terapéutica funcional: coordinación multidisciplinar.	Continuidad terapéutica orgánica: praxis interdisciplinar.

Apuntes para un debate más incluyente

Superar el escollo filosófico -y retórico- del estatus utópico dado históricamente a las experiencias antipsiquiátricas en España, gracias al menos a la realidad y prototipicidad de la experiencia de Los Prados y de su autor, nos abre un espacio social e histórico en el que poder ubicarla. Su restitución, en los términos de una producción residual crítica dentro de un marco dinámico-conflictivo de la realidad, colabora en una redefinición de la historia de nuestra reforma psiquiátrica democrática como resultado de una lucha intergrupala por la legitimidad de narrar el mundo. Apoyar esta hipótesis supone dar un estatus de verdad a las tesis minoritarias antipsiquiátricas y por tanto la posibilidad de una redefinición de nuestra reforma de 1985, en clave de una “contrarreforma” centralista que acaba necesariamente atenuando el principio comunitario de la asistencia.

En este momento crítico para nuestro sistema público de salud en el que comienzan a alzarse las voces, este trabajo ha procurado aportar elementos para un debate técnico-asistencial más incluyente y complejo, esforzándose en devolver perspectiva al tablero histórico-reformista democrático. Para ello, ha buscado abrir el conocimiento de forma crítica al contexto sociocultural de emergencia incluyendo a todos los procesos y agentes implicados. Consideramos que la falta de debate, frente a un discurso uniformal carente de crítica, ha sido precisamente una de las causas de la crisis actual pues ha permitido a lo largo de los años, entre otras desviaciones, que un concepto biomédico de salud mental se imponga al concepto filosófico de locura -con todo lo que esta translocación conlleva para la praxis asistencial-.

Contacto

Cruz Mañas • cruzmanas@hotmail.com
C/ St. Ana de la Albaida, 32 • Córdoba 14011

Bibliografía citada y de referencia

- Bugallo, M. et al. (1978). *Conflictos y lucha psiquiátrica en España*. Madrid: Dédalo.
- Capilla, T., Carballo S. y González Duro, E. Reflexiones sobre la práctica del internamiento psiquiátrico. (1983). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. VI. Nº 18. Pp. 485-489.
- Carpintero, H y Lafuente, E. (2007). El método histórico de las generaciones: el caso de la psicología española. *Revista Historia de la Psicología*. Vol. XXVIII. Nº 1. Pp. 67-85.
- Cayueta, S. (2005). *La biopolítica en la España franquista*. Tesis de maestría no publicada. Universidad de Murcia. Murcia, España.
- Cevallos, M. y Serra, B. (2006) La materialidad del poder: una reflexión en torno al cuerpo. *Revista de Filosofía A Parte Rei*. Nº 47. Pp. 1-12. Disponible en: <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/cevallos47.pdf>
- Cubero, R. (2005). *Perspectivas constructivistas. La intersección entre el significado, la interacción y el discurso*. Barcelona: GRAÓ.
- De Miguel, J. (1976). *La reforma sanitaria en España*. Madrid: Cambio 16.
- Desviat, M. (1999). De los viejos utópicos a los postmodernistas quemados. Respuesta sentimental a Guillermo Rendueles. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol XIX. Nº 70. Pp. 325-335.
- Desviat, M (2005). Una evaluación actual de la antipsiquiatría. *Revista Subjetividad y cultura*. nº 23. Disponible en: <http://subjetividadycultura.org.mx/2012/11/una-evaluacion-actual-de-la-antipsiquiatria/>
- Fernández Liria, A. (1999). La A.E.N. y la psiquiatría española a finales del siglo XX. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XIX. N.º 71. Pp. 503-520.
- García, R. (1995). *Historia de una ruptura: el ayer y hoy de la psiquiatría española*. Barcelona: Virus.
- Germán, C. (2013). *La revolución de las batas blancas. La enfermería española de 1976 a 1978*. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- González de Chávez, M. (2003). La Generación de la democracia: de la coordinadora psiquiátrica a la asociación española de neuropsiquiatría. *Revista Frenia*. Vol III. Nº1. Pp. 87-114.
- González Duro, E. (1975). *La asistencia psiquiátrica en España*. Madrid: Castellote.
- González Duro, E. (1982). La reforma de Jaén: entre la contradicción y la ambigüedad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. II. nº 5. Pp. 75-95.
- González Duro, E. (1983). La contrarreforma de Jaén. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol III. Nº8. Pp. 91-102. Disponible en <http://revistaaen.es/index.php/aen/issue/view/1161>
- González Duro, E. (1987). *Treinta años de psiquiatría en España*. Madrid: Libertarias.
- González Duro, E. (1989). *Memoria de un manicomio*. Madrid: Libertarias.
- González Duro, E. (2000). La crisis de la salud mental. *Boletín de Contrapsicología y Antipsiquiatría El Rayo que no Cesa*. Nº 2.
- Hernández, M. (2009). La creación del manicomio de Jaén: reflexiones históricas para la construcción de un discurso social de la atención psiquiátrica. *Revista Norte de salud mental*. Nº 33. Pp.87-93.
- Ingold, T (2008). *Tecnogénesis. La construcción técnica de las ecologías humanas* (cap.). Vol II. Madrid: AIBR. Pp. 1-33.
- Lázaro, J. (2000). Tercera etapa (1977-1999): la diversificación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XX. Nº 75. Pp. 473-515. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15707>
- López M., Laviana M, y García-Cubillana P. (2006). Los Hospitales psiquiátricos en la reforma. Notas para orientar una investigación necesaria, en Pérez F. (Coord.). *Dos Décadas tras la reforma psiquiátrica*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Pp. 239-273.
- Menéndez, F. (2005). Veinte años de la reforma psiquiátrica. Panorama del estado de la psi-

quiátrica en la España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XXV. Nº95. Pp. 69-81.

Rendueles, G. (1987). De la coordinadora psiquiátrica a la A.E.N. De conspiradores a burócratas. En Aparicio Basauri, V. (comp.). *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España*. Madrid: ELA.

Shotter, J. (1992). La construcción social del recuerdo. En Middleton D. y Edwards D. (cap. 7). *Memoria compartida: la naturaleza social del recuerdo y el olvido*. Barcelona: Paidós.

Watson, R.I. (1996). The Role and Use of History in the Psychology Curriculum. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*. Nº 2. Pp. 66-69.

Wheterell, M. y Potter, J. (1996). *El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos*. Madrid: Gordo A & Linaza.

Artículos en prensa

Agencia EFE Sevilla. (07-11-1978). Los Manicomios deben ser sustituidos por centros abiertos. *El País*.

Aguilar, José. (08-01-1983). González de Chávez no seguirá al frente de la reforma de la asistencia psiquiátrica en Sevilla. *El País*.

Eguerhardt, C. (06-03-1983). La Reforma psiquiátrica en Sevilla. *El País*.

Editorial. (13-03-1983). La psiquiatría como represión. *El País*.

González de Chávez, M (05-05-1983). La locura y las elecciones locales. *El País*.

Fernández, J.M. (27-06-1983). González Duro califica su cese como 'frenazo a la reforma psiquiátrica en Andalucía'. *El País*.

Aguilar, J. (15-08-1983). La reforma psiquiátrica en Andalucía, iniciada durante la transición política, en fase de estancamiento. *El País*.

De la Heras, J. (25-09-1983). Las jornadas para la reforma psiquiátrica revelan la necesidad de ampliar los debates sobre este campo sanitario. *El País*.

García-Andrade, J.A. (05-08-1985). Las víctimas de la reforma psiquiátrica. *El País*.

Tribuna. (15-10-1992). La reforma psiquiátrica: pasado, presente y futuro. *El País*.

Agencia EFE Jaén. (24-11-1997). El promotor de la Reforma Psiquiátrica dice que se está desarrollando de forma salvaje. *ABC Sevilla*.

Pereira, M.J. (20-05-2011). La reforma psiquiátrica se hizo mal aquí y en Nueva York. *ABC Sevilla*.

Informes y manifiestos

Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la Atención en Salud Mental. (1985). *Revista de la Asociación Española de Neurología*. Vol 5. Nº 13. Pp. 539-555.

Sobre el Modelo de Asistencia en Salud Mental: Comisión de Asistencia de la Asociación Española de Neurología. (1985). *Revista de la Asociación Española de Neurología*. Vol 5. Nº 15. Pp. 204-222.

Redacción. (23-11-2011). Comunicado de la Asociación Española de Neuropsiquiatría: crisis económica y repercusión sobre la salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Disponible en: https://www.aen.es/index.php?option=com_content&view=article&id=489:crisis-economica-y-repercusion-sobre-la-salud&catid=417:comunicados-aen&Itemid=135

Declaración de Atocha. En defensa de la atención pública a la salud mental. (2013) Disponible en: http://aen.es/images/manifiesto_defensa_atencion_publica.pdf

Declaración de Atocha. En defensa de la atención pública a la salud mental.

*Ni el pasado ha muerto ni está el mañana,
ni el ayer escrito*

(Antonio Machado)

Quienes suscribimos estas valoraciones y propuestas somos ciudadanos/as conscientes de los derechos de las personas y de las obligaciones de los poderes públicos, somos concedores/as cualificados/as de lo que está ocurriendo en nuestro ámbito de actividad sanitaria, nos sabemos responsables de nuestras acciones y omisiones asistenciales, somos profesionales de la salud mental que hemos vivido, y junto con muchos otros protagonizado cambios de progreso que se plasmaron en los principios que inspiraron el Informe de la Reforma Psiquiátrica desde el último inicio de la construcción democrática y contra la resistencia de algunos contemporáneos. Dichos cambios han traído la atención a las personas con trastornos y problemas mentales hasta niveles de respeto muy superiores al existente en un pasado que muchos recordamos con nitidez.

Hemos llegado a un momento histórico en el que coexisten avances, insuficiencias y riesgos.

Estamos en un punto crítico, en el que no se puede sostener por más tiempo el mero análisis pasivo, o la queja inútil en tanto que desvinculada de la acción, o la “perfección” teórica y el acomodo en lo conocido.

Están en grave riesgo progresos fundamentales en nuestras vidas y en nuestra convivencia, y también en nuestra identidad profesional y ciudadana.

Por ello, asumiendo la responsabilidad que nos corresponde, hoy 26 de abril en Madrid, inicia-

mos una andadura en la que nos sumamos a otros ya en camino, y llamamos a todos quienes quieran sumarse a ella. Buscaremos en particular a todos que trabajan en el ámbito de la atención a la salud mental: otros colegas psiquiatras y psicólogos clínicos, y desde luego a otros compañeros de aportaciones esenciales como enfermería de Salud Mental, trabajo social, terapia ocupacional, educadores sociales, y otros.

Colectiva y democráticamente, con tolerancia y valorando la riqueza de la diversidad de los análisis y de las propuestas, llamamos a construir con urgencia los medios para organizar líneas de acción sostenidas y dirigidas a modificar la grave situación actual que viene dañando logros anteriores, poniendo así en riesgo niveles de calidad imprescindibles en la atención a la salud mental y, de esta forma, enfrentar los peligros y daños que recibe la población por el deterioro progresivo de las concepciones, prestaciones y servicios de salud mental. En ello estamos.

Se están causando graves daños

La política sanitaria que está ejecutándose ha causado ya graves daños. Y siguen produciéndose.

La información que se va conociendo sobre la evolución de la salud mental de la población es muy preocupante. Se confirman los pronósticos y avisos realizados con antelación suficiente como para adoptar las medidas preventivas, que a pesar de ser propuestas por órganos con autoridad y conocimiento (OMS), fueron conscientemente ignoradas por quien tiene la responsabilidad de proteger la salud de la población.

El daño sigue creciendo. El Gobierno conoce estos datos y sabe que validan lo que hasta hace

poco era calificada solo como una percepción. Ahora, desgraciadamente, ya no es sólo una opinión. Ahora son las pruebas del juicio a una política sanitaria irresponsable y desconsiderada con los más vulnerables.

Sufrimiento, enfermedad, empeoramiento de la existencia de muchísimas personas, paro, acortamiento del futuro, compromiso del desarrollo de la infancia y la juventud, empobrecimiento,... Esa es la estela que deja atrás una respuesta premeditada a la crisis que se muestra con especial crudeza en el grave aumento de la desigualdad social injusta y en la condena a la pobreza crónica a amplios sectores de la población. Sería muestra de incompetencia de los gobernantes si no fuera una acción intencionada, que lo es.

En la sanidad la crisis ha sido la justificación para intentar ejecutar, desde el Gobierno y las oligarquías económicas con intereses en el sector, un plan madurado hace tiempo: el de la transformación de la salud y la enfermedad en mercancía, y en negocio la asistencia sanitaria a los ciudadanos.

La ofensiva desatada contra la sanidad pública con la promulgación del RD Ley 16/2012 tenía antecedentes antiguos (la Ley 15/97), e ideas justificativas que fueron instalándose desde hace ya años como razones cuando sólo eran valoraciones de parte interesada (la supuesta bondad de la instauración del mercado como único regulador, la aparentemente neutra separación de provisor y financiador, la no demostrada insostenibilidad del sistema, etc.).

Efectos más importantes de esa ofensiva son ya el deterioro de la asistencia y el daño a la equidad, así como el cambio de modelo sanitario al modificar el carácter universal de la asistencia con la recuperación del modelo mutualista. Los causantes de ello han abierto los diques que todavía impedían la privatización y la venta de la sanidad pública. Y todo se ha hecho con aparente urgencia, justificados en la sostenibilidad supuestamente amenazada, sin que la medida principal adoptada tuviera nada que ver con el motivo que se argüía, sin participación ni debate, violentando la democracia que obliga antes que a nadie al poder ejecutivo.

A tales objetivos tales métodos: el reparto justo de lo común se dialoga y se intenta convencer de

la norma que ha de regirlo; sin embargo la apropiación de lo de todos se ejecuta con prisa y/o a escondidas, sin permitir la discusión de sus razones,...: Supone un modo de expropiación.

En este contexto, el sistema asistencial de salud mental sufre un daño agravado, consecuencia tanto de lo limitado de sus recursos y de la frágil posición que había alcanzado entre las prioridades de los gobernantes y planificadores sanitarios, como de las insuficiencias y contradicciones propias de sus disciplinas, organización asistencial, gestión, conocimientos y prácticas. La embestida contra la sanidad pública encontró al sector de salud mental en medio de una crisis prolongada, precisamente cuando la necesidad de aquellos a quienes se deben sus profesionales, los ciudadanos, iba a verse incrementada como resultado de la crisis económica y sus correlatos.

Y mientras, los directamente afectados, sobrecargados ya por las necesidades de salud, las dificultades que les crean muchas veces la atención que se les presta, y la frustración de sus derechos desatendidos, son situados por los que gestionan su salud como observadores, mientras se les pretende embaucar con ofertas de tratamientos y de futuros asistenciales que sin embargo se les regatean hoy cuando aún los tienen como derechos reconocidos.

Estábamos avisados

Estábamos avisados de que la crisis económica conllevaba un riesgo cierto de agravamiento de la salud mental de la población; también de las medidas para controlar o mitigar ese riesgo (OMS, 2010). Sin embargo, no se ha adoptado ninguna en el sentido recomendado.

Muy al contrario, se ha sostenido por el Gobierno una respuesta a la crisis, presentada como la única realizable cuando solo era una de las posibles, que ha agravado la situación. Esa respuesta consistente principalmente en la reducción de los servicios y prestaciones públicas, y en la privatización de la atención a las necesidades sanitarias, ha creado una situación en la que:

- **Se vulneran los derechos de los ciudadanos/as a la participación, al conocimiento de la información sanitaria relevante para sus vidas, al**



acceso equitativo a los servicios públicos y a la protección de la salud.

- **Se oculta información** sobre la evolución de la salud pública, los planes del Gobierno en relación con la asistencia sanitaria en salud mental, el funcionamiento de los servicios para su atención, incidentes adversos y daños relacionados con la restricción de recursos y la mala gestión de la red asistencial.
- **Se carece de dirección, de capacidad de gestión y de una estrategia de salud mental** que defina un plan para hacer frente a la evolución de la situación. La acción gubernamental ha debilitado y paralizado la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, que se encontraba en desarrollo desde 2006, lo que manifiesta una grave irresponsabilidad en este momento social y sanitario. La carencia de medios, la dirección incompetente y la gestión orientada a resultados numéricos presentados con apariencia de productividad, está creando efectos devastadores en la calidad asistencial y dañando la motivación e iniciativa profesional.
- **Se impide la participación en el funcionamiento y gobierno sanitarios**, tanto de la comunidad como de los profesionales. Se ha agravado el autoritarismo institucional en el funcionamiento cotidiano de los servicios de salud mental, se están desarticulando los escasos instrumentos colectivos de participación que aún existían, se promueve una forma de gestión que desconsidera la capacidad de los profesionales para aconsejar, asesorar y decidir.
- **Se empobrece y limita la respuesta asistencial** con efectos muy negativos, tanto sobre los derechos de los ciudadanos a prestaciones eficaces como sobre la eficacia terapéutica de los tratamientos. La capacitación de los profesionales permitiría niveles de calidad y seguridad asistencial muy superiores a los que actualmente se alcanzan pero se limita gravemente el necesario abanico de diversas opciones terapéuticas hacia las biologicistas, cerrando las redes de relación interservicios diversificados en el territorio, anulando la consideración y riqueza de los equipos, borrando el derecho a la palabra de los usuarios y el derecho a la escucha de los profesionales para un ejercicio clíni-

co que tiene que tener en cuenta la naturaleza y condiciones del compromiso clínico y psicoterapéutico en su caso, y acabando con los pocos pasos dados hacia el empoderamiento de los profesionales y los usuarios y sus familias.

- **Se descuidan los instrumentos de seguimiento de la formación de las especialidades de SM en los servicios de SM acreditados para tal fin (Unidades Docentes Acreditadas, UDAs).** Deben quedar aseguradas y potenciadas adecuadas condiciones para esta importante responsabilidad de formar las nuevas generaciones de especialistas de SM, regular suficientemente las funciones y tiempos protegidos para ejercer la tutoría, establecer el Libro del Residente de SM como instrumento imprescindible, promover auditorías parcialmente dependientes de las Comisiones nacionales de cada especialidad, potenciar una formación de excelencia a resguardo de otras formaciones que en paralelo pudieran desarrollarse en dichas UDAs en detrimento de la formación de los especialistas de SM (Master, cursos de postgrado y otras).
- **Se potencia la estigmatización y la marginación** de las personas más gravemente afectadas, y no se previene la evolución hacia la gravedad de aquellas que aún no se encuentran en ese estado. Recientes valoraciones de altos responsables del entorno ministerial en la planificación en salud mental vinculando la enfermedad mental con el riesgo público sanitario, y con ello justificando acciones de control y vigilancia, constituyen tanto un indicador muy preocupante de la actitud prejuiciosa y la carencia de capacidad de relevantes responsables públicos en esta materia como de las amenazas en curso. **Sufren estos el peor daño:** Son los más frágiles, los más necesitados, los que se encuentran en peor condición material, relacional y psíquica, los primeros y más gravemente afectados por el deterioro actual de la atención a la salud mental.
- En el abordaje de los sujetos de las demandas de atención en Salud Mental, se establecen **discriminaciones diagnósticas y terapéuticas** que es importante modificar atendiendo al conocimiento clínico y valorando este aspecto desde una gestión clínica que conozca **el valor de la actuación en salud mental comunitaria**

en los tres niveles de Prevención: Primaria, Secundaria y Terciaria.

- **Se anuncia el reforzamiento de las medidas de coerción mientras se reducen las acciones orientadas a la reinserción social.** El temible proyecto de reforma del Código Penal promovido desde el Ministerio de Justicia, a modo de reverso de las valoraciones estigmatizantes antes citadas, recrea el prejuicio de la peligrosidad del enfermo mental, y provoca de nuevo una desprotección y vulneración intolerable de sus derechos al diferenciarlo de los demás ciudadanos solo por causa de su enfermedad. Donde debiera haber terapia e integración social sólo se prevé más coerción.
- **Las personas que padecen trastorno mental grave están siendo las que sufren el peor daño.** Son las más frágiles, las más necesitadas, las que se encuentran en peor condición material, relacional y psíquica, las primeras y más gravemente afectadas por el deterioro actual de la atención a la salud mental. Resulta insufrible que continúen existiendo hospitales psiquiátricos en el Estado de régimen manicomial.
- **Se están destruyendo activamente con estas políticas las bases de la convivencia social.** El modelo de sociedad por el que decidimos optar (democrática, tolerante, orientada en el reparto de lo común por la equidad) se está cambiando sin plantearlo a discusión, sin consultarlo. Se está creando otra vez la situación asfixiante en la que los más débiles no pueden esperar el apoyo que les deben las instituciones públicas.

La preocupante política en curso en salud mental compuesta de imprevisión, ausencia de dirección, incapacidad de gestión, desorganización, insensibilidad social, prejuicio, autoritarismo, deficiente gestión de los escasos recursos, e ignorancia, nos conduce hacia un horizonte sanitario y social con insoportables niveles de sufrimiento personal y colectivo, de enfermedad, insolidaridad, devaluación de las personas, injusticia y miedo.

Debe ser frenada la contrarreforma en marcha

La regresión de la atención a la salud mental en ejecución debe ser frenada, y al tiempo deben

ser corregidas las insuficiencias que facilitaron el deterioro actual.

En el marco de la defensa de la sanidad pública, y de la gratuidad y universalidad en el acceso a sus prestaciones; uniéndonos a todos quienes promueven la mejora del Sistema Nacional de Salud para que, orientado en su actividad por la búsqueda de la equidad y por la protección de la salud de la población, contribuya al progreso de nuestra sociedad hacia mayores niveles de justicia social; quienes suscribimos este documento valoramos que deben desarrollarse las siguientes líneas de trabajo para hacer frente a la situación que antes analizamos:

1. **Ha de reafirmarse el carácter público de todos los bienes y servicios sanitarios, tanto en su titularidad como en su gestión.** Sin excepciones, sin ambigüedades, sin matices. La salud es un bien colectivo y su protección es un derecho de todas/os, es expresión y base del igual valor de las personas, es condición para el desarrollo económico y social. Si las personas no son privatizables su salud no debe ser objeto de negocio.
2. **La atención a la salud mental ha de regirse por los principios de universalidad, equidad, eficiencia, solidaridad y normalización.** Nadie ha de quedar excluido de la misma si lo necesitara, nadie ha de dejar de recibir los cuidados y la atención que precise, de carácter integrador.
3. En la atención a la salud mental ha de revitalizarse (redefiniendo lo necesario tras analizar la experiencia acumulada) **la comprensión multidimensional, la respuesta multiprofesional, la orientación asistencial comunitaria, la continuidad de cuidados, la atención y apoyo en el ámbito domiciliario, y el trabajo psicosocial de prevención.** La dificultad de desarrollo de estas orientaciones no justifica su abandono sino que exige su mejor definición, sin ignorar que el empobrecimiento terapéutico y el imperio y abuso de la respuesta farmacológica como principal instrumento de atención, son también consecuencia del abandono de estos planteamientos.
4. La organización y funcionamiento de los servicios de atención a la salud mental en todos los



niveles ha de ser **participativa, transparente, y potenciadora de la participación** de los profesionales y de los usuarios y sus familias. Ello requiere órganos de gestión democráticos, y la profesionalización e independencia política de la gestión.

5. Ha de situarse el centro de gravedad del esfuerzo asistencial en quienes más lo necesitan, clarificando y ordenando la demanda dirigida a los servicios de salud mental, **priorizando el desarrollo e implantación de recursos para la respuesta a las necesidades de las personas con trastorno mental grave.**

6. Es necesario **corregir la infradotación** de recursos asistenciales materiales y profesionales y proceder con urgencia a la verificación de existencia de condiciones para las buenas praxis atendiendo las especificidades del ejercicio de cada titulación profesional.

7. Para revitalizar la atención a la Salud Mental, **es preciso sostener los Centros de Salud Mental como eje vertebrador y de orientación funcional de la asistencia** y por ello ha de **modificarse la deriva hacia una posición nodal, jerárquica en la red asistencial de las Unidades de Hospitalización en salud mental de los Hospitales Generales.** Su progresivo papel en la dirección *de facto* de la respuesta asistencial desdibujando en demasiadas ocasiones la grave ausencia de una auténtica red planificada y suficiente de recursos alternativos a la hospitalización, obliga a revisar su funcionamiento, los fines que se han ido imponiendo en su práctica, sus dotaciones, sus modos asistenciales, los criterios de evaluación que valoran su actividad, y su relación con el conjunto de la **red asistencial de servicios diversificados y territorializados, que debe ser promovida.** Fue un logro de la Reforma el cierre de hospitales psiquiátricos manicomiales. Pero cada vez con mayor fuerza se observa en territorios del Estado un surgimiento del falso debate de más o menos camas de larga estancia en los hospitales generales, lo que constituye el enmascaramiento de una involución solapada que hace difícil y en ocasiones imposibilita el tratamiento y mantenimiento de ciudadanos con trastornos psicopatológicos graves en su medio.

8. **No se ha de consentir ningún retroceso en la igualdad de trato legal a las personas.** La oposición ciudadana a la modificación del Código Penal es una necesidad democrática. El prejuicio hacia las personas con enfermedad mental al definir las como peligrosas solo puede causar daño y sufrimiento. Se debe mantener la alerta muy especialmente ante cualquier ampliación o presencia de prácticas coercitivas en los servicios de salud mental, que por su propio carácter reducen la autonomía de las personas y por ello imposibilitan el progreso hacia los objetivos de la asistencia sanitaria y social a las mismas. La cuestión de la defensa de los derechos (políticos, sociales, sanitarios) de las personas con enfermedad mental se ha de situar en primer plano de las preocupaciones profesionales. En este sentido la asistencia de corte manicomial en los diferentes hospitales psiquiátricos del Estado que aún existen, resulta tanto obsoleta como intolerable.

9. **Deben implantarse políticas de desarrollo profesional** orientadas a recuperar la motivación de los profesionales, a posibilitar el ejercicio de sus capacidades, a potenciar su formación de manera coherente y acorde con los objetivos sanitarios explícitos, a independizarles de la presión y sesgo formativo promovido por la industria farmacéutica, y a valorarles de acuerdo con su efectiva contribución a la actividad del Sistema Nacional de Salud.

10. Todos y cada uno de los profesionales sanitarios de salud mental hemos de asumir plenamente nuestra responsabilidad, **defendiendo nuestra autonomía en la realización del acto sanitario** (de diagnóstico, de cuidado, o de tratamiento) de forma acorde tanto con lo previsto en la ley, que nos responsabiliza y nos protege, como con las exigencias éticas por las que orientamos nuestra actividad, reconocida como de especial valor social y humano. Adquiere importancia particular en la actual situación nuestro compromiso con la defensa de los derechos sanitarios de los ciudadanos impidiendo activamente que los profesionales seamos instrumentalizados para privar al ciudadano/a de la atención que precise, o para implantar y extender diagnósticos y tratamientos determinados en lo

fundamental por intereses comerciales de la industria farmacéutica.

11. Debe potenciarse la formación especializada a través del modelo Interno-Residente en las disciplinas que conforman los equipos de salud mental, adecuando la misma a las necesidades asistenciales y a los procesos del equipo interdisciplinar, facilitando la consolidación, diversificación, crecimiento y calidad de sus programas y actividades formativas. En el proceso formativo, y ello desde el Grado, debe atenderse a la formación ética y en derechos de las personas por ser este el sustrato más básico de la identidad del sanitario, en tanto que ciudadano en proceso de progresiva asunción de responsabilidad en la especial función social de la atención sanitaria a los otros. Ha de garantizarse que el acceso a la formación especializada Interno-Residente se realice previa adquisición de la condición de profesional sanitario, hoy aún incomprensiblemente pendiente de resolver en el caso de psicología clínica.

12. Ha de potenciarse la investigación: optimizando los recursos mediante acciones de integración con los principales centros e instituciones en las que esta se desarrolla (Universidades muy en particular), formando

y facilitando la implicación de los profesionales, ampliando los objetos de interés investigador vinculándolos a las necesidades de la práctica, y reduciendo la dependencia de la industria farmacéutica.

13. Es necesario reforzar y apoyar el movimiento asociativo de usuarios/as y familias, con el objetivo de su empoderamiento, promoviendo su participación en la elaboración, seguimiento, evaluación y gestión de los programas y planes de atención a la salud mental, así como en el marco de la intervención clínica.

14. Deben derogarse ya la Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, y el Real Decreto-ley (ya convalidado como Ley) 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

En la defensa de estos planteamientos y propuestas hemos de recordar que el progreso nunca está asegurado, y que siempre necesita para avanzar y sostenerse el mismo esfuerzo.

En Madrid, a 26 de abril de 2014

(*) Relación de asociaciones firmantes: ASOCIACION ESPAÑOLA de PSICOLOGÍA CLÍNICA y PSICOPATOLOGÍA, **AEPCP**; ASOCIACION ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA-PROFESIONALES de SALUD MENTAL, **AEN**; FEDERACIÓN ESPAÑOLA de ASOCIACIONES de PSICOTERAPEUTAS, **FEAP**; FEDERACIÓN ESPAÑOLA de ASOCIACIONES de TERAPIA FAMILIAR, **FEATF**; FEDERACION ESPAÑOLA de ASOCIACIONES de REHABILITACION PSICOSOCIAL, **FEARF**; ASOCIACIÓN NACIONAL de PSICÓLOGOS CLÍNICOS y RESIDENTES, **ANPIR**; ASOCIACIÓN ESPAÑOLA para la SALUD MENTAL INFANTIL desde la GESTACIÓN, FILIAL de LA ASOCIACIÓN MUNDIAL para la SALUD MENTAL INFANTIL WAIMH. **ASMI WAIMH España**; ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA de BUENOS AIRES, **APBA**; ASOCIACIÓN de USUARIOS SOLIDARIOS ANÓNIMOS; FEDERACIÓN ANDALUZA de ASOCIACIONES de USUARIOS/AS de la SALUD MENTAL. EN PRIMERA PERSONA; ASOCIACIÓN LA REVOLUCIÓN DELIRANTE. JOVENES PROFESIONALES de la SALUD MENTAL; FUNDACIÓ CONGRES CATALA de SALUT MENTAL, **FCCSM**; OSASUN MENTALAREN ELKARTEA-ASOCIACIÓN de SALUD MENTAL y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA, **OME-AEN**; ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES de SALUD MENTAL PAÍS VALENCIANO, **AEN-PV**; ASOCIACION MADRILEÑA de NEUROPSIQUIATRIA. PROF de SM, **AMSM**; ASOCIACION CASTELLANO-LEONESA DE SALUD MENTAL, **ACLSM**; SOCIEDAD ARAGONESA de SALUD MENTAL, **SASM**; ASOCIACIÓN de SALUD MENTAL de CANTABRIA, **ASMC**; IPSI, CENTRE D'ATENCIÓ, DOCÈNCIA I INVESTIGACIÓ EN SALUT MENTAL e IPSI, FORMACIÓ PSICOANALÍTICA. **IPSI**; ESCUELA DE CLÍNICA PSICOANALÍTICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES, **ECPNA**; ASOCIACION para el ESTUDIO SISTÉMICO DE LA FAMILIA Y OTROS SISTEMAS HUMANOS, **AESFASHU**; FUNDACIÓN CATALANA para la INVESTIGACION y EVALUACIÓN de las PRÁCTICAS PSICOANALÍTICAS, **CRAPPSI**; ASOCIACIÓN ARAGONESA REHABILITACION PSICOSOCIAL, **AARP**; ASOCIACION MADRILEÑA de REHABILITACION PSICOSOCIAL, **AMRP**; SOCIEDAD de PSICOLOGÍA CLÍNICA ASTURIANA; ASOCIACIÓN ASTURIANA de REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL, **AARP**; ASOCIACIÓN CANARIA DE REHABILITACION PSICOSOCIAL, **ACRP**; ASOCIACIÓN ASTUR-GALAICA DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO; SOCIEDAD CATALANA de TERAPIA FAMILIAR, **SCTF**; ASOCIACION ESPAÑOLA para la INVESTIGACION y DESARROLLO de la TERAPIA FAMILIAR, **AEI+DTF**; ASOCIACIÓN para la DOCENCIA E INVESTIGACIÓN en SALUD MENTAL de EIVISSA y FORMENTERA, **ADISAMEF**; FEDERACIÓN de SANIDAD y SECTORES SOCIOSANITARIOS de COMISIONES OBRERAS, **FSS-CCOO**; FEDERACIÓN de ASOCIACIONES para la DEFENSA de la SANIDAD PÚBLICA, **FADSP**; MESA EN DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA, **MEDSAP**; ASOCIACIÓN PARA EL ESTUDIO de PROBLEMÁTICAS SOCIALES y PROMOCIÓN de la SALUD, **EKIMEN**; ASOCIACION MADRILEÑA de SALUD PÚBLICA, **AMaSaP**; FORO VASCO de SALUD (FVS); **OSALDE**, ASOCIACIÓN por el DERECHO a la SALUD; **OSATZEN** (SEMFYC); MEDICUS MUNDI del PAÍS VASCO; MEDICOS del MUNDO del PAÍS VASCO; PLATAFORMA en DEFENSA de la SALUD MENTAL DE ARAGÓN.



HISTORIA

San Sebastián (Donostia), 1917: la sobredosis que cambió la historia de las drogas en el estado español.

San Sebastián (Donostia), 1917: the overdose that charged the history of drugs in Spain.

Juan Carlos Usó Arnal

Historiador.

Resumen: Las primeras medidas restrictivas adoptadas por distintos países de la comunidad internacional contra la venta de drogas se decretaron prácticamente coincidiendo con la Primera Guerra Mundial (1914-1918). En el caso concreto del estado español, la cruzada gubernativa contra las drogas consideradas eufóricas estuvo estrechamente vinculada con la muerte por sobredosis del conde de Villanueva del Soto, de 21 años de edad, en San Sebastián (Donostia) y la subsiguiente campaña emprendida por la prensa local.

Palabras clave: Primera Guerra Mundial, drogas, sobredosis.

Abstract: The first restrictive measures adopted by various countries of the international community against drugs sales were decreed coinciding with the First World War (1914-1918). In the case of Spain, the governmental crusade against drugs considered euphoric was closely linked to the overdose death of Count of Villanueva del Soto, age 21, in San Sebastián (Donostia) and the subsequent campaign waged by local press.

Keywords: First World War, drugs, overdose.

Para Mikel A. Valverde y Alejo Alberdi

En la senda de la libertad farmacológica

Hacia finales del s. XIX y principios del XX el opio, el láudano, la morfina, la heroína, el éter, la cocaína, el hachís, y otras sustancias psicoactivas que actualmente tenemos por drogas peligrosas, recibían la misma consideración que cualquier otro fármaco. Bien como genéricos, bien en la composición de numerosas especialidades, constituían productos de venta prácticamente libre, y su empleo estaba generalizado en todos los estratos sociales, con fines terapéuticos, para el tratamiento de multitud de síntomas y enfermedades. De hecho, no sólo se vendían en boticas, droguerías y herboristerías, según lo estipulado en las Ordenanzas de Farmacia (1860), sino en muchos casos también en comercios de especias,

abacerías, coloniales y ultramarinos, a un precio que podía oscilar entre las 5 pesetas que costaba un gramo de heroína y los 10 céntimos que valía un gr. de éter, pasando por los 30-40 cts. que costaba el gramo de láudano, los 60 cts. del gramo de opio en polvo, la pta. del gramo de extracto de cannabis, las 3 pts. del gramo de morfina y las 4 pts. que valía el gramo de cocaína.

Las citadas Ordenanzas de Farmacia, que constituían la piedra angular de la legislación vigente sobre drogas, pretendían poner cierto coto a la venta de determinados fármacos psicoactivos mediante la exigencia obligatoria de receta. Sin embargo, dejaban a criterio del propio farmacéutico qué medicamentos podían despacharse sin receta por ser “de uso común en medicina

los usuarios de psicofármacos con fines lúdicos de auténticos viciosos y degenerados.

Consecuencias de la I Guerra Mundial (1914-1918)

Aunque la comunidad internacional ya había suscritto el Convenio Internacional de La Haya sobre Restricción en el empleo y tráfico de opio, morfina, cocaína y sus sales (1912), todavía hubieron de pasar unos años para que algunos gobiernos empezaran a promulgar leyes a nivel interno de acuerdo con los compromisos contraídos en la ciudad holandesa.

Así, coincidiendo con la I Guerra Mundial, varios países, tanto beligerantes como no beligerantes, aprobaron las primeras restricciones en materia de drogas: EEUU en 1914 con la puesta en funcionamiento de la conocida Harrison Act; Cuba al año siguiente con la adopción de medidas represivas de la venta de éter, morfina, opio, cocaína, clorofórmico y cloral; Francia en 1916 con varios decretos reglamentando la importación, venta y prescripción de estupefacientes; y ese mismo año el gobierno británico promulgó la Defence of the Realm Regulation 40B que propició las primeras normas de control en materia de psicofármacos en el Reino Unido, en parte relacionadas con el gran consumo de cocaína registrado en el ejército, especialmente entre los soldados canadienses movilizados.

La cocaína en el ejército británico

Ultimamente los tribunales ingleses han condenado á multas crecidas á todos los que venden cocaína á los soldados. Son principalmente canadienses los que están aficionados á este tóxico, que resulta mucho más peligroso que el alcohol y la morfina.

Es América el país de los cocainómanos. A manos de los médicos llega tan solo el cuatro por ciento de la cocaína importada, el resto se vende en los comercios de drogas y aun por vendedores ambulantes. Las víctimas de este tóxico lo encuentran sumamente estimulante: después de ingerirlo, todas las fuerzas físicas y psíquicas parecen exaltadas, pero al iniciarse la reacción aparecen alucinaciones, sobresaltos, decaimiento general.

Al restringirse la venta del opio en la India, fué introducida en este país la cocaína, y á los pocos meses los indígenas sucumbieron á la tentación, entregándose á este nuevo vicio, tanto que el gobierno se vió precisado á restringir la importación de la cocaína. Esta se extrae de las hojas de una planta llamada erythroxyliou—coca.,

"La cocaína en el ejército británico", según *La Vanguardia* (15 de abril de 1916).

En el verano de 1917 la conflagración mundial entró en su tercer año de lucha sin cuartel. Sin embargo, el estado español había quedado al margen del conflicto y, gracias a la política de neutralidad decretada por el gobierno, hubo muchas personas que se beneficiaron económicamente de las hostilidades desatadas, vendiendo todo tipo de productos a los dos bandos enfrentados.

Paisaje urbano de una ciudad modélica y singular

La ciudad de San Sebastián hacía apenas un siglo que había resurgido de sus propias cenizas, pero en ese tiempo se había convertido no sólo en un modelo de ciudad burguesa, sino en uno de los centros de veraneo más importantes del mundo.

Efectivamente, en cuanto los donostiarras, ligados ancestralmente al juego con apuestas, tuvieron oportunidad de plantear el desarrollo de su ciudad, libre de los conflictos bélicos que la habían asolado durante buena parte del siglo XIX, apostaron por el modelo más alejado a cuanto habían conocido hasta el momento: una ciudad festiva, dedicada al turismo.

La presencia de la Corte durante la temporada estival desde 1845 había marcado el destino de la población, que quedó sellado en el verano de 1887, cuando la reina María Cristina la declaró Playa Real y se inauguró el Gran Casino Municipal, con el que llegaron los refinados modos de jugar de los casinos europeos y años de esplendor para la bella Donostia, coincidiendo con el auge de la Belle Époque. Considerado como uno de los más importantes de Europa, el Gran Casino constituía el principal aliciente del veraneo en la ciudad, imán de todas las miradas, foco de animación, punto de encuentro, de reunión y de cita de las gentes más variadas, procedentes de los lugares más diversos del mundo.

El dinamismo de la sociedad donostiarras y de sus clases dirigentes, hábiles gestoras del tiempo libre, completaron la atractiva oferta de ocio que suponía aquel soberbio centro de recreo con la inauguración en años sucesivos de otros establecimientos públicos, cuyas instalaciones podían colmar el gusto de la gente más exigente. El año 1912 fue el más esplendoroso en este

sentido, y tanto los vecinos como la colonia de veraneantes pudieron gozar aquella temporada con la puesta de largo de varios lugares de esparcimiento completamente deslumbrantes: el Hotel María Cristina y el Teatro Victoria Eugenia, en pleno centro urbano, el Gran Balneario La Perla del Océano, sobre la misma playa de La Concha, y el Parque de Atracciones que, desde la cima de Monte Igueldo, ofrecía magníficas vistas panorámicas de la ciudad. Además, desde hacía años funcionaban la Plaza de Toros, el Club Náutico, el Club de Tenis y el Real Aeroclub. Además, sobre el velódromo existente desde antaño, se inauguró el Estadio Municipal de Atocha; después se fundó Moto Club de Guipúzcoa y más tarde se abrió el Hipódromo Municipal. También estaban el Club de Golf de Lasarte y el Tiro de Pichón, por no mencionar las partidas del tradicional juego de pelota que se disputaban en el Jai Alai y en otros frontones. Los teatros Principal, Bellas Artes y Colón, más el Cine Miramar y el Salón Novedades, complementaban la oferta de espectáculos. Por otra parte, Donostia fue pionera en la instalación y puesta en funcionamiento de servicios públicos como el tranvía, el alumbrado eléctrico y la telefonía, lo cual hizo que la ciudad llegara a ser conocida con el sobrenombre de la “Pequeña París”.

La capital donostiarra, que apenas rozaba los 50.000 habitantes censados, en los meses de verano registraba un incremento de hasta un 45%, gracias a la población flotante. Además del citado Hotel María Cristina, los hoteles La Paz, Europa, Continental, Inglés, Londres, París, Biarritz, Niza, Albéniz, Berdejo, Fombellida, etc., rebosaban de huéspedes.... En La Urbana, Pollitena, Nicolasa, Casa Bartolo y otros muchos restaurantes se servían exquisitas comidas y cenas... Y en temporada alta los cafés del Norte, Oriental, Rhin, Royalty, Lion D’Or, de la Marina y el salón de té Novelty se llenaban todos los días. Definitivamente, la que había sido concebida como casa de juegos de la realeza y la aristocracia, se había convertido en un impresionante centro de veraneo de élite.

El estallido de la I Guerra Mundial determinó un descenso de la tradicional colonia de veraneantes extranjeros. Para paliar la falta de turistas, los medios españoles se encargaron de estimular las vacaciones estivales en la capital donos-

tiarra. En concreto, el diario madrileño *El Día* publicó un número monográfico dedicado casi íntegramente a “la temporada de verano en San Sebastián” de 1917 y el diario *La Época*, también de Madrid, decía lo siguiente sobre los preparativos del veraneo de la citada temporada:

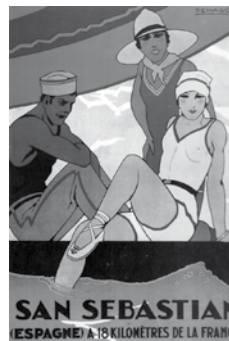
Pintores y decoradores dan la última mano a las casas en que se hospedarán las familias madrileñas durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre: la época de mayor movimiento en la Bella Easo, cuya supremacía en vano tratan de disputarle otras poblaciones de España.

San Sebastián, como punto de veraneo, tiene bien cimentada su fama.

Su hermosa campiña, su Concha sin igual, su proximidad a la frontera, la variedad de puntos que puede visitar el excursionista, por soberbias y bien cuidadas carreteras, por tranvías, por ferrocarril, confirman su éxito y la preferencia de que goza.

¿Quién no se ha hecho lenguas alguna vez del aspecto elegante, limpiísimo, práctico, de la capital guipuzcoana?

En su elogio puede decirse, sin exageración, que por sus calles puede cruzar la más pulcra dama luciendo calzado de baile en día de lluvia, sin que apenas quede huella del barro ni del agua en sus zapatos.



Dos carteles promocionando la ciudad de San Sebastián y sus playas.

A pesar del impacto negativo de la Gran Guerra sobre el turismo, San Sebastián mantuvo el listón muy alto. León Trotski, que estuvo de paso en la ciudad, precisamente en 1917, dejó constancia

de una elocuente impresión sobre la ciudad en su cuaderno de viaje:

San Sebastián es una playa de moda, y los precios, dignos de la misma. Hay que ponerse a salvo.

Polémico ocio nocturno

La Perla del Cantábrico, considerada por algunos como “la ciudad libre, la ciudad del sibaritismo, de la crápula, de la orgía [...] la ciudad del lujo, del placer, del deleite, del gozar”, contaba asimismo con una interesante y animada oferta de ocio nocturno, representada especialmente por dos cabarets: Maxim’s y Tabarín. Ambos locales se encontraba en los bajos del Teatro Reina Victoria, Concretamente, Maxim’s se ubicaba junto al Lion D’Or y Tabarín en el sótano de este selecto café.

En principio, se trataba de dos restaurantes de noche, elegantes y bien servidos, con música en vivo, donde se podía bailar, siguiendo las tendencias de la moda parisina. Los propietarios del Tabarín, señores Arrieta y Garagorri, mandaron instalar grandes ventiladores y dotar al sótano de un moderno sistema para la extracción del aire viciado. Además, el local contaba con un “magnífico sexteto de señoritas”, que en opinión de *La Voz de Guipúzcoa*, hacía mucho “más agradable la estancia” en el mismo. La dirección del establecimiento se encargaba de anunciar “souper dansant”, “diners artísticos” y “bailes modernos” como principales atractivos. Una oferta amenizada por dos orquestas, que ocasionalmente incluía algún que otro “concurso de belleza”, la convocatoria de “batalla de serpentinatas” y reparto de “regalos a las señoritas”, amén de otros divertimentos:

...todo a estilo puro francés, y como en el “Tabarín” de París, habrá concurso de danzas, de escotes, de caras bonitas y de pies pequeñitos.

En opinión del diario republicano *La Voz de Guipúzcoa*, que publicó varios anuncios del Tabarín y cubrió la noticia de su inauguración, la existencia de cabarets en San Sebastián respondía a “necesidades a las que es forzoso atender debidamente”. Sin embargo, el resto de la prensa donostiarra no dispensó la misma acogida la existencia de este tipo de locales.

Hoy, inauguración del GRAN TABARIN
LYON D'OR
DIRECCION DUQUE
Souper Dansant todas las noches.-Dos orquestas
Bailes modernos por la célebre pareja DUQUE y GABY
Diners artísticos

Publicidad en *La Voz de Guipúzcoa* (10 de agosto de 1917).

Por ejemplo, la prensa tradicionalista se posicionó en las antípodas. Así, según el *Diario Vasco*, órgano oficial del partido carlista, dichos cabarets no eran sino “centros que, pareciendo de recreo, son de orgía y desenfreno [...] de lascivia, embriaguez y demás excesos de la bestia humana [...] focos de corrupción y desorden [...] antros disfrazados de «restaurants»”, es decir, “refugios, mejor o peor disimulados, que sirven de solaz y escandalosa distracción [...] focos de verdadera inmoralidad [...] tugurios”. Por su parte, el periódico integrista *La Constancia* los consideraba como lugares “donde se atropella impunemente la moralidad y se cometen repugnantes escándalos, verdaderas orgías, en que la liviandad corre pareja con la borrachera” y, por tanto, locales “corrompidos y corruptores [...] centros de corrupción disolventes de toda sociedad honrada, laboriosa y cristiana”.

El diario *La Información*, que a pesar de autopromocionarse “independiente”, se alineaba con los postulados del Partido Liberal-Conservador de Cánovas del Castillo, Silvela, Maura y Dato, tampoco escatimaba adjetivos peyorativos para los que definía como “lugares preparados para la vida disoluta [...] donde se rinde culto a la frivolidad, al placer, al sensualismo”, y también como “centros de disipación con sus correspondientes escándalos, libaciones excesivas, liviandades intolerables, etc.”, como locales, en definitiva, que “sirven de refugio a los disolutos [...] antros [...] preparados para dar culto al desenfreno de la carne”.

Por su parte, el influyente diario *El Pueblo Vasco*, de tendencia conservadora moderna y abierta, dirigido a una clase social alta y media de ideas más “avanzadas” y cultivadas, y estrechamente vinculado al industrial y financiero Rafael Pica-vea Leguía, un “hombre conservador y católico, de ideas democráticas y filo-nacionalistas”, fue más ambivalente en la calificación de los cabarets.

Por una parte, los condenaba sin paliativo como “antros del vicio” y “centros de perdición”; por otra, se refería a estos locales nocturnos como “centros de recreo” e incluso “patrimonio de toda población de recreo a la moderna”.

La víctima

El protagonista del suceso que describiremos a continuación se llamaba Joaquín Santiago-Concha y Tineo, y era el cuarto conde de Villanueva del Soto. Con apenas 21 años de edad, era el menor de los hijos del matrimonio que habían formado José María de Santiago-Concha y Vázquez de Acuña, XI marqués del Dragón de San Miguel de Híjar y VII conde de Sierrabella, fallecido cuando Joaquín apenas contaba cuatro años de edad, y María de la Trinidad de Tineo y Casanova, VI marquesa de Casa Tremañes.



Joaquín Santiago-Concha y Tineo, conde de Villanueva del Soto.

Joaquín poseía el título de oficial de Marina, concretamente de Alférez de Navío, y a pesar de su juventud “ya llevaba tres [años] navegando seguidamente”, como “agregado a la compañía vasco-andaluza de navegación”. De hecho, se encontraba recién llegado de una travesía del Atlántico, y una de las fuentes consultadas asegura que “venía de Nueva York”.

Todo apunta a que el joven conde se hospedaba temporalmente, durante su estancia en la capital donostiarra, en casa de unos parientes, ubicada en el número 5 del Paseo de los Fueros.

Los hechos

En las primeras horas de la madrugada del martes 18 de septiembre de 1917, el conde de Villanueva del Soto, que según precisaron tres diarios locales hacía apenas “seis días” que se encontraba en San Sebastián, acudió al Tabarín. Un empleado de dicho establecimiento declaró que el joven aristócrata fue solo, le hizo algunas preguntas, “solicitó de él un favor y se retiró”. Pero sobre las 4:30 volvió, y el mismo empleado que lo había atendido anteriormente y algunas personas que allí se encontraban pudieron advertir que se hallaba en un “estado algo anormal”. Tomó asiento, sin ninguna compañía, en una de las mesas del local, donde seguramenteapuró varias consumiciones y tomó drogas. Según comentaba un diario local, las personas presentes en el local reaccionaron con indiferencia:

No se concedió, sin embargo, una mayor trascendencia a este hecho, porque entre los elementos elegantes y mundanos familiarizados con la vida de recreo nocturna están bastante arraigados los hábitos de estos placeres artificiales. Y porque se sabe que la cocaína, como otros tóxicos, colocan al individuo en estado de inconsciencia momentánea, de extravío pasajero.

Sin embargo, su estado de ebriedad empeoró tan visiblemente que, tras montar la “bronca con el personal”, la propia dirección del cabaret “le invitó a retirarse a su domicilio”. El joven aristócrata fue acompañado hasta la salida del local y una vez allí ayudado a ocupar un coche. Al llegar al inmueble donde se suponía vivía el conde, el portero del edificio le dijo al cochero que no conocía a dicho señor, seguramente a causa del poco tiempo que llevaba instalado en la casa de sus parientes. Entonces el cochero abrió la portezuela para preguntar a éste cuál era su domicilio, y al advertir que el pasajero había perdido el conocimiento, tomó la decisión de trasladarlo directamente a la Casa de Socorro.

Todo indica que ingresó en dicho establecimiento benéfico hacia las 5:45 de la madrugada, donde no lo reconoció un médico hasta pasadas las 7:20 de la mañana. El diagnóstico no ofrecía lugar a dudas: Joaquín Santiago-Concha sufría una intoxicación aguda, de pronóstico muy grave. De

hecho, la intervención de médico no pudo evitar que el joven aristócrata falleciera en la misma Casa de Socorro, entre las 13:30 y las 14:00 del mismo día.

Las causas de la muerte

El fallecimiento del conde de Villanueva del Soto y las circunstancias que lo rodearon fueron comentadas no sólo en la prensa local donostiarra, sino también en importantes medios escritos de Madrid y Barcelona. Sin embargo, información recabada en la prensa de la época, lejos de ofrecer evidencias sobre sus causas, siembra más de una duda.

Para empezar se mencionaron distintas sustancias como posibles agentes causantes de la muerte de Joaquín Santiago-Concha. Los periódicos donostiarras *La Voz de Guipúzcoa*, *El Pueblo Vasco*, *El Liberal Guipuzcoano* y *La Constancia*, así como los diarios madrileños *ABC*, *El Imparcial*, *El País*, *La Acción*, *La Correspondencia de España*, *La Época* y *La Nación*, y los barceloneses *El Diluvio* y *La Publicidad*, se inclinaban por la cocaína; el rotativo local *La Información* se decantaba por la morfina; y el *Diario Vasco* hablaba de opio. Otros periódicos, como *El Día*, de Madrid, se referían a determinados “polvos”, de color blanco, que tanto podían corresponderse con cocaína como con morfina.

El Pueblo Vasco ofrecía algunos detalles que dejaban pocas dudas acerca de un consumo de cocaína -tan ostensible como inmoderado- por parte del joven aristócrata:

Frecuentemente se vio que el conde de Villanueva, con no mucho dominio de sí mismo, como si estuviera bajo los efectos de un involuntario extravío, aspiraba, depositándola previamente en el dorso de la mano, cocaína en polvo. Uno de los músicos que en el cabaret prestan sus servicios, trató amablemente, en una ocasión, de quitarle la cajita del tóxico. Comprendía que era abusiva la cantidad que aspiraba; pero el joven aristócrata persistió, inconscientemente, en tan peligroso abuso.

Por otra parte, los datos clínicos aportados por la prensa de la época no son concluyentes por lo que respecta la causa de la muerte, toda vez

que los indicios apuntan más bien a favor de una intoxicación por opiáceos: el hecho de que “no hablaba”, que “estaba desvanecido” o que sufría “un desvanecimiento de carácter grave”, que fuera presa de “una fatiga que más parecía el estertor de un agonizante”, que le tuvieran que rasgar el cuello de la camisa para que pudiera respirar...

La prensa también hacía referencia a la ingesta de varias consumiciones alcohólicas e incluso *ABC* lo señalaba por “haber bebido copiosamente” y *La Voz de Guipúzcoa* afirmaba que “salió del Tabarín tambaleándose como un borracho”. Por tanto, aunque *El Pueblo Vasco* asegurara que “también pidió una botella de champagne, que no llegó a beber” y el diario *La Acción* aludiera a “un refresco que tomaba”, el consumo de bebidas alcohólicas parece algo bastante evidente.

Del tiempo que pasó el joven conde en la Casa de Socorro creemos que tampoco pueden sacarse conclusiones definitivas. Pero cabe pensar que si la sobredosis hubiera sido de cocaína, la causa de la muerte habría sido repentina, fulminante, por un ataque al corazón, y la agonía mucho más corta. Por contra, la intoxicación de opiáceos implicaría náuseas y vómitos, y estos síntomas no fueron mencionados por ningún medio.

Si damos por válidas las diferentes informaciones, posiblemente se tratara de un consumo múltiple: morfina por vía oral y cocaína por inhalación. Por otra parte, la intoxicación alcohólica potenciaría los efectos de los opiáceos -y también de la cocaína- contribuyendo al fatal desenlace.

El diario madrileño *La Acción* calificó en titulares la muerte del conde de Villanueva del Soto directamente de “suicidio”. Sin embargo, si exceptuamos esta información, por lo demás no avalada con ninguna prueba, nada hace presuponer que se tratara de un suicidio. Más bien parece que aquella noche a Joaquín Santiago-Concha y Tineo se le fue la mano.

Por último, ignoramos otras circunstancias en torno al caso: si el hartazgo de drogas del joven aristócrata había sido algo puntual o si tenía un

hábito arraigado; dónde había entrado en contacto con las sustancias psicoactivas ingeridas (en Nueva York, en el barco, en San Sebastián o en otra ciudad); cuánto tiempo llevaba consumiéndolas; si ese abuso tenía que ver con la tensión acumulada durante la reciente travesía, en un mar infestado de submarinos y otros buques de guerra, etc. El único periódico que daba alguna información al respecto era *El Pueblo Vasco*, según el cual el conde de Villanueva del Soto fue “posiblemente víctima de su inexperiencia”, o sea, de su “falta de hábito”. Por su parte, el escritor regeneracionista José M^a Salaverría Ipenza era de la opinión que “la inexperiencia y la vanidad” fueron las circunstancias personales que concurrieron en este caso.

Una campaña de prensa polifónica

No era la primera vez que fallecía una persona por sobredosis en el estado español. Ya en 1894 el *Diario de Gerona* había informado de una muerte por una dosis excesiva de láudano y durante los primeros años del siglo XX el periódico ABC informó de numerosas intoxicaciones -algunas con resultado de muerte- por éter, morfina y también láudano. Basta un somero repaso de la prensa para llegar a la conclusión de que, efectivamente, la mayoría de los casos se correspondieron con intentos de suicidio y con suicidios consumados.

Tampoco era la primera vez que la víctima pertenecía a la nobleza, ni tampoco que muriera en plena flor de la vida, pues justo unos meses antes había fallecido en Madrid, como consecuencia de una dosis excesiva de morfina, Luis Contreras y López de Ayala, marqués de Lozoya, cuando apenas contaba 30 años de edad, y el verano anterior también habían perecido por abusar de la morfina y la cocaína el marqués de Casa Montalvo, de 31 años, y el príncipe Pignatelli de Aragón, con tan sólo 20 años, si bien este suceso no había tenido lugar en territorio español, sino en Biarritz. Por lo demás, los fallecimientos por sobredosis no eran patrimonio exclusivo de la rancia aristocracia. Por ejemplo, en 1917 se suicidó con morfina una chica de 25 años en Madrid. Anteriormente, en 1908 se había registrado la intoxicación con láudano una muchacha de 21 años, también en Madrid, y en 1911 había estado a punto de fallecer en un manicomio de Barce-

lona una joven de 19 años a causa del abuso de éter y cocaína.

¿ARISTOCRATAS ENVENENADOS?
 París 24, 12 mañana. El juzgado de Bayona se ha trasladado á Biarritz para proceder á la exhumación y autopsia de los cadáveres del marqués de Casa Montalvo, de treinta y un años, y del príncipe Pignatelli de Aragón, de veinte años, que se presume han perecido á consecuencia del abuso de morfina y cocaína.

Noticia de la muerte por un hartazgo de morfina y cocaína del marqués de Casa Montalvo y del príncipe Pignatelli de Aragón, según ABC (26 de agosto de 1916).

Igualmente no era la primera vez que la prensa se había ocupado a fondo del tema de las drogas consideradas eufóricas, pues no hacía ni dos años que en Barcelona el periodista anarquista Mateo Santos Cantero había emprendido una campaña contra “los que envenenan” en las páginas de *Germinal*, un diario obrerista, anticlerical y anti catalanista impulsado por Emiliano Iglesias Ambrosio, disidente del Partido Republicano Radical.



“Los que envenenan. La felicidad está en un tarro de farmacia”, por Mateo Santos, en *Germinal* (3 de noviembre de 1915).

Sin negar que el extracto social y la juventud del protagonista del suceso tuvieran su peso, el factor decisivo, a nuestro juicio, para que dicho incidente hiciera estallar el indignado clamor a la prensa donostiarra, e incluso a medios de fuera, es que precisamente hubiera tenido lugar en una ciudad de las características de San Sebastián. En este sentido, debemos tener en cuenta que la prensa local en 1917 destacaba por su “importancia y riqueza”. Y San Sebastián no podía permitirse el lujo de tomarse a la ligera un suceso que pusiera en riesgo su presente y futuro como centro de veraneo para personas privilegiadas.

¿Cuestión de clase?

Para empezar llama la atención que medios ideológicamente antagónicos coincidieran en enfocar el asunto como una cuestión de clase. Previsiblemente, el diario *La Voz de Guipúzcoa* no tardó en poner en evidencia las diferencias existentes en el trato de las autoridades con personas entregadas a la ebriedad en función de su extracción social:

Decíamos días pasados que la policía tiene dos medidas y hoy lo volvemos a repetir. Si en un bar ó en una tasca se emborracha un obrero con peleón relativamente barato, guardias y agentes caen sobre él y ipobrecillo!...

Pero llega á un restaurant de lujo un señorito, se emborracha con cocaína, pide dinero -que le dan bajo recibo que obra en el juzgado-, arma bronca con el personal, lo echan de allí de mala manera y no aparece un guardia que lo recoja y que tal vez hubiera evitado su muerte.

Pero justo el mismo día en que el diario republicano se expresaba en esos términos, el periódico carlista *Diario Vasco* también venía a denunciar lo mismo:

el menor altercado que tenga adarme de escándalo y que suceda en cualquier bar o taberna, llama extraordinariamente la atención de los defensores de la moral y hace que las autoridades tomen cartas en el asunto. Mientras que en ciertos Centros de recreo, que son focos de verdadera inmoralidad, se escandaliza y se alborota impunemente muchas veces, porque los personajes que en ellos representan las escenas más groseras e incultas de la vida, son de alto rango y parientes o amigos de X o de Y. Esta es la pura verdad.

Ejercicio de autocritica

Haciéndose eco de esos planteamientos, también el diario *La Información*, de filiación dinástica liberal-conservadora, reconocía y justificaba la existencia de ese doble rasero clasista no sólo entre las autoridades, sino también entre la propia prensa:

Pero ida rubor el decirlo! Los periódicos somos los primeros que contribuimos al malestar reinante. Porque esos bríos que sentimos, cuan-

do generalizamos estos temas arremetemos con el factor perturbador, se cambian en silencios de complicidad cuando nos lo demanda un amigo o se mudan las tonalidades del cuadro o así nos lo piden. El valor para denunciar al obrero borracho que molesta o daña no existe cuando quien pasea desnuda su beodez por la calle es el hijo de un político, de un acción.

[...]

El mal es grande y requiere el esfuerzo de todos. Entiéndase bien, de todos, y en esta actuación de saneamiento podemos desempeñar los periódicos un gran papel, un papel importantísimo.

Para ser exactos, desde las páginas de *La Información* se denunció por dos veces la “complicidad” de la prensa y se airearon las “culpas de los periódicos”.

Y es que los periódicos eran plenamente conscientes que su verdadero poder no estribaba en reflejar la opinión pública, sino en crear esa misma opinión pública, influyendo de manera decisiva sobre las autoridades gubernativas:

Jamás hemos sostenido nosotros ser las prédicas periodísticas el remedio que ha de acabar con los vicios de una ciudad. Pero sí afirmamos ahora, como lo hemos reconocido siempre, la importancia extraordinaria que tienen para educar, encauzar, reprimir y corregir el vicio; así como para fomentarlo, estimularlo y propagarlo, según del lado en que se coloque la prensa ya combatiéndolo, afeándolo, execrándolo, denunciándolo, a las autoridades, exponiendo sus gravísimos y perturbadores resultados, su ilegalidad e ilicitud, moviendo la opinión contra ellos, y clamando por su represión, ora por el contrario celebrándolo, recomendándolo, anunciándolo, haciéndole el reclamo, describiéndolo lleno de brillantes y delicadezas afeminadas y muelles, excitando a probar sus torpes exquisiteces, en una prosa llena de virus oculto en ropel.

Fuera unida, compacta, valiente y decidida toda la prensa, a combatir a sangre y fuego el mal corrosivo del vicio, allí donde hiciera su aparición y qué milagros no se lograrían.

En cambio, el diario republicano *La Voz de Guipúzcoa* valoraba positivamente la actitud de la

prensa que “sabe callar cuando es preciso para hablar cuando debe”.

Reacción de la prensa tradicionalista

El *Diario Vasco* empezó manifestando su deseo de “llamar la atención de las autoridades” sobre los llamados cabarets y acabó apelando directamente a los señores Julián de Olivares y Ballivián, conde de Artaza, y Gabriel María Laffitte Ruiz, gobernador civil y al alcalde respectivamente, para que ordenaran su “inmediato, hermético y definitivo cierre”. Los motivos, a juicio del diario carlista, eran más que evidentes: provocaban el “escándalo continuado del vecindario y grave perjuicio de las costumbres públicas y evidente violación de la honestidad y la moral”, y porque así lo exigían “la moral pública ultrajada, el pueblo indignado ante tanta vergüenza y el buen nombre de San Sebastián”.

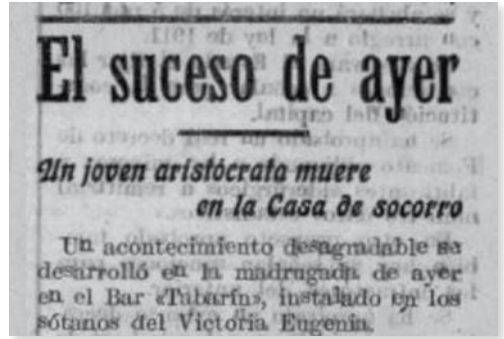
Por su parte, el periódico fuero-integrista *La Constanca* todavía se mostró más exaltado. Así, intentó excitar el celo de las autoridades gubernativas desde el primer momento:

deben intervenir enérgicamente, sin contemplaciones, primero para evitar la repetición de sucesos semejantes y segundo para poner coto a los desenfrenos del vicio en todas sus manifestaciones.

Y haciéndose eco del “clamor de protesta” que la muerte por sobredosis del conde de Villanueva del Soto levantó “en la prensa y fuera de ella”, el portavoz del partido integrista no titubeó en denunciar “las abyectas condescendencias con que nuestras autoridades toleran y miman ciertos vicios”, e incluso llegó a lanzar sobre ellas los peores vaticinios:

Pero ¡Ay! de las autoridades que los consintieron y ampararon. La maldición de Dios caerá sobre ellas.

Por descontado, el periódico integrista se decantaba por “clausurar y cerrar” los cabarets, lo mismo que las autoridades hacían con “tanto centro socialista, anárquico y sospechoso”.



Un joven aristócrata muere en la Casa de socorro, según *La Constanca* (19 de septiembre de 1917).

Posicionamiento de los periódicos dinásticos

A diferencia de la mayoría de sus colegas donostiarros, el periódico *El Liberal Guipuzcoano*, afín al ideario del Partido Liberal, de Sagasta, Montero Ríos, Canalejas, Moret y el conde de Romanones, no se obsesionó con los cabarets, sino que fijó su atención en el “despacho de los medicamentos venenosos”. De hecho, su participación en la campaña de prensa desatada se centró en apelar a las “autoridades facultativas”, para que ejercieran la “función de tutela que la sociedad establece para contener en lo posible manías enfermizas y recursos de degenerados”, que ante su opinión representaban los consumos de drogas extra-terapéuticas, considerados como socialmente indecorosos:

Pedimos una celosa vigilancia, pues el suceso referido pudiera revelar, seguido sagazmente, lenidad y olvido de las limitaciones de productos farmacéuticos que, destinados al alivio y al restablecimiento de la salud, originan cuando son mal empleados o con abuso la enfermedad y la muerte prematura.

Por eso informó aliviado cuando el gobernador civil de la provincia “se mostró dispuesto a proceder con energía contra quienes sin receta expendan cocaína y otros productos aciagos”.

Para *El Pueblo Vasco* el problema de fondo radicaba en el incumplimiento de las leyes existentes:

Para la adquisición de morfina, de opio, de cocaína, hay establecidas por la ley algunas restricciones. ¿Pero se cumplen? Nos inclinamos a creer que no.

Por eso alentaba a las autoridades a castigar con “toda severidad” a los “responsables indirectos” de la intoxicación del joven aristócrata, es decir, a los “expendedores de tóxicos” y a los “proveedores clandestinos de esos venenos”, si bien cuesta entender a quiénes se refería el diario conservador, pues la legislación vigente en materia de fármacos era tan laxa y permisiva que difícilmente habría tenido sentido la existencia de vendedores de drogas al margen de la ley.

El diario, que había sido fundado y era propiedad de Rafael Picavea, se mostraba partidario de una “represión enérgica” para poner coto a los desmanes que en venían registrándose en determinados locales:

Un día es el croupier despedido quien se debate á tiros en los pasillos de un Casino. Otro día es el crapuloso señorito que, en el paroxismo de una embriaguez estúpidamente indecente, abandona el establecimiento y se pasea, desnudo, por públicos jardines vecinos, ofreciendo copas de champagne á la estatua de Oquendo. Otra madrugada (pues estas piltrafas de la sociedad escogen para sus hazañas las horas crepusculares) es un joven, que, si quiera por honor á su carrera, debió guardar mayor recato en sus modales, el que abofetea al pobre sereno que en cumplimiento de su deber quiere contener los excesos de una borrachera inmundada. La desventurada que chapotea su vida en la charca del vicio, el mocete que por hombrearse juega á la ruleta llevando el producto de su fácil ganancia al “cabaret” de elegancia siniestra, para gozar del capricho de ver enloquecida de alcohol á toda una feria de mujeres que obtiene su ganancia, precisamente, en el tanto por ciento del consumo que se haga de las bebidas. El viejo acartonado por las fatigas de un desgaste prematuro, el chulo de salón, el extraviado marido ó el desperdigado provincianete del vecino pueblo; toda esa gama de la especie humana forma, según nos dicen, el sedimento obligado que queda en las madrugadas donostiarras, de la orgía que empezó entre risotadas carnavalescas á que muchas veces dieron cierto buen tono con su presencia excesivamente benévola los mundanos bien educados que tienen la precaución de retirarse á tiempo de que aquellas algaradas se conviertan en una explosión, de un desor-

den que se adueña de determinadas calles con evidente peligro de convertirse en crimen de película...

Para encargarse de la acción represiva que postulaba, *El Pueblo Vasco* proponía la creación de un cuerpo específico, que sería costado “por medio de impuestos extraordinarios”, recaudados precisamente a los propietarios de los establecimientos nocturnos sometidos a una “especial vigilancia”:

una policía especial bien nutrida y dotada de recios puños y del derecho de uso de armas bastante eficaz para que no se repitan escenas lamentables que no queremos detallar aquí (para no recargar los tonos de esta queja, que no es solo nuestra, sino de la ciudad toda).

Sin embargo, tras lamentarse de la “excesiva lenidad de las autoridades en general”, fue de los medios que acogió con agrado la orden gubernativa decretando la clausura temporal de los cabarets, “que el pueblo donostiarras venía apuntando estos días como nocivos á la moral pública”, pues en su visión idílica Donostia no necesitaba “ni debe necesitar de cabarets, ni de casas de juego, grandes ni chicos, para ser una ciudad próspera y feliz”. El rotativo conservador pedía “respeto” hacia las autoridades e invitaba a todos los agentes sociales a velar por su “prestigio”. Por último, *El Pueblo Vasco* era un fiel reflejo de las tensiones y contradicciones internas provocadas en el seno de la sociedad donostiarras por el choque entre aires cosmopolitas e ideas nacionalistas, mientras dejaba traslucir que su postura estaba teñida de cierto sentimiento de nostalgia y añoranza por un San Sebastián que ya pertenecía al pasado:

¡Cómo echamos de menos aquellos tiempos en que los alguaciles “Bombón” y “Correcalles” conseguían con sólo el chasquido de su vara hacer salir de la taberna á los alborotadores! Hoy, éstas, con nombre extranjero y concurrencia aristocrática, han adquirido el derecho á los escándalos y á no dejar tranquilo al vecindario en las horas del reposo.

Por su parte, el diario *La Información*, también conservador, acusaba a las autoridades locales sucesivamente de “debilidad, miramientos o inconsciencia [...] dejación de energías [...] con-

templaciones [...] desfallecimientos”. Y apostaba sin reservas por el cierre *todos* los locales nocturnos:

Nosotros no comprendemos que se clausuren uno ó dos centros de esta clase; eso es favorecer a que los que quedan abiertos, pues los viciosos irán allá donde una puerta esté abierta para recibirlos. Nosotros creemos que a grandes males, grandes remedios y por eso estimaríamos, medida justa y racional, que se cerraran todos.

Definitivamente, el objetivo del rotativo conservador parecía ser el cierre de todos los locales de ocio que a sus ojos pudieran conceptuarse como socialmente indecentes:

Y es una lástima que puesta la autoridad en carril de sanos rigores, no extienda sus órdenes de clausura a todos los establecimientos nocturnos porque es idéntico el fin de todos, es igual la inmoralidad de ellos, no hay diferencia en favor de ninguno.

Así como hay quien se contenta con la clausura de dos centros de esa clase, nosotros vamos a más radicales soluciones y quisiéramos ver cerrados todos.

Inhibición de la prensa republicana

La Voz de Guipúzcoa se mantuvo al margen de la polémica suscitada. No es de extrañar si tenemos en cuenta que el diario republicano no sólo había cubierto la noticia de la inauguración del Tabarín, sino que había publicado varios anuncios del citado cabaret, incluso un día después de darse a conocer el fallecimiento por sobredosis del joven Joaquín.

En realidad, *La Voz de Guipúzcoa* se limitó a aprovechar el suceso para criticar la falta de eficacia de los servicios municipales en materia de Sanidad, denunciando la tardanza del médico en asistir al joven intoxicado. A parte informar acerca del suceso en sí, y de cuestionar la demora del médico en atender al paciente, el diario republicano irónicamente sólo se preocupó de anunciar el funeral del conde de Villanueva del Soto en la iglesia parroquial del Buen Pastor y en renovar el testimonio de pésame a la señora marquesa viuda del Dragón de San Miguel de Híjar, hermanos y restantes deudos.

Valoración de la legislación vigente

Así como la mayor parte de la prensa donostiarra coincidió en su crítica a las autoridades, con la intención de excitar al máximo su celo represivo contra el ocio nocturno tenido por escandaloso, no parece que los periódicos locales, ni tampoco los de Madrid y Barcelona, exigieran una legislación específica en materia de drogas, más allá de lo dispuesto en las Ordenanzas de Farmacia y en el Código Penal.

Por ejemplo, *El Liberal Guipuzcoano* confiaba en las “disposiciones vigentes” para que la venta de sustancias como la cocaína, el opio y la morfina “se limite estrictamente el despacho a los casos que la ley autoriza y con las formalidades que tiene previstas”. Más o menos del mismo parecer era el *Diario Vasco*, que entendía que la autoridad competente podía y debía hacerse cargo de la situación denunciada “sin salirse un ápice de la esfera de las leyes vigentes”. También pensaba lo mismo *La Información*, cuando afirmaba que “reglamentos y leyes hay de sobra”. Incluso el diario integrista *La Constancia* se extrañaba que con la misma legislación que se procedía contra “tanto centro socialista, anárquico y sospechoso” no se actuara contra los cabarets.

Así, cuando *El Pueblo Vasco* se lamentaba de que “no haya medio de combatirlos radicalmente”, no se estaba refiriendo a la falta de leyes o la obsolescencia de las existentes, sino a la ausencia de medios humanos y materiales para imponer su más estricto cumplimiento, ni tampoco a las drogas, propiamente dichas, sino a los polémicos cabarets.

La reacción de las autoridades locales y el futuro de los cabarets donostiarras

Dos días después de producirse la muerte por sobredosis del conde de Villanueva del Soto, el gobernador civil mantuvo una conversación en privado con el propietario de Maxim's, cuyo contenido no trascendió. Imaginamos que el conde de Artaza también se entrevistó con los propietarios del Tabarín, y podemos intuir los términos en los que se desarrollaron ambas entrevistas, pues esa misma madrugada ya pudo verse en las puertas de uno de los cabarets un rótulo anunciando que “por orden gubernativa, quedaba ce-

rrado al público temporalmente”. Nos consta la clausura temporal de ambos locales a través de *El Pueblo Vasco*, *La Información*, *La Constancia* y también *La Publicidad*, de Barcelona, aunque curiosamente ninguno de los cuatro periódicos llegó a citar los nombres.

Sin embargo, el porvenir de los cabarets en San Sebastián estuvo garantizado durante varios años, al menos hasta la proclamación de la dictadura de Primo de Rivera, en 1923. Así, por ejemplo, sabemos que en 1918 el gran músico Pablo Sorozábal abandonó la orquesta del Gran Casino, y se contrató como pianista en el Café del Norte y también empezó a tocar el violín en el cabaret Maxim's. Al año siguiente, se publicó un libro que presentaba el Tabarín como un “lujoso establecimiento nocturno en donde se baila hasta que sale el sol”, el cual se había convertido en el principal “centro de reunión para [la] gente alegre”. Y en vísperas de la dictadura todavía llegó a inaugurarse algún local más de estas características, como Les Papillons de l'Amour, que, en su afán de hacer la competencia a los anteriores, ofertaba una novedad singular:

las camareras y los camareros atendían las mesas disfrazados de mariposas. Esos jóvenes llevaban por única indumentaria dos vistosísimas alas de colores, que constituían un mágico y bello marco para las espléndidas formas desnudas de ellas y, también, para las no menos opíparas de ellos, aunque los jovencitos ocultaban las partes pudendas bajo diminutos taparrabos de lentejuelas.

Otra decisiva campaña de prensa

Prácticamente coincidiendo con el fragor mediático generado con motivo de la muerte por sobredosis del joven conde de Villanueva del Soto, el diario republicano *El Diluvio*, que fue de los que se hizo eco del suceso, dio soporte a una campaña contra el uso y la venta de cocaína en Barcelona. Su autor fue Albino Juste García, quien firmaba sus artículos con el seudónimo de Fray Gerundio. El periodista en cuestión denunció la “impunidad” con que se vendían la cocaína y otras drogas, “hasta a los niños”, según remarcaba, y cargaba contra los “comerciantes sin conciencia que se están enriqueciendo” a costa de los “infelices” cocainómanos, cuyo nú-

mero -solo en la Ciudad Condal- cifraba en un total de “¡6.500!”.

A diferencia de la iniciativa del anarquista Mateo Santos, de artículo prácticamente diario, y agotada en poco más de una semana, la campaña sostenida por Fray Gerundio, con una periodicidad semanal, supo mantener al público en tensión desde el 20 de septiembre hasta el 25 de octubre de 1917. Además, el periodista de *El Diluvio* consiguió politizar el tema, involucrando a algunas autoridades, y supo introducir un elemento noticiable vinculado al mundo del ocio -al mencionar el caso de un “botones de un afamado music-hall” que revendía a artistas y prostitutas toda la cocaína que querían-, ajeno al estamento farmacéutico, que muy pronto iba a dar frutos. De hecho, tan seguro estaba Fray Gerundio del éxito en ciernes que al poner punto final a su campaña anunció la inmediata adopción de “medidas encaminadas a que se acaben de una vez estos abusos” y se felicitó por haber conseguido “atraer la atención de las autoridades sobre la escandalosa venta de cocaína”.

Por otra parte, hubo creadores de opinión, como Joaquín Arrarás Iribarren, de filiación monárquica, tradicionalista y regeneracionista, que mostraron serias preocupaciones eugenésicas en torno al consumo y tráfico de drogas:

Cuando en todas partes se tiende a vigorizar la raza, a fortalecerle en su esencia, que es la juventud, aquí la estamos desmedulando con la venta escandalosa de tóxicos; cuando París, que importó y exportó ese vértigo del placer artificial, lo ha suprimido al darse cuenta de los daños que produce, en San Sebastián lo han adoptado con el gesto del elegante que acaba de hacer la última adquisición, para sublimar su “chic”

[...]

De la diversión y el gozo a la degeneración y al envilecimiento, media un abismo que nadie tiene derecho a salvarlo, aunque con ello resulte perjudicado: con el mal, no es lícito comerciar. Además, la raza no es un ente imaginario y quimérico, sino una organización a la que todos debemos aportar nuestro material apoyo. En más de medio mundo, y principalmente en Europa, las razas están sometidas a

las más duras pruebas: y ya que hoy el deber no nos lleva a las trincheras ni a las forjas, a lo menos no degeneremos a la raza, no la empobrecemos, porque algún día sonará su hora, como también ha sonado para otras...

Consecuencias legislativas

En respuesta a la presión mediática y a la alarma desatada entre las “gentes sensatas” y las “Autoridades sanitarias”, a raíz del fallecimiento por sobredosis del conde de Villanueva del Soto, y de otros sucesos similares convenientemente aireados por la prensa, pocos meses después el gobierno presidido por Manuel García Prieto, del Partido Liberal Demócrata, invocando el citado Convenio de La Haya, dio luz verde a la primera medida legislativa encaminada a reprimir el consumo y tráfico de drogas en España. Nos referimos a la Real orden circular del Ministerio de la Gobernación publicada el 1 de marzo de 1918, en la cual el gobierno español también mostraba sus preocupaciones eugenésicas por “el vigor

de la raza” ante el incremento del consumo de “la cocaína y sus derivados, el opio y sus alcaloides, singularmente la morfina, el éter, el cloral y otros narcóticos y anestésicos análogos”, y pretendía frenar su avance “no sólo en boticas y droguerías, sino en cafés, casinos, bares y otros centros de recreo”.

En realidad, la referida orden circular no introducía ninguna medida técnica nueva, que no estuviera ya contemplada en las Ordenanzas de Farmacia, pero era la prueba definitiva de que el Gobierno había decidido sumarse a la cruzada contra el uso de drogas que se había desatado a nivel internacional. Una medida que inauguraba la política restrictiva en materia de drogas en el estado español y fue saludada por la prensa en general y celebrada como una “plausible Real Orden” por periódicos como *El Sol*, de Madrid, y *La Voz de Guipúzcoa*. Una medida, en definitiva, que abrió un nuevo capítulo en la historia de las drogas en España.

Contacto

Juan Carlos Usó Arnal • jcuso@hotmail.com

Fuentes bibliográficas

Aguirre R. *Efemérides. Donostia. San Sebastián. 1813-2013 (El bicentenario del incendio y reconstrucción de la ciudad)*. Donostia: Kutxa Fundazioa; 2013.

Beldarrain M. *Kursaal*. Madrid: Huerga & Fierro; 2000.

Fernández Coello de Portugal A y J. *Belmonte (1919)*. Madrid: Imprenta artística Sáez Hermano; [s.a. ¿1919?].

Gondry E (director y propietario). *Le tout Madrid. Anuario de la aristocracia*. Madrid: Tipografía de V. H. de Sanz Calleja; 1917.

León-Boyd (Enrique Casal). *El año aristocrático (Compendio de la vida de sociedad) 1916-1917*.

Madrid: Establecimiento tipográfico de Blass y Cía.; 1918 vol. tercero.

Lerena M. Nacionalismo vs. Cosmopolitismo: modas foráneas y jazz en la música popular urbana del País Vasco durante las primeras décadas del siglo XX. Marín López J, Gan Quesada G, Torres Clemente E y Ramos López P (editores). *Musicología global, musicología local*. Madrid: Sociedad Española de Musicología; 2013.

Sada JM. *Historia de San Sebastián a través de sus personajes*. Irún (Guipúzcoa): Alberdania; 2002.

Sada JM y Hernández T. *Historia de los casinos de San Sebastián, siglos XIX y XX. Centenario de la construcción del Gran Casino de San*

Sebastián, 1887-1987, San Sebastián: Nuevo Gran Casino del Kursaal; 1987.

Sada JM y Sada A. *San Sebastián: La Historia de la Ciudad a través de sus calles, plazas, barrios, montes y caminos*. 3ª ed. Andoain (Guipúzcoa): Txertoa; 2007.

Trotsky L. *Mis peripecias en España*. Madrid: Reino de Cordelia; 2012.

Fuentes hemerográficas

ABC (Diario ilustrado). *Diario de Gerona (De avisos y noticias)*. *Diario Vasco*. *El Día (Diario de la noche)*. *El Día de Madrid (Diario político neutral)*. *El Diluvio (Diario republicano)*. *El Globo (Diario independiente)*. *El Heraldo Militar (Defensor de las escalas de reserva y retirados del ejército)*. *El Imparcial (Diario liberal)*. *El Liberal Guipuzcoano (Diario político independiente)*. *El País (Diario republicano)*. *El Papagayo (Semanao parlanchín)*. *El Pueblo Vasco (Diario independiente)*. *El Regional (Diario de la tarde. Últimas noticias y telegramas)*. *El Siglo Futuro (Diario católico)*. *El Sol (Diario independiente)*. *Gaceta de Madrid*. *Germinal (Diario radical de la mañana)*. *Heraldo de Castellón*. *Heraldo de Madrid*. *Heraldo Militar*

(Periódico independiente de la tarde). *Hidalguía (La revista de genealogía, nobleza y armas)*. *La Acción (Diario de la noche)*. *La Constancia (Diario fuero-integrista. Órgano de la Junta regional)*. *La Correspondencia de España*. *La Correspondencia Militar*. *La Época (Últimos telegramas y noticias de la tarde)*. *La Información (Diario independiente)*. *La Lucha*. *La Nación (Diario de la mañana)*. *La Nueva Lucha (Diario de avisos, eco de las aspiraciones del Partido Liberal-Dinástico de la provincia)*. *La Provincia (Diario de Castellón)*. *La Publicidad*. *La Traca*. *La Vanguardia*. *La Voz de Guipúzcoa (Diario republicano)*. *Nuevo Mundo (Revista popular ilustrada)*. *Revista Cómica*.

E-direcciones

<http://ww1centenary.oucs.ox.ac.uk/body-and-mind/drugs-and-dora-2/>

[http://revista-hc.com/magazine/2/La-prensa-guipuzcoana-en-los-anos-finales-de-la-Res-tauracion-\(1917-1923\)](http://revista-hc.com/magazine/2/La-prensa-guipuzcoana-en-los-anos-finales-de-la-Res-tauracion-(1917-1923))

<http://www.euskomedia.org/aunamendi/109600>

- Recibido: 21/07/2014.
- Aceptado: 24/09/2014.

Vicisitudes del manicomio de Toledo durante la Guerra Civil Española (1936-1939).

Vicissitudes of The Toledo Mental Hospital during the Spanish Civil War (1936-1939).

Paloma Vázquez de la Torre Escalera

Doctora en Medicina, especialista en psiquiatría.

CSM Fuenlabrada (Hospital de Fuenlabrada). Madrid.

Resumen: El Manicomio de Toledo era un establecimiento provincial con graves problemas de sobrepoblación de enfermos durante los años treinta del siglo XX. Un gran número de enfermos mentales fue evacuado al estallar la guerra, lo que permitió recibir pacientes durante los años siguientes -principalmente de la zona nacional de la provincia de Madrid-, y continuar funcionando a pesar de la reducción de personal, ya que parte del mismo se encontraba desaparecido. Por otro lado, el establecimiento fue utilizado para albergar a enfermos no mentales y, como sucedió en otras instituciones, para alojar a personas evacuadas. Finalizada la guerra amenazaba una situación de hacinamiento de pacientes al retornar los evacuados y se hizo necesaria la contratación de trabajadores no cualificados, principalmente mutilados o religiosos.

Palabras claves: Manicomio de Toledo, Guerra Civil española, psiquiatría.

Summary: The Toledo Mental Hospital was a Provincial Council Institution. It presented problems of patients' overpopulation during the 30s years of XX century. At the beginning of the Civil War, a vast number of mentally ill patients were evacuated from the Toledo Mental Hospital. Although part of the staff disappeared at the beginning of the war, these patient movements allowed the Toledo Mental Hospital to continue functioning, and also to receive patients during the following years from the Francoist side of Madrid. Furthermore, the hospital attended as well no mentally ill patients and shelter evacuated people, as happened in other state institutions. When the war was over, the patients evacuated were taken back, causing an overcrowding that required the hiring of non qualified staff (mainly religious members or mutilated soldiers).

Key words: Toledo Mental Hospital, Spanish Civil War, psychiatry.

Introducción

Es relativamente reciente el interés prestado por la historiografía psiquiátrica al funcionamiento de las instituciones manicomiales y la situación de los enfermos mentales en tiempos de guerra. Sin duda, la asistencia psiquiátrica durante la

Primera Guerra Mundial y, sobre todo, la Segunda Guerra Mundial, han generado el mayor número de investigaciones en las últimas décadas (1, 2, 3, 4).

Más reciente, y aun escaso, es lo que conocemos sobre la situación de los enfermos mentales en

los manicomios españoles durante la Guerra Civil española (1936-1939); si bien en los últimos años se han ampliado los trabajos, que dan una visión tanto del panorama general (5 y 6), de algunas regiones del país como Valencia (7), o de instituciones concretas, como el Manicomio de Santa Isabel de Leganés (8). El objetivo de este trabajo es realizar una aproximación a la situación y funcionamiento del Manicomio de Toledo durante esta guerra. Para ello se han utilizado principalmente documentos del Archivo de la Diputación Provincial de Toledo, pero también de otros archivos del territorio nacional, como también se ha consultado la prensa de la época y bibliografía secundaria.

El manicomio de Toledo y el estallido de la guerra

Este manicomio fue conocido como Hospital del Nuncio, de la Visitación o de Inocentes de Toledo, y su fundación se remonta a finales del siglo XV, momento en que nació como establecimiento religioso para albergar a pobres, orates y huérfanos. En 1836 pasó a depender de la Junta Provincial de Beneficencia, y es a partir de 1843 cuando fue declarado Establecimiento Provincial (9).

Como sucedía en otras instituciones de la época, presentó problemas de sobrepoblación de pacientes, falta de personal y deficiencias arquitectónicas en sus instalaciones. Así, el 24 de junio de 1936, Valentín Santiago Hinojosa –que ejercía de médico director tras la suspensión en mayo de 1936 del director previo, Gonzalo Pulido García- envió una carta a la diputación de Toledo denunciando el hacinamiento de enfermos y pidiendo que se estudiase el medio de ampliación del establecimiento, exponiendo que:

« [...] dado el excesivo número de enfermos unido a la época actual del año, nos hace temer la presencia de alguna epidemia que diezmará nuestros enfermos con el consiguiente escándalo público y dolor de no poder desarrollar los medios higiénicos sanitarios convenientes, pues en dormitorios cuya capacidad a lo sumo, para diez enfermos, duermen en la actualidad, en doble sin condición de cama, pues muchos tienen que dormir en el suelo, habilitándose galerías y pasillos destinados durante el día para otras necesidades.

Nos esforzamos en disminuir la población manicomial pues en pocos días, aligerando tratamientos hemos conseguido poder dar algunas altas, pero los ingresos superan a las salidas y ha llegado un momento en que nuestro edificio capaz a lo sumo, para albergar a 200 enfermos, nos encontramos con que en la actualidad su número es el de 384, a más de un buen número de expedientes de ingreso que no se han efectuado, por entender esta Dirección que los diagnósticos suscritos en los certificados psiquiátricos no acusaban gran peligrosidad, pudiendo por tanto aplazarse sus ingresos.»¹

Este documento refleja, sin duda, la precaria situación en los albores de la guerra, en la que se describe hacinamiento de enfermos y deficiencias en las instalaciones.

Tras el levantamiento, las primeras semanas supusieron una situación de caos para la mayoría de las poblaciones del país, más si cabe para Toledo. Es de sobra conocida la estrategia militar llevada a cabo por Franco para ocupar Toledo y recuperar el Alcázar, y el significado que este episodio aportó al ideario franquista (10).

En este contexto, sabemos que en agosto del 1936 se encontraban en el manicomio varias personas ajenas al mismo, así 18 mujeres que constaban “en calidad de detenidas o refugiadas, sin orden alguna”, además de familiares de trabajadores, voluntarios que prestaban servicios y una niña de unos cinco años de la que se desconocían datos de filiación. Esto refleja la situación de desorden y miedo de la que era presa la población en esos primeros momentos de la guerra². Y en este sentido sabemos que el manicomio fue utilizado, al menos en estos momentos iniciales de la guerra, para realizar detenciones. Así, la prensa franquista relató la detención y arresto de María Guzmán de Moscardó y uno de sus hijos en la capilla del manicomio. Esta mujer era la esposa del Coronel Moscardó, cabeza de la sublevación en Toledo, que se hallaba refugiado en el Alcázar. La muerte de otro de sus hijos fue uno de los mitos más utilizados por la propaganda nacional, comparándola con la muerte del hijo

¹ Archivo de la Diputación Provincial de Toledo. Legajo 5972/1.

² Archivo de la Diputación Provincial de Toledo. Legajo 5972/1.

de Guzmán “El Bueno”. Y así, la detención de María de Guzmán en el manicomio fue ampliamente tratada por la prensa de la época³. Transcribimos un fragmento, que da cuenta también de la situación de los pacientes:

«[...]¡Qué horror! A la derecha de la capilla, los disparos de cañones y ametralladoras, las explosiones de las minas para volar el Alcázar. Los locos se desesperaban. Daban gritos sobrehumanos, alaridos espantosos, rugidos de desesperación. A la izquierda de la capilla estaban recluidas las mujeres enfermas, y sus nervios, más sensibles que los de los hombres, las impulsaban a chillar de manera estridente.

Así, en aquel desconcierto, en aquel salvaje griterío, vivió Doña María de Guzmán las horas más horribles de su vida. [...]»⁴

Por otro lado, el 1 de septiembre, la Diputación de Toledo comunicó al manicomio la “prohibición de suministrar del depósito de ese establecimiento ninguna clase de artículos a los funcionarios afectos al mismo, como asimismo a ninguna otra persona”. Sin duda el personal de la institución, que sufría también las consecuencias de la guerra, en algunos casos se apropiaba de los suministros destinados a enfermos y es probable que se produjeran otros casos de saqueo.⁵

Por otra parte, días después de la entrada de los franquistas a Toledo, Pulido envió una relación de la situación del personal, en la que se describía que Santiago Hinojosa había desaparecido. De ese modo Pulido, el único galeno, volvió a ocupar el cargo de director médico en la institución, del que, como hemos señalado, había sido cesado en mayo de 1936. También se encontraba desaparecido uno de los tres practicantes, y permanecían 10 de los 13 enfermeros, el mozo de cocina, la lavandera, el portero y dos sirvientes; y se señalaba que había 9 personas más que prestaban servicios espontáneamente y en espera de la decisión de la Superioridad⁶.

³ *Heraldo de Zamora*, 23 nov. 1936, p. 3; *El Avisador Numantino*, 14 oct. 1936, p. 5-6; *Diario de Córdoba*, 22 nov. 1936, p.1. Entre otros.

⁴ *La Prensa*, 24 dec. 1936, p. 2.

⁵ Archivo de la Diputación Provincial de Toledo. Legajo 5972/1.

⁶ Archivo de la Diputación Provincial de Toledo. Legajo 5972/1.

La población manicomial durante la guerra

En cuanto a los enfermos, la situación de amenaza de los primeros dos meses de guerra en Toledo llevó al traslado, por el Gobierno de la República, de la mayor parte de los pacientes, principalmente varones, a un sanatorio instalado en un edificio de las Adoratrices en Guadalajara; y posteriormente a Consuegra, a un antiguo convento de Carmelitas⁷. El movimiento de enfermos durante la guerra fue una constante en España, así, entre otros, fueron evacuados los manicomios de Huesca, Teruel y Oviedo. En la vecina provincia de Madrid, la evacuación de enfermos fue especialmente necesaria, dada la situación de cerco y bombardeos constantes. Los pacientes de los hospitales madrileños próximos al frente de batalla, como el Sanatorio Neuropático de Carabanchel Bajo (propiedad de Gonzalo Rodríguez Lafora) o el Sanatorio Esquerdo, fueron trasladados a finales de 1936. La escasez de instituciones psiquiátricas, la imposibilidad de traslados a Leganés y Ciempozuelos y las condiciones de la guerra llevaron al hacinamiento de los pacientes en las salas de dementes del Hospital Provincial de Madrid. De hecho, el Consejo Superior Psiquiátrico había propuesto a ambas direcciones de Sanidad Militar y Civil que las clínicas próximas a los frentes convertidas en cívico-militares, entre las que se incluía este Hospital Provincial de Madrid, fueran evacuadas de los enfermos crónicos civiles, obligando a traslados de enfermos mentales hasta manicomios (u establecimientos religiosos y balnearios habilitados) de la costa Mediterránea (11,12). Por otro lado, establecimientos que iban siendo ocupados por el ejército franquista, como los manicomios de Ciempozuelos o el de Leganés, se encontraban también en zonas próximas al frente de batalla y, por tanto, con dificultad para admitir a nuevos internados (13), lo que veremos que repercutió en los ingresos en el Manicomio de Toledo.

En el Manicomio de Toledo, la evacuación de pacientes en los primeros meses de la guerra fue tal que, en noviembre de 1936, el número de internados había descendido desde los 384 presentes en junio de 1936 a 148 (22 hombres y 126 mujeres).

⁷ Archivo de la Diputación Provincial de Toledo. Legajo 5973/1 y 5980/1.

Esta disminución de internados mejoró en esos momentos la situación de hacinamiento previo y permitió a la institución funcionar a pesar del descenso de personal causado por las desapariciones. No obstante, posteriormente se produjeron reorganizaciones y parte de las instalaciones se destinaron para fines militares y de alojamiento de evadidos, como señalaremos. En cualquier caso, en esa época, Pulido se expresaba así sobre la situación del manicomio, de los internados y sobre las necesidades de personal:

« [...] teniendo en cuenta que el número de enfermos mentales es actualmente de 148, es suficiente un solo médico, encargado de la asistencia de los mismos, siendo de esperar, que al aumentar el número de enfermos, por regreso de los huidos, tengamos también la alegría de encontrar al Dr. Hinojosa.

Respecto al número de practicantes, nos atrevemos a aconsejar a V.E. sea amortizada la plaza del que prestó sus servicios en este Establecimiento (D. Alberto Martín López), continuando solo D. Casimiro Ibáñez, y esperando el aumento del número de enfermos para decidir lo pertinente con referencia a la otra plaza consignada en presupuestos.

Entendemos también que con los cuatro sirvientes masculinos que existen en la actualidad quedan perfectamente atendidos los 22 enfermos que hoy tenemos.

Debiendo cuando aumente el número de enfermos aumentarse también el número de encargados de su vigilancia y asistencia pero cumpliendo lo legislado en los últimos tiempos que por responder en un todo a las aspiraciones de la Asociación de Neuropsiquiatras nos creemos en el deber que cumplimos gustosos de defender.

Es decir que los enfer[meros] deben estar especializados y que los otros servidores deben llamarse mozos o sirvientes y encargados únicamente de la vigilancia y limpieza de los enfermos y menesteres domésticos en el establecimiento.

Así mismo entendemos que estos subalternos deben ser jornaleros con todas las prerrogativas que la Ley les conceda, pero de ningún modo funcionarios, pues precisamente esta

dualidad de facetas que presentaban, les hacía acogerse a las leyes como jornaleros o como funcionarios, según les conviniere, y aquí resultaba un semillero de dificultades, obstáculos y disgustos para la superioridad.

Es imposible en cambio que atiendan debidamente dos sirvientas femeninas a las 126 enfermas que hoy tienen a su cargo, y como existen consignadas en presupuesto cuatro sirvientas, entiendo debe aumentarse en dos el número de ellas.

A este fin he realizado varias gestiones, con resultados negativos, pues o no encontré personal, o lo encontré sin un mínimo de condiciones de capacidad, pues queremos que estas plazas se otorguen con vistas al bien del enfermo mental, y no como se hizo hasta aquí, teniendo en cuenta solo, el bien del protegido a quien se colocaba de enfermero.

No terminaré sin manifestar a V. que esta Dirección estuvo, siempre recargada de trabajo, teniendo que hacer mecánicas propias del personal administrativo, por lo que debiera quedar adscrito un funcionario de esta disciplina a la dirección del manicomio, y en caso de que esto no pueda ser, o no convenga por las especiales condiciones de la Diputación, que se respete por lo menos la existencia de una Srta. Mecnógrafa. [...]»⁸

Este documento es especialmente interesante por la mención directa a las reformas legislativas en relación a la especialización de enfermeros y la alusión a la Asociación de Neuropsiquiatras, cuyos miembros activos permanecían, en esas fechas, mayoritariamente en zona republicana como Rodríguez-Lafora, Sacristán o Mira (14,15,16), que trabajaron durante la contienda en zona republicana, pero también Rodrigo González Pinto, Julio Olanar o y José Peña del Sanatorio de Santa Águeda, ubicado en zona republicana hasta abril de 1937 (17).

La lucha por la profesionalización de la enfermería psiquiátrica no era nueva, de hecho fue una de las reformas impulsadas durante el gobierno de la Segunda República. Así, una orden de 16 de mayo de 1932 estableció la necesidad de especializa-

⁸ Archivo de la Diputación Provincial de Toledo. Legajo 5972/1.



ción y capacitación de los enfermeros que trabajaban con pacientes mentales y las directrices para llevarlas a cabo, publicándose, pocos días antes de iniciarse la guerra, la lista de aspirantes a obtener los diplomas de practicantes y enfermeros psiquiátricos (18). Se pone de manifiesto en el documento enviado por Pulido a la Diputación, su intención de contar con una enfermería especializada. Sin embargo, no parece que este intento de profesionalización se desarrollara en Toledo, ni en otras instituciones de dementes como Leganés, Navarra y Valladolid (19, 20, 21). De modo que la confusión entre enfermero, sirviente o mozo, siguió presente incluso en los años cuarenta en el Manicomio de Toledo y, en las carpetas del personal, los términos se usan indistintamente y, en alguna ocasión, se señalaba el bajo nivel cultural y formativo de los trabajadores. Una situación diferente se ha descrito en algunas instituciones catalanas donde, a pesar de la guerra, se mantuvo este esfuerzo de formación y profesionalización de la enfermería psiquiátrica⁹.

⁹ Arxiu Nacional de Catalunya, FGR, cajas 464, 465, 466 479, 480, 484 y 571.

La situación de relativa holgura con que se encontraba el Manicomio en el otoño de 1936 permitió la entrada de pacientes, sobre todo de la provincia de Madrid. Si bien no disponemos del registro estadístico de la población total de alienados del manicomio durante toda la guerra, sí existen documentos donde se mencionan las entradas y salidas anuales en los años previos y en distintos momentos de la guerra (Tabla 1)¹⁰. En ellos se recoge esa salida masiva de enfermos al inicio de la guerra y el descenso de ingresos durante estos años. Si analizamos la mortalidad, destaca la mayor mortalidad entre las mujeres respecto a los hombres, y si bien esta diferencia era previa a la guerra, la brecha entre fallecimientos de varones y mujeres se acentúa en estos años. Esto está, por un lado, relacionado con que había menos hombres -ya que muchos habían sido evacuados-, pero también es probable que, como sucedió en el Manicomio de Leganés, los pabellones de mujeres estuvieran en peores condiciones.

¹⁰ Archivo de la Diputación Provincial de Toledo, Legajo 5973/1.

Tabla 1. Entradas y salidas en el Manicomio de Toledo (1933-1938)

Años	Entradas		Salidas		Fallecidos	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1933	70	57	40	22	12	27
1934	60	50	28	31	12	26
1935	72	44	39	25	28	8
1936	56	47	222	69	23	30
1937	43	32	19	12	7	34
1938	31	24	21	44	9	15
Totales	332	254	369	173	91	140

Las poblaciones de la provincia de Madrid en la zona nacional presentaron enormes dificultades para dar alojamiento a sus enfermos, niños y ancianos a cargo de beneficencia puesto que muchos de los establecimientos madrileños estaban en la zona republicana o restringieron los ingresos por su proximidad a los frentes de batalla. Esto obligó a su traslado a otros municipios. La Diputación de Toledo fue una de las provincias recepto-

ras y tanto el Hospital Provincial como el psiquiátrico acogieron a muchos pacientes madrileños, hasta el punto que el presidente de la Diputación de Toledo afirmó que el 95% de los enfermos del Provincial procedía de la provincia de Madrid.

Además, las autoridades militares emplearon partes del edificio para otras funciones no relacionadas con el internamiento y tratamiento de

enfermos mentales, de modo que un pabellón de enfermos tranquilos fue utilizado para alojar a personas evadidas de la zona republicana, denominados “pasados”. Se añadió a esto que el hospital provincial anejo sirvió de alojamiento para los militares, lo que obligó al ingreso en el manicomio de enfermos sin patología mental. Por otra parte, el depósito de cadáveres del establecimiento se utilizó para realizar las autopsias judiciales¹¹.

Esta presencia militar en el manicomio y hospital se pone de manifiesto en la correspondencia mantenida entre el Gobierno Militar de Toledo y el establecimiento¹². La intervención militar en el Manicomio de Toledo guarda ciertas similitudes con el Manicomio de Leganés, donde también se registraron ingresos por orden militar y se solicitó información sobre pacientes internados para reclamar su incorporación a la batalla o su clasificación en el cuadro de inutilidades.

El final de la Guerra en el Manicomio de Toledo: El retorno de los evacuados y la necesidad de personal

Finalizada la guerra, la amenaza de una nueva situación de hacinamiento de pacientes era patente. Los enfermos del Manicomio Provincial de Toledo, todavía internados en Consuegra debían volver al manicomio. Su número ascendía en esas fechas a 170 y su situación de precariedad y necesidad se describe en un informe realizado, previo al traslado:

« [...] En la actualidad cuenta con 170 dementes, entre ambos sexos, teniendo además nueve muchachas de la Inclusa para el ropero.

Se han venido defendiendo para darles de comer. Están muy mal de ropas.

Los dormitorios son galerías en una de las cuales hay unas tarimas para poner encima sacas de paja donde duermen los dementes, sin otras ropas. En las otras galerías las sacas están sobre el suelo.

Hay una enfermería con cuatro camas, con colchoneta y manta, pero sin sábanas. Otra igual para mujeres.

Las mujeres están en las celdas de las monjas, algunas con camas como las de las enfermeras [...]»¹³

Estos enfermos se encontraban atendidos en Consuegra por un médico, dos practicantes, cinco enfermeros, cinco enfermeras, personal subalterno para cocina, lavado, etc., y un administrador que dirigía el establecimiento. De cara a facilitar el regreso al Manicomio Provincial de Toledo de los 170 alienados, el 13 de abril de 1939 la Diputación comunicó al Manicomio la orden del Gobernador Militar de la plaza para que, con fecha del 10 de abril, fuera desalojado el pabellón que ocupaban los siete “pasados” de la zona roja¹⁴. Desconocemos las dimensiones de dicho pabellón, pero es difícil imaginar que 170 personas pudiesen estar en las mismas condiciones que tan solo siete. En este sentido, Pulido respondió al Presidente de la Diputación solicitando más medidas, además del desalojo de los evadidos, para facilitar el retorno de los pacientes:

« [...] Para realizar el mencionado traslado entendiendo esta Dirección es preciso:

- 1º Que urge lo primero solicitar de la autoridad militar que evacue rápidamente el Pabellón que ocupan 7 pasados anejo a Establecimiento y del que constituye una dependencia dedicada siempre a enfermos tranquilos.
- 2º Que urge solicitar de los superiores de la orden de San Vicente de Paul el envío de 10 hijas de la Caridad para hacerse cargo de este Manicomio.
- 3º Que urge asimismo que el Hospital Provincial sea evacuado, por lo menos parcialmente, por los militares que hoy lo ocupan con objeto de trasladar al mismo los enfermos de medicina y cirugía que hoy están hospitalizados en el Manicomio.
- 4º Que se pide con carácter urgente a mutilados proporcione 6 individuos que puedan ser sirvientes de Manicomio, los que han de reunir las condiciones mínimas de vigor, vista, oído etc. necesarias para el caso, por las condiciones especiales de nuestros enfermos.

¹¹ Archivo de la Diputación Provincial de Toledo. Legajo 5972/5 y 6019.

¹² Archivo de la Diputación Provincial de Toledo. Legajo 5972/3 y 5.

¹³ Archivo de la Diputación Provincial de Toledo. Legajo 5973/1.

¹⁴ Archivo de la Diputación Provincial de Toledo. Legajo 5973/1.



5º Que procede una visita de inspección al Convento de Consuegra donde están instalados nuestros enfermos y a fin de conocer su número por sexo, agitación, estado sanitario etc., como también las disponibilidades de ropas, utensilios menaje, etc. Y una vez en posesión de estos datos tomar las oportunas determinaciones.

6º Es importante que hasta tanto se haga el traslado y acoplamiento de los enfermos se restrinja el número de ingresos y se aumente si puede ser el número de altas, enviándolos a ser posible a los Manicomios de donde proceden o a sus casas si son compatibles con el medio familiar.»¹⁵

Este documento recoge la petición de que el manicomio pueda volver a funcionar como establecimiento para enfermos mentales, reclamando el desalojo de los evacuados y de los pacientes no mentales y la solicitud de más trabajadores, que fue cubierta con religiosos y mutilados de guerra. No hay una petición de enfermería especializada, y se retoma el término de “sirviente”, profesión para la que se exigían unos mínimos requisitos físicos, pero no de formación sanitaria. Este empleo de personal no necesariamente cualificado fue común con los manicomios de Leganés, Navarra y Valladolid, y probablemente en más instituciones psiquiátricas, conllevando un retroceso en las reformas republicanas que marcará, al menos, las primeras décadas de la posguerra.

¹⁵ Archivo de la Diputación de Toledo, Legajo 5973/1.

A modo de conclusión

En esta primera aproximación al estudio del Manicomio de Toledo durante la Guerra Civil podemos afirmar que el estallido de la guerra generó una situación de excepcionalidad en el Manicomio de Toledo, cuyas instalaciones fueron empleadas tanto como refugio como para la detención de personas. Numerosos pacientes fueron evacuados, dada la situación de riesgo por los bombardeos, y parte del personal desapareció. El funcionamiento de la institución se vio alterado durante la guerra, cambiando el perfil de pacientes internados, con la entrada de pacientes no mentales y el aumento de ingresos de pacientes de la Provincia de Madrid. La presencia de militares en el manicomio fue común con otras instituciones manicomiales durante este periodo, así como el empleo de personal no cualificado al finalizar la guerra.

No obstante, la investigación sobre el Manicomio de Toledo a través de fuentes de archivo sigue abierta, lo que nos permitirá continuar aproximándonos al conocimiento de las prácticas psiquiátricas y la situación de los enfermos mentales durante la Guerra Civil. De igual modo, son necesarios más estudios de investigación sobre las diversas instituciones psiquiátricas existentes durante la guerra o que se emplearon como tales durante la misma.

Contacto

Paloma Vázquez de la Torre Escalera

CSM Fuenlabrada (Hospital de Fuenlabrada) • Centro Especialidades El Arroyo, 1ª planta
c/ Comunidad de Madrid 10 • 28944 Fuenlabrada (Madrid)

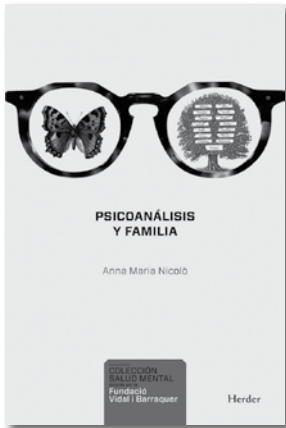
Tel.: 916 067 211 • paloma.vazquezdelatorre@salud.madrid.org

Referencias bibliográficas

1. Von Buelzingsloewen I. *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*. Paris: Éditions Flammarion; 2009.
2. Seeman MV, Kessler K, Gittelman M, editors. The Holocaust and the Mentally Ill. *Int J Ment Health* 2006; 35 (3 y 4).
3. Jones E and Wessely S. *Shell-shock to PTSD. Military psychiatry 1900 to the Gulf War*. London: Psychology press.
4. Holdorff B. The fight for "traumatic neurosis", 1889-1916: Hermann Oppenheim and his opponents in Berlin. *History of Psychiatry* 2011; 22(4): 465-476.
5. Huertas R. Spanish Psychiatry: The Second Republic, the Civil War and the Aftermat. *International Journal of Mental Health* 2007; 35 (4): 54-65.
6. Huertas R. La atención psiquiátrica a la población no combatiente durante la Guerra Civil española. En: Campos R, Villasante O and Huertas R, editors. *De la «Edad de Plata al exilio» construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*. Madrid: Frenia; 2007: 259-267.
7. García Ferrandis X. La asistencia psiquiátrica en la ciudad de Valencia durante la Guerra Civil española (1936-1939). *Norte de Salud Mental* 2012; (43): 81-94.
8. Vázquez de la Torre P. La Guerra Civil en el Hospital Psiquiátrico de Leganés. En: Simón D, Gómez C, Cibeira A and Villasante O, editors. *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2013, 481-493.
9. Sancho de San Román R. El Hospital del Nuncio de Toledo en la historia de la asistencia psiquiátrica, *Anales Toledanos* 1983; 17: 55 -60.
10. Beevor A. *La guerra civil española*. Barcelona: Crítica (3ª edición); 2010.
11. Villasante O. Los viajes de los "dementes" del Provincial de Madrid durante la Guerra Civil (1936-1939). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2010; 30 (108): 613-635.
12. Villasante O. De convento de dominicos a nosocomio y frenocomio de guerra: el Hospital Subalterno de Almagro (1937-1939). *Revista de Estudios Manchego* 2014; 39: 73-123.
13. Vázquez de la Torre P. *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939). Población manicomial y prácticas asistenciales*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2012.
14. Valenciano Gaya L. *El Doctor Lafora y su época*. Madrid: Ed. Morata; 1997.
15. Iruela LM. *Dr. Emilio Mira y López. La vida y la obra*. Barcelona: Universitat de Barcelona; 1994.
16. Vázquez de la Torre P y Tierno R. La literatura psiquiátrica durante la Guerra Civil española (1936-1939): Archivos de Neurobiología, Revista de Sanidad de Guerra y Revista Española de Medicina y Cirugía. En: Campos R, Villasante O y Huertas R, editors. *De la «Edad de Plata al exilio» construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*. Madrid: Frenia; 2007, 239-258.
17. Martínez Azumendi O. Terapéutica psiquiátrica en los años 40 (II). *Norte de Salud Mental* 2005; 22, 72-75.
18. Villasante O. Primeros intentos de profesionalización de la enfermería psiquiátrica: de la Segunda República a la Posguerra Española. En: Simón D, Gómez C, Cibeira A y Villasante O, editors. *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2013, 315-329.
19. Villasante O, Vázquez de la Torre P y Tierno R. La Guerra Civil en el Hospital Psiquiátrico de Leganés: Aproximación de un estudio a la población manicomial. En Martínez Pérez J, Estévez J, Del Cura M y Blas LV, editors. *La gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)*. Cuenca: Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha; 2008; 197-233.
20. García Cantalapiedra MJ. *Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid (1489-1975)*. Valladolid: Diputación de Valladolid; 1992.
21. Aztarain J. *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)*. Pamplona: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra; 2005.



ACTUALIZACIONES



Psicoanálisis y familia

Autora: Anna Maria Niccolò

Edita: Herder Editorial en su Colección Salud Mental
que dirige la Fundación Vidal i Barraquer.

ISBN: 978-84-2543-120-3

Las reflexiones teóricas recogidas en este libro de la neuropsiquiatra infantil y psicoanalista con función didáctica Anna María Niccolò analizan cuestiones como el funcionamiento interpersonal, patologías, vínculos, sueños, mitos, traumas, la violencia en la pareja y en la familia, y vienen avaladas por casos clínicos y experiencias contrastadas, que facilitan la comprensión de ciertas situaciones actuales, tales como la dificultad de la toma de decisiones, las nuevas formas de parentalidad o el papel que desempeñan los sentimientos y los afectos.

Esta autora que en los años 70s, motivada por los trabajos de Bateson y por la sesiones de Whitaker que había podido ver y seguir en Roma, en uno de sus primeros trabajos “El uso de la metáfora en la terapia familiar”, mostraba las raíces psicoanalíticas y se podía ver en germen lo que sería su futuro desarrollo profesional. La metáfora era desde ese entonces vista como un vehículo de mediación entre diferentes niveles de la mente, y entre el psicoterapeuta, el paciente y la familia.

Algunos años después, llegó la ruptura de la “Escuela de Roma”, por la incompatibilidad que existía entre los fundadores en el plano teórico y clínico; por un lado la psicoanalista (ella), y del otro lado los sistémicos. Hicieron un libro, traducido a muchos idiomas, “Behind the family mask” (la versión española llevaba el título “Detrás de la máscara familiar”) y se separaron. Las divergencias teóricas, clínicas y personales no eran ya superables.

Su trabajo como psicoanalista quedó definido y fundó junto a otros colegas un grupo que se ocupaba de Psicoanálisis familiar, y una revista que tiene ya más de veinte años (*Interazioni*). *Clínica e investigación psicoanalítica del individuo, la pareja y la familia*. El trabajo sobre la familia y la pareja, si excluimos las intervenciones más simples sobre conflictos educativos o sobre separaciones, necesita de una intervención sobre fantasías inconscientes compartidas por el grupo familiar; sobre vínculos construidos; sobre mitos; sobre los sueños en la familia y en la pareja; y otras cuestiones que le han interesado en su trabajo.

El libro hace un repaso histórico del desarrollo de la terapia familiar y revela la influencia, aportaciones y evolución de los recursos psicoanalíticos que se han ido implementando con el paso del tiempo, en Francia, Italia, Argentina y España.

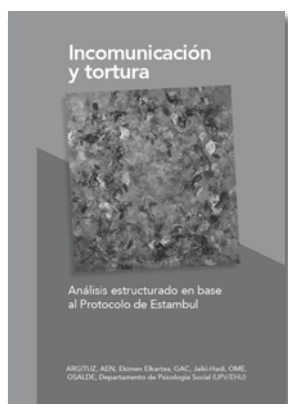
Las reflexiones teóricas recogidas en estas páginas analizan cuestiones como el funcionamiento interpersonal, patologías, vínculos, sueños, mitos, traumas, la violencia en la pareja y en el entorno familiar, y vienen avaladas por casos clínicos y experiencias contrastadas, que facilitan la comprensión de ciertas situaciones actuales, tales como la dificultad de la toma de decisiones, las nuevas formas de parentalidad o el papel que desempeñan los sentimientos y los afectos.

La autora aporta en este libro su gran experiencia terapéutica, su bagaje intelectual y su recorrido en la formación universitaria de los futuros psico-



terapeutas, invitándonos a una lectura que pone de manifiesto la complejidad de los procesos psicológicos y la multidimensionalidad de los niveles de observación e intervención en las dinámicas de pareja y familiares, con el fin de clarificar la metodología y enfoque adecuados de la terapia

psicoanalítica a seguir. El psicoanálisis de pareja y de familia está tomando notoria relevancia tras la implicación de señalados profesionales que, con su labor, están despertando el interés de los psicólogos y psicoanalistas.



Incomunicación y Tortura

Análisis estructurado en base al Protocolo de Estambul

VV.AA.: Olatz Barrenetxea, Iñaki Markez, Benito Morentin, Gabriela López, Oihana Barrios, Andrés Krakenberger y Pau Pérez (Coords.)

ISBN: 978-84-941387-9-9

Libro centrado en el estudio cuyo objetivo principal ha sido realizar una valoración individual de la fiabilidad del testimonio de tortura aplicando el Protocolo de Estambul mediante una evaluación médica y psicológica exhaustiva y rigurosa, acorde a estándares científicos internacionales. Se trata del primer estudio que se realiza en el Estado que toma como referencia dicho Protocolo cuyos principios fueron adoptados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en el año 2000.

El trabajo ha implicado a 35 profesionales de la salud (salud mental y medicina forense) de 8 organizaciones distintas: AEN, GAC, OME, Argituz, Jaiki hadi, Ekimen, Osalde y Dpto. de Psicología social de la Universidad del País Vasco. El estudio además de tener el aval del Comité de Ética e investigación de la universidad (UPV-EHU), cuenta con el apoyo de reconocidas organizaciones internacionales de lucha contra la tortura: desde Ginebra, los dos Relatores Especiales de NN.UU.

(el de Prevención de la Tortura y el de Derechos humanos y libertades fundamentales en la lucha contra el terrorismo); desde Copenhage por el IRCT (International Rehabilitation Council for Torture Victims); y desde Londres Amnesty International, Redress y Reprive,...

A pesar de que los informes de organizaciones internacionales y de organismos de Naciones Unidas señalan la existencia de la tortura, apenas existen datos y estudios sobre la misma. Esta investigación es un intento de avanzar en la visibilización de las víctimas de tortura y su necesaria reparación.

La muestra total de entrevistados reflejada en el libro es de 45 personas y abarca diferentes cuerpos de seguridad, períodos de incomunicación, épocas diferentes de detención y militancias divergentes. No es un estudio epidemiológico por lo que los datos no son extrapolables al resto de la población. El objetivo principal es analizar la

credibilidad de los relatos. La metodología empleada ha sido validada por los organismos internacionales a los que se ha presentado el estudio y se ha compartimentado en distintos niveles independientes de manera que los análisis realizados fueran lo más objetivos posibles.

A juicio de los expertos forenses, se considera que estas 45 personas han hecho un relato cierto y sustancialmente veraz de lo que constituyó su experiencia de detención incomunicada. El 53,3% obtiene un grado de credibilidad de “máxima consistencia”, el 31,1% “muy consistente” y el 15,6% “consistente”. Además del grado de consistencia de los relatos se examinaron otros aspectos como los métodos de tortura utilizados y el impacto psicológico producido. Los relatos muestran un patrón en los métodos de tortura con un inicio que varía entre los que son acusados de hechos graves con un comienzo muy agresivo y aquellos que las acusaciones son más vagas y los interrogatorios son más livianos; sesiones intermedias donde se alternan interrogatorios largos y agotadores con otros más cortos y períodos de aislamiento, combinándose también métodos de tortura físicos y psicológicos; cuando se produce una confesión, incriminación o autoincriminación cesan los interrogatorios y se prepara la declaración ante el juez y finalmente se da un cierre descrito como *amigable*.

La mayoría de personas que han estado en incomunicación tienen algún síntoma de estrés posttraumático, aunque hay una tendencia a que con el paso de los años estos síntomas disminuyan. En los dos primeros años el 83,4% de las personas entrevistadas muestran algún signo de estrés post traumático, entre el tercer y séptimo año baja al 50% y aquellas personas que sufrieron la tortura hace más de ocho años mantienen síntomas el 35,5%. Sin embargo, hay un porcentaje de los entrevistados que presentan un daño psicológico muy importante tras la tortura y a pesar del tiempo transcurrido desde los hechos, así, el 8,9% puede ser diagnosticado por los peritos de Transformación Persistente de Personalidad tras hecho catastrófico, la forma más grave de secuela permanente posible.

Muestran la idoneidad del uso del Protocolo Estambul y se recomienda complementar con escalas psicométricas tendentes a medir el trastorno

de estrés post-traumático, situación emocional, el impacto en la identidad, la visión de sí mismo, del mundo y de los demás, la ruptura del tejido social, etc.

Por último, el estudio señala recomendaciones al Estado, a las instituciones legislativas y judiciales, al Defensor del Pueblo, respecto a la documentación de la tortura, a la justicia, a la atención a las víctimas y medidas de reparación posibles. En este último punto se recogen aportaciones de las personas peritadas que señalan como medida principal de reparación el reconocimiento de los hechos, ya que la negación social y las acusaciones de mentira y simulación son muy dañinas. Otras medidas de reparación nombradas son una actitud institucional decidida para luchar contra la tortura, atención psicosocial, medidas de rehabilitación y apoyo individual, familiar o comunitario, garantías de no repetición, implementación de procedimientos administrativos legales que prevengan la tortura y construcción de nuevos espacios sociales inclusivos que permitan hablar de lo ocurrido.

Los resultados confirman las conclusiones de los diferentes informes de organismos internacionales. Las peritaciones muestran un importante nivel de credibilidad, coherencia y son evidencias concluyentes de interrogatorios que usan técnicas de coerción impropias de un estado democrático de derecho. A pesar del nivel de credibilidad alcanzado en el presente estudio existen serias dificultades para poder documentar la tortura. El régimen de incomunicación facilita la comisión de actos de tortura y malos tratos y puede en sí constituir una forma de trato cruel, inhumano o degradante o incluso de tortura. A las dificultades probatorias derivadas de la existencia de normativa excepcional antiterrorista, hay que añadir que el refinamiento de las técnicas de interrogatorio y de malos tratos o tortura actuales también dificulta la constatación objetiva de la existencia de torturas. Más dañino que la propia experiencia traumática es, en muchas ocasiones, la negación social, el vacío, la no validación, la privatización del daño y las acusaciones de mentira o simulación.



Distribución de libros

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

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

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

Agenda

- 6 al 8 de noviembre • Málaga
11º Congreso de la Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental-AEN.
Tiempos nuevos, tiempos salvajes: Resistencia y Salud mental
- 20 al 22 de noviembre • Madrid
XIX Curso Anual de Esquizofrenia: *Instituciones, delirios y terapias*
Información: www.cursoesquizofrenia.com
- 22 al 26 de noviembre • Cartagena de Indias (Colombia)
XXVIII APAL Asociación Psiquiátrica América Latina.

- 10 y 11 de Abril • Madrid
XIII Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la AEN: *“La Estructura familiar en la clínica psicoanalítica contemporánea”*
Pueden enviar sus propuestas a: aen@aen.es • Inscripción gratuita.
- 17 y 18 de abril • Valladolid
XXVII Congreso Nacional de Sepypna: *El grupo y la relación con el otro en el desarrollo psíquico de niños y adolescentes: implicaciones psicoterapéuticas*
Contacto: <http://congresos.sepypna.com/>
- 29 abril al 3 de mayo • Santiago de Chile.
X Congreso Iberoamericano de Psicodrama, Congreso de la Federación Iberoamericana de Psicodrama.
www.psicodrama2015.com/ws/

11, 12, 13 de junio de 2015 • Valencia
XXVI Congreso de Salud Mental de la AEN:
La salud mental en el contexto de la crisis
www.aen.es • aen@aen.es

Normas de publicación

La Revista NORTE de Salud Mental considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella.

En general no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para su publicación en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los “Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas” (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores previa a su publicación. El primer autor podrá recibir tres ejemplares de la revista, cuando desee recibir un mayor número lo comunicará con antelación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de NORTE de Salud Mental y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

Requisitos de los trabajos a publicar

Se enviarán al Consejo Editorial de NORTE de Salud Mental: norte@ome-aen.org, o bien al Apdo. 12, 48950 Erandio. Bizkaia.

Primera página. Incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos de los autores, indicando el título profesional,

centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página. Figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo en castellano e inglés. El resumen, no superior a 150 palabras, incluirá objetivos, metodología, resultados y conclusiones más destacadas. Se incluirán de 3 a 6 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los Originales deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas incluidas hasta 6 figuras o tablas. Las Notas clínicas no superarán las 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las Revisiones podrán contener un máximo de 15 páginas.

Referencias bibliográficas. Se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una “comunicación personal”.

Las tablas y gráficos se enviarán en documento aparte, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de “Normas de Vancouver”).

Artículos de revistas

- Artículo normal

Se mencionan hasta los seis primeros autores y se agrega la expresión "et al." si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for 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.html

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:

Revista de:



ASOCIACIÓN DE
SALUD MENTAL
Y PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental

Asociación Castellano Manchega
de Neuropsiquiatría
y Salud Mental

Associació Valenciana
de Neuropsiquiatría
(AEN-PV)

Asociación Extremeña
de Neuropsiquiatría
(AExN)

