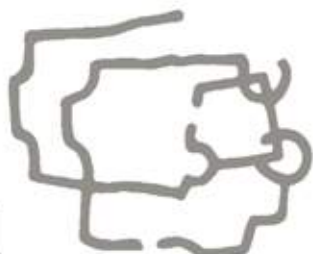


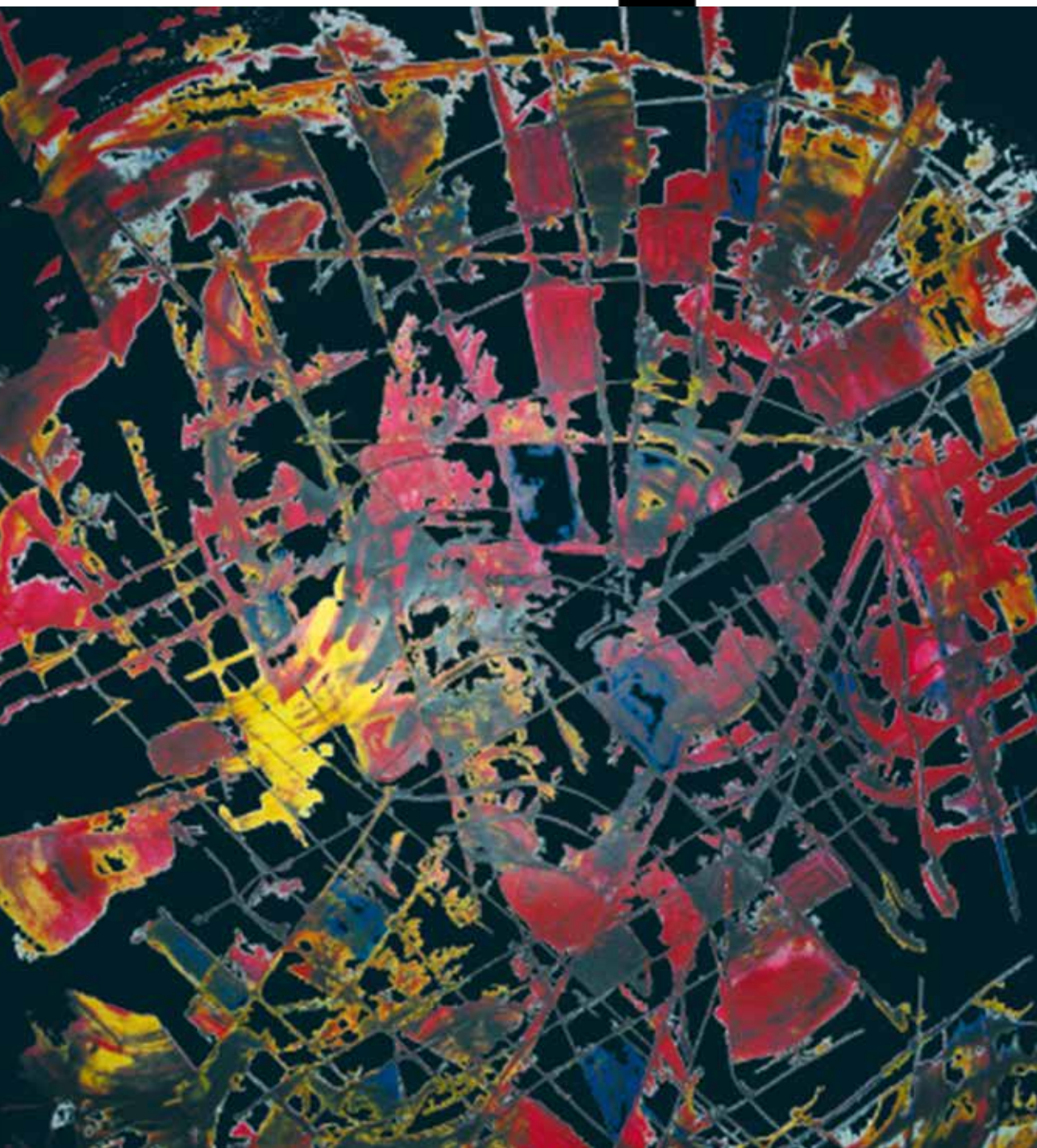
# NORTE

## DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XIII nº 53 Octubre 2015



Autoras: Isabel Alonso

A veces, pensamientos invaden mi cabeza.

Volumen XIII



Nº 51



Nº 52



Nº 53

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

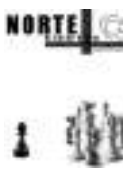
Volumen VIII



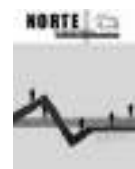
Nº 33



Nº 34



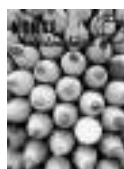
Nº 35



Nº 36



Nº 37



Nº 38

Volumen VII



Nº 27



Nº 28



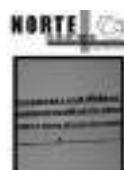
Nº 29



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

## NORTE de Salud Mental

### Director:

Markez, Iñaki

### Consejo Editorial:

Estévez, Juan  
Inchauspe, José Antonio  
Martínez, Ana  
Munarriz, Mikel  
Navarro, Mercedes  
Novella, Enric  
Redero, Jose María  
Rodríguez Pulido, Francisco  
Sierra, Deirdre  
Sureda, Catalina

### Consejo Asesor y de Redacción:

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

✓ Acceso disponible en: [www.revistanorte.es](http://www.revistanorte.es) • Correo-e: [info@revistanorte.es](mailto: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](http://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 Access 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 XIII nº 53, Octubre 2015

www.revistanorte.es

Realización y Administración:

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

info@revistanorte.es

Autora de la portada: Isabel Alonso

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: MS Comunicación Gráfica y Visual



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

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

# Sumario

NORTE de salud mental 53. Octubre 2015

<b>Editorial</b>	5
• Vidas sin refugio. <i>Carmen García Martín.</i>	7
<b>Originales y revisiones</b>	9
• Psicoanálisis y esquizofrenia, ¿una relación acabada? <i>Juan Francisco Artaloytia.</i>	11
• Repercusión de los desastres en la salud mental de niños/as y adolescentes. <i>Iván Castillo Ledo, Hilda Ledo González, Yisel Toyo Calderin.</i>	26
• Conciencia reflexiva del self relacional: Mindfulness, mentalización e integración en psicoterapia. <i>Carlos Mirapeix.</i>	35
• Un método para la construcción de los casos: encontrar una brújula en el trabajo con el otro. <i>Cosme Sánchez Alber.</i>	46
• Condicionantes psicosociales y organizativos en profesionales de Salud Mental determinantes del nivel de satisfacción laboral. <i>Raquel Alba Martín.</i>	51
• Alteraciones del campo visual en pacientes esquizofrénicos: miradas desde la perspectiva psicoanalítica. <i>Nicolás Vucínovich, Eugenio Medina.</i>	60
<b>Formación Continuada</b>	69
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XXI). <i>Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz.</i>	71
• Laura, un silencio pertinaz. <i>Nicolás Landriscini.</i>	79
<b>Historia</b>	81
• Apuntes históricos sobre las clasificaciones actuales de las patologías mentales. <i>Luis Pacheco, Daniel Padró, Wendy Dávila, Sofía Álvarez de Ulate, Pablo Gómez de Maintenant.</i>	83
• La formación de “enfermeros psiquiátricos” durante la posguerra española: a propósito de Jaén (1939-1955). <i>Olga Villasante.</i>	93
<b>Actualizaciones</b>	105
• Las prisiones de la locura, la locura de las prisiones. La construcción institucional del preso psiquiátrico. <i>Omar Alejandro Bravo.</i>	107
• El proceso de convertirse en persona autónoma. <i>Manuel Villegas.</i>	108
• Religión y Psicoanálisis en la obra de Ángel Garma. <i>Iñaki Markez.</i>	109
<b>Agenda</b>	111

# Summary

NORTE de salud mental 53. October 2015

<b>Editorial</b>	5
• Lives without shelter. <i>Carmen García Martín.</i>	7
<b>Original and reviews articles</b>	9
• Psychoanalysis and schizophrenia: A relation ended? <i>Juan Francisco Artaloytia.</i>	11
• Repercussion of the disasters in the mental health of boys/girls and teenage. <i>Iván Castillo Ledo, Hilda Ledo González, Yisel Toyo Calderin.</i>	26
• Reflective consciousness of relational self: Mindfulness, mentalization and integration in psychotherapy. <i>Carlos Mirapeix.</i>	35
• A method for building cases: Find an orientation working with the person. <i>Cosme Sánchez Alber.</i>	46
• Psychosocial and Organizational Constraints on Mental Health professionals who are determinants in the level of job satisfaction. <i>Raquel Alba Martín.</i>	51
• Visual disorders in schizophrenics patients: view from a psychoanalytic perspective. <i>Nicolás Vucínovich, Eugenio Medina.</i>	60
<b>Continuing Education</b>	69
• Continuing Education in Clinical Psychiatry: Self Opinion (XXI). <i>Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz.</i>	71
• Laura, a persistent silence. <i>Nicolás Landriscini.</i>	79
<b>History</b>	81
• Historical review of the current classifications of mental disorders. <i>Luis Pacheco, Daniel Padró, Wendy Dávila, Sofía Álvarez de Ulate, Pablo Gómez de Maintenant.</i>	83
• Psychiatric nursing training in Spanish Aftermath: About Jaén Psychiatric Hospital (1939-1955). <i>Olga Villasante.</i>	93
<b>Book reviews</b>	105
• Las prisiones de la locura, la locura de las prisiones. La construcción institucional del preso psiquiátrico. <i>Omar Alejandro Bravo.</i>	107
• El proceso de convertirse en persona autónoma. <i>Manuel Villegas.</i>	108
• Religion and psychoanalysis in the work of Angel Garma. <i>Iñaki Markez.</i>	109
<b>Calendar</b>	111



# EDITORIAL



# Vidas sin refugio.

## *Lives without shelter.*

Aylan Kurdi, es el nombre del niño de 3 años que perdió la vida ahogado a las puertas selladas de Europa. Una imagen que rompió la barrera impersonal de titulares de prensa como: “Otros doce sirios se ahogan en playas turcas”. Kinan Maselmehi, de 13 años, declaraba para el canal Al-Jazeera: “No queremos venir a Europa, sólo paren la guerra en Siria”. Los nombres propios van emergiendo, y con ellos historias de vida que están abriendo grietas de solidaridad popular ante una Comisión Europea que se permite tardar medio mes en reunirse para repartirse números, que se ha permitido también no llegar a un acuerdo, y volver a atrasar la reunión a una “cena informal” otros diez días después.

Conviene recordar que, tanto el Estado Español, como los países de la Unión Europea, son firmantes de la Declaración Universal de los Derechos Humanos que recoge el derecho de asilo y que está desarrollado en la Convención de Ginebra y Protocolo de Nueva York. Además, es un derecho también reconocido en la Carta Europea de Derechos Fundamentales y en la Constitución Española. Pero, pasaron al menos otros 10 días más pensándose. Los dirigentes europeos en su indecisión e incumplimiento de sus propios acuerdos y compromisos internacionales llevan a que muchos miles de personas estén días y días a la deriva, estén más días ahogándose, más días sin baños, sin apenas comida, sin dignidad, sin humanidad. Días de vidas de personas con nombres propios, llevadas al borde del abismo, cuando no a la muerte.

Estamos ante la mayor crisis de refugiados desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, muy superior a la acontecida durante la guerra en los Balcanes. En lo que llevamos de año, según CEAR (Comisión Española de Ayuda al Refugiado), han llegado a Europa 430.000 personas a través de la ruta del Mediterráneo, la mayoría de zonas en conflicto, sobre todo de Siria, que lleva 4 años en un conflicto multilateral. Estados Unidos intervino, primero permitió al ISIS debilitar

a Basher Al-Ashad, y ahora, ante la barbarie del Estado Islámico y su amenaza, se ve forzado a cambiar su táctica geopolítica. Despachos, frente a personas. Kerry, frente al niño Aylan.

Sin embargo, no hay que olvidar que más del 83% de las personas refugiadas lo son en los países más empobrecidos del mundo. De los 4 millones de refugiados sirios, por ejemplo, y siempre según datos de CEAR, 1,9 millones se encuentran en Turquía, 1,1 millones están en Líbano, 250 mil en Iraq, 630 mil en Jordania y 150 mil en Egipto. Países que tienen un PIB hasta 30 veces inferior al de España. No es Europa precisamente la desbordada y es del todo repugnante la famosa frase del ministro socialista francés Rocard de los 90, recuperada ahora por la derecha francesa a través de Alain Juppé: “Europa no puede seguir acogiendo toda la miseria del mundo”, y que resume el argumento falaz, insolidario e inhumano que quiere limitar la acogida de personas con derecho a asilo en la blindada Europa.

Europa no está pues, acogiendo toda la miseria del mundo, más bien todo lo contrario. Con sus vallas de cemento, de alambre, de gases lacrimógenos, de pelotas de goma, cierres fronterizos, blinda su entrada y hace del intento de atravesar sus puertas una trampa mortal desde hace ya décadas. Han muerto 250.000 personas en los últimos 15 años en el Mediterráneo, 2.800 en lo que llevamos de año.

Toca entonces desmontar otro discurso distractor, en este caso con tintes expiatorios ante tanta demora, cena informal, falta de decisión y maltrato a quienes claman refugio y vida digna. Es ese discurso que pretende poner el dedo culpabilizador en las mafias que se dedican al tráfico de personas. Son las propias dificultades puestas por la Unión Europea para llegar a esta parte del planeta las que alimentan las mafias. Los abusos, el riesgo para la vida y la integridad física y psicológica a la que se ven sometidas las personas que buscan llegar a Europa, son



provocadas por la política de refuerzo de fronteras en la que pone su empeño la Unión. Las mafias son una de las consecuencias de este tipo de políticas.

¿Y qué les espera a estas miles de personas cuando finalmente lleguen a los países de acogida? Es también nuestra responsabilidad que en el presente y futuro haya esperanza para ellos. Frente a un gobierno del Estado español que partió de la propuesta de regateo de cuotas, como si las vidas de las personas tras esos números fueran algo que se podía regatear, los nombres propios llegaron e impactaron en la vida de quienes aquí vivimos. Se multiplicaron los recuerdos de nuestra propia historia como personas que necesitaron asilo. Ha habido indignación ante la humillación, acoso, riesgo, que todos los días se está viendo en los medios de comunicación y la respuesta de las personas con nombres propios ha sido la de sentirse responsables de la acogida y cuidado de las personas refugiadas entre nosotras.

Las repercusiones de esta esperanza deben ser, no obstante, pensadas y planificadas. Pese a la evidente urgencia del momento actual, la situación geopolítica hace necesarias soluciones duraderas y sostenibles. Dentro de esa respuesta sostenida en el tiempo, las personas que se dedican a la Salud Mental tenemos también nuestra responsabilidad, la de aportar nuestro trabajo a esta urgencia y la de generar mecanismos de coordinación duraderos entre los espacios de atención de la Salud Mental y los espacios de acogida de personas refugiadas hoy, migrantes siempre.

Hablábamos de vidas, subjetividades tras cada uno de los números que se manejan de manera impersonal. Conflictos bélicos con más de 4 años de duración como en el caso de Siria, la exposición a un viaje lleno de riesgo, hambre e inhumanidad, la acogida brutal en países como Hungría o Croacia, y la desgana y desidia de los gobernantes europeos pueden darnos una idea de que estas subjetividades vienen dañadas, doloridas, heridas, con necesidad de cuidados intensivos. Podemos esperar que junto con la alimentación, alojamiento, sanidad y asesoramiento jurídico,

la atención psicoterapéutica sea un elemento fundamental en la acogida de personas refugiadas. De manera inmediata, atendiendo a las heridas abiertas antiguas y no cuidadas y a las recientes provocadas por el maltrato en su exilio hasta llegar entre nosotras.

Pero también, como decíamos, hace falta un trabajo sostenido en el tiempo. La llegada a otra cultura de acogida supone elementos de duelos y de estrés: otro idioma, otros alimentos, muchas rupturas, otras maneras de relacionarse, mirarse, escucharse, caminar... Y tanto que echar de menos: personas, luz, colores, olores y maneras de vivir., de quien viaja de un lado a otro teniendo que ser otra persona, otra identidad por construir. Desde los lugares de acogida tenemos la responsabilidad de integrar la identidad cultural de origen, poner en valor la historia de vida hasta la llegada al país de acogida en el convencimiento de que las posturas asimilacionistas son altamente perjudiciales para la Salud Mental. A la vez, es necesario evitar la falta de contacto de igual a igual entre las personas acogidas y quienes acogemos. La ola de solidaridad expresada a través de personas particulares que quieren ayudar de manera voluntaria en esta situación de urgencia, debe poder convertirse en espacios de intercambio humano, alejados de paternalismos caritativos y orientados al conocimiento mutuo, porque es también sabido que la marginación y la discriminación percibida perjudican la Salud Mental.

Es urgente ofrecerse ya en aquellas ciudades en las que se está acogiendo a personas refugiadas. Es necesario comenzar ya a pensar esos mecanismos duraderos en el tiempo de atención a la Salud Mental. Es conveniente recoger ya los conocimientos acumulados sobre migración que son muchos y ponerse a trabajar. Indignarse no es suficiente.

Carmen García Martín.



**ORIGINALES Y REVISIONES**



# Psicoanálisis y esquizofrenia, ¿una relación acabada? (\*)

## *Psychoanalysis and schizophrenia: A relation ended? (\*)*

Juan Francisco Artaloytia

Psiquiatra, psicoanalista. Bilbao.

**Resumen:** Se presentan primero los argumentos críticos de autores que cuestionan la relación entre psicoanálisis y esquizofrenia. Seguidamente se rebaten tales argumentos, introduciendo la idea de que la clasificación freudiana de las representaciones en signos de percepción, representaciones cosa y representaciones palabra, surgida del estudio de las afasias, no ha sido lo suficientemente desarrollada para la comprensión de la esquizofrenia. En la clínica se muestran cuatro fragmentos de una sesión con un paciente esquizofrénico, de la primera en diván tras dos años de trabajo en cara a cara, durante la cual las alucinaciones auditivas hostiles se presentan en directo. En la metapsicología se desarrolla el citado esquema freudiano como base para que en la psicopatología se estudie en profundidad el material clínico referido. En la evolución, se presentan ciertos datos del trabajo del paciente con su psicoanalista que muestran los potenciales beneficios. Finalmente se abordan algunas cuestiones técnicas en el trabajo con pacientes esquizofrénicos.

**Palabras clave:** esquizofrenia, psicoanálisis, metapsicología, psicopatología.

### Introducción

Hace cerca de 15 años Willick (2001) publicó un trabajo riguroso en el que cuestionaba las hipótesis psicoanalíticas sobre la participación de factores “psicogénicos” en la etiología de la esquizofrenia desde una línea argumental esencialmente epidemiológica. Alertaba sobre la dificultad de los analistas para aceptar una etiología “biológica” y prevenía para no caer de nuevo en “errores” similares. Además llamaba la atención sobre el hecho de que en una revisión de los trabajos de los teóricos de las relaciones de objeto británicos no se encontraran casos bien documentados de esquizofrenia, con la excepción de los publicados por Rosenfeld. Fue contestado por Frattaroli (2002), Robbins (2002) y Gottdiener (2002).

En parte al hilo de lo anterior Gabbard y Williams (2003) propusieron un interesante debate sobre la relación entre psicoanálisis y esquizofrenia entre un detractor estadounidense y un partidario británico. El primero, Michels (2003) aportaba su reflexión crítica. Además de los argumentos de Willick, recordaba la ausencia de publicaciones que demuestren una efectividad del psicoanálisis en el tratamiento de la esquizofrenia. Se llegaba a preguntar si el psicoanálisis aporta a la esquizofrenia algo diferente que a la esclerosis múltiple, el cáncer o la indigencia. El segundo, Lucas (2003) limitaba las aportaciones del psicoanálisis a la esquizofrenia a la de una herramienta técnica que supone el mejor modo de acercarse a los pacientes y entenderlos mejor.

---

(\*) Artículo ganador en el IIº Premio Ángel Garma al mejor trabajo de Psicoanálisis, impulsado por la AEN y organizado en esta ocasión desde la Sociedad Aragonesa de Salud Mental-AEN, entregado en Zaragoza durante sus IX Jornadas el 13 de noviembre de 2015.



Con todo ello se dibuja un panorama sombrío que cuestiona la relación entre psicoanálisis y esquizofrenia. Los argumentos esgrimidos son fundamentalmente tres: 1. La etiología de la esquizofrenia es “biológica” y no “psicogénica”. 2. No hay casos bien documentados de esquizofrenia en la literatura psicoanalítica. 3. No hay publicaciones que demuestren una utilidad del psicoanálisis en la esquizofrenia. Seguidamente, se pasa a realizar un comentario crítico de estos tres apartados:

### 1. La etiología de la esquizofrenia es “biológica” y no “psicogénica”:

Es incuestionable que factores etiológicos orgánicos como la predisposición genética, las infecciones intraútero o el sufrimiento peripuerperal se han visto sólidamente relacionados con la etiología de la esquizofrenia (Minzeberg et al, 2008). Sin embargo, hay toda una serie de datos que deberían llevarnos a reflexionar más a fondo:

- Primero, resulta difícil definir variables “psicogénicas” susceptibles de ser registradas y estudiadas epidemiológicamente. No es fácil pensar en cómo objetivar la presencia de funcionamientos favorables o no entre el bebé, la madre y su entorno durante los primeros tiempos de vida. El que el estudio de tales factores sea complejo no implica que carezcan de importancia. De hecho hay datos que apuntan en la dirección de no poder descartarlos tan rápidamente. Así la tasa de concordancia en gemelos monocigotos (el porcentaje de casos en que ambos hermanos desarrollan la enfermedad) para la esquizofrenia (compartiendo prácticamente una misma carga genética y un mismo ambiente intraútero y parecidas aunque no iguales condiciones peripuerperales) es en torno a un 40-50% (Cardno y Gottesman, 2000). Para una enfermedad genética con etiología demostrada como la Enfermedad de Huntington la tasa de concordancia es cercana al 100% (Friedman et al, 2005). Para una enfermedad infecciosa de afectación intraútero como la toxoplasmosis la tasa de concordancia en monocigotos es en torno al 95% (Peyron et al, 2003). ¿A qué podemos atribuir ese 50-60% de no concordancia para la esquizofre-

nia si los genes y el ambiente intraútero son prácticamente los mismos y las condiciones peripuerperales parecidas? ¿Se puede descartar tan categóricamente que haya además factores “psicogénicos” involucrados?

- Segundo, en el tejido neuronal se da una estrecha interrelación entre factores “biológicos” y “psicogénicos”. Las neuronas son células eléctricas que en su contacto con el medio se modifican “biológicamente” para transmitir o almacenar información eléctrica (Kandel, 2001). Los órganos de los sentidos traducen información ambiental de diversa índole a un lenguaje eléctrico que se transmite y modifica a otras neuronas o redes neuronales. Así por ejemplo, para la organización de las conexiones neuronales que sustentan funciones mentales complejas como el establecimiento de la visión tridimensional o estereopsis, las experiencias sensoriales post-natales son fundamentales (Kandel, 2000). Así, el ambiente “psicogénico” tiene la potencialidad de influir “biológicamente” en el tejido neuronal. Tradicionalmente se ha pensado que fuera de determinados períodos críticos, es muy difícil modificar ciertas organizaciones neurofisiológicas. Sin embargo, estudios en pacientes ambliopes que en la edad adulta pierden la visión del ojo contra-lateral han demostrado una sorprendente capacidad de recuperar la visión del ojo ambliope cuyo potencial visual se creía irreversiblemente perdido (Hess, 2010). Un impactante estudio de magnetoencefalografía en un paciente con sindactilia congénita intervenido quirúrgicamente en la edad adulta ha demostrado la capacidad cerebral en pocas semanas de representarse por primera vez los dedos por separado y de normalizar las áreas de funcionamiento acercándolas a las de controles sanos (Mogilner et al, 1993).

- El modelo freudiano tomado del texto de las afasias (Freud, 1891) que clasifica las representaciones mentales en signos de percepción, representaciones cosa (comandadas por la imagen visual) y representaciones palabra (organizadas por la imagen auditiva de palabra) forma el esqueleto del esquema de la carta 52 (Freud, 1896a), en el que además se introduce el trascendental concepto de la

*nachträglichkeit*. En su esencia metapsicológica se mantiene todo a lo largo de su obra, incluso después del giro de los 20. Tiene un alto potencial heurístico, quizá no suficientemente aprovechado aún en el estudio de la esquizofrenia. No hemos de olvidar que el cerebro humano está formado fundamentalmente por áreas de asociación, en las que la capacidad de reorganizar la información es fundamental.

Así, podemos afirmar que la interacción entre lo “biológico” y lo “psicogénico” es tan estrecha que lo uno o lo otro por separado se hace completamente inconcebible. Quizá lo que nos falta es un mejor entendimiento sobre cómo se produce tal interacción.

## 2. *No hay publicaciones de casos de esquizofrenia bien documentados:*

En las publicaciones biomédicas, psiquiátricas y psicológicas contemporáneas se da gran importancia a los estudios controlados y a las grandes series epidemiológicas, ambos con diagnósticos fiables y un alto número de sujetos en los que se estudia el comportamiento correlativo de unas pocas variables. No hay duda de la trascendencia de tales trabajos.

Con respecto al número de casos a estudio, parece que en los citados ámbitos se ha perdido la importancia del estudio en profundidad de los casos únicos singulares (Kafka, 2011). Tal enfoque permite valorar la interacción de muchas variables en un único paciente. En la historia de la medicina vemos muchos ejemplos, como el caso de Phineas Gage (Harlow, 1848) que permitió el acceso al conocimiento de la patología frontal. O en la actualidad casos como el ya comentado de la sindactilia tienen un gran poder demostrativo. En la historia del psicoanálisis bastaría con recordar cómo el estudio en profundidad del caso Dora permitió a Freud (1905) descubrir la transferencia. Y no olvidemos que nadie pasa tanto tiempo escuchando a un paciente como un psicoanalista. Y por ello, estamos en una posición privilegiada para el estudio en profundidad de los casos únicos. Nos encontramos con el problema de la confidencialidad, que hay que intentar soslayar de la mejor manera posible (Gabbard,

2000). En realidad, la información de ambos tipos de estudio no se contradice sino que se complementa.

Doy la razón a Willick (2001) en lo que se refiere a la dificultad para saber si las viñetas clínicas que presentan muchos autores se refieren realmente a pacientes esquizofrénicos. Es un problema metodológico de fiabilidad. Aunque en la clínica psicoanalítica somos poco amigos de “encasillar” a un paciente, en investigación es indispensable que especifiquemos un diagnóstico fiable si queremos que nuestras reflexiones sean de utilidad para otros pacientes. Por ejemplo, Lombardi (2003) presenta un trabajo muy interesante de 13 años con una paciente psicótica de 44 años, severamente “confusa” en un inicio, “con delirios paranoides” y con una “completa recuperación de sus síntomas” al final del análisis. Utiliza un encuadre primero de 6 sesiones semanales en diván para ir pasando a 5 y estabilizarse en 4 sesiones semanales. Aunque en las palabras clave introduce el término esquizofrenia, no especifica el diagnóstico de la paciente, lo que limita el alcance de la experiencia comunicada. Además, a menudo, tal y como reconoce el mismo Bion (1957) se presentan las viñetas para ilustrar un pensamiento teórico del autor, y no como un objeto de estudio. En este sentido estoy más de acuerdo con Green, que insiste en que la teoría tiene que partir de la clínica y no viceversa, tal y como se ilustra en el estudio del caso Z (Green y Donnet, 1973).

## 3. *No hay publicaciones que demuestren el valor terapéutico del psicoanálisis (con sus diferentes variaciones técnicas) en la esquizofrenia:*

Hay algunas excepciones. En Chestnut Lodge (McGlashan, 1984; Kafka, 2011), con ciertas limitaciones metodológicas, se habla de una buena evolución en un tercio de los casos, tratándose de pacientes con un perfil de cronicidad que no habían respondido a diversos abordajes terapéuticos previos. Podemos citar por otro lado el caso Martine de Kapsambelis (2003) en el que analista y paciente trabajan durante 23 años con un encuadre psicoterapéutico variable. Se describe la evolución de una forma hebo-catatónica de una esquizofrenia



a una forma más paranoide de la misma para llegar finalmente a un cuadro de naturaleza más distímica. En mi asociación, González Zubieta ha comunicado verbalmente su experiencia (no publicada) con un paciente esquizofrénico grave. Se trata de un paciente al que conoció en un psiquiátrico, recluido en una habitación protegida para que no se autolesionase. Comenzó a trabajar con él, primero en el sanatorio y luego en la consulta privada a tres sesiones por semana en cara a cara durante 12 años y otros 12 años con el paciente tumbado en el diván. El paciente ha conseguido llegar a sacar unas oposiciones, mantener un trabajo, ser independiente, entablar una relación de pareja y casarse. Sigue en tratamiento con su analista. Por supuesto, en ambos casos además se mantiene un tratamiento farmacológico con antipsicóticos seguido por un psiquiatra diferente al analista.

No es infrecuente escuchar a analistas hablar de la frustración que sienten cuando un paciente esquizofrénico que aparentemente iba evolucionando bien se vuelve a brotar. Considero que tras la escéptica postura inicial de Freud, los aportes de Klein para el acercamiento a los pacientes psicóticos produjeron cierto entusiasmo (Rosenfeld, 1952) y se llegó a pensar que el psicoanálisis podría “curar” la esquizofrenia. Sin embargo, la experiencia nos ha llevado a comprobar que tales expectativas no se han cumplido. Parece que si no “curamos” a un paciente, la experiencia no es digna de ser publicada. ¿No pecaremos de cierta omnipotencia? En el ámbito de la investigación psiquiátrica se puede “medir” la afectación sintomática de los pacientes antes y después de una determinada intervención farmacológica. Por lo tanto, se pueden detectar pequeños cambios. Así por ejemplo, en el ámbito de la esquizofrenia resistente, una pequeña superioridad en diversas escalas de la clozapina respecto a la clorpromazina (Kane et al, 1988) supuso un cambio trascendental y la apertura al desarrollo de toda una generación de nuevos antipsicóticos, movilizandando gran cantidad de recursos y de intereses económicos. Con nuestro afán por “curar”, ¿no corremos el riesgo de no ver que podemos ayudar mucho a este grupo de pacientes produciendo pequeños cambios?

## Clínica

En cursiva, las intervenciones del paciente. En mayúsculas, lo que el paciente dice que refieren las voces. En letra ordinaria precedida de un guión, mis intervenciones:

- Primer fragmento:

- *He estado bien desde la última sesión en la que tras tumbarme al final en el diván aparecieron aquí las voces. Hoy he ido a renovar el carné de conducir para vehículos especiales y tal vez no me lo mantengan... sí el de conducir normal, pero no el otro. Vuelven las voces.*

- ME LLEVAN.

- ¿A quién se refieren?

- *No lo sé, a mí, a él... como que te llevan y te matan.*

- Segundo fragmento: Se trata de tres expresiones alucinatorias que aparecen en distintos momentos de la sesión, que recojo conjuntamente por el estrecho vínculo que muestran en su contenido:

- SE CURAN (...) NOS CURAMOS (...) TE CURAS.

- Tercer fragmento:

- A ÉSTE LE MATEN. ME CAGAN. ME LLEVAN. *¿Te explico lo del me cagan? Para ellos, cuando mataron al chico aquel... coca, sangre, nariz... encima de matarle, piensan en él cuando cagan, como si le cagaran encima. Echarle la caca, la meada, la sangre de la coca encima... QUE ME MATEN* *Cómo insiste el tío en ello.*

Para poder entender este material es importante que especifique algunas cuestiones:

Al inicio de la sesión, poco después del ME LLEVAN, aparece otra alucinación: ME RAJAN. El verbo rajar fácilmente se asocia con el sustantivo raja, forma vulgar para referirse a los genitales femeninos y que puede aludir a la castración como teoría sexual infantil. Otra alusión aparece en la sangre de la nariz por la cocaína.

Pocos días antes de la sesión, cerca del domicilio del paciente, se produce un asesinato que aparece en prensa. Apuñalan a un hombre al parecer por un ajuste de cuentas. La noticia es inmedia-

tamente incorporada a la trama delirante. Es una “escena” entre los agresores y la víctima que el paciente contempla excluido a través de los ojos de la prensa.

Por otro lado, en el domicilio del paciente hay un único aseo. En la taza del inodoro es donde el paciente defeca y se masturba. Hay un deslizamiento y confusión entre penetrar/eyacular/fecundar y defecar en el sentido sádico anal. Además, en la misma taza es donde defeca el padre. A menudo el padre bromea con él sobre el olor que deja cada cual tras defecar. El padre y el hijo se alternan como protagonistas del acto y terceros excluidos.

Por otro lado, en la habitación del matrimonio, el padre penetra/eyacula/fecunda en la madre y el paciente queda excluido de la escena.

- Cuarto fragmento:

- *Como cuando en el gimnasio miro y parece que unos y otros me miran y me dicen, uno, otro, otro... una pasada, Fran. ME CAZAN. Que igual le matan.*

## Metapsicología

Freud introduce la diferenciación entre signos de percepción, representaciones cosa y representaciones palabra en su texto sobre las afasias (1891). Poco después, en su carta 52 (1896a) estos tres elementos constituyen la esencia del esquema propuesto del aparato mental. En el capítulo VII del libro sobre los sueños (1900) se resalta cómo el nexos con la palabra permite ganar una superficie de percepción al interior del aparato. En su trabajo sobre el inconsciente (1915), en el capítulo VII, se destaca como clave el nexos entre la representación palabra y cosa para entender la esencia de la represión. El sensacional anexo C de Strachey (1957) a la citada publicación constituye un auténtico puente entre las reflexiones de 1915 y las del estudio las afasias. Más adelante y en el segundo gran texto del giro de los 20 (Freud, 1923), en su capítulo II se insiste en la importancia del nexos con el resto mnémico de la palabra oída para el devenir consciente, y en su capítulo V, al preguntarse por el origen del superyó, se le atribuye en parte una procedencia de lo oído.

Recorremos el esquema de la carta 52 de derecha izquierda, de lo más elaborado a lo más pri-

mitivo. Teniendo muy en cuenta que cada paso a la derecha supone una reorganización de lo anterior.

## Representación palabra

Al bebé se le van presentando toda una serie de percepciones del objeto primario que tienden a coincidir en el tiempo. Olores, sabores, un timbre de voz, una imagen visual, una disminución o no de la excitación... y en ocasiones llega una percepción más entre las restantes: alguien dice mamá. Todas estas percepciones llegan al aparato mental pasivamente como aferencias. Según se ha podido teorizar en torno a la vivencia primaria de satisfacción, se reproducen alucinatoriamente al reaparecer el hambre. Es decir, se reproducen alucinatoriamente las percepciones que llegan pasivamente al polo perceptivo del aparato mental.

La imagen auditiva, la palabra mamá, es sin embargo la única percepción que en un determinado momento podrá ser emitida activamente por el polo eferente motor. El niño no podrá reproducir activamente un olor de la madre, ni un sabor, ni una imagen visual... sin embargo sí podrá reproducir la palabra mamá como eferencia, como actividad muscular, como algo que sale activamente del aparato mental.

Al bebé se le impone la palabra mamá. Y si quiere ser humano y entenderse con los demás no tendrá más remedio que asumir la palabra como tal. Eso sí, en el juego infantil, pronto es el niño el que empieza a imponer. De ahí que podamos suponer que en el juego del carretel (Freud, 1920) el niño se diga por dentro: carretel, mamá. Reproduce activamente la imposición de la palabra que ha sufrido pasivamente. Es el nacimiento de la actividad mental como eferencia, es la puesta en marcha del mundo de las representaciones palabra.

No solamente se imponen las palabras mamá, papá, bebé... vértices del triángulo edípico que se presenta concomitantemente en lo vivencial. Se impone el modo simbólico edípico de concebir el mundo. La palabra podría clasificar a las personas del triángulo en rubias y morenas, altas y bajas, gordas y flacas... pero no, las clasifica según la diferencia de sexos y generaciones; fija los vértices del triángulo en torno a estos parámetros para



que se puedan desarrollar las fantasías originarias de escena primaria, seducción y castración e introducirse con ello la interdicción del incesto y del parricidio (Artaloytia, 2010). Someterse a la reorganización de la palabra conlleva la creación de un inconsciente reprimido según un orden simbólico edípico (Szpilka, 2002).

### ***Representación cosa***

Pero la imagen mnémica auditiva de palabra no reorganizará nada si no tiene un asidero firme al que fijarse. Y el nexa, ya lo dice Freud (apéndice C de Strachey), se establece con la imagen visual, que subroga a la representación cosa como la imagen auditiva de palabra a la representación palabra.

Considero que la imagen visual constituye una especie de continente que va pudiendo englobar como contenidos a toda una serie de signos de percepción. Y nos encontramos en el territorio de Narciso (Freud, 1914) y del espejo (Lacan, 1949; Winnicott, 1967). Y en la mirada de la madre como espejo que en el juego pulsional del mirar, ser mirado y mirarse (Green, 1983 y 2002; Botella, 2001) va permitiendo en un mismo tiempo la organización de una representación cosa de uno mismo y del objeto primario, muy interrelacionadas y entremezcladas al principio.

Desde esta perspectiva, ya una vez establecidas estas primeras representaciones cosa, después de poder diferenciar un adentro de un afuera, se pueden aprovechar todas las aportaciones de Klein y de los post-kleinianos sobre los juegos proyectivos e introyectivos.

Así como la introducción de la imagen auditiva de la palabra va permitiendo una reorganización de lo anterior (lo que queda a su izquierda en el esquema de la carta 52) bajo el orden simbólico edípico con todas sus consecuencias, la introducción de la imagen visual va suponiendo también una cierta reorganización de lo anterior. Opino que lo que se impone es la tendencia a establecer la unicidad de cada representación cosa. Se podrán confundir unas representaciones cosa con otras, pero ya por siempre tenderán a presentar un límite que intente diferenciar un adentro de un afuera de cada representación cosa.

El sueño tal y como se vivencia, y no tal y como se relata en palabras, vendría a ilustrar el modo

de expresarse de las representaciones-cosa, en un pensar en imágenes (Freud, 1923), más antiguo en ontogenia y filogenia que el pensar en palabras. Los ideogramas de Bion (1957), los pictogramas de Aulagnier (1975), el trabajo en doble y la figurabilidad durante la sesión de los Botella (2001), la puesta en acto durante la sesión de Sapisochin (2011) (que como en el sueño vivenciado supone un sujeto protagonista que convoca a un objeto a desempeñar un papel representando ambos una determinada escena) los considero en esta misma línea. Representaciones en imágenes fugaces que se escapan inmediatamente de la memoria si no consiguen ser ligadas lo suficientemente por la palabra. Imágenes que tienen su origen en el cara a cara y en el circuito pulsional visual con los primeros objetos y que nos ayudan a entender en parte, como veremos, la sintomatología psicótica durante el contacto real o imaginado con la mirada del otro.

### ***Signos de percepción***

Parece que cuanto más nos desplazamos a la izquierda en el esquema de la carta 52 más nos adentramos en terreno especulativo y resbaladizo. Podemos pensar que para disponer de un buen número de huellas mnémicas de diversa cualidad como signos de percepción que se integren dentro una representación cosa, estas huellas se tendrían que haber podido fijar dentro de un determinado rango de excitación psíquica.

Un exceso de excitación traumática probablemente podría conducir a un borramiento de las huellas (Freud, 1895a) o a un registro menos accesible de las mismas. Un defecto de excitación quizá a una no fijación apropiada de las mismas. Y en cualquier caso, ambos extremos nos llevarían a signos de percepción fuera del camino de lo que posteriormente podría incluirse en las representaciones cosa y reorganizarse por las representaciones palabra. Fuera por lo tanto de la vía de la represión y del retorno de lo reprimido.

Al referirnos a la dimensión cuantitativa, a la cantidad de excitación, a la necesidad de que la cantidad se presente dentro de unos rangos manejables, no podemos pensar en el bebé aislado, sino más bien en el binomio bebé-objeto primario y su entorno, respecto a lo que resultan fun-

damentales los aportes sobre el *reverie* en Bion (1962) y sobre el *holding* en Winnicott (1960).

Veremos a lo largo del trabajo de qué manera pueden irrumpir en la psicosis los signos de percepción a los que me refería, aquellos que no consiguieron irse integrando en la vía de las representaciones cosa y palabra. Quizá también puedan rescatarse en ocasiones a través de nuevas imágenes visuales tal y como referíamos en el apartado anterior, a través de la figurabilidad en el trabajo del sueño o en el trabajo en doble durante la sesión (Botella, 2001) o en las reproducciones en el escenario transfero-contratransferencial (Sapisochin 2011). Otras vías pueden darse, como la investidura del dolor allá donde falla la representación del objeto (Zubiri, 2008) o el acto perverso como modo de intentar evacuar algún acontecimiento traumático no elaborado (Bonnet, 2008).

## Psicopatología

Con el bagaje metapsicológico previo, vamos analizando los diferentes fragmentos recogidos de la clínica.

- Primer fragmento: La secuencia parece sugerir un conflicto entre dos polos opuestos. El paciente comienza por decir que se sintió bien tras haberse tumbado en el diván al final de la sesión anterior y sin embargo asocia inmediatamente con que le van a retirar el carné de conducir. Podemos esbozar ambos polos: un polo pulsional (se sintió bien) y un polo censor (le van a retirar el carné). Sin embargo, de la mano de este segundo, aparece una alucinación auditiva hostil: ME LLEVAN.

Con todo el material de la sesión y su articulación con lo anterior y posterior, puedo afirmar que el movimiento pulsional tiene que ver con un componente transferencial erótico.

Según el modelo freudiano de los años 90 (Freud 1894, 1895b, 1896b, 1896c), en lo que hoy denominamos esquizofrenia la actividad alucinatoria relacionada con la defensa es principalmente auditiva y de naturaleza hostil. En lenguaje de la segunda tópica diríamos que este tipo de alucinación es “superyoica”, aunque se trate en realidad de un superyó fallido. El reproche sobre su

actividad sexual que la señora P (Freud, 1896b) se ahorra en su interior había de oírlo desde fuera. Nos encontramos lejos del modelo para la “Amentia de Meynert” en el que hay una ruptura con la realidad y la imposición de una actividad alucinatoria “amistosa” en lugar de “hostil”, y diríamos que procedente del ello en lugar del superyó. La señora (Freud, 1894) que alucina con la deseada llegada de su amado podría ser un paradigma de este otro modelo.

El paciente se tumba en el diván. Como en el modelo freudiano del sueño, se produce una deprivación sensorial, y cuando el movimiento pulsional erótico irrumpe, exige una representación del analista con un componente erótico. Considero que nos encontramos con algo que no se ha podido simbolizar. Es precisamente entonces cuando irrumpen las alucinaciones auditivas hostiles. Aquí podríamos suponer que “las voces” reprochan, censuran y amenazan al paciente desde fuera por el movimiento transferencial erótico. Nos rinden testimonio de un superyó post-edípico fallido, al menos en este sector. En lugar de un superyó postedípico que haya organizado un inconsciente reprimido nos encontramos con las alucinaciones auditivas hostiles.

Volvamos a la metapsicología. La palabra oída es recibida pasivamente en el polo aferente sensitivo y el niño la tiene que asumir. El superyó proviene en parte de lo oído. En un determinado momento el niño empieza a emitir activamente en el polo eferente motor (el niño se dice por dentro, carretel, mamá). Este circuito de la palabra es fundamental para la introducción del orden edípico y para la reestructuración de lo previo en una línea principalmente neurótica. Sin embargo, en un cierto sector al menos, falla la simbolización que requiere un superyó postedípico logrado. Algo no ha transitado apropiadamente hacia el polo eferente motor y parece quedar atascado. Más allá del atasco nos encontramos con un sector fallido del superyó. Más acá, con una insistencia alucinatoria de la palabra censora, que adquiere una cualidad hostil y amenazante: ME LLEVAN.

Aunque sin retomar la terminología freudiana *sensu stricto*, hay varios autores que parecen haber desarrollado partes de su pensamiento partiendo de estos planteamientos. Así Klein (1932)



habla de que los esquizofrénicos proyectan su superyó. Lacan (1956) en su concepto de *forclusion* considera que retorna desde fuera lo que no se ha podido integrar dentro, y Bion (1957) afirma que en la parte psicótica, allá donde en la neurótica aparece el inconsciente, se encuentra el mundo poblado de objetos extraños.

- Segundo fragmento: Llama la atención que en el lenguaje “de las voces” se pasa del SE CURAN al NOS CURAMOS para llegar al TE CURAS. Hay una gran desorganización sintáctica. Cuesta entender quién habla, a quién se refiere y a quién se dirige. Freud (1915) habla del lenguaje rebuscado y con desórdenes sintácticos en la esquizofrenia, pero no profundiza mucho más.

Si imaginamos la escena comprobamos que en SE CURAN aparentemente alguien (la voz principal según el paciente) se dirige en segunda persona al paciente para referirse a un grupo tercero de personas. Es decir, se puede dibujar una estructura triangular. Sin embargo, en NOS CURAMOS, los tres elementos se funden en una unidad colectiva. Y más adelante, en TE CURAS el sujeto se dirige en segunda persona al paciente, es decir, se puede dibujar una estructura dual.

Se parte de una estructura triangular para formarse después una unidad colectiva que finalmente se transforma en un dúo. Cuando pensaba en la cuestión se me figuró la imagen de un magma sincicial que va transitando entre formas triangulares, unitarias y duales.

Si volvemos a la metapsicología, decíamos que una de las cuestiones fundamentales que se reorganiza en torno a la imagen visual de la representación cosa es la tendencia a imponer la unicidad de cada representación, que más adelante se termina de fijar por la representación palabra.

Vamos a imaginarnos un triángulo que en cada vértice tiene una ameba. Pongamos que primero hemos fijado la unicidad de cada ameba. Y que después gracias a la palabra hemos denominado a las amebas mamá, papá y bebé. Si reforzamos el trazo entre las dos primeras, el bebé queda excluido de una escena primaria. Si reforzamos el trazo entre los vértices mamá y bebé podemos encontrarnos con una escena de seducción donde el papá excluido podría constituirse en ame-

naza de castración. Es decir, nos encontramos con un marco en el que se pueden desplegar las fantasías originarias que ayudan a estructurar un aparato mental en la línea neurótica. ¿Qué pasa si las amebas de los vértices no están sujetas a la unicidad y la palabra no las ha podido fijar? Los tres vértices pueden fundirse y confundirse en una unidad o separarse en un dúo. ¿Qué pasaría entonces con las fantasías originarias y la posibilidad de estructurar un psiquismo según la triangularidad edípica?

De ahí paso a definir el concepto del magma sincicial identitario (Artaloytia, 2015), en el que precisamente al haber fallado la instauración de la unicidad por la imagen visual y la fijación simbólica por la palabra, se van presentando de modo rápido formas representacionales que transitan inestablemente de unos modos a otros y que pueden dar cuenta de parte de la incomprendibilidad del material de los pacientes esquizofrénicos desde una perspectiva secundarizada.

Tras definir este concepto desde los desórdenes sintácticos del “lenguaje de las voces” pensé en la imagen parental combinada en Klein (1932), definida desde otro lugar y marco conceptual, pero en la que también se presenta una mezcla y confusión entre la representación del padre y de la madre (aunque salvándose en Klein siempre la unidad del yo, por primitivo que sea éste). En Bleger (1967) con su posición “glisco-cárica”, en Ogden (1989) con su posición “autístico-contigua” y en Grotstein (1996) con su posición “trascendente” *sí se definen sin embargo posiciones previas a la esquizo-paranoide kleiniana* en la que se puede prescindir de una unicidad inicial del yo. La falta de unicidad de las representaciones también se describe en la falta de investidura de los límites yoicos (Federn, 1952) o en los “objetos atmosféricos” (Kafka, 2011). Resulta sin embargo más difícil de entender desde aquí cuáles son las consecuencias en las fantasías originarias y la posibilidad de establecer una organización triangular edípica. Ello sí lo podemos encontrar en otro modelo, el del anti-edipo en Racamier (1980) en el que sin embargo, el autor necesita seguir conservando la unicidad y un cierto estatismo. El magma sincicial identitario nos permite dar cuenta de todo ello, y especialmente de la rápida transición de unos modos representacionales a otros, tal y como se

demuestra en las imágenes del magma a las que me refería antes.

Veamos en el siguiente punto la utilidad de lo referido hasta aquí.

- Tercer fragmento: Vamos a empezar recordando que algo está sucediendo en el campo (Baranger, 1969) transfero-contratransferencial que se inicia por el movimiento pulsional transferencial erótico. Pronto el paciente asocia con el crimen en el que una persona fue apuñalada por un grupo de agresores. Podemos definir una estructura triangular: la víctima, los agresores y el paciente que observa excluido a través de los ojos de la prensa. Vemos que la cuestión se conecta directamente con el ME LLEVAN, ME RAJAN de su actividad alucinatoria. Podríamos pensar que el paciente se identifica con la víctima apuñalada. Pero curiosamente también con los agresores, ya que obviamente es él quien piensa en la cuestión al defecar. Además de lo triangular, podría superponerse un nivel más dual de víctima/verdugo en que el paciente podría ocupar alternativamente ambas posiciones. O incluso un magma unitario en donde los tres elementos se funden y confunden.

Pero el ME CAGAN, seguido de la explicación *echarle la caca, la meada, la sangre de la coca encima...* nos introduce en otro nivel. Recordemos que el paciente defeca y se masturba en el mismo lugar. Luego puede haber cierta relación entre las heces y el semen que penetran en la taza, y por lo tanto un estrecho *vínculo entre la agresión sádico-anal* y la penetración coital. Cierta dificultad por lo tanto para diferenciar entre una *relación coital* y una *agresión sádico-anal*. El padre también defeca en el mismo lugar y por otro lado, en determinados momentos penetra en la madre. El hecho de que aparezca la sangre de la nariz (apéndice que sangra en la línea media) no puede dejar de aludir a la castración o a la menstruación. Por lo tanto podrían estarse mezclando y confundiendo una escena primaria (el padre penetra con sus heces en la taza pero especialmente con su semen en la madre), una escena de castración (al paciente le rajan, sale sangre de suapéndice) y una escena de seducción (el paciente penetra o es penetrado sexualmente). Obviamente todos estos niveles se estarían desplegando simultáneamente en el campo transfe-

ro-contratransferencial. El tumbarse en el diván despierta un movimiento transferencial erótico y el analista podría ser convocado a jugar todos los papeles referidos.

Por otro lado, irrumpen referencias a actividades corporales diversas de zonas erógenas poco diferenciadas entre sí que aparecen en un primer plano sin que quede claro a quién corresponden. No está claro quién defeca ni a quién (como cuando boca y pezón se confunden) ni si se está defecando o rajando o penetrando. Recuerda al caso de Tausk que comenta Freud (1915) de la mujer cuyo amado le torcía los ojos, estando los ojos en un primer plano sin saber si los que se tuercen son los de él o los de ella o bien los de ella por influencia de los de él. Freud habla del lenguaje hipocondríaco. Volviendo a la metapsicología, podríamos hablar de signos de percepción que aparecen en primer plano sin quedar claro a qué representación cosa o palabra pertenecen.

Lo que aparece como signos de percepción y las rápidas transiciones de lo que hemos denominado magma sincicial identitario producen un tipo de material escurridizo, inestable y cambiante, muy difícil de entender y recordar al no ser fácil de fijar por la palabra, que produce un importante impacto afectivo en paciente y analista. Solo el haber registrado el material y la posibilidad de haberlo pensado con tiempo y tranquilidad permiten al analista ir entendiendo algo.

- Cuarto fragmento: Es una situación relativamente frecuente en pacientes esquizofrénicos. Frente a la mirada (real o imaginada) de los otros siente que le leen el pensamiento y que a través de gestos o movimientos de labios le transmiten contenidos como los que se oyen en las voces. En la metapsicología veíamos que para poderse constituir la representación cosa de uno mismo es fundamental el circuito pulsional visual: uno primero es mirado (especialmente por el objeto primario) y pasa después a mirarse a sí mismo según ha sido mirado.

Como en el circuito de la palabra, se da un cierto atasco en el polo aferente. Más allá del atasco nos encontramos con dificultades para representarse a uno mismo de un modo unitario, íntimo y diferenciado de los otros (de hecho, el pensamiento propio es legible para el otro, no hay



ningún límite íntimo que lo preserve, y el de los demás también es accesible para uno uno). Más acá del atasco, nos encontramos con una insistencia sintomática impositiva en la recepción en el polo aferente: ME MIRAN.

## Evolución

Cuando recibo al paciente, ya diagnosticado de esquizofrenia paranoide, cuenta 28 años de edad, ha tenido varios ingresos y recibido muchos tipos de tratamiento, siendo lo que mejor le ha funcionado un abordaje farmacológico con 700 mg/d de clozapina. A pesar de ello, lleva más de 8 años sin parar de sufrir alucinaciones auditivas y miradas hostiles que lo atormentan durante casi todo el día con un intenso nivel de angustia psicótica.

Dentro de su intento de sistematización delirante, escasamente estructurado, cree que las voces pertenecen a los parientes de la única novia que tuvo, con 16 años, con quien mantuvo una relación breve y tormentosa. Considera que lo vigilan y persiguen, que no quieren que tenga otras relaciones de pareja, que le van a robar el semen y lo van a matar. Aparece vagamente un componente de filiación, sintiendo provenir de unos padres de otra galaxia, aunque no llega a engranarse coherentemente con lo anterior.

Voy a centrarme en cómo va evolucionando una cuestión en concreto, lo referente a las relaciones de pareja y a la sexualidad de pareja, íntimamente vinculado con todos los elementos que desenrollábamos en el apartado de psicopatología.

Durante los dos primeros años trabajamos en cara a cara a una sesión por semana. No ha salido con ninguna chica desde los 16 años de edad. Vamos comprobando que cada vez que se fija en alguien que le pueda gustar, las voces aumentan en virulencia. Del mismo modo, si por las noches antes de acostarse, se acuerda de alguien e intenta elaborar una fantasía erótica para masturbarse, sucede lo mismo. De hecho, para masturbarse, elabora la siguiente estrategia: va al único cuarto de baño de la casa con una revista pornográfica y cierra el pestillo, habiendo escogido de antemano una imagen que le produzca una excitación sexual inmediata y se masturba apresuradamente. En sus palabras: *“Sólo así*

*consigo engañar a las voces, me quedo más a gusto que Dios”.*

A los dos años se produce un cambio de encuadre (ya lo comentaremos en el apartado de técnica) y el paciente se tumba en el diván a una sesión por semana. Tiene lugar la sesión de la que reproducimos en la clínica cuatro fragmentos. Seguimos trabajando durante tres años sin aparentes novedades con respecto a lo que nos ocupa. Consigue un trabajo que le permite pagarse una segunda sesión semanal. Poco después de pasar a la segunda sesión semanal habla de algo que había callado hasta entonces: desde que empezó el tratamiento conmigo acude aproximadamente una vez al mes a un prostíbulo. Antes del tratamiento había ido alguna vez suelta, pero las voces *“se alteraban demasiado”*. Describe los encuentros como placenteros, aunque *“preferiría tener una novia de verdad”*. Sin embargo comenta con gran preocupación que en las últimas tres ocasiones no ha conseguido llegar a tener un orgasmo, dificultad que nunca había aparecido hasta entonces. La última prostituta con la que se acostó le dijo que eso no era normal, que se lo hiciera mirar. Él está auténticamente preocupado por la cuestión, que vamos trabajando.

Aproximadamente unos tres meses después conoce a una mujer ocho años más joven que él en una tienda mientras ambos compran ropa. Empiezan a salir juntos. Las voces y las miradas, que durante todos estos años han ido disminuyendo en frecuencia e intensidad, aparecen prácticamente solo por las noches y en momentos aislados muy puntuales sin que produzcan apenas angustia en un sentido fenomenológico. Su psiquiatra ha podido ir descendiendo la clozapina hasta 300 mg/d. Al mes de empezar a salir se acuestan por primera vez, sin que las voces o miradas aumenten en frecuencia ni en intensidad, siendo el encuentro muy placentero para ambos.

A lo largo del tratamiento hay dos momentos de una alta intensidad afectiva. Uno de ellos, en la última sesión antes de una separación vacacional de verano. Yo siento que cada vez voy sabiendo más cosas del paciente pero dudo de si él va sabiendo más de sí mismo y me sorprende al final de la sesión oyéndome decirle: *“no sé hasta qué punto te estoy pudiendo ayudar”*, y ya ante la

puerta, el paciente se vuelve, me abraza entre lágrimas y me dice: “*Fran, tú no sabes todo lo que me estás ayudando*”, sin que yo pueda tampoco reprimir las lágrimas. El segundo momento, pocos meses antes de escribir estas líneas, cuando lleva ya cuatro meses saliendo con su novia. En medio de una sesión muy emotiva rompe a llorar en el diván y se vuelve a mirarme para decirme: “*Fran, nunca pensé que fuera a poder tener una novia, ella es tan buena y me quiere tanto...*”. Sinceramente, en el principio de nuestro trabajo ni de lejos imaginé que unos seis años después su sintomatología psicótica hubiera podido mejorar tanto ni que fuera a poder establecer una relación de pareja, con la que están haciendo planes ya para vivir juntos.

Quiero hacer dos comentarios. Primero, al inicio del tratamiento no puede elaborar una fantasía erótica para masturbarse (solo puede ante la revista; el estímulo visual inmediato le permite ahorrarse la elaboración de una fantasía y así poder producir un cierto cortocircuito para “*engañar*” a las voces). En el material clínico veíamos que la voz irrumpe en el momento en que él requiere de una representación del analista (con el que por primera vez no mantiene un contacto visual directo) con un componente erótico. En ambas ocasiones la alucinación auditiva hostil irrumpe en el momento en que se requiere de un elemento representacional erótico cuya simbolización falta. Ello está en consonancia con no haber podido establecer ni mantener una relación de pareja en cerca de 17 años, ya que para ello se requiere de un soporte representacional lo suficientemente sólido. Segundo, cuando él comenta con preocupación su anorgasmia, yo quedo muy sorprendido, ya que *a priori* me parece un síntoma sexual típicamente neurótico. Si recapitulamos, podemos pensar en tres fases: Una, antes de iniciar el tratamiento, en que “*las voces se alteran mucho*” si acude a un prostíbulo, lo que supone no poder hacerlo más que excepcionalmente. Es decir se produce un conflicto entre el polo pulsional y el polo censor, que aparece en modo alucinatorio auditivo hostil como proviniendo del exterior. Dos, tras iniciar el tratamiento y hasta 5 años después, la angustia psicótica parece más contenida, y consigue que los encuentros con prostitutas sean regulares y placenteros, aparentemente en ausencia de

conflicto, pero no comentándolo con su analista durante varios años. El componente transferencial lateral (Denis, 2011) es evidente. Tres, tras 5 años de tratamiento y después de pasar a dos sesiones semanales, en que aparece su anorgasmia, que nos podría estar hablando de otro tipo de conflicto: por una parte el polo pulsional y por la otra el polo censor, que por primera vez actúa desde dentro y no desde fuera, como habiendo podido empezar a estructurar un conflicto intrapsíquico. Opino que podría tratarse de un inicio de neurotización, aunque sea parcial, ya que a renglón seguido es capaz por vez primera en 17 años de establecer y mantener una relación de pareja, con una sexualidad placentera para ambos, de la que además, sí me puede hablar, sin que las voces ni miradas se disparen.

### Técnica

Me voy a centrar solamente en tres cuestiones:

- La primera es que considero que una escucha psicoanalítica es importantísima para los pacientes esquizofrénicos. Cuando en fase productiva e intensa angustia psicótica acuden o son llevados a un profesional, generalmente movilizan profundamente y despiertan el impulso de actuar, de hacer algo, como el llanto agudo e intenso de un bebé sufriente, que le mueve a uno a intentar buscar una solución con urgencia. En el ámbito psiquiátrico se les ingresa, se cambia la medicación o se suben las dosis; en el social, se buscan nuevos recursos; en el psicoanalítico se puede precipitar cierta urgencia de intervenir para paliar la angustia... Estoy de acuerdo con autores como Rosenfeld (1987) y Searles (1965) que tras años de experiencia aconsejan no precipitarse a interpretar la transferencia negativa y por ejemplo llegar a tolerar ciertos grados de idealización o simbiosis. Más importante que interpretar nada en un principio es transmitirle al paciente que uno puede acoger su angustia psicótica y los contenidos más perturbados de su pensamiento, y que uno tiene la capacidad de sobrevivir (Winnicott, 1969), y servir de continente (Bion, 1970; Lombardi, 2003) a esos contenidos, para que se vayan elaborando poco a poco, sin prisa ni presión, marcando la posibilidad de un tiempo de trabajo. En mi experiencia el que el analista sienta que lo que el paciente dice es muy



importante y que intente entenderlo (Federn, 1952) desde el respeto, la paciencia (Karon, 2003), la capacidad de seguir pensando y sin la necesidad de precipitarse en la actuación ni la interpretación, genera en el psiquismo del paciente una confianza y un vector de fuerza que hace que el material vaya fluyendo. Solo con que se establezca este flujo, casi en un sentido económico, disminuye la tensión en el paciente y se produce una cierta mejoría sintomática.

- Segundo, desgraciadamente no siempre se produce el suficiente grado de conexión para poder iniciar un trabajo. Quizá sea necesario que concurren una serie de condiciones por parte de paciente y analista. En el caso descrito, el paciente acudió esperando una solución mágica, ya que una conocida del humilde barrio madrileño periférico en que vivía “*se había curado de las voces que oía*” (se trataba de una psicosis histérica), y a pesar de rebajar las expectativas por parte del analista, se mantuvo cierta idealización de inicio. No se trataba por supuesto de una auténtica demanda de análisis (Guañabens, 1995), ya que el paciente mantenía su verdad delirante y no buscaba ningún saber velado que el analista le pudiera ofrecer. Sin embargo el paciente se encontró con algo diferente, un marco en que podía sentirse escuchado desde el respeto y un analista dispuesto a acogerlo que creía en una potencialidad de mejoría a través de intentar entenderle más en profundidad. Quizá la potencialidad de neurotización parcial de ciertos sectores de un paciente dependa también de las expectativas del analista y de la dinámica que se genere entre ambos.
- Como comentábamos, algo sucede para que se proponga un cambio de encuadre. Tras un año y medio de trabajo a buen ritmo en un encuadre psicoterapéutico en cara a cara a una sesión semanal, empiezo a sentir que el material se agota, que ya no hay nada más de lo que hablar, que nada se modificará, y cada sesión se me hace larga, me entra sueño, siento una gran dificultad para seguir pensando. Pasan así varios meses. Tales reacciones están descritas por autores como Bion (1954, 1959), Green y Donnet (1973), Racamier (1980) y Rosenfeld (1987) y creo que se trata de ataques al pensamiento o imposición de una blancura psicótica que alcanzan al funcionamiento mental del analista.

Es ahí donde propongo un cambio al diván (yo siento mucha mayor facilidad para pensar con el paciente tumbado) y a tres sesiones por semana (teniendo que reducir honorarios). Sin embargo al paciente le toca en un sorteo una vivienda de protección oficial, lo que supone una importante carga económica para sus escasos medios que implica que incluso a una sesión por semana tenga que reducir los honorarios. Reflexiones como la de Ogden (1997) me llevan a probar en diván a una sesión por semana, y ello supone sorprendentemente un cambio muy importante que hace que el trabajo se relance. En la primera sesión de la que se extrae el material clínico presentado, tengo una reacción contrasferencial que me da la clave: aparece en mí cierta excitación sexual que me sorprende y casi me incomoda. Pronto puedo entender que no había sido capaz hasta entonces de captar toda la carga erótica del material. Ello, como comentaba, supone un relanzamiento del trabajo. Durante la primera sesión en diván, en que las alucinaciones auditivas hostiles se presentan en directo durante la sesión, sin que medie sin embargo un aumento de la angustia psicótica en un sentido fenomenológico, tomo nota literal de todo el material, que luego puedo ir pensando y entendiendo poco a poco. Unos tres años después el paciente encuentra un trabajo que mejora su economía y permite que pasemos a dos sesiones por semana. En el momento de escribir estas líneas, seguimos trabajando.

## Conclusiones

Considero que la relación entre psicoanálisis y esquizofrenia no está ni mucho menos acabada. El modelo freudiano que clasifica las representaciones mentales en signos de percepción, representaciones cosa y representaciones palabra que proviene del estudio neurofisiopatológico de las afasias, no está lo suficientemente desarrollado para la comprensión de la esquizofrenia. El estudio psicopatológico detallado de cuatro fragmentos de material clínico demuestra la potencialidad heurística del citado modelo. En el caso que se describe el paciente presenta una evolución muy favorable en el trabajo durante seis años con su psicoanalista, llegándose a postular una neurotización parcial de ciertos aspectos que pronto se traducen en importantes cam-

bios en su vida. En este caso en concreto el paso al diván tras dos años de trabajo en cara a cara permitió que las alucinaciones auditivas hostiles se presentaran en directo sin un aumento de la

angustia psicótica en un sentido fenomenológico, lo cual abrió las puertas a seguir pudiendo trabajar más en profundidad.

### Contacto

Juan Francisco Artaloytia • jfartaloytia@yahoo.es  
C/ Colón de Larreátegui 14, 3º Dcha.-Int. 48001 - BILBAO

### Bibliografía

- Artaloytia JF (2010). Una propuesta metapsicológica integrada sobre los diversos modos de representación psíquica, [An integrated metapsychological proposal about the different kind of psychic representations], *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid* 59:193-218.
- Artaloytia JF (2015). A development of Freudian metapsychology for schizophrenia. *Int J Psychoanal* 96: 319-44.
- Aulagnier P (1975). *The violence of the interpretation [La violence de l'interprétation]*, London-New York: Brunner-Rouledge 2001.
- Baranger W and M (1969): *Problemas del campo psicoanalítico [Problems in the analytical field]*. Buenos Aires: Kargieman, 129-64.
- Bion W (1954). Notes on the theory of schizophrenia. *Int J Psychoanal* 35:113-8.
- Bion W (1957). Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *Int J Psychoanal* 38:266-75.
- Bion W (1959). Attacks on linking. *Int J Psychoanal* 40:308-15.
- Bion W (1962). *Learning from experience*, London: Heinemann.
- Bion W (1970). *Attention and interpretation*, London: Tavistock.
- Bleger J (1967). *Symbiosis and ambiguity. A psychoanalytic study [Simbiosis y ambigüedad]*. Rogers S translator, London: Routledge, (2011).
- Bonnet G (2008). *La perversion, se venger pour survivre, [The perversion, revenge for survival]*, Paris: PUF, 19-68.
- Botella C and S (2001). *The work of the psychic figurability [La figurabilité psychique]*, Weller A translator, London-New York: Brunner Routledge 2005.
- Cardno AG, Gottesman II (2000). Twin studies in schizophrenia: from bow-and-arrow concordances to star wars Mx and functional genomics. *Am J Med Genet* 97: 12-17.
- Denis P (2011). La expresión lateral de la transferencia [The lateral expression of the transference]. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid* 63: 171-189.
- Federn P (1952). *Ego psychology and the psychoses*. New York: Basic Books.
- Frattaroli EJ (2002). Psychoanalysis and schizophrenia. Three responses to Martin Willick. *J Am Psychoanal Assoc* 50(1): 307-10.
- Freud S (1891). *On aphasia. A critical study*. New York: International University Press. (1953).
- Freud S (1894). *The neuro-psychoses of defense*. SE 3, 45-70.
- Freud S (1895a). *Project for a scientific neurology*. SE 1, 295-346. (1950).



- Freud S (1895b). *Draft H. Paranoia*. SE 1, 206-12. (1950).
- Freud S (1896a). *Letter 52*. SE 1, 233-39. (1950).
- Freud S (1896b). *Draft K. The neuroses of defense*. SE 1, 220-8. (1950).
- Freud S (1896c). *Further remarks of the neuro-psychoses of defense*. SE 3, 162-88.
- Freud S (1900). *The interpretation of dreams*. SE 5, 533-549.
- Freud S (1905). *Fragments of an analysis of a case of hysteria*. SE 7, 1-122.
- Freud S (1914). *On narcissism: an introduction*. SE 14, 73-102.
- Freud S (1915). *The unconscious*. SE 14, 196-204.
- Freud S (1920). *Beyond the pleasure principle*. SE 18, 7-64.
- Freud S (1923). *The ego and the id*. SE 19, 19-27 and 48-59.
- Friedman JH, Trieschmann ME, Myers RH and Fernández HH (2005): Monozygotic twins discordant for Huntington disease after 7 years. *Arch. Neurol* 62: 995-7.
- Gabbard GO (2000). Disguise or consent: problems and recommendations concerning the publication and presentation of clinical material. *Int J Psychoanal* 81:1071-86.
- Gabbard GO, Williams P (2003). Psychoanalytic controversies. *Int J Psychoanal* 84: 1-2.
- Gottdiener WH (2002). Psychoanalysis and schizophrenia. Three responses to Martin Willick. *J Am Psychoanal Assoc* 50(1): 314-16.
- Green A (1983). *Life Narcissism, death narcissism*, [Narcissisme de vie, narcissisme de mort], Weller A translator, London: Free Association Books (2001).
- Green A (2002). *Key ideas for a contemporary psychoanalysis*, [Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine], Weller A translator, London-New York: Ed. Routledge 2005.
- Green A & Donnet JL (1973). *L'enfant de ça. Psychanalysed'unentretien: La psychoseblanche [The child of that(id). Psychoanalysis of an interview : the white psychosis]*, Paris : Les Éditions de Minuit, 33-60 and 223-316.
- Grotstein J (1996). Toward the concept of the "trascendent position". *Melanie Klein & Object Relations* 14(2), 109-41.
- Guañabens P (1995). *Clínica de las psicosis [Clinic of psychosis]*. Buenos Aires: Letra Viva, 2ª Ed. 2008.
- Harlow JM (1848). Passage of an iron rod through the head. *Boston Med Surg J*, 39: 389-93.
- Hess RF (2010). A new binocular approach to the treatment of amblyopia in adults beyond the critical period of visual development. *Res-torNeurolNeurosci*, 28:6, 793-802.
- Kafka JS (2011). Chestnut Lodge and the psychoanalytical approach to psychosis. *J Am Psychoanal Assoc* 59(1): 27-47.
- Kandel ER (2000). Sensory experience and the fine-tuning of synaptic connections. *Principles of Neural Science*, United States of America, Ed. McGraw-Hill, 56, 115-30.
- Kandel ER (2001). The molecular biology of memory storage: a dialogue between genes and synapses. *Science*.294: 1030-38.
- Kane J, Honigfeld G, Singer J and Meltzer H (1988). Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry* 45(9):7898-96.
- Kapsambelis V (2003). Un désir inaccessible: être «comme tout le monde» [An unreach-able-desire: to be «likeeverybody»]. *Psychanalyse-tPsychose*, 3 : 131-47.
- Karon BP (2003). The tragedy of schizophrenia without psychotherapy. *J Am Acad Pschoanal Dyn Psychiatry*, 31(1): 89-118.
- Klein M (1932). *The psycho-analysis of children*, The International Psycho-Analytical Library 22:1-379, London: Hogarth Press.

- Lacan J (1954). The mirror stage as formative of the function of the I [Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je], in *Écrits: a selection*, London: Tavistock/Routledge 1977, 1-9.
- Lacan J (1956). *The seminar of Jacques Lacan, Book III: the psychoses [Le séminaire de Jacques Lacan, livre III: les psychoses]*. Grigg R translator, New York: Norton 1993.
- Lombardi R (2003). Mental models and language registers in the psychoanalysis of psychoses: an overview of a thirteen-year analysis. *Int J Psychoanal* 84(4): 843-63.
- Lucas R (2003). Psychoanalytical Controversies. The relationship between psychoanalysis and schizophrenia. *Int J Psychoanal* 84: 3-9 and 12-15.
- McGlashan T (1984). The Chestnut Lodge follow-up study: II. Long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 41:586-601.
- Michels R (2003). The relationship between psychoanalysis and schizophrenia by Richard Lucas – A commentary. *Int J Psychoanal* 84: 9-12.
- Minzeberg MJ, Yoon JH and Carter CS (2008). Schizophrenia. Etiology and Pathophysiology. *Textbook of Psychiatry*. Arlington: The American Psychiatric Publishing, 426-36.
- Molinger A, Grossman JA, Ribraly V, Joliot M, Volkman J, Rappaport D et al (1993). Somatosensory cortical plasticity in adult humans revealed by magnetoencephalography. *Proceedings of the National Academy of Science of the USA*, 90:8, 3593-97.
- Ogden T (1989). On the concept of an autistic-contiguous position. *Int J Psychoanal* 70, 127-40.
- Ogden T (1997). *Reverie and interpretation*. London: Karnac, 107-31 (reprinted 2005).
- Peyron F, Ateba AB, Wallon M, Kodjikian L, Binquet C, Fleury J et al (2003). Congenital toxoplasmosis in twins: a report of fourteen consecutive cases and a comparison with published data. *Pediatr Infect Dis J*, 22(8):695-701.
- Racamier PC (1980). *Les schizophrènes [The schizophrenics]*, Paris: Payot, reimpresión 2001.
- Robbins M (2002). Psychoanalysis and schizophrenia. Three responses to Martin Willick. *J Am Psychoanal Assoc* 50(1): 310-14.
- Rosenfeld H (1952). Notes on the psychoanalysis of the super-ego conflict of an acute schizophrenic patient. *Int J Psychoanal* 33:111-31.
- Rosenfeld H (1987). *Impasse and interpretation*. London: Routledge, 165-80.
- Searles HF (1965). *Collected papers on schizophrenia and related subjects*. London: Hogarth Press.
- Sapisochin G (2011). La escucha de la regresión en el proceso psicoanalítico, [The listening of regression in psychoanalytical process], *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid* 62:39-85.
- Strachey J (1957). Appendix C: words and things, in Freud's (1915). *The unconscious*. SE 14, 209-216.
- Szpilka J (2002). *Creer en el inconsciente [To believe in the unconscious]*. Madrid: Síntesis.
- Willick MS (2001). Psychoanalysis and schizophrenia: A cautionary tale. *J Am Psychoanal Assoc*. 9: 27-56.
- Winnicott DW (1960). The theory of the parent-infant relationship, *Int J Psychoanal* 41, 585-95.
- Winnicott DW (1967). Mirror-role of mother and family in child development, in *Playing and reality*. London: Tavistock (1971).
- Winnicott DW (1969). The use of the object, *Int J Psychoanal* 50, 711-16.
- Zubiri M (2008). *Una aproximación psicoanalítica a ciertos dolores físicos [A psychoanalytical approach to certain physical pains]*, Work to become a Full IPA Member in the Asociación Psicoanalítica de Madrid.

- Recibido: 20/04/2015.
- Aceptado: 23/10/2015.

# Repercusión de los desastres en la salud mental de niños/as y adolescentes.

## *Repercussion of the disasters in the mental health of boys/girls and teenage.*

Iván Castillo Ledo\*, Hilda Ledo González\*\*, Yisel Toyo Calderin\*\*\*

(\*) Doctor en Medicina. Máster en Medicina Bioenergética. Profesor Asistente. Policlínico “Raúl Suárez Martínez”. Rodas. Cienfuegos.

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

(\*\*\*) Licenciada en Enfermería. Profesora. Vicedirección docente. Policlínico “Raúl Suárez Martínez”.

**Resumen:** Desde sus inicios los seres vivos han debido adaptarse a su ambiente, a través de estrategias que le permitan sobrellevar de mejor manera las particularidades del medio que les rodea, todas ellas parten del ciclo de la naturaleza, tales como incendios, erupciones volcánicas, terremotos y ciclones.

Los desastres generan consecuencias físicas, sociales y psicológicas que se manifiestan en diversos grados en diferentes personas, familias, comunidades y culturas. Se describen como alteraciones intensas en las personas, los bienes, los servicios y el ambiente, causadas por un suceso natural o provocadas por la actividad humana, que exceden la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

La intervención en crisis es un proceso psicoterapéutico dirigido a auxiliar a una persona y su entorno íntimo a resistir un suceso traumático, los niños/as son afectados por todas las limitaciones que le imponen los desastres a su desenvolvimiento cotidiano, la estrategia de abordaje de las manifestaciones psicopatológicas debe conformarse desde una perspectiva social, aprovechando las tareas cotidianas de los niños/as. Los principales eventos que repercuten en la salud mental de niños/as y adolescentes están en relación con los Trastornos emocionales y los Trastornos de la Conducta, estas manifestaciones dependen en gran medida de los factores de riesgo y protectores presentes.

**Palabras clave:** desastres, intervención en crisis, niños/as, adolescentes.

**Summary:** From his starts the living beings have had to adapt to his environment, through strategies that allow him know of better way the peculiarities of the half that surrounds them, all they split of the cycle of the nature, such like fires, volcanic eruptions, earthquakes and hurricanes.

The disasters generate physical consequences, social and psychological that manifest in diverse degrees in different people, families, communities and cultures. They describe

like intense alterations in the people, the goods, the services and the environment, caused by a natural event or caused by the human activity, that exceed the capacity of answer of the community affected.

The intervention in crisis is a psychotherapy process headed to help to a person and his intimate surroundings to resist a traumatic event, the boys/ace are affected by all the limitations that impose him the disasters to his daily development, the strategy of boarding of the psychopathology demonstrations has to conform from a social perspective, taking advantage of the daily tasks of the boys/ace. The main events that appear in the mental health of boys/ace and teenagers are in relation with the Emotional Disorders and the Disorders of the Behavior, these demonstrations depend to a large extent of the factors of risk and protective presents.

**Key words:** disasters, intervention in crisis, boys/girls, teenage.

## Introducción

A partir de la década del 70 del pasado siglo se comienza a prestar especial atención a los problemas de salud mental de los desastres, al abordarse integralmente sus consecuencias, por lo que su atención ha dejado de ser una quimera gracias al despertar de la conciencia de su necesidad, tanto en las personas que lo sufren, como en las autoridades a los distintos niveles encargados de la atención y solución de estos problemas.

En este esfuerzo se inserta el trabajo de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) a la que pertenecen 124 sociedades nacionales, agrupadas en 4 regiones y 18 zonas con cerca de 200 000 psiquiatras, funcionan además 64 secciones científicas (Mezzich, 2006). La WPA desde inicio de este siglo, ha estructurado un grupo de acciones a tenor de las posibilidades con que cuenta, de manera que pueda ayudar tanto a las sociedades miembros de la WPA, como a otros, en la dirección de superar las consecuencias psicosociales de sus comunidades.

El 3 de diciembre de 2005, durante la Conferencia Internacional del Sur de Asia de la Asociación Regional de Cooperación Internacional (SAARC), en Agra, India, se propuso la constitución de secciones nacionales sobre desastres, que estarían relacionadas con la Sección de Desastres de la WPA (Ventura 2009).

El 27 de octubre de 2006, atendiendo a las proyecciones de la WPA y de la intención de la Sociedad Cubana de Psiquiatría (SCP), de potenciar el desarrollo de su membresía, se decide la crea-

ción de la Sección de Intervención en Desastres, subordinada a la SCP, que entre sus objetivos de desarrollo tiene (Ventura, 2009): 1) Agrupar a los interesados en el tema; 2) Impulsar la capacitación; 3) Potenciar un espacio dentro de los distintos eventos que se desarrollen.

Durante el tiempo transcurrido, las principales direcciones de trabajo se han proyectado hacia el desarrollo de cursos y talleres de capacitación, así como otras actividades científicas junto a la estimulación y divulgación de investigaciones sobre el tema.

Existe la intención de continuar el desarrollo de estas actividades, tanto por organizaciones internacionales como nacionales, debido a que Cuba se encuentra en una zona de riesgo, azotada por diferentes eventos naturales, y con posibilidad de ser afectada por otros eventos producidos por el hombre, con su costo en recursos materiales y psicológicos para la población.

La experiencia acumulada en estos años en Cuba permite disminuir las víctimas mortales, aunque en lo que se refiere a impacto económico, vulnerabilidad y atención a las consecuencias emocionales en las víctimas, queda mucho camino por recorrer.

En Cuba, la atención a la salud y la salud mental de la población, se ha visto favorecida por el hecho de asentarse la salud pública cubana en la atención primaria y comunitaria, porque es la propia comunidad, con sus estructuras y recursos, quien lleva la mayor parte del peso en el enfrentamiento a estos fenómenos.



El Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba (MINSAP) reconoce la importancia de la atención a los problemas psicosociales vinculados a los desastres y lo ha refrendado en la Instrucción Ministerial No. 20 del 30 de septiembre de 2008 para la implementación de los “Lineamientos para la salud mental en desastres en Cuba”, (Cuba. Ministerio de Salud Pública, 2008), con el objetivo de perfeccionar los planes de reducción de desastres en el sector salud de cada territorio del país, basados tanto en el contexto de los riesgos y vulnerabilidades, como en las fortalezas y la resiliencia presentes en el territorio.

La sección de intervención en desastres de la SCP ha desarrollado la mayor parte de su labor vinculada al Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres (CLAMED) “Dr. Abelardo Ramírez”, mediante la participación en congresos nacionales e internacionales, impartiendo cursos en las distintas provincias del país y desarrollando un módulo con este tema en la Maestría de Salud en Desastre impartido en este Centro. Esta sección tiene la intención de crecer en el número de miembros a partir de un grupo mayor de interesados en el tema (Ventura, 2009).

Los niños, entre otros grupos poblacionales corren un riesgo mayor de trauma. De manera específica los niños pierden de forma temporaria su visión del mundo como lugar seguro y predecible. Tienen miedo de que lo sucedido vuelva a ocurrir y de que ellos o su familia se lesionen o mueran.

A la mayoría les resulta difícil entender el daño, las lesiones y las muertes que pueden surgir de un hecho inesperado o incontrolable. Pueden producirse en ellos (al igual que en los adultos), una serie de reacciones y efectos a corto y largo plazo.

En el inicio de la edad escolar pasan una etapa de modo particular difícil para asumir un incidente crítico. Después la mayoría empieza a tener suficiente capacidad para darse cuenta de las consecuencias que puede conllevar la situación e incluso comprender el concepto de pérdida permanente, en caso de que esta hubiera ocurrido.

Sin embargo, todavía no tienen estrategias de afrontamiento adecuadas, ya que acaban de

perder aquellas que les proporcionaba el pensamiento mágico de etapas anteriores. Las reacciones que predominan son el miedo y la ansiedad, que muestran un incremento en la consciencia de la realidad del peligro para ellos, su familia y sus amigos.

Es importante que se conozcan las reacciones que pueden tener los niños en función de su desarrollo evolutivo, así como algunos aspectos a tener en cuenta a la hora de relacionarse con ellos y favorecer estrategias de afrontamiento ante la situación crítica.

Teniendo en cuenta la actualidad esta temática por ser considerable el número de infantes, adolescentes y familias en las comunidades afectadas por situaciones críticas y necesitados de recibir una ayuda más eficaz y sobre todo humana, se propone realizar esta investigación con el objetivo de determinar la repercusión de los desastres en la salud mental de niños/as y adolescentes.

## 1. Los desastres: una realidad psicosocial

Desde sus inicios los seres vivos han debido adaptarse a su ambiente, a través de estrategias, técnicas, herramientas y demás elementos que le permitan sobrellevar de mejor manera las particularidades del medio que les rodea, todas ellas parten del ciclo de la naturaleza, tales como incendios, erupciones volcánicas, terremotos y ciclones.

Los desastres generan consecuencias físicas, sociales y psicológicas que se manifiestan en diversos grados en diferentes personas, familias, comunidades y culturas. Se describen como alteraciones intensas en las personas, los bienes, los servicios y el ambiente, causadas por un suceso natural o provocadas por la actividad humana, que exceden la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

En lo psicológico el concepto de DESASTRE constituye un hecho inesperado y de por sí catastrófico, provocando grandes pérdidas humanas y materiales. Los individuos y sus comunidades en mayor o menor medida relacionados con el desastre lo perciben como un evento vital estresante, una especie de situación amenazante

y de conflicto, la cual conlleva a una ruptura y modificación del ciclo vital de los damnificados y del equilibrio hombre-entorno en una sociedad concreta.

La intervención en crisis es un proceso psicoterapéutico dirigido a auxiliar a una persona y su entorno íntimo a resistir un suceso traumático, con el objetivo de mitigar los efectos de ese evento en los aspectos, emocionales, cognitivos, conductuales y relacionales, y aumentar las posibilidades de crear nuevas habilidades y modalidades de afrontamiento en la cotidianidad y frente a sucesos similares.

La actuación desde lo psicosocial en desastres requiere de metodologías especializadas y de manera previa diseñadas – validadas e implementadas en cada una de las culturas y correlacionadas con las realidades en el tema en cada comunidad. Restaurar la capacidad de los damnificados para la comprensión y afrontamiento adecuado y efectivo de las situaciones estresantes en que se encuentran, brindar ayuda para el reordenamiento y la reorganización de su mundo mediante la propia interacción social, colaborar con otros grupos u organismos especializados, quienes también brindan apoyo y ayuda a los damnificados, identificar la especificidad de las sintomatologías psicosociales y del carácter de sus relaciones con el desastre como un proceso en desarrollo, constituyen hoy en día los objetivos fundamentales de la Intervención Psicológica en desastres.

## **2. Los desastres y su impacto en la salud mental**

Un elemento que se ha de contemplar es la posibilidad de predecir y actuar antes de que se produzca el impacto. La posibilidad de predecir un evento de este tipo, el momento de su impacto, la posible magnitud, entre otros, permite la prevención de los efectos dañinos sobre la población y su salud mental, ya que es posible tomar medidas de protección y seguridad para las posibles víctimas. No obstante, son frecuentes las informaciones erróneas, contradictorias, que sumen a la población en la incertidumbre, con efectos adversos sobre su seguridad y, por tanto, sobre su estabilidad mental, que sirven de factor predisponente para alteraciones emocionales y

que generan mayor vulnerabilidad en las posibles víctimas (Austion, 1995; Barrientos, 2003).

La posibilidad de actuar antes de que ocurra un desastre no se limita solo a su predicción a corto plazo. En lugares expuestos a mayor riesgo de sufrírselos, basados en su ubicación geográfica e historia de catástrofes similares, se hace factible actuar desde antes, mediante medidas de planificación que reduzcan el riesgo, prevean los posibles daños inevitables y mitiguen su impacto. Estas disposiciones, aun cuando se ejecutan en ausencia del evento, se activan en la fase de alerta, cuando se estima que el acontecimiento sobrevendrá en corto o mediano plazo. La seguridad individual y colectiva se eleva con la participación de la comunidad en esta fase, y actúa como factor protector de la salud mental, si bien un mal manejo de esta actúa como un factor de riesgo.

Las acciones protectores de la salud mental en esta etapa no requieren del concurso directo del personal especializado en psiquiatría (Malm, 1989) o profesiones afines, sino solo su asesoría en elementos puntuales y en la transferencia de tecnologías de intervención comunitaria. Estas medidas son generales para todo tipo de situación de emergencia que puede ser prevista, y aun en aquellas en que el impacto no puede ser advertido con anterioridad, pero que existen razones históricas para suponer su posible aparición de improviso. La preparación de la población para esta contingencia, incluyendo su propia participación en la mitigación del daño, ejerce protección a la salud mental de los afectados (Cohen, 1999).

En todo tipo de situación capaz de provocar una emergencia en un núcleo poblacional, se pueden considerar diversas etapas. Todas ellas se refieren al orden cronológico en relación con el evento en cuestión: antes, durante y después. De ellas parten todas las consideraciones de intervención. Con fines didácticos se selecciona aquella progresión que considera el período o fase precrítica, la crisis, la poscrisis y la recuperación.

La fase precrítica se refiere a días u horas antes del impacto, la crisis se extiende desde el impacto hasta los primeros días posteriores, la poscrisis llega hasta un aproximado de 30 días, cuando



debe comenzar la fase de recuperación, la cual se prolonga en el tiempo.

**Fase precrítica.** Es cuando se conoce de la posibilidad del impacto, y se anuncia su inminencia. Crece, progresivamente, la expectativa de su inevitabilidad y aumenta el nivel de tensión en la población. Esta tensión puede hacer que se subvaloren los posibles efectos y consecuencias personales o, por el contrario, se sobrevalore el posible daño. En ambos casos se potencian las características individuales de los integrantes de la población, las personas vulnerables se tornan más susceptibles, aumenta la incertidumbre y es posible encontrar, tanto actitudes solidarias, como posturas de franco individualismo.

La preparación previa y la confianza en los elementos de la red de apoyo social actúan como factores de protección de la salud mental, al igual que la información confiable que se suministra acerca del progreso o aproximación del evento. La falta de preparación y la información distorsionada sobre la evolución, aproximación y magnitud del evento, actúan como factores de mayor riesgo, capaces de provocar, aun antes del impacto, afectaciones a la salud mental y a la conducta esperada por parte de determinados sectores de la población.

El papel del personal de salud es el de asesor o consultor de los decisores acerca de las medidas que se deben tomar, y de preparación para su accionar durante la fase siguiente de impacto o crisis. Su actuar es más exitoso si antes ha habido un trabajo consecuente de preparación de la población y de los decisores para esa eventualidad.

**Fase de crisis o de impacto.** Se mantiene el tiempo en que actúa el evento. Puede durar minutos o prolongarse por muchos días. El primer efecto que se aprecia es la desorganización y la confusión. La reacción predominante es el miedo, la impotencia frente a la agresión del medio, y la conciencia de su propia vulnerabilidad y la de los que le rodean. Existe una elevada preocupación por la supervivencia propia y la de sus seres queridos. Se puede producir una pérdida de iniciativa e inmovilidad o, por el contrario, una hiperactividad desorganizada. Ambas pueden ser manifestación de pánico. Las conductas se canalizan por los derroteros más disímiles, surgen li-

derazgos (positivos y negativos), actos heroicos o mezquinos, solidaridad o egoísmos, violencia o resignación. En general, se exacerban las condiciones y valores previos al impacto o, por el contrario, se pierden o diluyen en la emergencia y el apremio por satisfacer las necesidades personales más inmediatas.

**Fase poscrítica.** Después del impacto, siguen actuando, por un tiempo, los factores de estrés e influyen en la conducta de los damnificados. La evaluación del impacto, las afectaciones individuales y familiares y las pérdidas de vidas y recursos materiales, condicionan la afección de la salud mental, en su sentido más amplio, así como las posibilidades de recuperación del control personal, que se aprecia progresivamente. Es posible comenzar a deslindar las afectaciones «normales» y transitorias, de aquellas más persistentes y en mayor relación con las características de las personas y con las posibilidades de recuperar lo perdido en la catástrofe, tanto en lo material como emocional.

Entre las manifestaciones más comunes se encuentra el miedo a la recidiva, en algunos casos ilógico, pero en otros, una posibilidad objetiva. Este miedo también se observa en los sobrevivientes que permanecen en el mismo asentamiento habitual, considerado de mayor riesgo. Un sentimiento común es la culpa irracional por haber sobrevivido, máxime cuando han fallecido seres muy allegados. Al no poderse soportar, esta se proyecta hacia las autoridades e instituciones a los que, muchas veces, consideran responsables por lo sucedido. La conducta puede llegar a ser agresiva, incluso delictiva. La depresión hace su aparición, ya fuera de los límites «normales» del duelo, y se inicia su tránsito hacia la patología psiquiátrica. Igual ocurre con las respuestas al estrés, que pueden evolucionar hacia el trastorno de estrés posttraumático (TEPT). Los grupos vulnerables son los más afectados. Se mantiene lo descrito en la etapa anterior.

**Etapas de recuperación.** En ella persisten, sin resolver, muchas de las consecuencias del evento, que se van eliminando paulatinamente hasta que se hace evidente que existen situaciones que no tendrán solución. Se aprecia el inicio y la consolidación de nuevas situaciones generadas por soluciones inadecuadas, a veces, de tal magnitud

que pueden llegar a tener la misma trascendencia que las primeras, y cuyos efectos giran alrededor de los albergues, la separación familiar, el desempleo y otras medidas consideradas como transitorias y que se hacen permanentes. La vida cotidiana asumida tras la crisis, que se acepta como solución provisional ante un mal mayor, no se acepta por el sujeto como definitiva, y surgen alteraciones de conducta, aumento de las adicciones y de la violencia comunitaria, intrafamiliar y sobre grupos e individuos vulnerables. La frustración es el sentimiento predominante, seguido del acomodamiento y de la posible asunción del papel de víctima que lo merece todo, con una actitud pasiva frente a las posibles soluciones.

En esta etapa se inicia un tránsito paulatino a la recuperación del estado mental previo al desastre. Se recuperan, de modo progresivo, los valores habituales de la comunidad y la cultura. Este proceso no es lineal, y no siempre la recuperación significa volver a los patrones habituales, que, en ocasiones, demostraron ser insuficientes para afrontar situaciones como la viuda; es posible encontrar tendencias a su modificación, lo que siempre dará lugar a confrontaciones capaces de generar afectaciones del equilibrio psíquico.

### 3. Repercusión psicosocial de los desastres en niños/as y adolescentes

Su vulnerabilidad aumentada se debe a una capacidad de adaptación más dependiente del ambiente y de las personas conocidas y las menores posibilidades en relación con la población adulta, para comprender lo sucedido. Constituye un error considerar que estos no perciben como psicotraumáticas las vivencias aterradoras de los desastres, debido al mito de que no puedan comprender el alcance de lo sucedido.

La realidad demuestra que las secuelas psicológicas suelen ser frecuentes y potencialmente perdurables Santacruz y Ardila (2003). Particularmente resulta importante en la adolescencia, etapa en la que se consolida la personalidad, y periodo en el que cualquier crisis o conflicto puede cristalizar hacia procesos psicopatológicos o, por el contrario, resolverse quedando la personalidad sanamente constituida o, al menos, establemente compensada, permitiendo el desarrollo personal Toledo (2007).

La identificación de los problemas emocionales en los niños y las niñas puede ser realizada por los maestros, trabajadores de atención primaria en salud, y las familias cuando, capacitadas para estos fines, pueden diferenciar las reacciones normales de las patológicas.

Los niños y las niñas son afectados por todas las limitaciones que le imponen los desastres a su desenvolvimiento cotidiano, lo que incluye, no asistir a la escuela porque fueron destruidas por el desastre, o por la ausencia de maestros, limitaciones para participar en juegos, tener poco tiempo y condiciones limitadas para su realización, además del error de no considerar el juego una necesidad psicológica primaria de los niños y las niñas.

La estrategia de abordaje de las manifestaciones psicopatológicas debe conformarse desde una perspectiva social, aprovechando las tareas cotidianas de los niños y las niñas. En el caso de los menores se busca el modo de facilitar la expresión de los sentimientos, la redefinición de hechos traumáticos y la elaboración de duelos, de manera que les permitan construir nuevas posturas frente a la realidad. El equipo de salud mental debe considerar la edad y las diferencias de sexo.

La escuela ha demostrado ser un excelente escenario para el desarrollo de acciones de salud mental con los menores y sus familias, gracias a las estructuras creadas y las potencialidades para diseminar las actitudes y conductas dentro de la comunidad.

La experiencia evidencia que con voluntad política, a pesar de las difíciles circunstancias, es posible dar continuidad a las actividades escolares, con el apoyo de familiares y voluntarios de la comunidad, mediante la creación de aulas provisionales.

Después de reiniciadas las actividades docentes, y permitiendo que los niños y las niñas se incorporen a las actividades lúdicas, asumen que todo está regresando a la normalidad, lo que actúa como factor protector psicológico.

Las técnicas de proyección mediante el juego y otras tareas como son el dibujo, el canto, la escritura, la narración de cuentos, y escenificaciones,



permiten que se reestructuren las secuelas psicológicas producidas por los acontecimientos psicotraumáticos. Es posible que se considere que en condiciones adversas no existen los recursos suficientes, pero por el contrario, como norma pueden ser realizadas, se puede dibujar en la arena, en la tierra, utilizando piedra caliza y otras variantes, sin recurrir a materiales costosos. La práctica ha demostrado su beneficio y factibilidad.

Ha quedado demostrado que el juego es un recurso importante en los niños y las niñas para entender el mundo que les rodea y lo que sucede, les permite elaborar conflictos, frustraciones y traumas Azevedo et al (2007). Según el profesor Cristóbal Martínez, el juego en los niños y las niñas es una necesidad psicológica primaria, por lo que en salud mental se debe defender como práctica cotidiana (Martínez: 2009).

Los jóvenes pueden ayudar a la recuperación tanto de otros niños y niñas, como a la familia y la comunidad. Se les debe permitir participar en los trabajos de reconstrucción de las viviendas y otras tareas. Las responsabilidades que asumen en el cuidado de hermanos menores y de otros niños les generan confianza y seguridad, lo que aumenta su autoestima.

También los jóvenes pueden, a su vez, servir de agente de cambio en la familia y la comunidad, mediante la divulgación y el cuidado de aspectos como la higiene comunitaria, la necesidad de hervir el agua, el espíritu de recuperación, entre otras labores. Ha quedado demostrada la capacidad de resiliencia que a estas edades cuenta, facilitadas por la flexibilidad para adaptarse a los cambios.

El maestro puede constituir un agente de cambio con la ventaja de su preparación psicopedagógica, debido a su influencia al menos en una parte de la comunidad y formar parte de una institución, la escuela, que puede promover las acciones que requiere la comunidad para su recuperación.

A los niños y las niñas se les debe explicar lo ocurrido, no se les debe mentir ni minimizar o exagerar la situación, es preciso mantenerlos informados, especialmente en los aspectos que pueda verse modificada su vida. Es necesario es-

timularlos para que expresen sus sentimientos, miedos y preocupaciones, y poder brindarles el afecto y seguridad que necesitan.

En estas circunstancias el adulto recibe, además, la recompensa del afecto del niño. Hay que ofrecerle seguridad en que las conductas superadas, como son: orinarse en la cama, querer dormir con los adultos, o con la luz encendida, van a ser transitorias, y pueden durar hasta 6 semanas. Se deben normalizar las anteriores rutinas de la familia, como son los horarios de alimentación y el orden de las pertenencias, entre otras.

Con el paso de los días, por diversas razones, las conductas de las personas pueden modificarse, uno de los factores más importantes es el comportamiento previo de la comunidad y la manera que en ella se organice la asistencia. La organización previa de la comunidad en lo referente al funcionamiento de sus instituciones, el respeto de las leyes y a los líderes formales e informales, su preparación para enfrentar situaciones de desastres y por tanto la manera en que se organice y efectúe la asistencia a los afectados, puede favorecer que se perpetúen las conductas adaptativas o propiciar la proliferación de conductas desadaptativas, que generan desorden, abusos y violaciones de todo tipo.

Se conoce que después de un desastre, los problemas de salud mental requerirán de atención en los sobrevivientes durante un periodo prolongado, tan pronto se enfrenten a la readaptación a su nueva situación de pérdidas de seres queridos, pérdidas materiales, de propiedades, y formas de sustento, entre otras.

Los síntomas más frecuentes son:

Depresión, Ansiedad, Apatía, Pesadillas, Fobias, Sentimiento de culpa, Trastornos psicósomáticos, Confusión, Consumo de sustancias, Ideas y actos suicidas, Irritabilidad y hostilidad, Insomnio, Astenia, Dificultades en la concentración, Enuresis, Manifestaciones gastrointestinales (gastritis, náuseas y vómitos, diarrea o estreñimiento) o cardíacas como la hipertensión arterial

Estas manifestaciones se relacionan con los factores de riesgo y protectores presentes. Según Sánchez y otros (2010) en un estudio realizado

por un equipo de salud mental, en la población del municipio San Cristóbal, afectada por los huracanes Gustav y Ike, detectaron, factores de riesgo y protectores como fueron:

#### Factores de riesgo:

##### Individuales

- Afectación total y parcial de la vivienda.
- Pérdida de bienes materiales.
- Embarazadas que perdieron totalmente sus viviendas.
- Ancianos solos que perdieron sus viviendas y están albergados (Sánchez, 2009).
- Ingestión de bebidas alcohólicas.

##### Familiares

- Separación familiar por desplazamiento a casa de familiares o vecinos.
- Hacinamiento en las viviendas con derrumbe parcial o en las casas de familiares o vecinos donde se habían refugiado.
- Condiciones precarias de alojamiento en las facilidades temporales.

##### Comunitarios

- Afectación de la infraestructura de los servicios, destrucción total o parcial de las principales fuentes de empleo: fábricas, escogidas de tabaco y granjas avícolas.
- Afectación en las condiciones de vida, electricidad y agua.
- Afectación del medio ambiente, devastación de árboles y sembrados.
- Necesidades sentidas: reparación de viviendas, falta del fluido eléctrico, condición de albergados (ausencia de privacidad, ingestión de bebidas alcohólicas y riñas, escasez de iluminación, calor e insectos, entre otros).

##### Educacionales

- Afectaciones estructurales en más del 80% de las escuelas.
- Afectación de las viviendas del personal docente, trabajadores y estudiantes.

- Existe un número reducido de padres que se han demorado en enviar a sus hijos a las escuelas.
- Las soluciones provisionales no reúnan las condiciones óptimas para la realización del proceso docente educativo.

#### Factores protectores:

- Reanudación del curso escolar en casas de profesores, familias de estudiantes, ofrecidas voluntariamente y en escuelas menos afectadas.
- Elevada proporción de estudiantes incorporados a las escuelas.
- Atención continua y esmerada de los servicios de la salud a pesar del daño a la infraestructura y en especial en los puntos de evacuación.
- Entre huracanes el Equipo de Atención Primaria de Salud, realizó audiencias sanitarias con la población con el fin de prevenir: leptospirosis, enfermedades diarreicas, parasitismo y accidentes.
- Suspensión de la venta de bebidas alcohólicas desde el día anterior a los huracanes.
- Identificación, en la fase de preimpacto, de las familias y personas con trastornos psiquiátricos, los que fueron controlados y evacuados con sus tratamientos de base, evitar las descompensaciones.

#### Conclusiones

Los desastres generan consecuencias físicas, sociales y psicológicas que se manifiestan en diversos grados en diferentes personas, familias, comunidades y culturas.

La posibilidad de predecir un evento de este tipo, el momento de su impacto, la posible magnitud, entre otros, permite la prevención de los efectos dañinos sobre la población y su salud mental, ya que es posible tomar medidas de protección y seguridad para las posibles víctimas.

La vulnerabilidad de niños/as y adolescentes se debe a una capacidad de adaptación más dependiente del ambiente y de las personas conocidas



y las menores posibilidades en relación con la población adulta, para comprender lo sucedido.

Los principales eventos que repercuten en la salud mental de niños/as y adolescentes están en relación con los Trastornos emocionales y los

Trastornos de la Conducta, estas manifestaciones dependen en gran medida de los factores de riesgo y protectores presentes.

### Contacto

Iván Castillo • Servicio de Salud Mental.  
Independencia No. 57 B. Rodas • Cienfuegos, Cuba.  
Tel. 53 43 549326 • ivancl721026@minsap.cfg.sld.cu

### Bibliografía

Balseiro J, Martínez de Santelices, A, Chirino Y. Salud mental en emergencia y desastres. Experiencias en Camagüey tras el paso del Huracán Ike. En: Colectivo de autores: Salud y Desastres: Experiencias cubanas II. 2010.

Cohen, R. Salud Mental para víctimas de desastres. Guía para Instructores. Editorial El Manual Moderno/OPS. México, DF, 1999

Espinosa Y, Días Y. Reacciones psicológicas en la población infantil en la localidad de Los Palacios. Ponencia 1er Congreso Nacional de desastres. La Habana, Cuba. 2009. Salud y Desastres.

Fariñas A, Álvarez N. Conocimientos y actitudes de los colaboradores médicos cubanos sobre desastres. Municipio Caroní. Estado Bolívar. Venezuela. Enero/ Junio 2006. En: Colectivo de autores: Salud y Desastres: Experiencias cubanas II: 2010.

García I, Pérez K, Rivero A, Vázquez Anselmo. Las niñas y los niños en situaciones de desastres: un proyecto de intervención en crisis. Pinar del Río. En: Colectivo de autores: Salud y Desastres: Experiencias cubanas II: 2010.

Lorenzo Ruiz A. Teoría y prácticas en actividades de preparación psicosocial para emergencias y desastres en Cuba y América Latina. Memorias del II Congreso Nacional de innovaciones en Psicología y Salud Mental. Editorial. Tunja, Colombia.

Lorenzo Ruiz, A.; Martínez Gómez, C.; Ventura Velásquez, R.E.; Mesa, Ridel, G. Lineamientos para la salud mental en desastres en Cuba. *Instrucción No. 20 del Ministro de Salud Pública de Cuba*, Dr. José Ramón Balaguer Cabrera. 30 de septiembre de 2008. La Habana, Cuba.

• Recibido: 25-7-2015.

• Aceptado: 14-9-2015.

# Conciencia reflexiva del self relacional: Mindfulness, mentalización e integración en psicoterapia (\*).

## *Reflective consciousness of relational self: Mindfulness, mentalization and integration in psychotherapy (\*).*

Carlos Mirapeix

Psiquiatra. Director de FUNDIPP. Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad. Santander. España.

**Resumen:** Presento en este artículo una concepción integradora de abordaje del tratamiento de los trastornos de personalidad en el que se utiliza de forma distinto tipo de técnicas, refiriéndonos en el artículo específicamente a la utilización conjunta del mindfulness y la mentalización en el programa terapéutico. El concepto de conciencia reflexiva del self relacional sustentada en un proceso complejo de auto y hetero observación relacional y contextual, permite articular tanto a nivel teórico como técnico el abordaje presentado.

**Palabras clave:** mentalización, mindfulness, psicoterapia, personalidad, formación, conciencia, self.

**Abstract:** I present in this article an integrated approach addressing the treatment of personality disorders, in which it is used different types of techniques, the article cover specifically the joint use of mindfulness and mentalization in the treatment program. The concept of relational self reflective consciousness is sustained in complex process of a self and other relational and contextual observation, this helps to articulate both the theoretical and technical approach presented here.

**Key words:** mentalization, mindfulness, psychotherapy, personality, training, consciousness, self.

### Introducción

Presentare la forma de trabajo que vengo desarrollando en los últimos años con pacientes con trastornos graves de personalidad y específicamente con trastorno límite de personalidad.

En los modelos actuales de tratamiento de los trastornos de personalidad, es cada vez más frecuente la utilización de modelos integrados de abordaje (1). En este artículo hablaré desde una perspectiva cognitivo analítica extensa, en la que he integrado, de forma asimilativa, nuevos

---

(\*) Este artículo es una ampliación de la ponencia que presenté en la mesa redonda del pasado XVI Congreso Mundial de Psiquiatría celebrado en Madrid del 14 al 18 de septiembre de 2014. La mesa titulada "Metacognición como factor común en Psicoterapia" en la que participamos: Alberto Fernández Liria, Antonio Semerari, Peter Fonagy (quien finalmente no pudo asistir) y yo mismo. Mi ponencia versó sobre "reflective function from cognitive analytic therapy".

elementos teóricos y técnicos en el modelo clásico. Describiré la fundamentación teórica para la articulación de estos diferentes elementos que he incorporado y fundamentalmente en este artículo me referiré al Mindfulness y a su utilización conjunta con intervenciones dirigidas al incremento de la función reflexiva, cuya función es favorecer el reconocimiento de los múltiples estados mentales cambiantes del self individual y del otro con quien nos relacionamos. Finalmente, hablaré de las cuestiones prácticas que de todo ello se derivan.

### ***Contexto asistencial de donde surge este desarrollo***

Desde hace años que venimos trabajando en un programa de atención especializada de trastornos de la personalidad, dirigido fundamentalmente al tratamiento del trastorno límite de la personalidad y concertado con la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria. Este proyecto lleva en funcionamiento desde el año 2001 en unas ocasiones con mayor presupuesto y en otras con algunas limitaciones. Desde entonces, ha sufrido algunas modificaciones en su estructura terapéutica, algunas de ellas vinculadas a intervenciones en las que se han ampliado algunos elementos teóricos que han supuesto modificaciones en el programa terapéutico, aunque siempre se ha mantenido el eje teórico nuclear del modelo cognitivo analítico centrado en la identidad, el concepto de self múltiple y la importancia de los patrones de relación interpersonal. Hoy en día y teniendo en cuenta los nuevos criterios generales de la sección III del DSM-5, parece obligado pensar y acercarse al tratamiento de los trastornos de la personalidad teniendo siempre en mente estos dos ejes: el self y los patrones de relación interpersonal. En este sentido, el modelo cognitivo analítico se ajusta perfectamente a las que van a ser las exigencias futuras de cualquier modelo terapéutico dirigido al abordaje de los trastornos de personalidad.

Desde el inicio, cuando comenzamos con el tratamiento especializado de pacientes con trastornos de la personalidad, introdujimos la utilización de un taller de entrenamiento en habilidades mindfulness, inspirado por el modelo dialéctico conductual (2). Posteriormente, la uti-

lización del procedimiento para la descripción estados (3) y nuestra focalización en el trabajo con la identificación de estados mentales en aquellos pacientes que tenían serias dificultades de sus procesos de auto observación, nos hizo incorporar una concepción de abordaje terapéutico progresivo y multifásico en función del nivel de complejidad cognitiva del paciente, adaptado a su zona de desarrollo proximal (Vigotsky). La visita por aquel entonces de Antonio Semerari, nos brindó la oportunidad de poder conocer más en profundidad su modelo de psicoterapia metacognitiva interpersonal y la importancia de las disfunciones metacognitivas en el abordaje de los trastornos de personalidad (escala de evaluación que las deficiencias metacognitivas, Metacognitive Assessment Scale) (4). Esto nos hizo tomar conciencia de la necesidad de establecer dos niveles de abordaje diferenciados en función del grado de complejidad de las habilidades metacognitivas. A partir de entonces, tomamos contacto con el modelo de psicoterapia basada en la mentalización y profundizamos en la utilización de algunos conceptos y técnicas procedentes de este modelo, hasta que recientemente conocimos el modelo multifásico de Patrick Luyten (5), que nos hizo establecer definitivamente la función reflexiva como un marcador estratégico que discrimina qué objetivos y técnicas hay que utilizar, en función del nivel de la capacidad reflexiva de un paciente concreto. Desde entonces hemos incorporado de forma definitiva, hasta nuevas evoluciones, la función reflexiva como un marcador estratégico; esto resultó definitivo para la remodelación de nuestro programa de evaluación e intervención (6).

### ***Lo innovador del planteamiento***

A pesar de que hayamos incorporado elementos teóricos procedentes de modelos psicoterapéuticos ajenos, como son la terapia dialéctico conductual, la psicoterapia metacognitiva interpersonal y la terapia basada en la mentalización, todo esto se realizó desde la perspectiva de la integración asimilativa, en la que el eje teórico nuclear de referencia es el modelo cognitivo analítico, que mantiene su papel central articulador de este proceso de integración e innovación. Descripciones más detalladas del modelo cognitivo analítico pueden encontrarse en otros lugares (7-9).

Es desde aquí, desde una concepción basada en un self múltiple, social y relacional, desde donde podemos incorporar de forma asimilativa en el marco de referencia cognitivo analítico, las aportaciones que hemos ido viendo como útiles a lo largo de estos años: el mindfulness y la función reflexiva, que será en lo que me focalizaré en este artículo.

Supone un reto la integración teórico y técnica pero el desarrollo del concepto de conciencia reflexiva del self relacional, sustentado en un proceso de auto y hetero observación, relacional y contextual (PAHORC), constituye el eje teórico sobre el que se articula un procedimiento de intervención que he descrito recientemente (6).

### **Situación actual**

Somos muchos los que a nivel Nacional e Internacional estamos trabajando con modelos integradores en psicoterapia en el tratamiento de los trastornos de la personalidad.

### ***La integración de la integración***

La evolución de la psicoterapia en los últimos 20 años, ha profundizado en una visión integradora de la misma y especialmente en lo referido al desarrollo conceptual en el área específica de los factores comunes. Se han desarrollado modelos teóricos e intervenciones técnicas que han resultado de gran utilidad para diferentes escuelas psicoterapéuticas y me refiero específicamente al mindfulness y a la mentalización como factores comunes en diferentes modelos de psicoterapia (10).

En cualquier psicoterapia que se lleve a cabo, sea esta: sistémica, humanista, psicoanalítica, cognitiva o integradora, el desarrollo de una mayor capacidad de autoobservación, llámese esta: habilidad mentalizadora, o función reflexiva, es un requisito indispensable en cualquiera de las modalidades terapéuticas mencionadas (11). Actualmente tenemos datos suficientes para poder afirmar que el incremento de la mentalización o función reflexiva, y la regulación emocional que de ella se deriva, pueden considerarse como un factor común en cualquiera de las psicoterapias mencionadas. Desde mi perspectiva, cuando a esto se suma un entrenamiento en mindfulness, tanto del terapeuta (12) como del paciente (13),

se potencia el incremento de la conciencia reflexiva, lo que facilita en mayor medida los procesos de regulación emocional, a través de lo que denomino la conciencia reflexiva del self relacional, sustentada en un proceso de auto y hetero observación relacional y contextual (6). Esto permite la toma de contacto con la propia identidad, con la complejidad de las interacciones interpersonales y la conciencia de la influencia contextual en todos los procesos mencionados.

### ***La segunda generación de modelos integradores en psicoterapia***

La propuesta básica que quiero realizar, gira en torno a algo que estoy escribiendo actualmente y que verá la luz en los próximos meses: **“El proceso evolutivo dentro de los modelos integradores de psicoterapia”**. De momento, quiero poner de manifiesto que en los últimos 20 años hemos transitado de la primera a la segunda generación de modelos integradores en psicoterapia. El modelo cognitivo analítico inicia su desarrollo hace 30 años, posteriormente ha habido aportaciones muy importantes desde otros modelos psicoterapéuticos que han demostrado una validez empírica. Desde una actitud integradora que fue la que inspiró desde el inicio el desarrollo del modelo cognitivo analítico, y manteniéndose fiel a este espíritu, incorporaremos a nuestro armamentario teórico y técnico aquello que, habiendo demostrado su validez empírica, resulte coherente con el modelo, ampliando de esta manera el modelo clásico. Es por esto que hablo de integración asimilativa (14), en la que el eje metateórico nuclear del modelo cognitivo analítico, es el que articula la incorporación tanto teórica como posteriormente técnica, de las aportaciones procedentes de otros modelos y que posteriormente comentaré con un poco más de detalle.

Es precisamente esta evolución de los modelos integradores de primera generación y la evolución que están sufriendo en los últimos años lo que me permite afirmar que estamos entrando de lleno en la segunda generación de modelos integradores en psicoterapia.

### ***Los modelos integradores en los trastornos de la personalidad***

Los que nos dedicamos al tratamiento de pacientes con trastornos graves de la personalidad,

cada vez tenemos una mayor evidencia que los tratamientos de estos pacientes tan graves, requieren de aproximaciones integradoras, tal y como ha sido descrito recientemente en un número monográfico del *Journal of Personality Disorders* (2012), otro sobre la misma temática en el *Journal of Psychotherapy Integration* (2015) y un reciente número especial sobre el replanteamiento de los trastornos de la personalidad en el *Lancet* (2015).

Lo que sí podemos garantizar, es que en los nuevos abordajes de trastornos de personalidad empiezan a presentarse modelos de integración que combinan técnicas procedentes de otros modelos (15;16). Es por esto que la integración en el tratamiento de los trastornos de personalidad, está liderando lo que denomino la segunda generación de modelos integradores en psicoterapia.

Quiero mencionar alguno de estos modelos que están ampliando su marco de referencia teórico. En el enfoque basado en la mentalización de Patrick Luyten, se plantea un abordaje multifásico, con distintas fases que suponen focos terapéuticos diferenciados y estrategias y técnicas diferentes según las necesidades del paciente en función de su situación clínica (17). Últimamente la propia terapia dialéctico conductual se plantea como un modelo transdiagnóstico (18), algo que también acaba de publicar Chanen muy recientemente (19;20). Pero sin duda, quien más ha influido en el desarrollo de un abordaje integrador y ecléctico en el tratamiento de los trastornos de personalidad, que también podríamos llamar de segunda generación, es John Livesley (19;21-23).

Hablaba antes de la integración asimilativa, tal y como lo describía Messer (14), esta supone una forma de integración, como la elaboración de una mini teoría, en la que define el integracionismo asimilativo como la capacidad de un terapeuta desde su modelo teórico de integrar aportaciones de otros modelos, acoplándolo y asimilándolo a su marco teórico de referencia. Se trata de ser flexible y abierto para aprender de otros modelos y ser capaz de incorporar aquello que parece relevante a nivel teórico y técnico de otras escuelas e integrarlo dentro del marco teórico propio. Al fin y al cabo, integrar en el modelo cognitivo analítico el mindfulness y la mentalización, junto con otras aportaciones, conservando

los principios teóricos básicos del modelo cognitivo analítico, es un ejemplo de integración asimilativa de segundo nivel.

Por otro lado, el planteamiento que vengo haciendo en relación a la *mindfulness* y a la mentalización o función reflexiva, también se puede entender desde una nueva perspectiva vinculada a los factores comunes, entendiendo que tanto la función reflexiva, como el *mindfulness* son elementos terapéuticos comunes sea cual sea el modelo de psicoterapia que estemos utilizando (10).

## Aspectos teóricos

### *La superación de una separación incoherente*

El núcleo central de lo que quiero plantear gira en torno a abrir la posibilidad de nuevos desarrollos integradores y me gustaría poder aportar algo de luz en todo ello. Hay una pregunta que resulta necesario hacerse: ¿porque no se ha utilizado el *mindfulness* a la hora de realizar intervenciones mentalizadoras? Parecía lógico y razonable que así fuese, ambas aproximaciones compartían algunos elementos teóricos y técnicos, aunque también presentaban diferencias.

Desde mi punto de vista, solo la exigencia de pureza de modelos terapéuticos integradores previos, como es la DBT o la MBT, justifican mantener dos intervenciones técnicas de alta eficacia, *mindfulness* y mentalización, separadas la una de la otra. Desde mi perspectiva y la de otros muchos, la utilización conjunta de ambas intervenciones, no solo es que tengan una gran utilidad, sino que fundamentalmente están sustentadas en una coherencia teórica de la que voy a hablar a continuación y tienen un efecto sumatorio y potenciador cuando son utilizadas de forma conjunta en la fase activa del tratamiento.

En este artículo vamos a abordar el papel que la atención plena, la presencia lúcida, la serenidad del terapeuta, la actitud y disposición al trabajo con una conciencia reflexiva y responsable ante y con el paciente. La importancia de la regulación emocional en el terapeuta y en el paciente, son elementos nucleares en cualquier tipo de psicoterapia que se practique. No vamos a realizar aquí una revisión de los distintos conceptos mencionados y de su aplicación en diferentes modelos de psicoterapia, pues de todos es cono-

cido el mindfulness y la mentalización o función reflexiva. En lo que especialmente quiero detenerme es en la articulación teórica y utilización secuencial y o simultánea de ambas técnicas en el tratamiento psicoterapéutico.

### ***Definición de Mindfulness***

No voy a detenerme en definir con detalle algo conocido, mindfulness o atención plena significa *prestar atención de manera consciente a la experiencia del momento presente con interés, curiosidad y aceptación* (24). Por otro lado podemos también definir el mindfulness como una cualidad de la mente de estar presente y consciente en un momento determinado. En un momento en que cuerpo y mente se sincronizan totalmente en un instante de realidad presente. Bien podríamos decir que mentalizar es hacer mindfulness de la mente: es ver tu mente desde fuera y la mente del otro desde dentro (25).

### ***Definición de función reflexiva***

Sintetizando también, se trata de una habilidad metacognitiva para comprender la conducta propia y ajena en términos de estados mentales, es pensar acerca de nuestros propios pensamientos y sentimientos, tanto de nosotros como de los otros, en términos de estados mentales. La función reflexiva, puede ser comprendida, o bien como estado, o bien como rasgo, y esto puede suscitar una discusión que ya estuvo presente en un artículo en el año 2007 (26).

### ***La autoobservación en psicoterapia como un factor común***

El papel de la auto observación en psicoterapia cognitivo analítica ha formado parte central del marco teórico y técnico del modelo desde su comienzo (27,28). Por otro lado, la mentalización más allá de ser un modelo de psicoterapia específico (29), actualmente está siendo conceptualizada como un factor común en la psicoterapia. De tal forma, que actualmente podemos decir que: no es posible llevar a cabo ninguna psicoterapia si no hay una adecuada capacidad de auto observación y de reflexividad (26).

### ***La función reflexiva y el mindfulness***

La incorporación del entrenamiento en mindfulness en los programas de trastornos de persona-

lidad tiene su inicio como todos bien conocen en la terapia dialéctico conductual (2). Desde entonces la evolución de la aplicación del mindfulness en distintos trastornos psicopatológicos (30), específicamente en los trastornos de personalidad (31) y últimamente el entrenamiento de terapeutas hace de la utilización de esta modalidad de intervención una práctica aconsejable dada su eficacia empírica demostrada (12). Además, su finalidad de focalizar en el aquí y en el ahora, en ganar en capacidad de concentración, en la mejora de la atención, facilita los procesos implicados en la auto observación y la subsecuente regulación emocional.

En una revisión reciente sobre los solapamientos conceptuales de la mentalización con el mindfulness, O. Kernberg vinculaba el mindfulness a los modelos cognitivo conductuales (32), que si bien es cierto, lo es sólo parcialmente. Los desarrollos recientes de comprender la mentalización como hacer mindfulness de la mente y el uso del entrenamiento en mindfulness para el entrenamiento de terapeutas, amplían su uso y consolidan la ya antigua vinculación del psicoanálisis con la meditación (E. Fromm y Suzuki). Lo que es claro, es el modelo diferente que tiene de la mente el psicoanálisis y el mindfulness con su inspiración budista. Eso no es óbice para utilizar en nuestro beneficio teórico y sobre todo técnico, una intervención de demostrada eficacia. La adaptaremos a nuestro marco teórico sin reparo y con todo el derecho (Levin y Hayes). En psicoterapia cognitivo analítica, cada vez es más frecuente el uso del mindfulness como una técnica asociada (6;33).

Las aportaciones de Wallin en su texto de apego y psicoterapia son reseñables y en especial su último capítulo, tiene una relación clara con lo que vengo planteando en este artículo (13).

Es un error conceptual pensar que el objetivo fundamental del mindfulness es conseguir una relajación, o una regulación emocional. La esencia del mindfulness estriba en aprender a estar presente con atención plena, en el aquí y el ahora de forma intencional y con una supresión voluntaria del enjuiciamiento de la realidad. El entrenamiento específico de los pacientes en esta modalidad terapéutica, sin lugar a dudas, facilita los procesos de auto observación que traen como consecuencia una mejor identificación de

los estados mentales propios, que derivan en una mejor regulación emocional; ésta se convierte pues en la consecuencia pero no en el fin de la intervención de mindfulness. Como tendremos ocasión de ver más adelante, también facilita los procesos de reconocimiento del estado mental del otro con quien nos relacionamos. Puedo afirmar que la utilización conjunta de este enfoque facilita la regulación de estados disociativos.

El objetivo fundamental del mindfulness es ampliar la conciencia reflexiva y permitir sustituir la reacción impulsiva ante un estímulo, por una respuesta reflexiva elegida por el sujeto. Podríamos sintetizarlo diciendo que: si observas, paras el automatismo; para lo que recomiendo utilizar el acrónimo PROA que implica: para, respira, observa y actúa.

Lo anterior invita al paciente y le entrena en utilizar el mindfulness con fines mentalizadores o de incremento de la FR. Quédate quieto un momento, respira, siente el aquí y el ahora, quédate con los ojos cerrados e intenta identificar ¿qué es lo que estás sintiendo?, ¿cómo llamarías a este estado mental?, ¿Qué componentes tiene?, etc.

Prestar atención a los componentes de cada estado mental no solo es útil, es fisiológicamente necesario. Un estado mental es dinámico y parar percibirle, implica ser consciente de su volatilidad y cambio permanente. Esto es utilizar el poder de la autoobservación derivada del mindfulness, ésto es hacer mindfulness de la mente, es hacer lo que comentaba antes tomado de Bevington: es ver tu mente desde fuera y la mente del otro desde dentro.

Este es uno de los elementos nucleares de mi propuesta teórica y técnica en este artículo. Voy a recordar que los objetivos del entrenamiento en mindfulness giran en torno a: mejorar el control atencional, entrenarse en estar en el momento presente, en el aquí en el ahora, de forma intencional y sin establecer juicios. Esto va a favorecer la regulación emocional, la toma de conciencia de la duración transitoria de los distintos sucesos mentales, de su composición múltiple y cambiante y hacerse consciente de que no es necesario tener un control, ni evitar las experiencias, pues lo mismo que vienen se van. Hacer mindfulness de los estados mentales

es promover la conciencia de su transitoriedad. De tal forma que se producen ciertas paradojas como por ejemplo: actuar sin actuar, de tal forma que permitamos cambiar la impulsividad reactiva por una respuesta reflexiva. Esto solo se consigue a través de un entrenamiento que favorezca el desarrollo de una nueva posición del individuo, en un lugar que le permita observar desde la distancia, un lugar que he denominado: posicionamiento en la metamente.

En qué consiste este posicionamiento desde la metamente. Es un lugar privilegiado para observar con perspectiva, desde fuera, desapegado y descentrado de los procesos mentales, de los diferentes estados mentales y de sus cambios. Es un lugar donde observar el flujo de la conciencia y sobre todo ser capaz de percibir los micro cambios en todas estas actividades mentales (percepciones, pensamientos, emociones, marcadores somáticos, y tendencias a la acción). Este posicionamiento desde la metamente va a permitir percibir la interacción con los otros en un contexto determinado. Es desarrollar en toda su plenitud lo que figura en el título de este artículo que he denominado conciencia reflexiva del self relacional.

Qué otros nombres podríamos dar a este posicionamiento mental: se ha utilizado distintos nombres para un objetivo común y estos nombres han sido por ejemplo: el observador externo, el testigo, el Self auto observador, el insight metacognitivo, la conciencia.

Al mejorar la función reflexiva, se va a favorecer una mejor identificación de los estados mentales propios, con sus componentes emocionales, somáticos y de tendencia a la acción y va a permitir que el paciente incremente su habilidad para mejorar la percepción de los estados mentales del otro a través de una mayor agudeza en la detección de los componentes no verbales. Todo esto implica una mejor habilidad para la detección y manejo de los sutiles cambios de los estados mentales. La distancia, el descentramiento, la observación sin juzgar, implica un proceso de aceptar con confianza lo que sucede en el aquí y el ahora, en el momento presente, y eso exige de un posicionamiento externo que denominamos posicionamiento en la metamente desde donde opera la conciencia reflexiva.

### ***Un modelo metacognitivo del mindfulness***

Al fin y al cabo, una actitud mindful bien desarrollada y aplicada, es una función metacognitiva avanzada. En esa dirección recientemente se plantea una concepción metacognitiva del mindfulness (34). Esta perspectiva metacognitiva del mindfulness está sustentada en una serie de hipótesis: 1. – El mindfulness está relacionado con el más alto nivel de funcionamiento metacognitivo. 2. – El mindfulness depende de la cooperación dinámica entre los tres componentes de la metacognición (conocimiento, experiencia y habilidades metacognitivas). 3. – Un meta nivel mindful, es siempre consciente, mientras que otros procesos metacognitivos pueden suceder de forma implícita e inconsciente. 4. – Cuando el mindfulness es practicado de forma intencional, disminuye la disociación entre conciencia y metaconciencia. 5. – Diferentes componentes del metanivel mindful se desarrollan con la práctica continuada.

Por lo tanto podríamos considerar que la práctica del mindfulness conlleva un entrenamiento metacognitivo, de tal forma que ha de estar sustentado en una serie de autoinstrucciones que facilitan entrar en este estado mindful. El planteamiento que se deriva de esta visión metacognitiva del mindfulness, es que el estado mindful es intencional, y no puede considerarse un modo habitual cotidiano de conciencia. Este estado mindful viene acompañado de algunas cualidades importantes como es la amabilidad, la paciencia y la compasión. Hay otros autores quienes plantean que no es necesario asumir la práctica de la meditación, para el desarrollo de la capacidad de mindfulness, proponiendo algunos de ellos que hay una forma simple de comprender y aproximarse al mindfulness, como un estado natural de apertura y de receptividad consciente que puede ser experimentado en individuos sin entrenamiento.

Desde la perspectiva de un mindfulness metacognitivo, una comprensión en profundidad del mindfulness, requiere un requisito adicional que debemos de considerar: es un estado intencional, que lleva implícito un compromiso consciente de tomar conciencia de todo aquello que se produce en el momento presente y que soy capaz de darme cuenta de ello. Este acto consciente de estar

presente internacionalmente en el aquí y ahora, es lo que marca la diferencia y lo que son los fundamentos para este nivel elevado de funcionamiento metacognitivo. Pudiendo concluir de esta forma que el entrenamiento en mindfulness facilita una conciencia metacognitiva, que no juzga lo percibido desde una posición metaobservadora y permite una percepción multinivel y compleja del procesamiento de la información que tiene el individuo. Este lugar desde donde metaobservar es lo que denomino conciencia reflexiva del self relacional que podemos sustanciar en una denominación más sencilla: la metamente.

### **Una aplicación práctica**

#### ***Un modelo multifásico y politécnico de orientación cognitivo analítica***

La planificación estratégica y técnica, dependerá -entre otras cosas- de la evaluación de la función reflexiva a lo largo del proceso terapéutico. Este modelo de intervención en fases, en el que la función reflexiva se establece un marcador de planificación estratégica, con una clara distinción en los procedimientos utilizados tanto a nivel de la evaluación como de la intervención (5;17).

Desde la concepción del abordaje integrador y multifásico, voy a presentar aquí una síntesis de aspectos nucleares del planteamiento estratégico que se encuentra ampliado en otro artículo, pero que es necesario para comprender bien la secuencia de intervenciones. Fase 1: Evaluación, seguridad, intervenciones preparatorias. Fase 2: Incremento de la función reflexiva. Fase 3: aplicación del modelo clásico de psicoterapia cognitivo analítica en un paciente con un trastorno de personalidad, con frecuencia un trastorno límite de personalidad y que presenta una función reflexiva conservada. En esta fase a su vez se abordan la problemática específica del o los traumas psicológicos que suelen presentar estos pacientes. Fase 4: por último un hay una fase dirigida a la integración de todo el trabajo realizado anteriormente, reinserción y alta si procede. Podríamos terminar diciendo que una vez conseguidos los objetivos de cada una de las fases anteriores nos quedaría por entrar en una última fase dirigida al desarrollo de las potencialidades de cada individuo favoreciendo el desarrollo de toda su capacidad como individuo.

La secuencia de las intervenciones, avanza progresivamente de lo individual a lo relacional y de la identificación simple de los estados mentales propios a un análisis más complejo que está basado en el incremento de la conciencia reflexiva del self relacional a través de lo que he dado en denominar: proceso de auto y hetero observación relacional y contextual (PAHORC). Es sólo posteriormente a esta fase de trabajo focalizado en la FR, cuando se entra en la siguiente fase y se utilizan los cuestionarios específicos y toda la metodología técnica de la psicoterapia cognitivo analítica clásica.

El entrenamiento en mindfulness facilita las capacidades metacognitivas de auto y hetero observación que están implícitas en un planteamiento multifásico de abordaje en el tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad fundamentalmente graves y con deterioro de la función reflexiva.

#### ***Uso combinado de ambas técnicas en cada fase***

Este abordaje multifásico supone la necesidad de realizar un entrenamiento en mindfulness en la fase inicial del tratamiento en todos los pacientes, lo que implica a su vez que el equipo terapéutico debe de estar también entrenado y con experiencia personal en la práctica cotidiana de esta habilidad.

Es habitual y recomendable comenzar un ejercicio de dos minutos de focalización en la respiración y en el aquí y en el ahora, tanto en las sesiones individuales como grupales, independientemente del tipo de grupo o de foco terapéutico que se vaya a abordar en las sesiones. Fomentar esta actitud de estar presente en el aquí y en el ahora, desconectarse de lo anterior y promover un estado mental de conexión entre terapeuta y paciente, o con el grupo entero si éste fuese el formato, facilita esa actitud de presencia terapéutica que debemos de adoptar los terapeutas y promover el los pacientes.

#### ***Algunos ejemplos clínicos y descripción de las técnicas utilizadas***

Las intervenciones en la fase uno, permiten controlar conductas de alto riesgo para el paciente y para el tratamiento. Los contenidos de esta fase

también incluyen intervenciones psicoeducativas y motivacionales. Como muy bien se señala en todos los modelos terapéuticos especializados, las conductas autodestructivas, ideación suicida, conflictos interpersonales graves o conductas que amenazan la continuidad del tratamiento se convierten en focos de intervención. El papel del entrenamiento y las intervenciones que favorecen el incremento de la mentalización, van dirigidas a promover esa conciencia reflexiva que permite serenarse, observar, distanciarse y desapegarse, no juzgar y a través de un análisis minucioso de los diferentes componentes que provocan la conducta, entendidos éstos en términos de estados mentales, va a ser posible una comprensión más lúcida y eficaz de los problemas que presenta el paciente, favoreciendo una regulación emocional y una resolución de los comportamientos destructivos que pretenden evitarse en esta fase utilizando conjuntamente intervenciones basadas en mindfulness y en mentalización.

La segunda fase del diseño estratégico una vez estabilizadas las conductas destructivas y amenazantes, está dirigida al incremento de la función reflexiva, siguiendo el planteamiento estratégico y técnico descrito en el artículo que he mencionado anteriormente (6). Estos abordajes de incremento de la función reflexiva pueden realizarse en tanto a nivel individual como grupal, con formatos y objetivos del tratamiento básicos o avanzados según nivel evolutivo de la función reflexiva de los pacientes.

En esta fase el objetivo fundamental es el incremento de la FR, al servicio de una ampliación de la conciencia reflexiva del self relacional. Así dicho es demasiado general y difícil de operativizar. En un intento por describir en qué consiste el trabajo desarrollado en esta fase he recurrido a describirlo como un proceso que sirve de guía estratégica y que denomino PAHORC. Hay dos niveles de intervención dirigidos al incremento de la función reflexiva, uno básico y otro avanzado, pudiendo ser utilizado tanto a nivel individual como grupal, sin que vayamos a entrar en detalle en ello. Las peculiaridades específicas del trabajo en grupo, por cuestión de espacio no las abordaré aquí.

Como no puede ser de otra forma, teniendo en cuenta que el objetivo es el incremento de la

función reflexiva, hay algunas similitudes técnicas con el modelo basado en la mentalización (29;35), incluido la utilización de algunas intervenciones muy similares aunque éstas se realicen desde un marco teórico y técnico diferente.

Sirva poner como ejemplo los planteamientos técnicos diferenciales en el abordaje de incremento de la función reflexiva en pacientes en estadio de entrenamiento básico y el otro estadio de entrenamiento avanzado.

*Intervenciones básicas sobre la FR: focalizando en la mente del paciente:* evaluación de los estados mentales con el SDP, la representación ortogonal, microanálisis de la arquitectura intraestado (los componentes somáticos), microanálisis de la transición inter-estados, descripción de reciprocidades, isomorfismo relacional y consolidación de lo aprendido.

*Intervenciones avanzadas sobre la FR: focalizando en la mente del otro, en la relación y en el contexto:* La lectura de la mente del otro y el lenguaje no verbal. la circularidad interpersonal, la multivocalidad del self dialógico, análisis contextual, las intervenciones diacrónicas: el eje tiempo, la relación terapéutica, las técnicas activas el análisis de secuencias dialógicas y el metaprocésamiento.

El uso simultáneo o secuencial del mindfulness en esta fase de intervención, está dirigida a la detección minuciosa de los estados mentales propios, del otro, de las relaciones interpersonales que se desarrollan y el contexto en que se producen. Todo lo anterior se ven favorecido por la actitud específica que se obtiene del mindfulness. Especialmente en ocasiones en que la capacidad de mentalización está afectada por una situación estresante, que pueda producir una hiperactivación emocional, en la que el uso del mindfulness favorece un incremento de la serenidad, distanciamiento y capacidad de auto observación, facilitando el proceso de conocimiento e integración que vamos buscando.

En la fase tres del tratamiento, donde se aborda componentes psicológicos de mayor profundidad, patrones relacionales se han generado la historia del sujeto, problemas psicológicos, emociones intensas reprimidas nunca expresa-

das y un trabajo dirigido a la reconstrucción narrativa, la utilización de una amplia variedad de técnicas es lo habitual en esta fase. La utilización del mindfulness tanto por parte del terapeuta como del paciente, les permite mantenerse ambos conscientes del sutil proceso de interacción que se produce en esta fase tan compleja. La capacidad de mentalización del terapeuta y la serenidad a la que puede llegar utilizar el mindfulness, sirven de modelado y limitación al paciente a que se aproxime también a su propia mente y a la relación con el terapeuta, con esta actitud de utilización de una conciencia reflexiva del self relacional.

A estas alturas del tratamiento y a punto de entrar en la fase cuatro de integración y alerta en caso de que sea posible, la utilización del mindfulness en la vida cotidiana del paciente, la práctica habitual del mindfulness por parte del terapeuta forman parte de del proceso terapéutico que queda por delante y es aconsejable que ambos, paciente y terapeuta, haya llevado a su vida cotidiana una actitud de la que también obtengan beneficio del mindfulness y de la utilización en su vida cotidiana de una conciencia reflexiva que le permite abordar las relaciones interpersonales de la vida de cada cual desde una perspectiva nueva y enriquecedora.

Amén de otras conclusiones que podamos obtener de lo presentado, una de ellas y que me parece muy importante resaltar, es la necesidad de un entrenamiento en mindfulness todos los terapeutas que se dedican a la psicoterapia general y a la psicoterapia de los trastornos de personalidad en particular.

Las repetidas experiencias de práctica de la atención plena en las sesiones, establecen un nuevo centro de organización en la mente, sustituyendo modelos funcionales inseguros por un nuevo modelo “seguro adquirido” (13). Los ejercicios de mindfulness en el aquí y en el ahora de la sesión, favorecen un posicionamiento en esa conciencia reflexiva –la metamente– que dota de un nuevo nivel de comprensión al sujeto y al proceso de la relación terapéutica. Se construye entre ambos, paciente y terapeuta, un contexto que favorece una conexión lúcida, sustentada en la serenidad, la calma y la capacidad de auto observación profunda que viene derivada de la actitud

que se consigue con el mindfulness. Aquí aparece con toda su plenitud el efecto de la atención plena y sus consecuencias de presencia relativa y conciencia responsable (Comunicación personal sobre: **Un consejo sobre la presencia de la**

**conciencia responsable** de *Chöguêl Namkhai Norbu Rinpoché de la de la Comunidad Budista Dzogchén, a través de las enseñanzas con el Prof Elias Capriles*).

### Contacto

Carlos Mirapeix • c.mirapeix@fundipp.org  
Psiquiatra. Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad  
Plaza del Cuadro 3, 3º B y C • Santander 39004

### Bibliografía

- (1) Editorial: Rethinking personality disorder. The Lancet 2015 Feb 21;385(9969):664.
- (2) Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic Follow-up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients. [Article]. Archives of General Psychiatry 1993 Dec;50(12):971-4.
- (3) Ryle A, Fawkes L. Multiplicity of selves and others: cognitive analytic therapy. J Clin Psychol 2007;63(2):165-74.
- (4) Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Nicolò G, Pedone R, Procacci M. Metarepresentative functions in borderline personality disorder. J Pers Disord 2005 Dec;19(6):690-710.
- (5) Luyten P. Integrating systematic process-outcome research in clinical practice: Why we all should do it. 1-4-2011. X Conferencia de la Escuela Española de Psicoterapia. Santander España.
- (6) Mirapeix C. Intervenciones dirigidas al incremento de la función reflexiva en psicoterapia cognitivo analítica del TLP. [http://revistamentalizacion.com/ultimonumero/intervenciones\\_dirigidas\\_al\\_incremento\\_de\\_la\\_fr.pdf](http://revistamentalizacion.com/ultimonumero/intervenciones_dirigidas_al_incremento_de_la_fr.pdf). 2014.
- (7) Mirapeix C. Psicoterapia Cognitivo Analítica. In: Caro I, editor. Psicoterapias Cognitivas. Paidós; 2003.
- (8) Mirapeix C. Psicoterapia cognitivo-analítica. Un modelo integrador de intervención. 2004. <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=310&a=Psicoterapia-cognitivo-analitica-Un-modelo-integrado-de-intervencion>.
- (9) Mirapeix C. Tratamiento ambulatorio intensivo de los trastornos límite de la personalidad. V Congreso Nacional y VI Congreso Europeo de Trastornos de la Personalidad. 16 al 19 de Junio 2004. Zaragoza. 2004.
- (10) Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Mentalizing in clinical practice. American Psychiatric; 2008.
- (11) Beitman BD, Soth AM. Activation of self-observation: A core process among the psychotherapies. Journal of Psychotherapy Integration 2006;16(4):383.
- (12) Rodríguez Vega B, Melero-Llorente J, Bayon Pérez C, Cebolla S, Mira J, Valverde C, et al. Impact of mindfulness training on attentional control and anger regulation processes for psychotherapists in training. Psychotherapy Research 2013;(ahead-of-print):1-12.
- (13) Wallin D. El apego en psicoterapia. 2012. DDB Bilbao.
- (14) Messer SB. Introduction to the special issue on assimilative integration. Journal of Psychotherapy Integration 2001;11(1):1-4.
- (15) Clarkin JF, Cain N, Livesley WJ. An integrated approach to treatment of patients with personality disorders. Journal of Psychotherapy Integration 2015;25(1):3.

- (16) Dimaggio G. Integrated treatment for personality disorders: An introduction. *Journal of Psychotherapy Integration* 2015;25(1):1.
- (17) Luyten P, Fonagy P. Psychodynamic Treatment for Borderline Personality Disorder and Mood Disorders: A Mentalizing Perspective. *Borderline Personality and Mood Disorders*. Springer; 2015. p. 223-51.
- (18) Neacsiu AD, Eberle JW, Kramer R, Wiesmann T, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy* 2014;59:40-51.
- (19) Chanen AM, McCutcheon L, Kerr IB. HYPE: A Cognitive Analytic Therapy-Based Prevention and Early Intervention Programme for Borderline Personality Disorder. *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*. Springer; 2014. p. 361-83.
- (20) Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics* 2014;134(4):782-93.
- (21) Livesley WJ. Principles and strategies for treating personality disorder. *Can J Psychiatry* 2005 Jul;50(8):442-50.
- (22) Livesley WJ. Moving beyond specialized therapies for borderline personality disorder: the importance of integrated domain-focused treatment. *Psychodyn Psychiatry* 2012 Mar;40(1):47-74.
- (23) Livesley WJ. Integrated treatment: a conceptual framework for an evidence-based approach to the treatment of personality disorder. *J Pers Disord* 2012 Feb;26(1):17-42.
- (24) Kabat Zinn J. Mindfulness based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice* 2003;10(2):144-56.
- (25) Bevington D, Fuggle P, Fonagy P. Applying attachment theory to effective practice with hard-to-reach youth: the AMBIT approach. *Attachment & human development* 2015;(ahead-of-print):1-18.
- (26) Bateman AW, Ryle A, Fonagy P, Kerr IB. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based therapy and cognitive analytic therapy compared. *Int Rev Psychiatry* 2007 Feb;19(1):51-62.
- (27) Ryle A. The focus in brief interpretive psychotherapy: dilemmas, traps and snags as target problems. *Br J Psychiatry* 1979 Jan;134:46-54.
- (28) Ryle A, Kerr I. Introducción a la Psicoterapia cognitivo analítica. Desclee de Brouwer (en prensa); 2006.
- (29) Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry* 2010 Feb;9(1):11-5.
- (30) Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice* 2003;10(2):125-43.
- (31) Forster C, Berthollier N, Rawlinson D. A Systematic Review of Potential Mechanisms of Change in Psychotherapeutic Interventions for Personality Disorder. *J Psychol Psychother* 2014;4(133):2161-0487.
- (32) Kernberg OF. The inseparable nature of love and aggression: Clinical and theoretical perspectives. *American Psychiatric Pub*; 2012.
- (33) Marx R, Marx S. The Eye and the I: The Construction and Use of the Observer in Cognitive Analytic Psychotherapy and Mindfulness Based Therapy. *British Journal of Psychotherapy* 2012;28(4):496-515.
- (34) Jankowski T, Holas P. Metacognitive model of mindfulness. *Consciousness and cognition* 2014;28:64-80.
- (35) Fonagy P, Target M. The mentalization-focused approach to self pathology. *J Personal Disord* 2006 Dec;20(6):544-76.

• Recibido: 4-5-2015.

• Aceptado: 8-8-2015.

# Un método para la construcción de los casos: encontrar una brújula en el trabajo con el otro.

## *A method for building cases: Find an orientation working with the person.*

Cosme Sánchez Alber

Técnico en intervención social. Grupo de trabajo e investigación de OME-AEN sobre la práctica de los educadores sociales en el campo de la Salud Mental\*.

**Resumen:** Nuestro grupo nace con una vocación muy particular: Iniciar una conversación en torno a los interrogantes que surgen de nuestra práctica. Durante el presente curso hemos realizado un trabajo con ejemplos de nuestra práctica contando con la presencia de profesionales de la Salud Mental que nos orienten en el delicado trabajo que realizamos los y las educadoras sociales con aquellas personas que padecen alguna enfermedad mental. Uno de los hallazgos encontrados es la necesidad de encontrar un método para construir los casos, y así poder orientarnos. En el presente artículo presentamos algunas de las cuestiones más fundamentales con las que hemos tropezado en nuestro particular recorrido.

**Palabras clave:** Educación social, construcción del caso, Salud Mental Comunitaria, Trabajo en red.

**Abstract:** Our working group born with a special purpose: Start a conversation about the issues that arise from our practice. In turn, we propose a job with examples from our practice with the presence of mental health professionals to guide us in the work we perform the delicate social educators and those suffering with mental illness. One of our findings is the need to find a method for constructing cases, so you can orient. In this paper we present some of the most fundamental issues with which we have encountered in our particular tour.

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

### Introducción

Partimos de una experiencia en curso que nos orienta, a saber, la construcción del caso en red. Este método ha sido ideado y puesto en marcha por José Ramón Ubieto en el Programa Interxarxes (Barcelona), una experiencia que propone

poner a trabajar juntos y de manera colaborativa a buena parte de los profesionales, instituciones (Salud Mental, Servicios Sociales, Educativos) y servicios que atienden un caso común.

Mi intención es hablaros muy brevemente sobre esta manera de pensar la atención de casos en

---

\* *Mi agradecimiento a los integrantes del Grupo, por su interés y por su riguroso trabajo: Roberto Cámara, Cristina Califano, Jesús Barcina, Pablo Cardona, Jorge Lastra, Ophelie Venareau, Estibaliz Ruiz, Irantzu Petuya, Elena Fernández, Stefanie Temprano Díaz, Félix Rueda e Iñaki Markez.*

red, no tanto para hacer una descripción exhaustiva del método, sino más bien porque pienso que toca, que interroga, y que atraviesa algunos de los aspectos más fundamentales de cara a pensar nuestra práctica en las coordenadas actuales del programa institucional. Poder conversar sobre algunos de los dilemas, paradojas y contradicciones en torno a la red asistencial y su función, el trabajo inter-disciplinar o, sin ir más lejos, lo genuino que está inscrito en cada disciplina y en cada profesional en la medida en que se toma en serio su acto, bien sea educativo, clínico o asistencial.

### Nuevas maneras de pensar la atención de casos

En el campo de la Salud Mental y los servicios socio-educativos, principalmente para aquellos que se encuentran más alejados del vínculo social, es imprescindible poder articular nuevas maneras de pensar la atención de los casos. Este método propone orientarse por la singularidad de cada caso poniendo al sujeto en el centro de la red, e invitando de manera presencial y periódica a los diversos agentes y disciplinas a reunirse en torno a los interrogantes de cada caso. Como veis, una cosa sencilla, en apariencia. No obstante, en nuestra práctica tropezamos con multitud de obstáculos, tendencias e inercias que empujan precisamente en otra dirección, algunas de las cuales iremos desplegando a lo largo de las siguientes páginas.

Principios del método:

1. La centralidad del caso. Principio ético irrenunciable.
2. Interdisciplinariedad. Una conversación donde cada disciplina pueda encontrar su lugar, en colaboración con los diferentes cuerpos médicos, psicológicos y sociales.
3. La conversación. Principio rector. La construcción del caso es una conversación particular. Se trata de interesarse por los interrogantes que plantea cada caso. Es decir, no por lo que sabemos (o al menos no exclusivamente) sino más bien por lo que no sabemos, por los agujeros de saber que existen en cada caso.
4. Responsabilidad. Este método apela tanto a la responsabilidad de los agentes que intervie-

nen en el caso, como a la propia responsabilidad de la persona que atendemos.

5. Por último, atiende a la consideración del saber cómo algo fragmentado y diverso, considerando que es más propio al funcionamiento actual pensar la construcción del saber como una elaboración colectiva, contando con el otro.

¿Por qué necesitamos un método?

La primera cuestión que nos llama la atención es la siguiente ¿Por qué necesitamos un método para la atención de los casos? ¿Y por qué este método debe incluir a los demás profesionales y servicios que atienden el caso en común?

En primer lugar pienso que hay dos signos de época que es fundamental señalar: Por un lado, la *diversificación asistencial* (es decir, la cantidad de servicios educativos, Salud Mental, exclusión social, toxicomanías, etc.) de la red de atención social y, por otra parte, la pérdida o el déficit de autoridad del profesional en nuestro contexto. Ante esto, es urgente interesarnos por la posibilidad de pensar la atención de los casos en términos de colaboración entre profesionales y servicios. Nuestra hipótesis en este sentido podemos aislarla en una frase, en una máxima con la que, pienso, todos estaremos de acuerdo: *“hoy en día, el tratamiento es la red”*. Hemos pasado, pues, de un tratamiento más unificado donde el paradigma fundamental era la figura del médico dotado de una autoridad notable, del Uno de la modernidad más reciente nos hemos ido deslizando durante las últimas décadas hacia el “entre varios”, a la atención diversificada y en red, más propia de la postmodernidad líquida (Bauman, 2007), o si lo prefieren, de la diversificación asistencial y la extensa red de servicios que propone el actual programa institucional.

En este contexto, podemos pensar que la relación asistencial tal y como hoy la conocemos responde, en gran medida, a los siguientes rasgos. Destacaré tan solo tres de ellos:

1. La pérdida de calidad y cantidad del vínculo profesional-sujeto. Que se ha transformado en un encuentro cada vez más fugaz, de corta duración y siempre con la mediación de alguna tecnología (Ordenador, pruebas, informes, bases de datos, protocolos, prescripciones...).

Por ejemplo, el protocolo actual de la visita de atención primaria en un Centro de Salud nos da una ligera idea de este pasaje, en la que el médico presta más atención a los requerimientos de la aplicación informática que a la escucha del propio paciente, al que apenas mira.

2. El aumento notable de la burocracia en los procedimientos asistenciales. La cantidad de informes, evaluaciones, cuestionarios, aplicaciones, que un profesional debe rellenar, superan ya el tiempo dedicado a la relación asistencial propiamente dicha.
3. La coordinación entre profesionales y recursos queda reducida al intercambio ocasional de informes, conversaciones telefónicas o emails, cuyo principal eje y sostén es la derivación.

Estas características configuran una nueva realidad marcada por una pérdida notable. La que se deriva de la sustitución del propio juicio de los profesionales (elemento clave en la praxis) en detrimento del protocolo monitorizado. Como correlato a este hecho tenemos la reducción del sujeto atendido a un elemento sin propiedades específicas (homogéneo, contable y categorizado). Esto, no es ni más ni menos, que la consecuencia lógica del afán reduccionista que trata la complejidad de la vida humana mediante razonamientos y procedimientos simplificados, reduccionistas. En nuestro caso, de aquello que se manifiesta con la forma de una adicción, una crisis, o sin ir más lejos, aquello que el programa actual de la gestión pública nomina bajo la rúbrica “exclusión social” y que engloba una cantidad de personas con múltiples problemáticas muy diferentes según los casos. En consecuencia, este modelo organizativo responde, cada vez más, a operaciones de vigilancia y control (si me permiten la expresión), disfrazadas de medidas de optimización de recursos. En definitiva, hemos de estar advertidos de las peligrosas derivas de algunos de estos reduccionismos imperantes, entre los que podemos destacar dos de ellos por su especial trascendencia y actualidad. Nos referimos a los determinismos tanto biológicos como genéticos que en ocasiones derivan en planteamientos que parecen negar la complejidad radical del ser humano, la multidimensionalidad de las causas del malestar subjetivo y social, en su afán por la homogeneización, la categorización y

el aislamiento de una única causa (mítica) capaz de explicar toda la problemática vital.

Como decía, ante este panorama, nosotros sostenemos que necesitamos un “método” y un tiempo para poder pensar: construir los casos, interesarnos por lo particular de las personas que atendemos y también, por qué no decirlo, de la particularidad de nuestro acto (de aquello que ofrecemos al otro para hacer posible un cierto efecto de lazo social). Poder pensar más allá de la inmediatez que tan habitualmente reina en nuestra práctica, en ocasiones secuestrándonos de nuestro propio cometido. En este sentido, la realidad actual de muchos equipos profesionales es que ese espacio colectivo, destinado a la construcción del caso, o bien no existe o, si está previsto, acaba siendo devorado por la contingencia de las urgencias, de aquello del día a día que siempre se impone como un imponderable que impide realizar lo importante.

Este grado de incertidumbre, unido al tipo de problemáticas que atendemos, hace que el nivel de angustia y de implicación emocional del profesional sea alto, y el profesional corra el peligro de responder a esa angustia de diversas maneras. Bien por la vía del impasse de la impotencia, lo que nos empuja en ocasiones a proveer de toda clase de recursos sustitutivos (prestaciones sociales, medicación rápida, actuaciones de urgencia...) o bien por la vía de la inhibición, es decir, el profesional no puede sostener su acto y se detiene ante él, inhibiéndose. También cabe otra modalidad de respuesta por parte del profesional, por la vía del pasaje al acto en términos de segregación, poniendo al otro en la situación de hacerse expulsar del dispositivo en cuestión. Es una respuesta inadecuada profesionalmente, pero lógica y comprensible desde el punto de vista subjetivo del profesional.

Como veis, nuestra propuesta, subvierte en gran medida, la lógica actual de la Nueva Gestión Pública, basada en la derivación, y no tanto en la conversación entre los diferentes profesionales y servicios. Además se tratará, en nuestro caso, de promover una conversación particular, porque requiere que sea *presencial* (No como habitualmente nos coordinamos entre los servicios, vía correo-electrónico o teléfono), y también requiere que sea un trabajo *continuado en el tiempo*, con reuniones periódicas y organizadas para

construir el caso teniendo en cuenta las posiciones de unos y otros. De manera que podamos orientar la conversación en torno a los puntos de dificultad y de no saber sobre el caso: eso es precisamente lo que nos va a permitir sostener un trabajo de elaboración colectiva y obtener una orientación desde la práctica. No obstante, lo más notable es que esta manera de tratar la red, propone acoger la singularidad de cada caso, en otras palabras; poner al sujeto en el centro de la red. Este punto ético es fundamental. ¿Por qué? Porque en definitiva, es el sujeto el que construye su propia red, esto requiere, por otra parte, ciertas dosis de humildad por parte del colectivo de profesionales que atienden el caso.

Finalmente, sostenemos (y lo constatamos en nuestra práctica) que abrir la conversación entre los profesionales permite a estos la posibilidad de pensar su acto y ponerlo en juego. Al compartir las dificultades del caso y ponerlas en común, esto nos permite tomar cierta distancia de la propia angustia y no vernos en la imperativa tesitura de tener que responder solos; de manera hipersensitiva, irreflexiva, urgente, segregativa...

#### *¿Cómo se construye un caso?*

La pregunta en cuestión será: *¿Qué podemos aportar cada uno? ¿Cómo puedo colaborar en la atención que el caso me requiere, que el caso me impone?* La propia pregunta incluye ya, como veis, al otro profesional como partenaire en ese trabajo colaborativo. Y no como contrincante o adversario.

Cada agente social tiene obviamente un saber, fragmentado, sobre el sujeto al cual atiende, se trata pues de poner en valor aquello que sabemos, pero también *poder abrir la pregunta sobre aquello que permanece oculto, tanto para nosotros como para la persona a la que acompañamos*. Esto se ve muy claro en el campo de la exclusión social y las toxicomanías cuando tratamos con personas que llevan un largo recorrido, que algunos profesionales llaman “casos cronificados” (orientación con la que no estoy de acuerdo, más bien pienso que lo que está petrificado, cronificado, congelado es la *mirada* del profesional, de manera que este tipo de praxis permite abrir Otra mirada sobre el caso, no del lado de lo cronificado, sino más bien del lado de lo que podemos inventar juntos). En estos términos, nos conviene sostener que, con respecto a la particularidad y

los avatares del lazo social de cada persona, no está todo dicho. Se trataría pues de poder abrir un territorio de pensamiento sobre aquella dificultad del sujeto que se presenta como una incógnita, que efectivamente se muestra recurrente, impermeable a nuestros actos, y se repite de manera inconsolable para algunos, ocasionando grandes dosis de sufrimiento. Es, en definitiva, esta posición de *no saber* sobre el sujeto, la que animará una conversación a la que llamaremos la construcción del caso en red: una mirada que nos permita interrogarnos sobre cada caso y producir un *saber nuevo*, colectivo, que pueda orientarnos.

Es decir, este método implica considerar el caso como un interrogante, como un enigma, como un agujero. Tomarlo, en primer término, como una pregunta que nos interpela a todos los que nos sentimos concernidos por ella, como un signo de extrema complejidad, y por lo tanto, como un resorte que nos permita avanzar. Salirse del prejuicio sobre eso que ocurre, es ya una primera tentativa de exigirnos y exigir al otro una cierta participación y co-responsabilidad en las invenciones de otras maneras de hacer con el vínculo social.

Para ello, durante el trabajo de casos desarrollado en nuestro grupo, hemos contado con la presencia de Félix Rueda, psicólogo y psicoanalista que asiste a nuestras reuniones y que nos orienta en nuestra delicada tarea. Favoreciendo tanto una orientación clínica, como facilitando la conversación entre todos nosotros. En este sentido, hemos incorporado la escritura, entendida como una primera tentativa de elaboración y construcción del caso, en el sentido de que supone una primera parada, un corte, que nos permite introducir un tiempo, pensar el caso, y a su vez, supone articular un recorte sobre aquellos acontecimientos más significativos dejando a un lado aquello que no es tan importante. Además, en el acto de escritura que realizamos, el profesional anticipa sus hipótesis, sus juicios y sus preguntas. Esto permite, orientar de entrada las coordenadas de una conversación, un marco de trabajo.

#### **Tratar la red**

Para finalizar, vuelvo muy brevemente sobre este axioma del que os hablaba: *“El tratamiento es la propia red”*. La red puede representar diversas maneras en el trabajo con las personas. Puede

ser una red basada en la *derivación*, en poner a circular al sujeto bajo las premisas de la eficacia y la eficiencia. O bien podemos pensarla como un lugar de conversación capaz de atender a las diversas subjetividades. De tal manera que la red pueda adaptarse y flexibilizarse para cada sujeto, solo así la red encuentra su verdadera función, *ser sostén para el otro*, para la persona a la que atendemos. En este sentido, esta experiencia, a su vez, nos permite interrogar la posición de cada profesional y servicio, de acuerdo con el lugar que ocupa en esta red. Pensando que es más propicio, al abordaje de las problemáticas emergentes, pensar el trabajo en red en términos de *conversación y deliberación* entre servicios y profesionales. Que en los términos señalados en los que predomina la “famosa” derivación (que también es muy necesaria, claro está).

Por otra parte, esta modalidad de trabajo desplaza la pregunta sobre el sujeto (Usuario/paciente) hacia la pregunta sobre la red. Me explico, podemos pensar que en ocasiones no se trata tanto de “tratar” al sujeto, sino de tratar la red, la institución, el servicio. En determinados casos, podemos observar como modificando en algo la posición que ocupamos los profesionales y servicios, esto permite que la persona a la que atendemos pueda, a su vez, afrontar sus dificultades de una manera más satisfactoria. Es lo que se conoce como la “práctica al revés” (Di

Ciaccia, 2001) que, a grandes rasgos, apunta en la dirección de tratar la institución, su atmósfera y su función, para que en consecuencia ésta sea capaz de acoger la singularidad de cada persona y acompañarla en sus diversos avatares.

### Concluyendo

En nuestra práctica, no son pocas las ocasiones en las que nos vemos interpelados a preguntarnos por nuevos lugares y maniobras que permitan poder alojar a aquellas personas que no pueden seguir los itinerarios marcados, y que nos convocan a nuevas búsquedas. Cada disciplina se ve empujada a re-inventarse, a investigar nuevas maneras de pensar la profesión. Hoy, más que nunca, necesitamos espacios de reflexión conjunta, “entre varios”. Trabajar en red implica que la red pueda alojar la particularidad de cada uno, de cada situación particular, y de cada disciplina. En caso contrario, quedaríamos *atrapados en la red*, que haría la función de una tela de araña paralizante.

Propongo pues abrir una pregunta en torno a la necesidad (o más bien, la posibilidad) de trabajar desde la ética de la construcción del caso y en consecuencia atender a la incorporación de dispositivos de conversación interdisciplinar en el panorama actual de la Salud Mental comunitaria, la exclusión social y las adicciones.

### Contacto

Cosme Sánchez Alber • Móvil: 620 313 855 • cosmesan@hotmail.com

### Referencias bibliográficas

Bauman, Z. (2007). *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Editorial Gedisa.

Di Ciaccia, A. (2001). “Una práctica al revés” en *Desarrollos actuales en la Investigación del Autismo y Psicosis infantil en el Área Mediterránea*. Madrid: MinisterioAffariEsteri - Ambasciatad’Italia.

García Molina, J. (2013). *Exclusiones. Discursos, políticas, profesiones*. Editorial UOC.

Ubieto, J.R. (2012). *La construcción del caso en el trabajo en red*. Teoría y práctica. Editorial UOC.

Ubieto, J.R. (2013). *El trabajo en red. Usos posibles en Educación, Salud mental y Servicios sociales*. Biblioteca Educación/ Pedagogía Social. Edit. Gedisa.

• Recibido: 5-7-2015.

• Aceptado: 10-9-2015.

# Condicionantes psicosociales y organizativos en profesionales de Salud Mental determinantes del nivel de satisfacción laboral.

## *Psychosocial and Organizational Constraints on Mental Health professionals who are determinants in the level of job satisfaction.*

Raquel Alba Martín

Diplomada en Enfermería, Especialista en Salud Mental. USM Reina Sofía, Córdoba.

### Resumen

Actualmente el concepto de calidad total, parece centrarse más en el usuario y es obvia la importancia que tiene el profesional como dador de cuidados. La “salud”, definida por la OMS como situación de completo bienestar bio-psico-social, implica que toda persona tiene necesidades, expectativas, inquietudes. *Objetivo:* se planteó realizar una evaluación de los factores psicosociales en profesionales de salud mental de atención primaria.

*Material y métodos.* Se realizó un estudio descriptivo transversal, cuyo tamaño muestral fue de 43 trabajadores elegidos al azar, mediante un muestreo aleatorio estratificado por categoría profesional y se pasó un cuestionario siguiendo el método del INSHT. Las variables dependientes fueron: carga mental, autonomía temporal, contenido de trabajo, supervisión-participación, definición de rol, interés por el trabajador y relaciones personales. Para el análisis de datos se utilizó el programa informático SPSS 19.0.

*Resultados.* Las puntuaciones medias más elevadas se registraron para la variable “carga mental”, como situación nociva, con una puntuación media de 7,41. *Conclusiones.* Esta dimensión representa una prioridad en cuanto a las acciones correctoras a adoptar, principalmente en las categorías directivos y atención al público, haciendo hincapié en el ritmo de trabajo y en la fatiga percibida por los trabajadores.

**Palabras clave:** Factores psicosociales. Atención primaria. Trabajadores. Condiciones de trabajo. Salud Mental.

### Abstract

*Introduction.* Actually, quality focuses on user and is less important health professional as care giver. OMS’s definition as situation of full biopsychosocial welfare required that every person has needs, expectations, concerns. So, the main *objective* was evaluated psychosocial factors that decrease human quality of people are working in mental health.

*Material and methods.* By means of descriptive – cross study, with 43 workers of sample that we choose at random (stratified sampling by professional category). We gave them a self-administered questionnaire and the following items: mental workload, temporal autonomy, work content, supervision-participation, role definition, interest in worker

and relationships. Using SPSS 19.0 to data analysis. Results. To include the highest scores were to mental workload, with an average punctuation of 7,41.

Conclusions. This item represents a priority in corrective actions, mainly in directors and attention to the public categories, emphasizing in pace of work and perceived fatigue by workers.

**Key words:** Psychosocial factors. Primary health care. Workers. Working conditions. Mental health.

## Introducción

El concepto de “factores psicosociales” hace referencia a aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido de trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud del trabajador como al desarrollo del trabajo<sup>1</sup>.

La OMS considera que la salud no es solamente la ausencia de enfermedad sino una situación de bienestar físico, psíquico y social<sup>2</sup>. En el área de los aspectos psicosociales, no es posible establecer relaciones tan claras y directas entre causas y consecuencias como en otros ámbitos de la prevención. El que estas relaciones sean menos evidentes es debido a que en la generación de problemas de carácter psicosocial concurren distintas variables con gran influencia como ciertas características del individuo o porque los efectos de los factores psicosociales pueden manifestarse diferidos en el tiempo<sup>3</sup>.

Sin embargo, esto no quiere decir que no esté suficientemente probada la relación entre unos factores psicosociales adversos y los problemas antes mencionados. Ante una determinada condición psicosocial adversa no todos los trabajadores desarrollarán las mismas reacciones. Ciertas características propias de cada trabajador determinarán la magnitud y la naturaleza tanto de sus reacciones como de las consecuencias que sufrirá. Así, estas características personales también tienen un papel importante en la generación de problemas de esta naturaleza. Tanto en el trabajo como fuera de él, las personas se ven expuestas a una gran cantidad de factores que ponen a prueba su capacidad de adaptación. Esta capacidad es limitada. De esta forma el efecto sinérgico o aditivo de esos factores sobre

la persona van minando su capacidad de resistencia o de adaptación, de manera que, tal vez, un aspecto sin importancia sea el que desencadena una reacción adversa en la persona.

Las consecuencias perjudiciales sobre el bienestar del trabajador que se derivan de una situación en la que se dan unas condiciones psicosociales desfavorables son el estrés, la insatisfacción laboral, problemas de relación o desmotivación laboral. Respecto al desarrollo del trabajo puede observarse absentismo, aumento de la conflictividad laboral, abandonos voluntarios de la empresa por parte de los trabajadores, baja productividad, etc.<sup>4</sup>

La mejora de las condiciones de trabajo supone la acción conjunta de la dirección, de los trabajadores y sus representantes y los diversos servicios internos o externos a la empresa. Conviene recordar que el activo más valioso que contiene una empresa es el personal que trabaja en ella y contribuir a su motivación y satisfacción laboral es hacer más eficaz la misma.<sup>5,6</sup>

La ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales<sup>7</sup>, dispone en su artículo 14 que el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo; y en su artículo 15 d. que deberá adaptar el trabajo a la persona, en particular, en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y métodos de trabajo y producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.

El presente estudio tiene por objeto realizar una valoración de los factores psicosociales en profesionales de Atención Primaria de Salud en Córdoba.

## Material y métodos

### Ámbito de Estudio

El dispositivo de Salud Mental Córdoba, cuenta con una plantilla de 47 trabajadores organizados en un centro de trabajo principal compuesto por las siguientes áreas: administración, sanidad, conductores y limpieza. Período de estudio: desde junio a noviembre de 2014.

### Población y muestra

La muestra estuvo compuesta por 43 profesionales de los 47 trabajadores totales del centro de salud, tras determinar el tamaño muestral ajustado a las pérdidas (2% sin respuesta).

### Sujetos de estudio

*Variables independientes: categoría profesional.*

- *Atención al público:* número total trabajadores (6). Operadores de información y personal que realizaba su jornada laboral en puestos de ventanilla, combinando dichas tareas con otras internas de trabajos administrativos.
- *Sanitarios:* Total trabajadores (28): enfermeros (14), psiquiatras-psicólogos (3), médicos (5); auxiliares de enfermería (6).
- *Personal subalterno:* Total trabajadores (3). Celadores-Conductores.
- *Personal directivo:* Total Trabajadores (2). Director Médico y de Enfermería.
- *Personal auxiliar:* Total trabajadores (4). Resto de personal no encuadrado en los subgrupos anteriores.

*Variables dependientes:*

- *Carga Mental:* se entiende el grado de movilización, el esfuerzo intelectual que debe realizar el trabajador para hacer frente al conjunto de demandas que recibe el sistema nervioso en el curso de la realización de su trabajo. Este factor se valora a partir de los siguientes indicadores: las presiones de tiempo, esfuerzo de atención, la fatiga percibida, el número de informaciones que se precisan para la realizar la tarea y el nivel de complejidad de las mismas son dos factores a considerar para determinar la sobrecarga. Así, se mide la cantidad de información manejada y la complejidad de esa información.

- *Autonomía Temporal:* se pregunta al trabajador sobre la elección de ritmo o de la cadencia de trabajo y de la libertad que tiene para alterarlos si lo desea, así como con respecto a su capacidad para distribuir sus descansos.
- *Contenido del Trabajo:* hace referencia al grado en que el conjunto de tareas que desempeña el trabajador activan una cierta variedad de capacidades humanas, responden a una serie de necesidades y expectativas del trabajador y permiten el desarrollo psicológico de los trabajadores. Realización de tareas repetitivas o monótonas o en qué medida es un trabajo que resulta importante y motivador.
- *Supervisión-Participación:* se evalúa a partir de la valoración que el trabajador otorga al control ejercido por la dirección y el grado de participación efectiva de dicho trabajador y de la valoración de los distintos medios de participación.
- *Definición de Rol:* es evaluado a partir de dos aspectos fundamentales: La *ambigüedad* de rol (se produce cuando se da al trabajador una inadecuada información sobre su rol laboral u organizacional) y la *conflictividad* de rol (se da cuando existen demandas de trabajo conflictivas o que el trabajador no desea cumplir). Pueden darse conflictos entre las demandas de la organización y los valores y creencias propias, conflictos entre obligaciones de distinta gente y conflictos entre tareas muy numerosas o muy difíciles.
- *Interés por el Trabajador:* hace referencia al grado en que la empresa muestra una preocupación de carácter personal y a largo plazo por el trabajador o bien si la consideración que tiene por el trabajador es de carácter instrumental y a corto plazo. La preocupación personal y a largo plazo tiende a manifestarse en varios aspectos: asegurando estabilidad en el empleo, considerando la evolución de la carrera profesional, facilitando información y formación a los trabajadores. Por ello, se evalúan aspectos relativos a la promoción, formación, información y estabilidad en el empleo.
- *Relaciones Personales:* es evaluado a través de tres conceptos: se indaga hasta qué punto es posible la comunicación con otros trabajadores; se hace referencia a la calidad de las relaciones

que el trabajador tiene con los distintos colectivos con los que puede tener contacto y se valoran las relaciones que se dan generalmente en el grupo de trabajo.

Finalmente, se ha escogido el Método de evaluación del INSHT<sup>8,9</sup> por:

- 1) Ser un método que, en principio, permite su utilización en cualquier empresa independientemente de su tamaño o actividad, constituir una herramienta práctica y manejable para la empresa y ofrecer una información comprensible y útil, tanto en su cometido diagnóstico (tomar conciencia de la situación, evaluar situaciones concretas y localizar fuentes de problemas) como orientativo (diseñar cambios y priorizar actuaciones y hacer comparaciones de un grupo en dos momentos distintos o entre distintos grupos).
- 2) Tratarse de un método fiable (tanto desde el punto de vista de la consistencia interna como de la estabilidad de las medidas) así como validado estadísticamente (en relación con el criterio y con respecto al contenido.)

**Herramienta de recogida de datos:** Este método se vale de la aplicación de un cuestionario (que se elaboró expresamente para ello) y de un sistema de evaluación, ordenación y conceptualización particular para conocer las condiciones psicosociales de los mismos en el ámbito laboral. Los factores psicosociales analizados son los que se desglosan a continuación:

1. Carga mental (CM).
2. Autonomía temporal (AT)
3. Contenido de trabajo (CT)
4. Supervisión-Participación (SP)
5. Definición de rol (DR)
6. Interés por el trabajador (IT)
7. Relaciones personales (RP)

**Criterios de valoración empleados:** Este método presenta los resultados en dos formatos diferentes: el perfil valorativo y el perfil descriptivo. El perfil *valorativo* ofrece la media de las puntuaciones para cada uno de los factores psicosociales de los que consta este método.

Estas puntuaciones son trasladadas a un perfil gráfico (**tabla 2**), en el que se presenta una escala de valores comprendida entre 0 y 10 para cada factor. El perfil valorativo ofrece dichas escalas unidas por una línea quebrada. Cada punto de corte entre la citada línea y cada escala marca la puntuación media obtenida por la muestra elegida en cada factor para la mejora de los puestos (los valores numéricos se pueden observar en el gráfico). Así mismo, en este perfil, se distinguen tres tramos diferentes que señalan distintas situaciones de riesgo:

- Situación **satisfactoria** (desde 0 a 4 puntos): Las condiciones existentes son adecuadas. No es necesario adoptar ninguna medida correctora.
- Situación **intermedia** (desde 4 a 7 puntos): Las condiciones existentes pueden generar molestias a un cierto número de trabajadores pero no son lo suficientemente graves como para demandar una intervención inmediata. Sin embargo, es una situación que es preciso subsanar en cuanto sea posible, ya que en el futuro, puede constituir una fuente de problemas. (**figura 3**)
- Situación **nociva** (desde 7 a 10 puntos): Los factores cuya puntuación esté comprendida en este tramo requieren una intervención en el plazo más breve posible. Es previsible que en esta situación exista entre los trabajadores una gran insatisfacción con su trabajo, una tendencia al incremento del absentismo o que aparezca sintomatología asociada al estrés.

Para cada factor, se indica debajo de cada escala, el porcentaje de trabajadores que se posicionan en cada uno de los tres tramos. El perfil *descriptivo* ofrece una información detallada de cómo se posicionan los trabajadores de la muestra elegida ante cada pregunta, permitiendo conocer el porcentaje de elección de cada opción de respuesta, lo cual permite obtener datos acerca de aspectos concretos relativos a cada factor. Esta información ayuda a orientar las acciones particulares que se han de emprender para la mejora de un determinado factor.

## Resultados

En la evaluación se ha visto que el factor CM se encuentra comprendido en el rango considerado

como nocivo (figura 1). Asimismo, se observa que varios factores como AT, CT, SP e IT se encuentran en el rango intermedio. Los factores DR y RP se encuentran en el rango satisfactorio. Factores que por ser correctos deben ser mantenidos en el rango que actualmente se están. Si analizamos el perfil descriptivo, a nivel del grupo completo del centro y teniendo en cuenta el bajo porcentaje de "sin respuesta" (2 %), obtenemos un valor para la CM de un 7,4 en el perfil valorativo. Este parámetro evaluado entre las preguntas 1-11 del cuestionario, nos reveló que:

- El 70 % del personal considera que casi todo el tiempo, debe mantener la atención.
- La recuperación de los retrasos se debe realizar durante el trabajo acelerando el ritmo, manifestado por el 61% de los trabajadores.
- El 38% manifiesta fatiga al finalizar la jornada, sumándose el 29% que afirma padecer fatiga frecuentemente.

Se debe tener en cuenta que dicho factor en el subgrupo personal directivo y atención al público, obtienen situaciones nocivas, y el resto de los subgrupos situaciones intermedias, haciendo constancia que el subgrupo sanitario se acerca al valor de situación nociva.

Otro factor a tener en cuenta dados los resultados obtenidos es la S-P ya que se encuentra comprendido en el rango considerado como situación intermedia, pero con la puntuación más alta del perfil valorativo 5,8 para esta situación, e incluso para el subgrupo de atención al público comienza a estar en la situación considerada como nociva y situación intermedia para el subgrupo de personal directivo. Este parámetro evaluado entre las preguntas 35-51 del cuestionario, reveló que:

- Más de la mitad del personal (51,9%) considera insuficiente la planificación y supervisión de los trabajos (figura 2).
- El 25% considera que no existe comité de empresa y el 21 % considera que es malo su funcionamiento.
- El 46 % de los trabajadores afirma que no se le considera a la hora de participar en el orden de operaciones a realizar en su trabajo, y el 48 % afirma que no se le considera en la resolución

de incidencias, y a más de la mitad no se cuestiona su participación a la hora de planificar el trabajo ni en la distribución de las tareas.

Se debe hacer constancia de la proximidad al límite del subgrupo de atención al público en el factor autonomía temporal, a la situación de nociva. Esta circunstancia se debe en principio al tipo de trabajo, ya que para el 46 % de los trabajadores de éste subgrupo debe sustituirle un compañero a la hora de realizar pautas. En cuanto a los factores de DR y RP los trabajadores del centro y en los subgrupos de personal subalterno, atención al público, personal de oficinas y sanidad, coincidieron dentro del rango satisfactorio.

## Discusión

Ante una condición psicosocial adversa, no todos los trabajadores desarrollarán las mismas reacciones. Ciertas características propias de cada trabajador determinarán la magnitud de sus reacciones y las consecuencias que sufrirá.

La comparación con otros trabajos que han evaluado los factores psicosociales en profesionales de atención primaria se hace difícil ya que utilizan otros instrumentos de medida que no hacen referencia expresa a los mismos.

Aunque existen divergencias en el interés y métodos empleados por los estudiosos en este tema<sup>12</sup>, éstos coinciden que el estrés laboral es el resultado de la interacción que la persona guarda con su medio de trabajo y cuando es percibido con sentido de ineficacia ante las demandas del entorno, se desata una situación que, de acuerdo al nivel de vulnerabilidad personal y grado de exposición, puede afectar gravemente la salud integral y por tanto la calidad de vida del trabajador<sup>13,14,18</sup>.

Algunos trabajos se centran en estamentos profesionales concretos y de forma separada, obviando, en la mayor parte de los casos, al personal no sanitario<sup>12,15</sup>. Encontramos conclusiones similares en estudios realizados en otros países<sup>16</sup>. Este aspecto discrepa con la perspectiva multidisciplinar del trabajo en equipo que este nivel asistencial propugna y que, por tanto, afecta al correcto desarrollo de la labor asistencial. No obstante, puede explicarse si se piensa que médicos y enfermeros son los profesionales que

mantienen mayor contacto con los pacientes<sup>17</sup> y, por consiguiente, están más expuestos a estos factores de riesgo.

Como dato significativo, la interrelación con los compañeros, es valorada en otros estudios como la dimensión que más se asocia a estrés laboral, encontrando una razón de casi tres veces más posibilidades de mantener una salud mental óptima cuando la interacción social, así como los aspectos organizacionales, son considerados por el trabajador como sin riesgo<sup>14</sup>. Nuestros hallazgos se asemejan en cuanto a que los profesionales la perciben como situación satisfactoria y, por tanto, no se hace necesario adoptar ninguna medida correctora.

*Consideraciones Éticas:* Con el fin de conseguir un nivel de respuesta aceptable<sup>15,18</sup> y que fuesen lo más precisas y fiables posible se les recordó que el cuestionario era *anónimo* y que no contenía datos identificativos para garantizarlo; que debían responder con sinceridad y que la finalidad de su aplicación era el conocimiento del ambiente psicosocial del trabajo en la empresa para identificar aquellos aspectos desfavorables y promover su mejora.

### **Conclusiones**

En la evaluación se ha visto que la dimensión Carga Mental responde a la puntuación media más elevada (7,4), principalmente en las categorías personal directivo, atención al público y sanitarios (6,9). Así, es prioritario dirigir acciones correctoras haciendo hincapié en el ritmo de trabajo (61% de los profesionales) y en la fatiga percibida (38%).

La dimensión Supervisión-Participación, percibida como riesgo intermedio total y, con la puntuación más alta para el personal de atención al público (7,2), requiere intervención preventiva, aunque no inmediata.

Finalmente, las dimensiones Definición de Rol y Relaciones Personales nos proporcionan una valoración positiva por parte de los trabajadores y, por ser correctos, deben ser mantenidos en el rango que actualmente se encuentran.

### **Limitaciones**

La normalización de las condiciones de aplicación es fundamental en toda investigación social en la que se utilice el cuestionario como técnica de recogida de datos. Su objetivo es, por una parte, garantizar que todos los sujetos reciban las mismas instrucciones y evitar que se den errores de medición debido a que los sujetos sean orientados de forma diferente a la hora de contestar. La información que se facilita al trabajador tiene que buscar la buena disposición y la colaboración de éste, dado que, tanto el esfuerzo que supone el contestar a un cuestionario como el hecho de no saber exactamente qué uso se hará de sus respuestas puede suscitar el desinterés o el recelo de los encuestados y a su vez, provocar una mala disposición a la hora de responder al cuestionario.

Por otra parte, destacar que los resultados obtenidos para una muestra de 43 profesionales en un solo centro de salud, no serán representativos de toda la población de personas que trabajan en atención primaria.

### **Agradecimientos**

Por último dejar constancia de la colaboración y ayuda recibida para la realización de este trabajo por parte de todos los empleados del centro y, en particular, a esta revista que hizo posible su divulgación.

### **Contacto**

Raquel Alba Martín • Móvil: 617 820 118 • raquelalbamartin@satse.es

USM Hospital Universitario Reina Sofía • Avda. Menéndez Pidal s/n • 14010 Córdoba

## Bibliografía

1. Escribà Agüir V; Mas Pons R; Cárdenas Echegaray; Burguete Ramos M.D; Fernández Sánchez R. Estresores laborales y bienestar psicológico: impacto en la enfermería hospitalaria. *Rev. ROL Enferm.* 2000 jul-ago [Última consulta 9/09/2014]; 23(7-8): 506-511. Accesible en: [http://www.e-rol.es/articulospub/articulos-pub\\_paso2.php](http://www.e-rol.es/articulospub/articulos-pub_paso2.php).
2. Laurell Asa C. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud.* 1981; 2(1): 7-25.
3. Sauter SL; Murphy LR; Hurrell JJ; Levi L. Factores psicosociales y de organización. *Enciclopedia de salud y Seguridad en el Trabajo.* OIT. 2001; 34-87.
4. Grau A; Suñer R et al. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Rev. Gaceta Sanitaria.* 2005 nov-dic [Última consulta 9/06/2014]; 19(6): 463-470. Accesible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v19n6/original6.pdf>.
5. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev. Esp. Salud Pública [online].* 1997 [Última consulta 9/06/2014]; 71(3): 293-303. Accesible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n3/burnout.pdf>.
6. Maslow A. *Motivation and personality.* Harper and Bros Publishers. 2ª Ed. New York. 1970 [Última consulta 11/06/2014]. Accesible en: [http://www.academia.edu/1613921/Motivation\\_and\\_personality](http://www.academia.edu/1613921/Motivation_and_personality).
7. Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, 8 de noviembre. En: *Boletín Oficial del Estado (BOE)*; N°269, de 10 de noviembre de 1995 [Última consulta 10/06/2014]; P. 32590-611. Sección I: Disposiciones generales. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-24292>.
8. Pérez Bilbao J, Martín Daza F. Factores psicosociales: metodología de evaluación. NTP 926. INSH. en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/926a937/926w.pdf> [Última consulta 11/06/2014].
9. Martín F, Pérez J. Factores psicosociales: metodología de evaluación. (NTP 443). Edit. INSH. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Barcelona. En: César Augusto Giner Alegría. *Evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo.* 1997 [Última consulta 11/06/2014]. Accesible en: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp\\_443.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_443.pdf).
10. Solé MD, Balduque Alonso M. El programa de ayuda al empleado (EAP): Intervención individual en la prevención de riesgos psicosociales. NTP 780. INSH. Accesible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/751a785/780%20.pdf> [Última consulta: 9/06/2014].
11. Organización Internacional del Trabajo/ Organización Mundial de la Salud. Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. Comité Mixto OIT/OMS. *Medicina del trabajo.* Ginebra, 1984 [Último acceso el 10/06/2014]. Accesible en: [http://biblioteca.uces.edu.ar/MEDIA/EDOCS/FACTORES\\_Texto.pdf](http://biblioteca.uces.edu.ar/MEDIA/EDOCS/FACTORES_Texto.pdf).
12. Fernández-San Martín MI et al. Estudio de la satisfacción y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Revista española de salud pública [Online].* 1995 Nov-dic; 69(6): 487-497.
13. Delgado Juan D. Evaluación de riesgos psicosociales de la policía local en la costa occidental de la provincia de Huelva. *Revista Digital de Salud y Seguridad en el trabajo.* 2009 [Última consulta 10/06/2014]; 2: 1-18. Accesible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/4847?show=full>.
14. Valero Cruz H; Caballero Poutou EL. Efectos de la turnicidad laboral sobre la calidad del sueño y la percepción de salud. *Revista Cubana de Salud y Trabajo.* 2004 [Último acceso el 11/06/2014]; 5(1): 10-9. Accesible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol5\\_01\\_04/rsto3104.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol5_01_04/rsto3104.pdf).
15. De Asís Manchado López F; Molina Recio G; Romero Saldaña M; Vaquero Abellán M. Evaluación del síndrome de Burnout en profesionales

- de atención primaria de salud de Córdoba. *Rev. Medicina y seguridad del trabajo*. 2004 Dic; 197: 55-62.
16. Castañeda Velázquez H; Colunga Rodríguez C; Preciado Serrano ML; Aldrete Rodríguez MG; Aranda Beltrán C. Estrés organizacional y factores psicosociales laborales asociados a salud mental en trabajadores de atención primaria. *Rev. Waxapa*. 2011 [Última consulta 10/06/2014]; 2(5). Accesible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2011/wax115b.pdf>.
  17. Bernaldo de Quirós-Aragón M; Labrador-Encinas FJ. Evaluación del estrés laboral y Burnout en los servicios de urgencias extrahospitalarias. *Int. J Clin. HealthPsychol*. 2007 [Última consulta 10/06/2014]; 7(2): 323-335. Accesible en: [http://www.researchgate.net/publication/28157790\\_Evaluacin\\_del\\_estres\\_laboral\\_y\\_burnout](http://www.researchgate.net/publication/28157790_Evaluacin_del_estres_laboral_y_burnout)
  18. Sánchez González R; Álvarez Nido R; Lorenzo Bordá S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de atención primaria del Área 10 de Madrid. *MEDIFAM*. 2003 Abril [Última consulta 11/06/2014]; 13(4): 291-296. Accesible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1131-57682003000400009>.
  19. García Ortega C, Cózar Murillo V, Almenara Barrios J. 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. *Rev. Esp. Salud Pública*, 2004 [Última consulta 10/06/2014]; 78(4):46979. Accesible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v78n4/colabora4.pdf>.
  20. Moncada Lluís S et al. Exposición a riesgos psicosociales entre la población asalariada en España (2004-05): valores de referencia de las 21 dimensiones del cuestionario COP-SOQ ISTAS21. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2008 Nov-Dic [Última consulta 10/06/2014]; 82(6). Accesible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272008000600007>.
  21. Almodóvar A; Pinilla FJ. VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo 2007. Accesible en: [http://www.insht.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe\\_VI\\_ENCT.pdf](http://www.insht.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe_VI_ENCT.pdf) [Último acceso 10/06/2014].
  22. Fernández San Martín MI, Moineiro Camporro A, Villanueva Guerra A, Andrade Rosa C, Rivera Teijido M, Gómez Ocaña JM et al. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2000 Mar-abril [Última consulta 11/06/2014]; 74(2). Accesible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272000200005/>.

- Recibido: 12-5-2015
- Aceptado: 25-8-2015

**Tabla 1. Distribución muestral por categoría profesional**

Categoría	Nº profesionales	%
Atención al público	6	13,95
Sanitarios	28	65,11
Celadores	3	6,97
Directivos	2	4,65
Auxiliares	4	9,30
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Tabla 2. Recogida de datos

Subgrupos	CM	AT	CT	SP	DR	IT	RP
P. Subalterno	I(4.81)	S(3.33)	S(3.17)	S(1.77)	S(1.02)	S(1.83)	S(0.83)
P. Directivo	N(7.86)	I(4.25)	S(3.64)	I(4.48)	I(4.30)	I(4.69)	S(1.88)
A. al Público	N(7.82)	I(6.15)	I(5.13)	N(7.17)	S(3.59)	I(5.09)	S(2.92)
P. Auxiliar	I(5.85)	S(3.00)	S(3.8)	S(2.52)	S(1.05)	S(1.75)	S(0.75)
P. Sanitario	I(6.93)	I(4.38)	S(3.71)	I(5.06)	S(1.08)	I(4.81)	S(2.00)

S = situación Satisfactoria

CM = carga mental

SP = supervisión-participación

RP = relaciones personales

I = situación Intermedia

AT = autonomía temporal

DR = definición de rol

N = situación Nociva

CT = contenido de trabajo

IT = interés por el trabajador

Figura 1. Resultados obtenidos en porcentaje

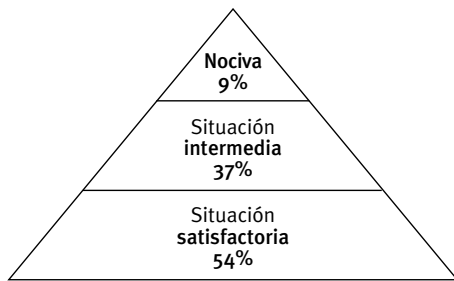


Figura 2. Supervisión-participación. Percepciones de los profesionales

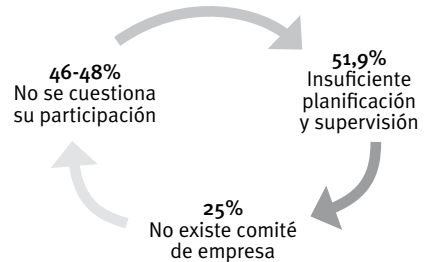


Figura 3. Ejemplo de medidas preventivas a adoptar



# Alteraciones del campo visual en pacientes esquizofrénicos: miradas desde la perspectiva psicoanalítica.

## *Visual disorders in schizophrenics patients: view from a psychoanalytic perspective.*

**Nicolás Vucínovich**

Psiquiatra de la Unidad de Salud Mental Comunitaria “Oriente” del Hospital Universitario Virgen del Rocío • Sevilla, España.

**Eugenio Medina**

Psiquiatra, Jefe del Servicio nº 5 del Hospital José T. Borda • Buenos Aires, Argentina.

**Resumen:** El propósito de este trabajo es la descripción y el análisis de fenómenos del campo visual referidos espontáneamente por 7 pacientes esquizofrénicos en una consulta ambulatoria (Unidad de Salud Mental Comunitaria). Se hará una revisión de algunos de los múltiples trabajos que, desde la perspectiva neurobiológica, describen alteraciones del procesamiento visual en la esquizofrenia y aportan hipótesis causales, y por último se propondrá una lectura que de éstos fenómenos puede hacerse desde el psicoanálisis.

**Palabras clave:** Alteraciones visuales, Esquizofrenia, Psicoanálisis.

**Abstract:** The aim of this research is to describe and analyse a group of visual-perception disturbances told by a group of 7 schizophrenic patients spontaneously, in an ambulatory Mental Health Service. Firstly we are going to review some of many neurobiological researches that describe the visual perception-organization disturbances in schizophrenic patients and to give a casual hypothesis for this. Finally we suggest a psychoanalytic interpretation of this phenomenon.

**Key words:** Visual disorders, Schizophrenia, Psychoanalysis.

## Introducción

La idea de este estudio surge de la observación de una serie de sujetos esquizofrénicos que refirieron espontáneamente alteraciones directamente percibidas en el campo visual. Estas alteraciones no constituían fenómenos alucinatorios puros, sino alteraciones generales del campo visual, donde lo que se veía afectado para los sujetos era la relación entre los objetos percibidos, la dificultad para organizarlos en el campo, su capacidad para centrar la atención en alguno de

ellos, discriminar el contexto del objeto central, así como la vivencia de que objetos triviales y periféricos, insignificantes, atraían su atención en el campo visual. En conjunto, estos fenómenos producían un efecto angustioso en los sujetos y la sensación de desorientación de la mirada, de pérdida de control. Estos episodios irrumpían en forma de “crisis”, de duración variable, pero en todos los casos limitada.

Haremos un breve resumen de los trabajos consultados que abordan las alteraciones del campo

visual, del procesamiento de la información de las imágenes y sus particularidades en los pacientes esquizofrénicos.

### La investigación del procesamiento visual en la esquizofrenia

Kraepelin reportó en 1903 alteraciones en la retención de objetos que habían sido expuestos por breves intervalos a pacientes esquizofrénicos (1). También cita a Dodge y Diefendorff, que reportan casos de esquizofrénicos que muestran alteraciones en los movimientos de persecución del péndulo, mostrando movimientos oculares discontinuos (2). Bleuler informa sobre alteraciones que atribuye, no a la percepción, sino a un flujo inadecuado, irrestricto de información, cuya causa estaría en una atención disfuncional que no regularía el caudal de estímulos que irrumpen en el sensorio del esquizofrénico (3). En 1930, Paul Abely publica su asombroso estudio sobre “El Signo del Espejo” descrito así por primera vez, en pacientes esquizofrénicos y con otras patologías mentales (4).

Según dos amplias revisiones consultadas sobre el tema (1,5), la investigación en esquizofrenia sobre alteraciones de la visión comienza entre los años 1950 y 60, pero se incrementa en los últimos 15 años. El interés por estas alteraciones surge asociado al estudio de las dificultades cognitivas en la esquizofrenia. Se propone una nueva vía alterada, disfuncional, en el procesamiento de la información que proviene del campo visual, vía que no estaría únicamente relacionada con las alteraciones del lóbulo prefrontal, estudiadas hasta entonces mediante los modelos de la memoria de trabajo (6,7). Emerge así el interés por nuevas áreas cerebrales relacionadas con esta función visual alterada, nuevas áreas ligadas al déficit del procesamiento cognitivo: la corteza visual y sus vías aferentes y eferentes (8,9,10,11). Junto con el estudio de estas áreas se dispara el interés por nuevos neurotransmisores y receptores (Glutamato, NMDA y GABA) involucrados en estas regiones cerebrales y se plantea la posibilidad de una disfunción de éstos en la esquizofrenia (1,5,9,10).

En la revisión de Silvestrini (1), la visión es concebida como un dominio cognitivo diferente al lenguaje, aunque emparentado: el llamado “pen-

samiento visual” proporciona una construcción cognitiva del entorno, del ambiente. La diferencia con otros dominios cognitivos, nos dice, radicaría en que el procesamiento visual se apoya en rasgos concretos del objeto percibido: “en propiedades físicas del estímulo” (1) mientras que en otros dominios ligados a la cognición, como en el lenguaje, las relaciones entre los componentes (representaciones) serían más abstractas por su esencia: eminentemente simbólica.

Este amplio campo de estudio de la visión podemos dividirlo, para organizar la bibliografía consultada, en dos grupos:

Estudios que abordan las alteraciones de los movimientos oculares. Estos estudios en general buscan confirmar, mediante pruebas visuales, la alteración en la memoria de trabajo espacial, definida como el sistema de memoria responsable de mantener y manipular información reciente (12). Utilizan pruebas que requieren la orientación de la mirada sobre una pantalla hacia el punto donde el objeto fue presentado durante un tiempo y retirado luego, interponiendo entre la imagen y el tiempo de “evocación” factores de distracción (8,12). Otro estudio evidencia el déficit en la inhibición de movimientos oculares antisacádicos, cuando se obliga al sujeto a dirigir la mirada en sentido contrario al del objeto (13). Otro estudio ratifica el déficit en la inhibición pre – pulso, propio de la esquizofrenia, mediante pruebas visuales (14). Esta alteración de la memoria de trabajo espacial, está ligada a la disfunción del lóbulo prefrontal, y correlacionada tanto con otros déficits cognitivos propios de la esquizofrenia (12), como con la gravedad de sus síntomas positivos y negativos (14).

El segundo grupo de estudios aborda las alteraciones de la organización de la percepción, que se define como “el proceso por el cual la información visual es organizada de forma coherente en forma de grupos, contornos, representaciones de objetos o como representación de totalidad” (5). Entre estas alteraciones de la organización perceptiva se investiga la sensibilidad alterada al contraste y el fenómeno de la “supresión periférica” (10,11), y las alteraciones en la percepción del contorno y el “fenómeno de aglutinamiento” (9). En otros estudios se investigan las alteraciones en la integración de la información contextual



(15) y la alteración que presentan los pacientes esquizofrénicos en el reconocimiento facial (16) y en el reconocimiento de las emociones ligadas a estas expresiones faciales (17).

Nos extenderemos ahora en la revisión de este segundo grupo de estudios que analizan las alteraciones de la organización de la percepción, propias de la esquizofrenia. Entre los estudios que se refieren a la alteración del contraste (11), Dakin observa que el fenómeno ilusorio normal por el cual cuando un círculo está rodeado por un anillo de mayor contraste, el círculo interior pierde intensidad para el observador (“supresión periférica”), esta ilusión no es experimentada por los sujetos esquizofrénicos. Esto se debería a una alteración del sistema magnocelular, sistema que involucra a la retina, cuerpo geniculado y corteza visual, y que está relacionado con la visión periférica (10,11). Otra alteración ligada a la disfunción de este sistema magnocelular periférico es la relacionada con el “fenómeno de aglutinamiento” (9), definido como la incapacidad para distinguir entre el objeto y otros distractores cuando ambos se “amontonan” en el campo visual periférico. Estos estudios concluyen que el procesamiento visual periférico, esencial para reconocer y valorar el contexto y, por ende, la escena en la que se presenta el objeto, así como indispensable para orientar los movimientos oculares hacia objetos relevantes contextuales, se encontraría alterado en los pacientes esquizofrénicos (9,10,11).

Otro estudio, que busca evidenciar la dificultad que presentan los pacientes esquizofrénicos en la integración de la información contextual (15) demuestra que el aprendizaje y la posterior evocación de palabras (escritas en tarjetas que los sujetos deben memorizar), está facilitado por la información contextual en el grupo de los no esquizofrénicos evaluados, mientras que no facilita el aprendizaje en el grupo de los esquizofrénicos. Esto demostraría la disfunción en la articulación entre los objetos centrales y periféricos del campo visual en estos pacientes. Otros estudios consiguen establecer correlaciones entre las alteraciones del procesamiento visual primario y el reconocimiento de emociones faciales (16) o la cognición social, definida como la habilidad de construir representaciones sobre los otros (17).

En un estudio consultado se demuestra que estas alteraciones del campo visual (hipersensibilidad al contraste) no solo no están provocadas por los tratamientos antipsicóticos, sino que éstos reducen y normalizan estas alteraciones propias de la esquizofrenia (18). En otros (1,5,9,11) se comprueba que pacientes bipolares con tratamiento antipsicótico muestran un rendimiento en las pruebas similar al de los controles.

En uno de los estudios (9) se plantea la pregunta acerca de por qué estas alteraciones son subclínicas en todos los sujetos valorados, no refiriendo estos pacientes alteraciones manifiestas de la visión. Se proponen mecanismos compensadores, por los cuales otras áreas cerebrales serían reclutadas (por ejemplo redes fronto-parietales) (9).

### Los pacientes: Recortes Clínicos

Intentaremos resumir los siete recortes clínicos, centrándonos en las descripciones que los sujetos hacen de las alteraciones del campo visual, reproduciendo textualmente sus testimonios, tal como fueron recogidos en sus historias clínicas y en las entrevistas.

A. refiere haber sufrido “una crisis visual con angustia”. Dice haberla sufrido mientras jugaba al paddle, tras haber sido corregido por su profesor (“ese día tenía que pagarle y no tenía el dinero”). Comienza entonces con el siguiente fenómeno visual: “veo todo en un plano, veo las cosas en la misma profundidad, no puedo atender a la pelota, miro a los brillos y a los reflejos”. Recuerda que algo parecido le pasó en su casa, frente al espejo: “me veía a mí pero también a todo lo demás, todo lo que estaba detrás de mí”. En relación a esta vivencia frente al espejo, en otra sesión dice: “Me fijaba en todos los detalles, se me cambia el estado de atención: en el espejo veo más cosas al mismo tiempo, me doy cuenta de todo lo que tengo alrededor”. En otra entrevista lo describió así: “tengo la atención disparada: veo mucho lo que está por encima y por debajo, no solo lo que tengo delante... no solo veo la red de tenis, sino los árboles que hay detrás... veo todos los niveles”. Dice no creer que sea un problema de la vista, sino de la atención: “veo mucho, todo lo que hay en la habitación, los cuadros y su sombra”. Con respecto al final de estas “crisis”, dice: “se me quita viendo la TV, viendo algo entretenido, o

leyendo... hasta que no me tranquilizo no se me pasa". A. ha sufrido dos episodios paranoides, con interpretaciones delirantes, ideación paranoide y crisis autorreferencial, con pseudoalucinaciones verbales aisladas. Al remitir estos episodios persiste un hábito solitario, apático, con gran dificultad para mantener relaciones sociales y un discurso tangencial, plagado de detalles en los que se pierde sin arribar a una idea final.

O. refiere sufrir en los dos últimos años algo que define como "visión agrupada", y que explica con gran dificultad: "veo todo agrupado y multiplicado, todo en el centro... veo todo como en el mismo plano, no puedo atender o distinguir nada concreto en esa imagen". En otra sesión lo describe así: "como si lo viera todo en su sitio, pero agrupado, multiplicado varias veces, paso un mal rato, después se me pasa". A pesar de esto dice poder ver la TV. Este fenómeno lo sorprendió dos años atrás, cuando andaba por la calle. Agrega: "me ponía nervioso, me tenía que tumbar durante dos horas y se me quitaba". O., muestra una evolución continua, con síntomas positivos persistentes y desorganización conductual, en la que predominan la compulsión masturbatoria y el exhibicionismo hacia sus compañeros de piso.

E. dice haber tenido un episodio angustiante, en el que predominaba el siguiente fenómeno visual: "no podía dejar de ver las cosas negras, blancas o brillantes, la vista se me iba hacia ellas, me quedaba pillado... lo peor era la sensación de que estaba perdiendo la cabeza". Niega haber tenido el impulso o la compulsión por atender a estos rasgos del campo visual: lo describe como algo impuesto desde la imagen misma, desde el exterior. Este fenómeno, que se repitió en él en dos ocasiones, le causó gran angustia y vivencia de pérdida de control. E. ha sufrido al inicio de su patología un episodio psicótico con alucinaciones verbales e ideación místico-religiosa, episodio que remitió, aunque persistiendo en él una psicopatología negativa, con apatía y aplanamiento afectivo.

S. ha sufrido, desde hace años, un fenómeno que él llama "chiribita": "me fijo en todas las imperfecciones, en todos los detalles... frente al espejo me miro las arrugas de expresión y me paso horas frente al espejo... paso a mirar las arrugas de la gente, y de ahí a mirar las imperfecciones,

los detalles de las cosas, sin poder centrarme en lo que tengo que mirar". Dice: "no puedo dejar de fijarme en las imperfecciones: si miro su mesa es como si viera todas las imperfecciones al mismo tiempo, y no pudiera ver nada claro". En la calle, dice: "tengo el acto reflejo de mirar a todo el mundo porque ellos me están mirando". S. padece interpretaciones delirantes desde el inicio de su enfermedad: "uno me manda un mensaje, y al rato otro por la calle, después yo uno los dos mensajes... los colores de los coches significan cosas: el verde que está todo bien, el amarillo que es cuento chino y el rojo que tenga cuidado". En una sesión dijo: "ahora no escucho voces, pero estoy muy pendiente de lo que dice la gente, no puedo dejar de atender... ahora no tengo chiribita".

N. describe un fenómeno visual que nombra como "ojos en borbotones y destellos metálicos". Los "destellos metálicos" son "deslumbramientos" que atraen su atención: cualquier objeto que se presente en su campo visual como brillante atrae su atención sin que él pueda sustraerse a este efecto: los cristales, espejos, la TV o las luces de los coches. Los "ojos en borbotones" son un fenómeno alucinatorio: "aparece el rostro de mi padre, de mi madre o de mis hermanos... me miran amenazantes, como advirtiéndome algo... los ojos se salen de las órbitas, como acercándose a mí, como si me dijeran: eso no se hace". Relaciona este fenómeno con un recuerdo infantil: "mi padre no me hablaba, solo me miraba: me fulminaba con la mirada". Cuando su padre no lo vigilaba, él se escapaba "para ir a ver la TV: me encantaba, era mi pasatiempo favorito, me evadía". En la actualidad esta sigue siendo su principal estrategia para evitar ambos fenómenos. Estos, recuerda, comenzaron en el servicio militar: "fue cuando vi por primera vez a una mujer desnuda: mis amigos me mostraron pornografía... eso me hizo mucho daño... siempre intento evitar esas imágenes".

J. explica: "veo las cosas muy brillantes y me entra miedo... la mano, las personas, los objetos, los veo muy intensamente". El miedo lo relaciona con la sensación de ser observado: "tengo que apartar la mirada por miedo a que me miren... un coche o una farola: me asusta verlos brillantes porque es como si me estuvieran mirando". Continúa: "Todos los que están en la calle me miran,



están pendientes de mí, saben que estoy angustiado y que estoy enfermo”.

R. dice sufrir “las luces” desde la adolescencia, y lo relaciona en su inicio con un hecho concreto: “me había enamorado de una presentadora de la TV... me parecía que hablaba conmigo, y mirara donde mirara veía sus ojos”. Con respecto a “las luces”, dice: “me entra miedo, es como si me fueran a matar... miro para todos lados, parece que me vigilaran desde todas partes, desde las ventanas, desde la TV, desde el cristal del reloj de la pared”. Las luces las describe como “círculos que se abren y se cierran, caras, animales brillantes... son luces que me miran, y con las luces no puedo ver”. Este fenómeno no es constante, “aparece y desaparece”. En relación a la imagen del rostro, dice: “cuando me miro al espejo me veo la cara deformada, me veo el cuerpo desproporcionado, el pene pequeño”. Describe otra crisis: “no podía ver el rostro de mi hermano: estaba delante de mí y solo veía una mancha blanca: por ver la luz no podía verle la cara”.

### **Análisis de los recortes clínicos**

A partir de estos relatos podemos diferenciar dos fenómenos: los relacionados con el campo visual o la vista, como la “crisis visual” de A., la “visión agrupada” de O., el fenómeno “blanco-negro – brillante” de E., los “destellos metálicos” de N., o la “chiribita” de S. Describiremos otro tipo de fenómenos relacionados, no con la visión, sino con lo que llamaremos por ahora “la Mirada”: los “ojos en borbotes” de N., “las luces” de R. y los “brillos” de J.

Los fenómenos del campo visual o de la vista, son descritos por los pacientes como una incapacidad para centrar su atención, para orientar la visión en función de un objeto que debería destacarse entre otros. Es vivido como una pérdida del orden que previamente organizaba el campo visual, como siendo organizado este campo por un sentido u orden nuevo: imperfecciones triviales magnéticas; el fondo que avanza y se destaca en relación al centro; un colapso de la periferia que se precipita en el centro o el imperio del blanco-negro-brillante. Esta pérdida de sentido del campo visual, fragmentación de la imagen vivida de forma angustiante por todos estos sujetos, da cuenta de un sentido que pre-

viamente funcionaba y estructuraba el campo visual de manera silenciosa. Es la pérdida de este sentido, de este orden previamente funcional en el campo visual, lo que se presenta como el fenómeno en cuestión. Es un fenómeno, en su forma, equiparable al del Troma: el sentido que previamente ordenaba la escena se tambalea y asoma, se intuye, un sentido nuevo. En cuanto a la fragmentación del orden previo entre los objetos del campo, este fenómeno es comparable a la disgregación del lenguaje del esquizofrénico, a la incapacidad para precipitar un sentido, a la errancia metonímica esquizofrénica, pero evidenciada en el campo visual. Observamos la literalidad absoluta del campo del lenguaje del psicótico vivenciada en este nuevo registro visual como una auténtica pérdida de la profundidad de campo: la visión se impone en un solo plano, chato, literal podríamos decir, si lo equiparamos al sentido único, no metafórico, que se le impone al psicótico a partir de lo que escucha.

En los fenómenos donde se manifiesta la Mirada (19, 20), los sujetos son escrutados, observados, y en algunos casos los ojos vigilantes se presentan de forma alucinada: el sujeto es mirado desde todos los rincones, avanzan, desbordando los las cuencas que deberían contenerlos. Todos miran y todos saben, incluso los objetos los vigilan: son básicamente las superficies “brillantes”, como las ventanas, las luces, los coches y farolas, los cristales de los relojes: todas estas superficies brillantes como córneas son los ojos desde donde el sujeto es mirado. Este elemento “brillo” parece tender un puente entre los dos fenómenos: es un elemento que convoca la atención, la monopoliza y por ende ordena de forma diferente, nueva, el campo visual. El brillo es el elemento del campo visual fragmentado sobre el cual se monta y coagula la mirada. Es un rasgo constante entre los objetos desde donde el sujeto es mirado.

Esta falta de un sentido en el campo visual podemos relacionarla, si nos apoyamos en el Seminario 1<sup>º</sup> de Lacan (21) y en el concepto del estadio del espejo, en una falla en la constitución de la imagen especular. Si el campo visual y los objetos que en él se organizan tienen un sentido, es el de ser un reflejo de la imagen del yo del sujeto: el mundo de los objetos nos interesa porque refleja nuestra propia imagen, y esta sería la función del narcisismo secundario: acercarnos a las imágenes

a partir de la de nuestro propio yo (yo-ideal). Juan David Nasio nos dice en su libro sobre la mirada: *“Ver es sinónimo de prever, de imaginar lo que uno espera: ver es siempre esperar aquello que se va a ver; no hay sorpresa en el ver, porque se trata de algo que se relaciona con el reconocimiento... se trata de estar siempre a la espera de encontrar en la imagen de las cosas visibles o pregnantas nuestra propia imagen”* (22, pág 45). Este sentido “especular” sería entonces el que soporta el sentido del campo visual. Tres sujeto refirieron de forma espontánea cierta extrañeza frente a su imagen en el espejo, por lo que el “fenómeno del espejo” está presente también en nuestra pequeña muestra. Esta imagen, el yo-ideal, cumple también una función: nos acerca al objeto que nos seduce por ser un reflejo de nuestro propio yo, pero al mismo tiempo nos aleja de él: introduce un sentido en el campo visual, narcisista, que vela, oculta, lo real del objeto y de la pulsión escópica en juego. Es un efecto comparable al de la voz en la psicosis: el neurótico no escucha la voz en su materialidad real porque el sentido que esta “transporta” la vela, oculta la voz. Cuando este sentido deja de funcionar, la voz alucinada aparece, en la psicosis, como un objeto despegado del sentido, suelto y en general incomprensible. Este fenómeno de la voz, psicótico, trasladado al campo visual, es equiparable a su desorganización y pérdida de sentido por un lado, y a la aparición de la mirada en el exterior, en lo real (los ojos intuidos en cualquier brillo), por el otro. Estas miradas comparten con las voces en la esquizofrenia otra característica: en cuanto al efecto que tienen para el sujeto son también persecutorias, amenazantes, injuriantes.

Entonces: esto que llamamos La Mirada, velada por el efecto del narcisismo imaginario y de la estructura simbólica en juego en el campo visual, irrumpe en estos sujetos en forma de “crisis”. Esta forma recortada en el tiempo, disipable mediante artilugios, repetida en coyunturas en algunos casos, esta forma de crisis referida por todos nuestros pacientes da cuenta de una alteración causal dinámica, no “orgánica”. En relación a la pregunta de los investigadores acerca de por qué en los pacientes estudiados los defectos encontrados en el procesamiento visual eran “subclínicos”, y a la respuesta que presume ciertos circuitos compensatorios que se activa-

rían frente al déficit de los dañados, creemos que esta explicación no es coherente con lo observado en todos nuestros pacientes. Si se activara un mecanismo compensatorio, este también debería claudicar de forma intermitente, si consideramos esta forma de presentación intermitente. Esta intermitencia da cuenta de una causa, o de un mecanismo compensador, que en cualquiera de ambos casos debería considerarse dinámico.

En los estudios revisados se busca demostrar la existencia de una relación, supuesta como necesaria para un correcto procesamiento de la información, entre los elementos del campo visual (centrales vs. periféricos, información manifiesta vs. contextual, capacidad para discriminar lo aglutinado en la periferia). Para sostener esta pretendida articulación entre objetos visuales, ya se encuentren en el centro o en la periferia, es necesario suponer una articulación simbólica de los objetos: los objetos con los que se encuentran los sujetos de estos estudios son reconocidos, nombrados, leídos y recordados, llamados y señalados. Son objetos ya articulados en el registro del lenguaje, en el registro simbólico, y no están exentos de lo “abstracto” de las representaciones, como se señala en un estudio, ya que ellos mismos pertenecen al campo de las representaciones, al orden de lo simbolizado. Este ordenamiento de los objetos se desencadena durante el estadio del espejo: el sujeto, mediante su yo-ideal, que es la imagen fascinante de su cuerpo en el espejo, su Gestalt, se identifica a esta imagen como una unidad, con límites precisos, separada de los otros objetos que se presentan en el espacio. Gracias a esta identificación original comienza a contarse entre los otros objetos, que a partir de entonces establecen una serie, una cadena, que toma como referente a esta primera imagen fundamental del cuerpo propio. En el estudio de Silvestrini, esta relación entre la cognición verbal (abstracta por implicar representaciones) y “el pensamiento visual” (directo, concreto), no parecen articulados aún, aunque sí emparentados. El psicoanálisis ha articulado desde sus inicios (recordemos la ecuación Freudiana heces=falo=niño) los objetos en una ecuación simbólica, donde los objetos son intercambiables gracias a su significancia inconsciente, demostrada en los sueños, los síntomas, los actos fallidos...Es necesario, para articular ambos registros, el simbólico de las representa-



ciones y el imaginario de los objetos-imágenes, poner en juego la imagen fascinante del cuerpo propio, el yo-ideal, y entender al yo como un objeto entre otros, organizando a estos otros en su función simbólica-referencial. Pero este es el punto en el cual la investigación neurobiológica no cederá: contar al yo entre los objetos, y asumir que los otros objetos nos atraen porque están habitados por el yo – ideal, esto supondría renunciar al ideal de “objetividad”. Entendemos que es necesario, sin embargo, dar este paso para poder conceptualizar hechos clínicos concretos, para entender en nuestros pacientes por qué junto a estas alteraciones de su propia imagen en el espejo aparece esta desestructuración, esta pérdida de sentido en el campo visual y esta irrupción de la mirada en el espacio real.

Es necesario, por otro lado, referirnos al concepto del “objeto a”, de La Mirada, desarrollado por Lacan, para entender la coincidencia de fenómenos repetidos en los sujetos valorados: entre las alteraciones del campo visual, la fascinación de estos brillos, su efecto persecutorio y autorreferencial, y las alucinaciones de ojos (ver ojos). Vemos cómo esta desestructuración del campo visual permite el salto adelante de la mirada, antes velada por el orden narcisista, salto al campo de lo real. El concepto de “objeto a” nos permite comparar este fenómeno, equiparlo con otro más extendido en la psicosis esquizofrénica: el salto a lo real del objeto voz, hasta entonces velado por el sentido, y revelada en su independencia cuando lo que sostiene este sentido – velador deja de funcionar para el sujeto.

## Conclusión

En resumen, estos fenómenos observados en los sujetos esquizofrénicos que llamamos “del campo visual” y de “la mirada”, son “explicables” en su aparición simultánea gracias a los conceptos

desarrollados por Lacan en su seminario 1, (estadio del espejo, yo-ideal, narcisismo) y al concepto de objeto a y La Mirada (seminarios 10 y 11). Este último es indispensable para conceptualizar y comparar el fenómeno de “la voz” (extendido en la esquizofrenia) y el de “la mirada”: la irrupción de ambos en lo real del mundo esquizofrénico, sus efectos de significación paranoide y autorreferencia.

Por último, creemos que el retraso en la investigación neurobiológica de las alteraciones del campo visual, actualmente en auge, se debe al ideal de partida “objetivista” que diferencia, separa, el campo de lo verbal del campo de la imagen – objeto, separación por otro lado indispensable para sostener la posibilidad de un conocimiento “objetivo” no contaminado por la imagen (“proyecciones”) del sujeto. Es a partir del estudio de la cognición, de las funciones prefrontales como la memoria de trabajo, que se da el paso al estudio del procesamiento visual. Es así como la neurobiología reduce la brecha, imborrable para la ciencia, entre lo simbólico y lo imaginario: comienza a pensarse esta relación entre lo verbal (memoria de trabajo) y la imagen – objetos (procesamiento de las imágenes objetos en el campo visual), tras la evidencia de áreas cerebrales compartidas, implicadas simultáneamente en ambos procesos. A consecuencia de estas investigaciones, la neurobiología asume la responsabilidad, la estimulante necesidad de precisar, definir, dar cuenta de qué es eso que ella llama el “pensamiento visual”.

### Contacto

NICOLÁS VUCÍNOVICH • comansemichave@yahoo.com  
Psiquiatra de la Unidad de Salud Mental Comunitaria “Oriente”  
del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

## Bibliografía

- (1) Silverstein SM, Keane BP. Vision Science and Schizophrenia Research: Toward a Re-view of the Disorder Editors Introduction to Special Section. *Schizophrenia Bulletin*. 2015; 37: 681-689.
- (2) Kraepelin E. *La Demencia Precoz*, 1º Parte. Ed. Polemos, Buenos Aires, 1996.
- (3) Bleuler E. *Dementia Praecox o El Grupo de las Esquizofrenias*. Ed. Polemos, Buenos Aires, 2011.
- (4) Abely P. El Signo del Espejo en las Psicosis y más especialmente en la Demencia Precoz. En: *Alucinar y Delirar*, Tomo 2. Ed Polemos, Buenos Aires, 1998.
- (5) Silverstein SM, Keane BP. Perceptual Organization Impairment in Schizophrenia and Associated Brain Mechanism: Review of Research from 2005 to 2010. *Schizophrenia Bulletin*. 2011; 37: 690-699.
- (6) Barrera P. Los Trastornos Cognitivos de la Esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 2006; 44 (3): 215-221.
- (7) Fuentes I J. Déficit de Atención Selectiva en la Esquizofrenia. *Revista de Neurología* 2001; 32 (4): 387-391.
- (8) Park S, Holzman PS. Schizophrenics Show Spatial Working Memory Deficits. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49: 975-981.
- (9) Kraehenmann R, Vollenweider FX, Seifritz E, Komter M. Crowding Deficits in the Visual Periphery of Schizophrenia Patients. *Plos One*. 2012; 7(9): e45884.
- (10) Yoon JH, Rokem AS, Silver MA. Diminished Orientation – Specific Surround Suppression of Visual Processing in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2009; 35(6): 1078-1084.
- (11) Dakin S, Carlin P, Hemsley D. Weak Suppression of Visual Context in Chronic Schizophrenia. *Current Biology*; 15(20): R822.
- (12) Snitz B, Curtis CE, Zald DH. Neuropsychological and Oculomotor Correlates of Spatial Working Memory Performance in Schizophrenia Patients and Controls. *Schizophrenia Research*. 1999; 38: 37-50.
- (13) Raemaekers M, Jausmo J. Neuronal Substrate of the Saccadic Inhibition Deficit in Schizophrenia investigated with 3 – Dimensional Event-Related Functional Magnetic Resonance Imaging. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59 (4): 313-320.
- (14) Braff D, Swerdlow NR, Geyer M. Symptom Correlates of Prepulse Inhibition Deficits in Male Schizophrenic Patients. *Am J Psychiatry*. 1999; 156: 596-602.
- (15) Talamini L, Lieuwe de Haan, Nieman D. Reduced Context Effects on Retrieval in First – Episode Schizophrenia. *PLoS ONE*. 2010; 5(4) e 10356.
- (16) Turetsky B, Kohler Ch G. Facial Emotion in Schizophrenia: When and Why Does it Go Awry? *Schizophrenia Research*. 2007; 94 (1-3): 253-263.
- (17) Sergi M J, Rassovsky Y, Neuchterlein K H. Social Perception as a Mediator of the Influence of Early Visual Processing on Functional Status in Schizophrenia. *Am J of Psychiatry*. 2006; 166: 448-454.
- (18) Chen Y, Levy D, Summer Sheramata. Effects of Typical, Atypical, and no Antipsychotic Drugs on Visual Contrast Detection in Schizophrenia. *Am J of Psychiatry*. 2003; 160:1795-1801.
- (19) Lacan J. Seminario 10: La Angustia. Paidós. Buenos Aires, 2006.
- (20) Lacan J. Seminario 11: Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis. Paidós. Buenos Aires, 2006.
- (21) Lacan J. Seminario 1: Los Escritos Técnicos de Freud. Paidós. Buenos Aires, 2004.
- (22) Nasio J D. *La Mirada en Psicoanálisis*. Gedisa. Barcelona, 2001.

• Recibido: 8-8-2015

• Aceptado: 15-9-2015





# FORMACIÓN CONTINUADA



# Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XXI).

## Psicofarmacología.

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

Con la entrega anterior los autores daban por terminado el repaso a los antiépiléticos-eutimizantes, azapironas y barbitúricos. En este y próximos números de *NORTE de salud mental* serán abordados los aspectos concretos de diferentes grupos de fármacos.

Esperamos que al trabajar los ítems publicados, poniendo en práctica las habilidades cognitivas y académicas, el material elaborado sirva 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 farmacológica.

### Preguntas

**Pregunta 166.** Las tauopatías son enfermedades degenerativas que se caracterizan neuropatológicamente por acumulaciones intracelulares importantes de filamentos anormales de proteína tau. Señale, de entre las siguientes afirmaciones con respecto a estas patologías aquella que considere FALSA.

- La tau es una fosfoproteína que pertenece a la familia de las proteínas asociadas con los microtúbulos.
- La función principal de la proteína tau es estabilizar los microtubulos.
- Normalmente se encuentra en los núcleos neuronales.
- El cerebro humano adulto expresa 6 isoformas de tau diferentes producidas por empalme alternativo (splicing).

e. En la enfermedad de Alzheimer, la tau está compuesta por cantidades iguales de tau 3R y tau 4R.

**Pregunta 167.** El envejecimiento y el antecedente familiar de demencia son dos de los factores de riesgo más importantes para la enfermedad e Alzheimer. Señale, de entre las siguientes afirmaciones con respecto a los factores de riesgo propuesto y factores protectores para la enfermedad de Alzheimer, aquella que considere FALSA.

- El bajo nivel educativo se asocia con un riesgo mayor de padecer la enfermedad.
- Los factores de riesgo vasculares de la diabetes y la hipertensión, cuando aparecen en edad media, confieren riesgo mayor para la enfermedad de Alzheimer posterior.
- Debido a la relación entre en boxeo y la enfermedad de Alzheimer episodios individuales de traumatismo craneal podrían predisponer a la neurodegeneración décadas más tarde.
- El uso de medicamentos antihipertensivos se asocian a un riesgo menor de esta patología.
- El uso de diversos medicamentos como la estrogeneroterapia sustitutiva, antiinflamatorios no esteroideos y estatinas se asocian con un riesgo menor de padecer esta patología.

**Pregunta 168.** La enfermedad con granos argirófilos es una demencia de comienzo tardío. Señale de entre las siguientes afirmaciones aquella que considere FALSA con respecto a esta patología.

- Está caracterizadas *morfológicamente* por abundantes granos argirófilos fusiformes



en las prolongaciones neuronales y por cuerpos enrollados o cuerpos de Cajal en los oligodendrocitos.

- b. La mejor manera de reconocer los granos argirófilos *histopatológicamente* es en cortes tisulares procesados con la técnica de yoduro de Gallyas o con inmunoreacciones contra la proteína anormalmente fosforilada o la proteína de unión a ubiquitina p62.
- c. Tipicamente se detectan los granulos argirofilos sólo en estructuras subcorticales, presentando una distribución densa por todo el grupo de núcleos basolaterales del complejo amigdalino.
- d. El *perfil bioquímico* es el doblete de tau 64 y 69 kDa, agregación de tau compuesta principalmente por isoformas de 4 repeticiones tauR4.
- e. La *ultraestructura* de las lesiones son los filamentos rectos (de 8 a 18 mm de diámetro) y túbulos de musculo liso de 25 mm de diámetro.

**Pregunta 169. Es una patología descrita por primera vez por Hirano y cols, en 1961.** Los signos neuropatológicos distintivos son ovillos neurofibrilares y pérdida neuronal generalizada, que muestra una distribución característica en regiones cortical y subcortical. Los ovillos neurofibrilares tienen propiedades ultraestructurales y bioquímicas similares a las de la enfermedad de Alzheimer.

Se caracteriza por síntomas extrapiramidales (rigidez, temblor y bradicinesia) y demencia en la quinta o sexta décadas de la vida, que progresan hacia un estado vegetativo con contracturas en flexión pelvocrurales en el término de 4 a 6 años. En algunos pacientes se observaron signos oculomotores.

Se observan lesiones pigmentarias retinianas que fueron caracterizadas histológicamente pero que no son específicas. La disfunción olfativa es común y probablemente se relaciona con ovillos neurofibrilares de las estructuras anatómicas encefálicas relacionadas con el olfato. También es frecuente la disfunción autónoma.

Señale de entre las afirmaciones siguientes patologías aquella que considere se corresponde con las características descritas.

- a. Demencia con cuerpos de Lewy
- b. Demencia de enfermedad de Huntington
- c. Complejo parkinsonismo-demencia Guam
- d. Enfermedad de Creutz- Jacob
- e. Demencia SIDA.

**Pregunta 170. La demencia con cuerpos de lewy** apareció en la literatura japonesa como una variante atípica de la enfermedad de Alzheimer. Forma parte del espectro de enfermedades asociadas con las “sinucleinopatías  $\alpha$ ”. Señale, de entre las siguientes afirmaciones con respecto a esta patología aquella que considere FALSA:

- a. A diferencia de la enfermedad de Alzheimer la alteración temprana de la memoria suele ser marcada.
- b. Las alucinaciones visuales son una manifestación prominente de la demencia y persisten durante la progresión, están bien formadas, son recurrentes y suelen incluir a personas o animales.
- c. Los pacientes muestran particular sensibilidad al tratamiento con neurolépticos convencionales usado para controlar los síntomas conductuales y psicóticos de demencia.
- d. La histopatología distintiva es la sinucleinopatía  $\alpha$ , manifestada por los cuerpos de Lewy, degeneración neurítica y tinción citoplasmática neuronal anormal.
- e. Se observan cuerpos de Lewy corticales en diversas neuronas, incluidas células piramidales e interneuronas GABA.

**Pregunta 171. Enfermedad de Creutz-Jacob esporádica**

En 1920, Hanz Gerhard Creutzfeldt comunicó el caso de una mujer de 22 años que murió después de una historia de disfunción cerebral progresiva. Un año más tarde describió otros 5 casos y en 1922 se acuñó el término enfermedad de Creutzfeldt-Jacobs. Señale de entre las siguientes afirmaciones con respecto a esta patología la afirmación que considere FALSA:

- a. La causa de CJ esporádica es la adquisición del agente del scrapie.

- b. Desde el punto de visto neuropatológico se caracteriza por degeneración espogiforme, pérdida neuronal, gliosis y presencia de agregados de formas anormales de la proteína priónica (PrP) que son resistentes a la proteasa.
- c. La característica molecular es la presencia de formas alteradas de PrP que son parcialmente resistentes a la digestión por proteinasas K en condiciones en las que la PrP normal es degradada completamente.
- d. La TAC es normal en el 57-80% de los casos. La RM muestra una señal hiperintensa de la cinta cortical de ambos hemisferios y en los núcleos caudados y putamen de forma simétrica.
- e. El cuadro típico es una demencia rápidamente progresiva con ataxia y mioclonías.

**Pregunta 172. Efectos clínicos de las lesiones del lóbulo parietal.** El síndrome de Gerstmann constituye el ejemplo más notable de lo que podría ser considerado como asomatognosia bilateral y es causado por una lesión parietal izquierda. Señale de entre las siguientes aquella afirmación que le parezca FALSA.

- a. La lesión se presenta en el lóbulo parietal inferior izquierdo
- b. una característica es la incapacidad para designar o llamar a los dedos de las manos (agnosia digital)
- c. una conducta característica es la desinhibición social, con elevación ligera del humor y tendencia a hacer chistes tontos (*witzelsucht*)
- d. existe confusión entre las mitades derecha e izquierda del cuerpo
- e. existe incapacidad para calcular (acalculia) y escribir (disgrafía).

**Pregunta 173. Sobre el Complejo de demencia por SIDA.** En las últimas etapas de la infección por SIDA, la complicación neurológica más frecuente es una encefalitis por VIH subaguda o crónica que se manifiesta en forma de demencia. Señale de entre las siguientes afirmaciones sobre esta patología aquella que considere FALSA:

- a. La base patológica de la demencia resulta una rarefacción difusa multifocal de la

sustancia blanca cerebral acompañada por escasos infiltrados perivasculares de linfocitos y cúmulos de algunos macrófagos esponjosos, nódulos microgliares y células gigantes multinucleadas.

- b. En adultos la forma de evolución es lenta o subaguda acompañada de forma variable de afectación motora.
- c. El HIV puede aislarse en LCR.
- d. acompañantes tempranos de la demencia suelen ser la incoordinación de las extremidades, ataxia de la marcha y trastornos de los movimientos suaves de búsqueda y sacádicos de los ojos
- e. En niños con SIDA la demencia muy poco frecuente.

## Respuestas

**Pregunta 166. Respuesta correcta: C**

**Comentario:** La tau es una fosfoproteína que pertenece a la familia de las proteínas asociadas con los microtúbulos. La función principal de la proteína tau que normalmente se encuentra en los axones neuronales es estabilizar los microtúbulos. Con la capacidad de modular los microtúbulos, la tau contribuye con funciones celulares clave estructurales y regulatorias como el mantenimiento de procesos neuronales y la regulación del transporte axonal.

El cerebro humano adulto expresa 6 isoformas de tau diferentes de tau producidas por empalme alternativo (splicing). Las 6 isoformas de tau difieren una de otra en el número de repeticiones que se unen a los microtubulos y en la presencia o ausencia de tau 3R y 4R, respectivamente y en la presencia y ausencia de 1 o 2 insertos de 29 aminoácidos en la porción terminal N de la proteína.

Las tauopatías pueden clasificarse por la acumulación de tau 4R dentro de las lesiones neuronales y gliales en la parálisis supranuclear progresiva y en la enfermedad de gránulos argirófilos o acumulación preferencial de tau 3R en las lesiones neuronales de la enfermedad de Pick. En la enfermedad de Alzheimer, la tau está compuesta por cantidades iguales de 3R y 4R. El descubrimiento de que la mutación en el gen tau causa la tauopatía FTDP-17t demostró que la disfunción tau puede



causar directamente neurodegeneración y lleva al déficit cognitivo y del comportamiento.

**Bibliografía:** The International Society on Neurotophology. Neurodegeneración. Patología molecular de la demencia y los trastornos del movimiento. Dickson. Weller. 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana pág. 28, Madrid 2012.

**Pregunta 167. Respuesta correcta: E**

**Comentario:** El bajo nivel educativo se asocia con un riesgo mayor de padecer la enfermedad. Se cree que la educación es un indicador indirecto del bajo nivel socioeconómico, la salud o de una nutrición infantil deficiente. El menor rendimiento cognitivo en la niñez o la adultez temprana se asocia con un riesgo mayor de demencia.

Algunos de estos riesgos podrían estar mediados por factores de riesgo vascular. Los factores de riesgo vasculares de la diabetes y a hipertensión, cuando aparecen en edad media, confieren riesgo para la enfermedad de Alzheimer posterior.

Las concentraciones de homocisteína en la mediana de edad también se asocian con un riesgo mayor en etapas posteriores. La asociación de diabetes, hipertensión e hiperhomocisteinemia llevó a debates considerables respecto de si estos factores de riesgo, que sin duda tienen complicaciones vasculares en otros órganos, son causantes de la enfermedad cerebral de tipo vascular y disminuyen el umbral en el que la patología de Alzheimer produce manifestaciones clínicas o si pudieran actuar en el proceso, como en la amiloidosis y en la degeneración neurofibrilar.

Otros factores de riesgo como las exposiciones medioambientales han sido difíciles de reproducir. El traumatismo craneoencefálico es de estos factores de riesgo posibles, pero los datos con respecto a los traumatismos cerebrales en las etapas tempranas de la vida o en la mediana de edad, a menudo son incompletos y están sujetos al sesgo del recuerdo. No obstante, debido a la relación entre en boxeo y la enfermedad de Alzheimer episodios individuales de traumatismo craneal podrían predisponer a la neurodegeneración décadas más tarde.

En la última década se alegó que el uso de diversos medicamentos antihipertensivos, la estrogenerapia sustitutiva, antiinflamatorios no

esteroideos y estatinas se asociaba con un riesgo menor de esta patología. Mientras que los estudios prospectivos de antihipertensivos demostraron una reducción del riesgo de demencia, los ensayos de otros fármacos un formato sistemático o de prevención no mostraron beneficios.

**Bibliografía:** The International Society on Neurotophology. Neurodegeneración. Patología molecular de la demencia y los trastornos del movimiento. Dickson. Weller. 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana pág. 41, Madrid 2012.

**Pregunta 168. Respuesta correcta: C**

**Comentario:** La enfermedad con granos argirófilos está caracterizadas morfológicamente por abundantes granos argirófilos fusiformes en las prolongaciones neuronales y por cuerpos enrollados o cuerpos de Cajal en los oligodendrocitos. Ambas lesiones están formadas por proteína tau asociadas con microtúbulos, en un estado de hiperfosforilación anormal.

No hay ninguna manifestación clínica fiable que permita un diagnóstico definitivo durante la vida, de manera que sólo se la puede identificar por análisis postmortem. Representa alrededor del 5% de los casos de demencia neurodegenerativa, y su prevalencia aumenta con la edad. Muestra una correlación significativa con el avance de la edad y se ha informado que la media de la edad de los pacientes afectados es de alrededor de 80 años. No hay diferencias en la distribución por sexo. El único factor de riesgo para esta patología es la edad avanzada.

Hasta la fecha no se ha informado de ninguna forma hereditaria. El depósito de 4 repeticiones 4R es una característica común de la parálisis supranuclear progresiva, y la enfermedad de granulos argirofilos. Se ha demostrado que estas 2 enfermedades se asocian con el halotipo H1 de tau.

La mejor manera de reconocer los granos argirófilos histopatológicamente es en cortes tisulares procesados con la técnica de yoduro de Gallyas o con inmunoreacciones contra la proteína anormalmente fosforilada o la proteína de unión a ubiquitina p62.

Se detectan granulos argirofilos en estructuras tanto corticales como subcorticales. Entre las áreas corticales las cortezas entorrinal y trase-

netorrinal son las más susceptibles a presentar gránulos argirófilos y la región más afectada corresponde a la capa pre-beta superior. En el nivel subcortical presentan una distribución densa por todo el grupo de núcleos basolaterales del complejo amigdalino.

Las características consistentes pero no esenciales para el diagnóstico son la presencia de cuerpos enrollados (positivos a la tinción de Gallyas), y la presencia de abundantes neuronas de proyección límbica no argirófilas (negativas con tinción de Gallyas) tau-positivas.

Las características esenciales para el diagnóstico son la presencia de granos argirofilos positivos con tinción Gallyas, au-positivos. El perfil bioquímico es el doblete de tau 64 y 69 kDa. Agregación de tau compuesta principalmente por isoformas de 4 repeticiones tauR4. La ultraestructura de las lesiones de enfermedad con granos argirófilos son los filamentos rectos (de 8 a 18 nm de diámetro) y tubulos de musculo liso de 25 nm de diámetro.

**Bibliografía:** The International Society on Neurotophology. Neurodegeneración. Patología molecular de la demencia y los trastornos del movimiento. Dickson. Weller. 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana pág. 165-70, Madrid 2012.

#### Pregunta 169. Respuesta correcta: C

**Comentario:** El complejo parkinsonismo-demenia Guam es una enfermedad que afecta al pueblo chamorro de las Islas Marianas, en Guam, caracterizado por primera vez en estudios clínicos y patológicos por Hirano y cols, en 1961.

Los signos neuropatológicos distintivos son ovillos neurofibrilares y pérdida neuronal generalizada, que muestra una distribución característica en regiones cortical y subcortical. Los ovillos neurofibrilares tienen propiedades ultraestructurales y bioquímicas similares a las de la enfermedad de Alzheimer.

A diferencia del Alzheimer hay unos pocos hilos de neurofibrilo y placas seniles y estudios recientes demuestran que no se observan inclusiones astrocíticas de Gallyas y tau positivas definidas, gránulos finos tau positivos ni inclusiones tipo cuerpo enrollado positivas para TDP-43 comunicados en el Parkinson –demenia Guam.

No se ha identificado una causa genética definida para esta entidad aunque se han estudiado varios genes candidatos. No se ha detectado ninguna mutación del gen TAU pero estudios de asociación implican al TAU como un factor de susceptibilidad o un factor modificador de la enfermedad.

Se caracteriza por síntomas extrapiramidales (rigidez, temblor y bradicinesia) y demencia en la quinta o sexta décadas de la vida, que progresan hacia un estado vegetativo con contracturas en flexión pelvocrurales en el término de 4 a 6 años. En algunos pacientes se observaron signos oculomotores.

Se observan lesiones pigmentarias retinianas que fueron caracterizadas histológicamente pero que no son específicas. La disfunción olfativa es común y probablemente se relaciona con ovillos neurofibrilares de las estructuras anatómicas encefálicas relacionadas con el olfato. También es frecuente la disfunción autónoma.

**Bibliografía:** The International Society on Neurotophology. Neurodegeneración. Patología molecular de la demencia y los trastornos del movimiento. Dickson. Weller. 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana pág. 175, Madrid 2012.

#### Pregunta 170. Respuesta correcta: A

**Comentario:** El término demencia con enfermedad de Parkinson implica la aparición de una demencia en un paciente con diagnóstico previo de enfermedad de Parkinson. Si aparece primero la enfermedad de Parkinson y después de un año la demencia se denomina demencia con enfermedad de Parkinson. Si la demencia aparece primero o dentro del año después de la aparición de la enfermedad de Parkinson se hace el diagnóstico de demencia con cuerpos de Lewy.

La demencia con cuerpos de Lewy es un síndrome con demencia progresiva asociado con manifestaciones neuropsiquiátricas clínicas centrales, función cognitiva fluctuante, alucinaciones visuales y parkinsonismo variable, a menudo leve.

No hay factores de riesgo especiales excepto la edad y la mayoría de los casos son esporádicos de manera que la herencia mendeliana es rara. Algunos estudios que relacionan esta patología con factores de riesgo genéticos conocidos confirman



que el alelo  $\epsilon$  de apolipoproteína E es un factor de riesgo de esta enfermedad. Se observan cuerpos de Lewy cerebrales en pacientes con enfermedad de Alzheimer familiar de comienzo temprano y en el síndrome de Down, lo que indica un vínculo entre demencia con cuerpos de Lewy y la base genética de la enfermedad de Alzheimer familiar.

A diferencia de la enfermedad de Alzheimer la alteración temprana de la memoria suele ser mínima. Las alucinaciones visuales son una manifestación prominente de la demencia y persisten durante la progresión. Estas alucinaciones están bien formadas, son recurrentes y suelen incluir a personas o animales.

Los pacientes muestran particular sensibilidad al tratamiento con neurolépticos convencionales usado para controlar los síntomas conductuales y psicóticos de demencia.

El 10% presentan caídas reiteradas e inexplicables. Las manifestaciones neuropsiquiátricas son relativamente frecuentes. La prevalencia de los síntomas depresivos en la demencia con cuerpos de Lewy es similar a la observada en la enfermedad de Parkinson (50%).

La histopatología distintiva es la sinucleidopatía  $\alpha$ , manifestada por los cuerpos de Lewy, degeneración neurítica y tinción citoplasmática neuronal anormal. Se observan cuerpos de Lewy corticales en diversas neuronas, incluidas células piramidales e interneuronas GABA.

**Bibliografía:** The International Society on Neurotophology. Neurodegeneración. Patología molecular de la demencia y los trastornos del movimiento. Dickson. Weller. 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana pág. 224-235, Madrid 2012.

**Pregunta 171. Respuesta correcta: A**

**Comentario:** la incidencia es de entre 1-2/1.000.000/año. La tasa es similar a nivel mundial la incidencia por sexos es equivalente y la edad media de inicio es de 65 años.

Una hipótesis popular para la causa de CJ esporádica era que se debía a la adquisición del agente del scrapie. El argumento más sólido en contra de esta teoría es que existe una incidencia relativamente constante de la enfermedad en todo el mundo, incluso en países con baja o ninguna incidencia de scrapie. La aparición reciente

de forma atípicas de scrapie y encefalopatías espongiiforme bovina ha renovado la preocupación acerca de la transmisión cruzada entre especies a seres humanos, reforzada por los resultados de transmisión experimental de la encefalopatía espongiiforme bovina tipo I.

Los pacientes habitualmente se presentan con declinación cognoscitiva, ataxia o trastorno visual. El cuadro típico es una demencia rápidamente progresiva con ataxia y mioclonías asociada con pruebas 14-3-3/tau total positivas en LCR, una señal positiva en los ganglios basales o la corteza en la RM con difusión y descargas sincrónicas seudoperiódicas en el EEG.

Desde el punto de visto neuropatológico se caracteriza por degeneración espongiiforme, pérdida neuronal, gliosis y presencia de agregados de formas anormales de la proteína priónica (PrP) que son resistentes a la proteasa.

Finalmente ocurre falla multifocal del SNC con disfunción cognoscitiva global, ataxia, dependencia e incontinencia urinaria con paciente postrado en la cama, mudo y areactivo. Durante la etapa terminal presentan rigidez, ceguera y disgrafía. La media de duración y la evolución media de la enfermedad son de 4,5 y 7,4 meses respectivamente. El curso más corto comunicado ha sido de 2 semanas.

La TAC es normal en el 57-80% de los casos. La RM muestra una señal hiperintensa de la cinta cortical de ambos hemisferios y en los núcleos caudados y putamen de forma simétrica.

El análisis del LCR de rutina es normal. La proteína 14-3-3 es una proteína neuronal hallada en alta concentración en el SNC y es liberada en el LCR como consecuencia de la extensa destrucción del tejido encefálico. La proteína tau elevada en LCR tiene una exactitud comparable.

Los criterios anatomopatológicos avalados por la OMS son cambios espongiiformes en la corteza cerebral o cerebelosa o la sustancia gris subcortical y encefalopatía con inmunoreactividad para PrP. La triada de cambios espongiiformes, pérdida neuronal y gliosis que afecta tanto a los astrocitos como a la microglia es el sello de la enf CJ.

La característica molecular es la presencia de formas alteradas de PrP que son parcialmente

resistente a la digestión por proteinasas K en condiciones en las que la PrP normal es degradada completamente.

**Bibliografía:** The International Society of Neuropathology. Neurodegeneración. Patología molecular de la demencia y los trastornos del movimiento. Dickson. Weller. 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana pág. 322-335, Madrid 2012.

**Pregunta 172. Respuesta correcta: C**

**Comentario:** el síndrome de Gerstmann podría ser considerado como asomatognosia bilateral, y está causado por una lesión parietal izquierda dominante. Las cuatro manifestaciones características son la incapacidad para designar o llamar a dedos de las dos manos (agnosia digital), confusión entre las mitades derecha e izquierda del cuerpo, incapacidad de calcular (acalculia) y de escribir (disgrafía). Una o más de las manifestaciones mencionadas pueden acompañarse de ceguera hacia las palabras (alexia) y hemianopsia homónima o cuadrantanopsia inferior.

La lesión se localiza en el lóbulo parietal inferior izquierdo (por debajo del surco interparietal) y afecta en particular la circunvolución angular o la sustancia blanca subyacente del hemisferio izquierdo.

Es motivo de discusión si los cuatro elementos principales del síndrome de Gerstmann tienen una base común o sólo una relación al azar. Benton estableció que los fenómenos ocurren juntos en una lesión parietal con una frecuencia no mayor que la apraxia de construcción, la alexia y la pérdida de la memoria visual, y que cualquier combinación de estos síntomas y los del síndrome de Gerstmann se producen con igual frecuencia en la enfermedad de lóbulo parietal.

La elevación ligera del humor, aumento de la locuacidad, tendencia a hacer chistes tontos (witzelsucht, del alemán witzeln, broma y bucht anhelo) o moria, falta de tacto, dificultad para la adaptación, pérdida de iniciativa se presentan en algunos pacientes con lesiones en el lóbulo frontal, concretamente en la parte inferior del lóbulo frontal.

Como recuerdo de otros síndromes clínicos neurológicos destacar el síndrome de Anton: o anosognosia visual: la característica principal

de este síndrome es la negación de la ceguera por un paciente que desde luego no puede ver. Actúa como si pudiera hacerlo y cuando intenta caminar choca contra los objetos hasta el grado de lesionarse. Se presenta en lesiones del lóbulo occipital.

Y para terminar el repaso el síndrome de Balint: igualmente en lesiones de lóbulos occipitales, es poco frecuente y el paciente percibe solo porciones individuales de la escena sin conexión alguna, al igual que ocurre en la simultagnosia visual. El síndrome en su totalidad consiste en:

1. trastorno de la atención visual más bien en la periferia de los campos visuales en que la persona no percibe la escena en su totalidad, a pesar de que se ha conservado la percepción visual de elementos individuales (simultagnosia visual).
2. dificultad para tomar o tocar un objeto, bajo orientación visual, como si se perdiera la coordinación mano- ojo (ataxia óptica).
3. incapacidad de proyectar voluntariamente la mirada en el campo periférico y rastrearla (parálisis psicológica de la fijación de la mirada o apraxia óptica).

**Bibliografía:** Enfermedades degenerativas del sistema Nervioso en Principios de Neurología de Adams y Vícto. Novena Edición. Ropper AH, Samuels MA. Editorial McGraw Hill. Pág. 445. ISBN 978-607-0444-9 en 2011.

**Pregunta 172. Respuesta correcta: E**

**Comentario:** En adultos la forma de evolución es lenta o subaguda acompañada de forma variable de afectación motora. Los pacientes refieren incapacidad para seguir conversaciones, efectuar todas las tareas cotidianas y se vuelven olvidadizos.

Incoordinación de las extremidades, ataxia de la marcha y trastornos de los movimientos suaves de búsqueda y sacádicos de los ojos suelen ser acompañantes tempranos de la demencia. Los reflejos tendinosos aumentados, signos de Babinsky, reflejos de empuñadura y succión, debilidad de las piernas que progresa hasta la paraplejía, incontinencia vesical e intencional que refleja afectación de la médula espinal o cerebral y abulia y mutismo son característicos de etapas tardías de la afectación.



En los pacientes no tratados la demencia evoluciona en un lapso de semanas o meses. Después de comenzar la demencia el paciente sobrevive de 3 a 6 meses, pero puede vivir más tiempo si se inicia tratamiento. Las pruebas de velocidad psicomotriz parecen ser más sensibles en las etapas iniciales de la demencia.

El LCR puede ser normal o manifestarse por elevación ligera del contenido de proteínas y en menor frecuencia linfocitosis leve. El HIV puede aislarse en LCR. El estudio de CT revela ensanchamiento de los surcos y agrandamiento de los ventrículos. La MRI muestra cambios irregulares en la sustancia blanca con márgenes mal definidos confluentes o difusos. Estos hallazgos tienen cierta utilidad en el diagnóstico, aunque la infección por CMV del encéfalo en personas con SIDA produce una apariencia similar en la RMI.

La base patológica de la demencia resulta una rarefacción difusa multifocal de la sustancia blanca cerebral acompañada por escasos infiltrados pe-

rivasculares de linfocitos y cúmulos de algunos macrófagos esponjosos, nódulos microgliares y células gigantes multinucleadas. Estas formas de cambios patológicos ocurren de manera aislada o en conjunto y todas tienen poca relación con la intensidad de la demencia.

En niños con SIDA la demencia es más común que todas las infecciones oportunistas y cerca del 60% de ellos termina por afectarse. La enfermedad en niños se caracteriza por trastorno de las funciones cognitivas y debilidad espástica y de manera secundaria por trastornos del crecimiento cerebral.

**Bibliografía:** Enfermedades degenerativas del sistema Nervioso en Principios de Neurología de Adams y Victor. Novena Edición. Ropper AH, Samuels MA. Editorial McGraw Hill. Pag 728. ISBN 978-607-0444-9 en 2011.

# Laura, un silencio pertinaz.

## *Laura, a persistent silence.*

Nicolás Landriscini

He recibido a la joven Laura en mi consulta durante un período de tiempo de dos años. A día de hoy ella tiene 13.

Se trata de un sujeto cuya relación al Otro y al mundo en general es extremadamente restringida. Laura apenas habla, tiene enormes dificultades para entrar en contacto con los demás, así como para responder a sus solicitudes: permanece muda y perpleja cuando es convocada a responder como sujeto.

He ido sabiendo que siempre había sido así: desde pequeña, Laura tenía crisis de rabia en su casa, y respondió con un repliegue masivo al entrar a la escuela. Siempre ha mantenido una relación difícil con su madre, relación que cabría calificar de alienante y explosiva al mismo tiempo: a pesar de sus grandes esfuerzos para ayudar a su hija, la madre soporta mal sus dificultades. Por su parte, Laura está muy pegada a su madre, y vive como un rechazo el mínimo cambio de actitud o muestra de alejamiento por parte de esta última.

A pesar de los graves problemas de Laura, su familia ha encontrado cierto equilibrio en su funcionamiento. Ahora bien, se trata de una familia muy aislada: la familia extensa está fuera de juego desde hace mucho tiempo, puesto que, por razones diferentes, cada uno de los padres ha interrumpido el contacto con su familia respectiva. Una frágil y patógena transmisión materna por el lado de la madre y un padre muy violento por el lado del padre parecen ser los elementos en cuestión.

La dificultad mayor para Laura se presenta desde hace tiempo en la escuela. No en el plano de los saberes, pues es una excelente alumna -sobre todo en lenguas (francés, inglés, portugués)-, sino más bien en lo concerniente a la relación con los otros, sean éstos compañeros o profesores. Soporta muy difícilmente la presencia de

otras personas a su lado: el mínimo signo de vida o de deseo del Otro (voz, mirada) es vivido por ella como una agresión. Pese a los enormes esfuerzos que realiza para neutralizarlo, Laura está permanentemente invadida por la presencia de los otros, presencia marcada para ella por el sello del exceso: la mínima interpelación es intrusiva, una broma cualquiera es un ultraje, el jaleo cotidiano del patio de recreo toma para ella una intensidad sonora insoportable, etc.

En estas circunstancias, asistir al instituto es para Laura un infierno, tanto más cuanto que los otros no comprenden sus dificultades y la interpelan con normalidad, como a un compañero más. Concretamente, el problema se cristaliza en las ocasiones en las que debe tomar la palabra: cuando un profesor la interroga en plena clase, Laura permanece muda, petrificada, incapaz de decir nada y presa de una gran angustia.

A medida que los años pasan, su síntoma es cada vez menos compatible con un sistema escolar que exige que los alumnos participen, tomen la palabra y se expresen, lo cual es, por otra parte, perfectamente normal. Al respecto, precisaré aquí que tuve algunas conversaciones con el equipo educativo de Laura, en las que pude hacer entender la necesidad y la pertinencia de un trato particular para con ella, dada su fragilidad subjetiva. Pese a que estas conversaciones no carecieron de efectos positivos durante algún tiempo, Laura acabó por abandonar el instituto hacia diciembre del 2014. A partir de entonces, permanecerá en su casa estudiando con seriedad sus asignaturas gracias a la puesta en marcha de un dispositivo de escolarización a domicilio.

Durante los 18 primeros meses de consultas, Laura se dirigía a mí por escrito: yo hacía preguntas y hablaba, mientras ella respondía y se expresaba por escrito. Para que el trabajo de las sesiones



fuera posible, ha sido necesario que yo ajuste mi posición en la transferencia para no ser demasiado intrusivo, sin pedirle nunca directamente que me hable, a no ser a través del humor, recurso que funciona muy bien con Laura, provista ella misma de una fina ironía. De este modo, he aprendido progresivamente a encarnar un Otro no exigente, que, sin demandarle nada, se presta a acoger su sufrimiento así como sus invenciones y producciones. Laura ha ido así trayendo a las sesiones las historias que escribe y los dibujos que realiza. Respecto a las primeras, diré que son ficciones que ella inventa, en las que se trata a menudo de un grupo de jóvenes que vive diferentes aventuras, así como también de gatos, su animal predilecto. Por otro lado, dibuja también gatos y ratones, no sin talento. Es interesante considerar que Laura siempre ha tenido gatos, y podemos pensar que ella misma está identificada a este animal, silencioso, solitario, taciturno.

En un segundo período, Laura introducirá una nueva invención en el dispositivo transferencial: desde que deja de ir al instituto, empieza a llamarme por teléfono. Logra de este modo hablarme, al interponer el aparato entre los dos. Poniendo el cuerpo fuera de juego, Laura es capaz de ceder algo del objeto vocal en juego y consentir así a hablarme. Ahora bien, como yo insisto en ese momento en que venga a sus sesiones, ella va a instaurar una pulsación en el ritmo de nuestros encuentros: una semana cada dos, la sesión tendrá lugar oralmente y por teléfono, la otra semana vendrá a mi consulta y realizará su sesión por escrito.

Laura se pregunta por la naturaleza de su patología: a propuesta suya, leemos juntos textos que ella encuentra en internet y que versan sobre el autismo de Asperger o los niños superdotados. Comentamos los síntomas allí descritos y ella los compara con los suyos, tratando de producir una versión de lo que le pasa.

Durante ese período, las sesiones conmigo constituían el único lazo social de Laura, que por lo demás vivía encerrada en su casa con sus carpetas, su ordenador y su televisión. Al mismo tiempo, su madre acabó aceptando mi proposi-

ción de contactar el CSM del pueblo, proposición que realicé con la perspectiva puesta en ampliar la red de interlocutores y permitir así una pluralización de la transferencia. Gracias a ello, y al trabajo de entrevistas propuesto por mis colegas del CSM, la madre de Laura está hoy dispuesta a aceptar que su hija necesita un seguimiento psiquiátrico, algo inconcebible hasta la fecha.

Entretanto, la familia de Laura ha decidido abandonar la región para instalarse en otro lugar de Francia. Mis colegas del CSM han realizado el trabajo de contacto con el sector de psiquiatría infanto-juvenil de la región de destino, con el objetivo de que el acompañamiento de Laura y su familia pueda proseguir en las mejores condiciones posibles y sin rupturas contraproducentes. Al respecto, el equipo de la región de destino propone como perspectiva la integración de Laura en un *instituto psiquiatrizado*<sup>1</sup>. Tal vez se trate del marco adecuado que permita a Laura proseguir con sus estudios al tiempo que tratar su patología y su sufrimiento subjetivo.

El día de nuestra última sesión, pregunté a Laura qué quería hacer con el dossier que contiene todos los escritos que ha producido en mi consulta. Tras titubear, contestó que se los llevaría con ella. Le respondí entonces pidiéndole su acuerdo para conservar sus dibujos, lo cual aceptó preguntándome si me gustaban. Le contesté que me parecía que estaban bien hechos. Laura me propuso entonces darme la dirección de la página web en la que comparte sus dibujos con otros internautas. Le pedí que me la mandara por mail. Esa misma noche, recibí un mail de Laura en el que me daba la dirección en cuestión, al tiempo que añadía: “allí encontrará usted mis dibujos, y ello será tal vez la ocasión para que se quede con una imagen más alegre de mí”. Laura la solitaria, la silenciosa y la taciturna, quiere que el Otro tenga una imagen más alegre de ella. Algo es algo.

París, abril 2015

<sup>1</sup> Los servicios llamados «Soins Études» son dispositivos de escolarización adaptados e integrados en la red de psiquiatría infanto-juvenil francesa.

- Recibido: 19-4-2015.
- Aceptado: 7-7-2015.



**HISTORIA**



# Apuntes históricos sobre las clasificaciones actuales de las patologías mentales.

## *Historical review of the current classifications of mental disorders.*

Luis Pacheco Yáñez\*, Daniel Padró Moreno\*\*, Wendy Dávila Wood\*\*\*, Sofía Álvarez de Ulate Unibaso\*\*, Pablo Gómez de Maintenant de Cabo\*\*\*

\* Psiquiatra. Red de Salud Mental de Bizkaia. c/ María Díaz de Haro, 58. 48010 Bilbao.

\*\* Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Avda. Montevideo, 18. 48013 Bilbao.

\*\*\* Psicóloga. Centro DAP de Psiquiatría y Psicología. Gran Vía, 38 - 4º. 48009 Bilbao.

\*\*\* Psicólogo. Facultad de Psicología y Educación. Universidad de Deusto. Avenida de las Universidades, 24. 48007 Bilbao.

**Resumen:** El presente trabajo es una revisión histórica enmarcada en el siglo XX que estudia los antecedentes de las clasificaciones psiquiátricas actuales, especialmente las realizadas por la Asociación Psiquiátrica Americana (*Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales o "DSM"*) y por la Organización Mundial de la Salud, (*Clasificación Internacional de Enfermedades o "CIE"*). También se realiza una breve revisión de los criterios diagnósticos operativos que, en los últimos años, están utilizando algunas escuelas psicodinámicas. En particular, se resaltan la clasificación desarrollada por psicoanalistas alemanes denominada "OPD" (*Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado u Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*) y el "PDM", (*Manual de Diagnóstico Psicodinámico o Psychodynamic Diagnostic Manual*) americano.

**Palabras clave:** revisión histórica, nomenclatura psiquiátrica, clasificaciones psiquiátricas, clasificaciones psicodinámicas, DSM, CIE, OPD-2, PMD, RDoC.

**Abstract:** The present paper offers a brief historical review on the background of the current psychiatric classifications within the twentieth century, paying special attention to the *Diagnostic Statistical Manual (DSM)*, by the American Psychiatric Association and the *International Classification of Diseases (ICD)*, by the World Health Organization. In addition, we revise the operational diagnostic criteria that, in recent years, is being used by some psychodynamic groups. In particular, we study the *Operationalised Psychodynamic Diagnostics system (OPD)* developed by german psychoanalysts and the american *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*.

**Key words:** historical review, psychiatric nomenclature, psychiatric classifications, psychodynamic classifications, DSM, ICD, OPD-2, PMD, RDoC.

### Algunos antecedentes históricos

Aunque desde el inicio de la historia de la Medicina ha sido norma general clasificar las patolo-

gías, puede señalarse -con una cierta prudencia y obviando numerosas y necesarias aportaciones previas- que las actuales clasificaciones psiquiátricas comienzan a originarse en Francia, hacia



finales del siglo XVIII. En aquellos años imperaban las clasificaciones que seguían los cánones de las taxonomías empleadas para la zoología y la botánica, establecidas principalmente por Linneo (1707-1778) que era un naturalista sueco, además de botánico y zoólogo. François Boissier de Sauvages (1706-1767) era amigo de Linneo, a la par que médico y botánico francés y en 1767 había publicado con cierto éxito una clasificación de enfermedades bajo la denominación de “*Nosología Methodica Sistens Morborum Classes*” (1). Philippe Pinel (1745-1826), considerado el fundador de la Psiquiatría -y conocido tanto por liberar de las cadenas a los locos ingresados en los manicomios de París, como por sus aportaciones bibliográficas, entre las que destacan “*Nosographie philosophique*” (1798) y “*Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale ou la mania*” (1801) - se inspiró en las clasificaciones de Boissier para establecer en sus obras los principios del diagnóstico psiquiátrico moderno, clasificando las enfermedades mentales en cinco grupos: Melancolía, Manía con delirio, Manía sin delirio, demencia e idiotismo. Posteriormente Bayle (1799-1858) describe la “Parálisis general progresiva”, concebida unos años antes pero explicitada de manera más detallada en 1826, con su obra “*Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*”, en la que propone un modelo médico de la enfermedad mental y teoriza que las bases de la misma estaban en las anomalías del cerebro. Poco después Esquirol (1772-1840), discípulo y sucesor de Pinel, modifica la clasificación de su maestro introduciendo nuevos conceptos y dividiendo genéricamente las enfermedades mentales en: Lipemanía, Monomanía, Manía, Demencia e Idiotéz, recogidas en su obra “*Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal*” (1838) (2,3).

A partir de las obras de Pinel y Esquirol se sucede un auténtico furor en los entonces llamados “alienistas” por delimitar el diagnóstico y superar las teorías de sus predecesores. Ejemplos relevantes los representan las aportaciones francesas paralelas sobre la enfermedad maníaco-depresiva, realizadas por Falret (1794-1870) con la descripción de la “*Locura circular*” y por Baillarger (1809-1890) de la “*Locura de doble forma*”, en 1854, o la “*Teoría de la degeneración*” en la enfermedad mental, desarrollada por Morel

(1809-1873), en 1857. Tampoco fueron menores las aportaciones de los psiquiatras alemanes, como Griesinger (1817-1868), representante en su país del desarrollo de la psiquiatría “somática” y autor de un divulgadísimo tratado sobre la patología y el tratamiento de las enfermedades mentales (1845); Kahlbaum (1828-1899), considerado el primer psiquiatra alemán que intentó distinguir la enfermedades mentales desde un punto de vista exclusivamente clínico y que además describió la “*Catonía*” en 1874, o Hecker, (1843-1909) discípulo de Kahlbaum, que en 1871 aislaba la “*Hebefrenia*” de otros tipos de la “*Demencia Precoz*” (2).

Pero, sin ninguna duda, el psiquiatra que iba a revolucionar la historia de las clasificaciones psiquiátricas sembrando la semilla que muchos años después originaría las clasificaciones actuales - , fue el alemán Emil Kraepelin (1856-1926). Entre 1883 y 1927 publicó nueve ediciones de su tratado (la última de ellas de manera póstuma, gracias a su discípulo Lange). En la cuarta de ellas, aparecida en 1893, comienza una revisión crítica de la nosología existente hasta entonces, elaborando sus propias conclusiones y la sexta edición, de 1899, es considerada su aportación más clásica y canónica al aparecer diferenciadas la Demencia Precoz, la Locura maníaco-depresiva y la Paranoia, como entidades independientes. Las clasificaciones ideadas por Kraepelin provocan un gran impacto en la Psiquiatría y mantendrán su vigencia durante gran parte del siglo XX, con la única discrepancia relevante de las escuelas psicoanalíticas, las cuales crearon sus propios esquemas diagnósticos y clasificatorios que tuvieron una gran influencia en la Psiquiatría, especialmente entre los años 30 y 60 (2,4).

### Orígenes de la CIE (OMS) y el DSM (APA)

Durante el siglo XX y en un contexto internacional, dos han sido los sistemas clasificatorios que han regido principalmente la Psiquiatría. Uno pertenece a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otro a la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). La OMS es una entidad dependiente de las Naciones Unidas, cuya primera reunión fue en 1948 y es la encargada -entre otras muchas cosas- , de realizar la “*Clasificación Internacional de Enfermedades*”, conocida por sus siglas “CIE” en español o “ICD” en inglés.

Esta clasificación tiene su origen en la “*Lista de causas de muerte*”, cuya primera edición la editó en 1893 el Instituto Internacional de Estadística, creado en Londres en 1885 y que actualmente tiene su sede en La Haya (5). La OMS se hizo cargo de la CIE a partir de la sexta edición, en 1948, que fue la primera en incluir causas de morbilidad además de las de mortalidad y la primera también en incluir los trastornos mentales (6). En 1955 se organizó en París la Conferencia Internacional para la séptima revisión de la CIE, aunque la misma consistió básicamente en corregir los errores detectados en la sexta revisión. Respecto a las enfermedades mentales y tras evaluar lo realizado hasta entonces, la OMS estudió en 1959 su uso y utilidad, encontrando suficientes divergencias que aconsejaron proponer la simplificación de los diagnósticos a síndromes clínicos en clasificaciones posteriores (7). De esta manera, la octava revisión de la CIE se publicó en 1965, en 1975 surgió la CIE-9ª y finalmente -y es todavía la vigente en la actualidad-, apareció la CIE-10ª en 1992. Esta revisión contó ya con la colaboración de algunos miembros de los comités del DSM de la APA y -como venía siendo habitual- su sección V se dedica específicamente a los trastornos mentales, con unas cien categorías diagnósticas (la CIE-9ª presentaba 30) (6). La diferencia fundamental con las anteriores versiones es la inclusión de criterios diagnósticos para las entidades mórbidas, en lugar de definiciones de las mismas, siguiendo el modelo que la APA había establecido a partir del DSM-III. Actualmente la OMS está llevando a cabo el desarrollo de la 11ª revisión en más de veinte idiomas y se espera que esté disponible en 2017. Una de las críticas a las clasificaciones de la OMS -extensible también a las de la APA- es que, aunque hayan contribuido notablemente a mejorar la fiabilidad diagnóstica de los trabajos de investigación, no lo han hecho respecto a la validez diagnóstica en la práctica clínica diaria, aspecto donde resultan mucho menos útiles (8,9).

Por su parte, la APA comenzó a editar sus propios criterios diagnósticos (*DSM: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*) en 1952, con la publicación del DSM-I como respuesta a la CIE-6ª. Se editó bajo una gran influencia de la psiquiatría psicodinámica ya que las ideas de las escuelas psicoanalíticas eran las dominantes de

la época y por ejemplo, se introduce en el mismo el término “reacción” gracias a Adolf Meyer, psiquiatra suizo instalado en Norteamérica. Su ámbito de influencia se circunscribió inicialmente a los EE.UU, ya que en Europa eran mucho más usadas las clasificaciones de la OMS. En 1968, en paralelo a la aparición de la CIE-8ª, la APA edita la actualización de DSM, con el nombre de DSM-II. Una de las mayores aportaciones de esta nueva edición fue la inclusión de un glosario con las definiciones de los trastornos mentales, algo que no existía en la primera versión de la CIE-8ª y que si aparece en la CIE-9ª. El ámbito de los DSM se circunscribió fundamentalmente a los Estados Unidos hasta la aparición de su tercera edición (DSM-III), en 1980, que tuvo una increíble difusión mundial -como señalaremos después- y acabó promoviendo la colaboración conjunta posterior con la OMS para las siguientes ediciones de las clasificaciones de ambas organizaciones. Posteriormente la APA publica la revisión de la tercera edición en 1987, conocida como DSM-III-R, la cuarta edición o DSM-IV (1994), la revisión de esta o DSM-IV-TR (2000) y finalmente el DSM-5, en 2013 (10,11).

### La revolución diagnóstica neokraepeliniana

En los años 60, varios psiquiatras norteamericanos y del Reino Unido se habían empezado a preocupar por las diferencias entre los criterios diagnósticos de estos países, lo cual dio origen a un estudio comparativo entre ambos, organizándose varios equipos en Londres y Nueva York para la investigación conjunta sobre el diagnóstico psiquiátrico. Se denominó “*Cross-National Project for the Study of the Diagnosis of Mental Disorders in the United States and the United Kingdom*” y comenzó en 1965. Los resultados mostraron, por ejemplo, que en Nueva York se diagnosticaban más esquizofrenias que psicosis maniaco-depresivas, al contrario que en Londres. Los pacientes eran los mismos, pero los especialistas no. Pero cuando se usó una entrevista estructurada para recoger información y se usaron los mismos criterios de forma normalizada, no existieron diferencias significativas entre ambas ciudades (12, 13).

Asimismo, la OMS comenzó en 1966 el llamado “*Estudio Piloto Internacional de la Esquizofrenia*”, realizado con 1202 pacientes de nueve



países. Se pretendía estudiar al menos cien pacientes psicóticos ingresados consecutivamente en cada uno de los centros. Los criterios de psicosis fueron deliberadamente amplios, para que los psiquiatras pudieran incluir pacientes esquizofrénicos empleando sus criterios diagnósticos habituales. Los resultados mostraron que existían diferencias en las definiciones de esquizofrenia en los diferentes países intervinientes, pero en la mayoría de los centros, exceptuando Washington y Moscú, se encontró menos discordancia que la esperada (13,14).

No obstante, estaba claro que los criterios que se manejaban en los diferentes países no eran los mismos y estos problemas diagnósticos implicaban sobre todo repercusiones terapéuticas, porque en esos años ya se disponía de tratamientos farmacológicos para diferentes enfermedades mentales, especialmente para la esquizofrenia y el trastorno bipolar. En este contexto, dos psiquiatras americanos llamados Guze (1923-2000) y Robins (1921-1994) publican unos criterios diagnósticos operativos para el diagnóstico de Esquizofrenia (15) y dos años después estos mismos autores, unidos a Feighner (1937-2006), integran un grupo especialmente interesado en la neurobiología y los sistemas de clasificación, conocido en medios académicos como “Grupo de Saint Louis” (por pertenecer a la Universidad de Washington en Saint Louis, Missouri) y publican en 1972 los primeros criterios psiquiátricos operativos, concretos y jerarquizados, para el diagnóstico de las 14 principales enfermedades mentales, incluyendo tanto definiciones de síntomas clínicos, como criterios de inclusión y exclusión y parámetros temporales de duración de los trastornos (16). A este grupo se le conoció también con el tiempo como los “neokraepelinianos” (6), por seguir en cierta manera el espíritu de diagnóstico y clasificatorio de Kraepelin, aunque algunos autores cuestionan lo inadecuado de este término por el escaso interés de Kraepelin en la biología cerebral (11).

Los resultados del proyecto Londres-Nueva York y del estudio piloto de la OMS supusieron un espaldarazo para este tipo de trabajos y posteriormente, el grupo de Robert Spitzer (1932-), de la Universidad de Columbia, publica en 1978 los denominados “*Criterios Diagnósticos de Investigación*”, más conocidos por sus siglas en inglés

como los “RDC” (17,18). Estos criterios están influidos por los del grupo de Feighner (de hecho, Robins participó en los dos trabajos), pero aportan algunas variaciones relevantes, estableciendo 25 categorías diagnósticas y, a la postre, acabaron por ser más conocidos que los primeros. Los RDC fueron utilizados por numerosos países e influyeron notablemente en la revisión CIE-10<sup>a</sup> de la OMS y sobre todo en el DSM-III de la APA, aunque no nos parece baladí que Spitzer fuera posteriormente el director del DSM-III, para comprender mejor dicha influencia (11,13).

### DSM-III: El “golpe de estado”

En 1974, un año antes de publicarse la CIE-9<sup>a</sup> (1975), la APA había creado un comité de nomenclatura y estadística para que empezase a trabajar en el futuro DSM-III, aparentemente porque a los psiquiatras americanos no les convenía la clasificación de la OMS por considerarla deficitaria. Seis años después surgió el DSM-III y el director del proyecto fue, como hemos señalado anteriormente, R.L. Spitzer (10,19). Este autor había pertenecido ya al Comité de Nomenclatura y Estadística que desarrolló el DSM-II, pero indudablemente su fama se debe a la publicación del DSM-III. Esta actualización de la APA, publicada en 1980, fue llevada a cabo por catorce comités consultivos compuestos por los principales expertos americanos de cada área, al margen de otras comisiones relacionadas. Como curiosidad debe resaltarse que el director del proyecto incluyó en alguno de los comités a la mayor parte de los investigadores de los criterios diagnósticos de Saint Louis y RDC (Robins, Guze, Woodruff, Winokur y Endicott) pero, por el motivo que fuera, no hubo sitio en ninguno de ellos para Feighner.

Una de las mayores aportaciones de esta edición es que presenta, por primera vez en las clasificaciones internacionales, unos criterios operativos para cada trastorno de manera análoga a lo que se había publicado en los RDC. Al margen, proponía un sistema de diagnóstico denominado “multiaxial”, consistente en una evaluación en cinco ejes distintos, cada uno de los cuales implica un área diferente de información clínica. Y por supuesto, también había un glosario con las definiciones de los términos usados en el texto. El DSM-II (y la entonces paralela CIE-9<sup>a</sup>) presen-

taban solo definiciones de los trastornos y un glosario, pero ningún criterio operativo de las patologías clasificadas. Y finalmente, el DSM-III asesta un golpe a la psiquiatría “dinámica”, al abandonar el término “neurosis” en su propuesta clasificatoria de las patologías mentales, menoscabando la psiquiatría de orientación psicoanalista en favor de la de orientación biologicista (6).

La divulgación del DSM-III en toda la psiquiatría mundial fue un hecho sin parangón en la historia de la Psiquiatría moderna. Un auténtico “golpe de estado” y toma de poder por parte de la psiquiatría americana la cual, hasta muy recientemente, ha regido la actividad psiquiátrica investigadora en todo el mundo, con amplias repercusiones también en la psiquiatría clínica y legal. Se calcula que a, principios de los años 90, la versión revisada (DSM-III-TR) se había traducido a más de veinte idiomas (11).

### DSM-5: El comienzo del declive

Probablemente las clasificaciones de la APA comenzaron a “morir” -engullidas por su propio éxito- a partir del DSM-IV, pero creemos que el nacimiento del DSM-5 ha escenificado el comienzo del declive. El DSM-I distinguía 106 entidades psiquiátricas, el DSM-II 180, el DSM-III 265, el DSM-III-TR 292, el DSM-IV 297 y el DSM-IV-TR tenía 374 (11). Es difícil entender que, en los veinte años que van desde la creación de la tercera edición (1980) a la revisión de la cuarta (2000), las enfermedades mentales hayan aumentado en tal proporción numérica, creándose ciento nueve categorías diagnósticas más. Nos imaginamos que los derechos de autor recopilados por la APA con la traducción y venta de sus ejemplares no habrán sido desdeñables para sus socios, pero tampoco habrán sido sustancialmente menores los ingresos para las corporaciones farmacéuticas que fabrican psicofármacos y que han visto tal ampliación de supuestas enfermedades mentales. También parece que uno de los grupos de influencia más importantes en la presión a la APA para actualizar las clasificaciones y hacerlas teóricamente más operativas, provenía de las compañías aseguradoras americanas que, a la postre, eran quienes pagaban la asistencia sanitaria de los pacientes (11). Además, entre las críticas a estos sistemas de clasificación diagnóstica -entre los cuales también se encuentra la CIE-10<sup>a</sup> de

la OMS-, está la mejora de la fiabilidad pero no la de la validez, al margen de su poca utilidad en la clínica diaria (9).

Como hemos señalado, otra de las más extendidas críticas a los DSM ha sido la intervención -cuanto menos de manera indirecta- de la industria farmacéutica en el aumento de las categorías diagnósticas y paralelamente la asociación de dichas categorías con la prescripción de psicofármacos. No es este el lugar para entrar en un análisis profundo de esta situación, pero no debe ser casual que los Departamentos de Sanidad y Justicia del Gobierno americano crearán, en mayo de 2009, la “Health Care Fraud Prevention and Enforcement Action Team”, conocida como “HEAT” (20), para luchar contra el fraude en la salud. Y también parece relevante señalar que, al menos cinco grandes compañías farmacéuticas fabricantes de psicofármacos, han recibido multas millonarias en los últimos años por promocionar estos fuera de los usos autorizados por la FDA: Lilly por la olanzapina, Bristol-Myers-Squibb por el aripiprazol, Astra-Zéneca por la quetiapina Pfizer por la ziprasidona y la gabapentina y Johnson and Johnson por la risperidona (21,22).

Respecto a la elevación exponencial de ciertas entidades clínicas en un corto espacio de tiempo, llama la atención el aumento del diagnóstico del trastorno bipolar en la infancia, al menos en los EE.UU. Moreno y cols. (23) describen que en dicho país el diagnóstico de trastorno bipolar en adultos aumentó casi 2 veces durante un período de 10 años (entre 1994 y 2003) pero, durante el mencionado tiempo, el mismo diagnóstico en la población infanto-juvenil se multiplicó por cuarenta. Puede pensarse que esto se debió a que los psiquiatras aprendieron a diagnosticar mucho mejor los trastornos bipolares en la infancia, pero no nos parece una explicación suficientemente convincente. Otro ejemplo del excesivo interés de las empresas farmacéuticas respecto al desarrollo de criterios diagnósticos de nuevas patologías -las cuales conllevarían paralelamente un tratamiento farmacológico-, puede estar en la denominada “Disfunción sexual femenina”. El éxito del Viagra® en la disfunción sexual masculina animó, tanto al laboratorio fabricante del producto como a otras empresas interesadas, a organizar en Boston en 1998 la “Primera conferencia



internacional para la elaboración de un consenso clínico sobre la disfunción sexual femenina”. La reunión fue financiada por ocho empresas del sector y se estableció un “consenso internacional” para definir el trastorno. El problema fue que dieciocho de los diecinueve expertos que promovieron el consenso admitieron posteriormente tener intereses económicos directos con estas compañías u otras similares (24). Sin embargo, esta supuesta patología aparece en diversas clasificaciones psiquiátricas -como por ejemplo en el DSM-IV-TR-, bajo el nombre de “Trastorno de la excitación sexual en la mujer” y si bien no parecía tener un tratamiento farmacológico que se considere eficaz, recientemente la FDA acaba de recomendar la aprobación del “Flibanserin” para el tratamiento del “Deseo sexual hipoactivo en mujeres premenopáusicas”.

Finalmente, en 2013, se publicó el DSM-5 (25). Es la primera vez que su título pierde la grafía con números romanos para pasar a la arábica, de manera análoga a la CIE. Asimismo, abandona la calificación multiaxial, que tanto éxito le había proporcionado al DSM-III, adoptando además una visión dimensional de los trastornos mentales, frente a la categorial de las ediciones previas. Pero nunca un DSM había recibido tantas críticas como lo ha hecho el DSM-5. Lo más curioso es que una de las principales viene de Allen Francés (1942-) que, a su vez, fue el director tanto del DSM-IV como del DSM-IV-TR y había trabajado en la redacción del DSM-III, lo cual ya -de por sí- justifica adoptar una cierta precaución a la hora de analizar las críticas (26). Muchas de las cuestiones que Francés reseña tienen analogías similares en el DSM-IV, como por ejemplo el hecho de que -al ser más bajo el umbral de ciertos diagnósticos ya existentes (los famosos “espectros”)- se podrían incrementar las tasas de los diagnósticos de trastornos mentales con la aparición de pacientes “falsos positivos”, dado lo extremadamente común que podrían encontrarse estos diagnósticos en la población general y la consiguiente medicalización innecesaria de los supuestos pacientes. Estamos de acuerdo en esto, pero quizá Francés lo podía haber pensado antes, cuando dirigió el DSM-IV y haber corregido entonces lo que el mismo critica ahora a sus colegas, porque no puede defenderse que el DSM-IV ni el DSM-IV-TR -a pesar de intentar ser

categoriales- redujesen precisamente las categorías diagnósticas de sus predecesores.

Son muchos los cambios clasificatorios y diagnósticos que introduce esta nueva versión (25), aunque no es este el sitio de analizarlos en profundidad y solo haremos unos breves comentarios. Hay que señalar, por ejemplo, que los Trastornos obsesivo-compulsivos -que hasta ahora pertenecían a la categoría genérica de “Trastornos de ansiedad”-, adquieren en la actualidad una categoría diagnóstica propia en la que, además, están incluidos otros trastornos que hasta entonces habían sido considerados meramente como síntomas. Nos referimos, por ejemplo, al hecho de arrancarse sistemáticamente el pelo (tricotilomanía) o al trastorno de excoriación (rascarse la piel de forma recurrente). También nos parece relevante la agrupación actual en una misma categoría del “Trastorno de depresión mayor crónico” y “Trastorno distímico” del DSM-IV, o bien la transformación del diagnóstico de la antiguamente conocida como “Transexualidad” (T. de la identidad sexual en el DSM-IV) en la actual “Disforia de género”.

Sin embargo, uno de los cambios más significativos se produce en el capítulo de los “Trastornos de personalidad”. Por primera vez, el DSM se presenta en tres secciones, denominadas respectivamente I: “Conceptos básicos del DSM-5”, II: “Criterios y códigos diagnósticos” y III: “Medidas y modelos emergentes”. En esta tercera sección y respecto a los mencionados “Trastornos de personalidad”, se ofrece un modelo alternativo al estudio y diagnóstico de los mismos, desarrollado específicamente para el DSM-5, mientras que en la sección II se actualizan los criterios que se habían propuesto en la versión anterior (DSM-IV-TR). En síntesis, en el DSM-5 se incluyen los trastornos de personalidad tanto en la sección segunda, como en la tercera, coexistiendo ambos modelos. Según los propios autores, con ello se pretende introducir un nuevo enfoque cuyo objetivo es compensar las deficiencias que tiene la perspectiva clínica que se ha venido usando hasta ahora en las diferentes versiones de los DSM, enfatizando tanto el “funcionamiento” del sujeto, como los “rasgos” de personalidad patológicos y estableciendo una definición dimensional del funcionamiento personal e interpersonal, así como una evaluación del nivel de funcionamiento de la personalidad (25).

El tiempo dirá si esta nueva versión tiene más éxito del que le predicen sus detractores, especialmente el augurado por Frances (26). No obstante, si se quiere disfrutar de una crítica acertada al DSM-5 mucho más ácida y divertida que la de los clásicos artículos académicos, sin que por ello deje de ser realista, aconsejamos la lectura de un artículo de Medrano (27).

### Los psicoanalistas también usan criterios diagnósticos operativos

La clásica escisión entre las corrientes psiquiátricas denominadas “biológica” y “psicoanalista” o “psicodinámica” tienen su origen en el nacimiento mismo del Psicoanálisis, nada más empezar el siglo XX y fue expresamente manifiesta hasta los años 70, especialmente en los EE.UU. y Sudamérica, donde se establecieron mayoritariamente los psicoanalistas europeos huyendo de la segunda guerra mundial. Clásicamente el psicoanálisis ha huido de las clasificaciones operativas análogas a las empleadas por la psiquiatría biológica, aunque evidentemente mantenían sus propios criterios diagnósticos, basados en sus interpretaciones y teorías psicodinámicas. Probablemente la existencia de posturas contrapuestas sobre la forma de definir los trastornos y sobre la utilidad misma de los diagnósticos, contribuyó notablemente a dicha escisión (28).

Sin embargo, en los últimos años las cosas están cambiando y algunos miembros de estas escuelas están empezando a crear sistemas diagnósticos análogos a los empleados por los DSM. Uno de ellos es la segunda versión del “Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado”, conocido como OPD-2, (“Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik”, en alemán) que apareció en 2006. Se trata de un inventario diagnóstico multiaxial, que consta de cinco ejes operacionalizados en un manual y que sus autores definen como un sistema diagnóstico psicoanalítico complementario a la CIE-10<sup>9</sup>. Su origen se remonta a un grupo de trabajo formado por psicoanalistas y psiquiatras en 1990, en Alemania, donde se reunieron con objeto de mejorar el CIE-10 y el DSM-IV respecto a la conexión entre los síntomas, los conflictos desencadenantes y las relaciones disfuncionales del paciente, a la hora de desarrollar un trastorno mental. El grupo pretendía orientar su clasificación relacionando los síntomas con

las dimensiones psicodinámicas básicas y su primera versión, denominada OPD-1, apareció en 1996 (28,29).

Otro de ellos es el conocido como “PDM”, o “Manual de Diagnóstico Psicodinámico” (“Psychodynamic Diagnostic Manual”, en inglés). Se desarrolló en Estados Unidos como un sistema diagnóstico psicoanalítico, complementario al DSM-IV. Fue publicado originalmente en 2006, promocionado entre otras por la Asociación Psicoanalítica Americana y la Asociación Psicoanalítica Internacional. Presenta similitudes, pero también diferencias significativas con el OPD-2 y en esta ocasión tiene tres ejes diagnósticos. El primer eje, denominado “P”, atañe a los Trastornos y patrones de la personalidad y dentro del mismo se especifica el nivel normal, neurótico o borderline de la organización de la personalidad y el tipo de trastorno, en función de las descripciones propias del mismo. El segundo eje o “M” engloba el funcionamiento mental, con nueve dimensiones y finalmente el eje “S”, que analiza la experiencia subjetiva de los patrones sintomáticos, presentando la vivencia de la enfermedad en función de los diferentes trastornos y describiendo la forma particular en la que el paciente vive su situación. Al igual que el OPD-2, el PDM se complementa con instrumentos de evaluación que mejoran la evaluación clínica y la investigación en este campo (28).

### Reflexiones finales y pretendidos nuevos paradigmas

A estas alturas parece que los psiquiatras “biologicistas” y los “psicodinámicos” han empezado a manejarse con criterios diagnósticos análogos. Con ello podría entenderse que la Psiquiatría funciona, por fin, en una misma dirección y que esto ha enriquecido notablemente a nuestra especialidad, facilitando la intercomunicación entre las diversas escuelas. Esta era un gran meta, ansiada por todos aquellos psiquiatras que, hasta 1980, tenían diferentes interpretaciones diagnósticas y no podían entenderse con facilidad entre ellos. Sin embargo, la deriva seguida tras el DSM-III inclina a otros autores a señalar que ha significado el fin de la psiquiatría fenomenológica y el abandono del estudio de la psicopatología por parte de las generaciones psiquiátricas formadas en los últimos treinta años



(11,30). A muchos de los jóvenes profesionales esto les puede parecer irrelevante, máxime si se argumenta que diversas entidades psiquiátricas, diferenciadas clásicamente desde las clasificaciones de Kraepelin hasta las clasificaciones actuales -como puedan ser la esquizofrenia y el trastorno bipolar-, pueden ser tratadas hoy en día, casi de manera indiferenciada, con los mismos psicofármacos sin aparentes diferencias pronósticas en muchos casos (9). Bueno, puede que esto sea parcialmente cierto, pero también lo es el hecho que desde que existen estas clasificaciones apenas se han descrito entidades psiquiátricas relevantes y no es menos interesante señalar que muchas de las grandes patologías neuropsiquiátricas se describieron hace más de cien años, generalmente gracias a estudios de muy pocos casos, pero con un gran conocimiento fenomenológico y sin ningún complejo entramado estadístico que lo apoyase. Ejemplos de esto pueden ser la enfermedad de Alzheimer, la de Parkinson, la Hebefrenia, la Catatonía, la Enfermedad maníaco-depresiva, etc.

Algo que, al fin y al cabo, nos exige aprender de los errores cometidos y quizás detenernos un tiempo, estableciendo una larga pausa reflexiva que nos haga entender mejor de donde venimos y sobre todo, hacia donde caminamos. Especialmente deberíamos reflexionar sobre el hecho de que, a estas alturas y a pesar del desarrollo de nuestra historia y nuestras clasificaciones, no hemos conseguido todavía consensuar lo que se entiende por “enfermedad” mental.

En todo caso-y como suele ser habitual en estas circunstancias- pretendidos “nuevos” paradigmas, como el denominado modelo “RDoC” (*“Research Domain Criteria”*) desarrollado por el NIMH o Instituto Nacional de la Salud Mental americano, han acudido ya en auxilio de las anómalas y paradójicas situaciones anteriormente

mencionadas, con intención de “arreglarlas”. Según sus propios autores (31), el modelo está diseñado para aportar información a versiones futuras de sistemas de clasificación y adopta perspectivas muy diferentes, en comparación con los sistemas tradicionales, al evaluar la psicopatología. Su esencia teórica es proporcionar un amplio marco de referencia para llevar a cabo la investigación sobre los trastornos mentales desde una perspectiva totalmente “nueva” y su objetivo es hacer una contribución definitiva hacia la medicina de “precisión” en psiquiatría. Para ello proponen “nuevas maneras” de clasificar los trastornos mentales, basándose en las dimensiones de la conducta y las medidas de la neurobiología.

Los que tenemos una cierta edad hemos oído similares cantos de sirena en tan innumerables ocasiones que, necesariamente, los mismos despiertan en nosotros un sano escepticismo, induciéndonos una especie de “deja vu”. No obstante, psiquiatras mucho más relevantes ya han mostrado sus dudas al respecto del proyecto “RDoC” (32,33,34) y alguno de ellos -causalmente y entre otros, el omnipresente Allen Frances- (35), empiezan a cuestionarse que, si en lugar de invertir tanto dinero en la investigación y dados los resultados encontrados hasta ahora, no sería preeminente dedicar esos fondos a la asistencia real y cotidiana de los pacientes, la cual parece haberse deteriorado en exceso -al menos en los EE.UU.- de manera paralela al espectacular desarrollo de la investigación sobre la salud mental en los últimos años.

### Contacto

Dr. Luis Pacheco Yáñez • [LUIS.PACHECOYANEZ@osakidetza.eus](mailto:LUIS.PACHECOYANEZ@osakidetza.eus)  
Red de Salud Mental de Bizkaia • c/ María Díaz de Haro, 58. 48010 Bilbao

## Bibliografía

1. Boissier de Sauvages F. *Nosología Methodica Sistens Morborum Classes*. Fratum de Tournes. Amstelodami. Edición de 1768. Versión original disponible en: <http://rodin.uca.es/xmlui/handle/10498/10840>
2. Pichot P. *Un siglo de Psiquiatría*. Hoffmann-La Roche. Ed. Roger Dacosta. París. 1983.
3. Bercherie P. *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Manatíal SRL. Buenos Aires. 1986.
4. Mahieu EL. Las diez clasificaciones de Kraepelin. *Vertex. Rev Arg de Psiquiatr*. 2009. XX: 206-212.
5. The International Statistical Institute (ISI). Disponible en: <http://www.isi-web.org/about-isi/history>
6. Saiz J, Montes, JM. Contribución de la Psicofarmacología a la actual nosología psiquiátrica. En: *Historia de la Psicofarmacología*. (F. López-Muñoz y C. Álamo, Directores). Vol. III. Médica Panamericana. Buenos Aires; Madrid. 1483-1504. 2006.
7. García M<sup>aj</sup>, Maroto M<sup>a</sup>A, Grandes S. Clasificación DSM-IV y CIE-10 de los trastornos mentales: evolución histórica. *Psiquiatría y Atención Primaria*. 2006; Diciembre: 13-15.
8. OMS-WHO. *The International Classification of Diseases*. 11th Revision is due by 2017. Página web disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/#>
9. Reed GM, Ayuso-Mateos JL. Hacia una clasificación internacional de los Trastornos Mentales de la OMS de mayor utilidad clínica. *Rev. Psiquiatr. Salud Ment (Barc.)*. 2011; 4 (3): 113-116.
10. Williams JBW. Clasificación psiquiátrica. En: *Tratado de Psiquiatría*. 2<sup>a</sup> ed. (R Hales, S Yudofsky y J Talbott, directores). The American Psychiatric Press. Ancora S.A. Barcelona. 1996: 231-257.
11. Shorter E. *Historia de la Psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la fluoxetina*. J&C. Ed. Médicas S.L. Esplugues de Llobregat. 1999.
12. Professional Staff of the United States-United Kingdom Cross-National Project. *The Diagnosis and Psychopathology of Schizophrenia in New York and London*. *Schizophr Bull*. 1974;1(11): 80-102.
13. Rodríguez-Pulido F y González de Rivera JL. La investigación epidemiológica de la esquizofrenia: algunos problemas metodológicos. En: *El método epidemiológico en Salud Mental* (J. L. González de Rivera, F. Rodríguez y A. Sierra, eds.). Ed. Masson-Salvat. Barcelona, 1993: 271-292.
14. Sartorius N, Shapiro R, Jablensky A. The International Pilot Study of Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1974; 1 (11): 21-34.
15. Robins E, Guze SB. Establishment of Diagnostic Validity in Psychiatric Illness: Its Application to Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1970;126: 983-987.
16. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry*. 1972; 26: 57-63.
17. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria. Rationale and Reliability *Arch Gen Psychiatry*. 1978;35(6):773-782.
18. Bueno JA, Gascón J, Gastó C, Sabanés F, Salamero M. RDC. Criterios diagnósticos de investigación. Versión Española. Servicio de Psiquiatría. Hospital Mutua de Tarrasa. Barcelona. 1982.
19. APA. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-III. Masson S.A. Barcelona. 1983. Edición original americana: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*, 3<sup>a</sup> ed. APA. Washington. USA.1980.
20. U.S. Department of Health & Human Services an U.S Department of Justice. *HEAT Task Force*. Disponible en: <http://www.stopmedicarefraud.gov/index.html>
21. Dudley M, Andrews D. Los psicofármacos como herramientas de abuso político e institucional. En: *Historia de la Psicofarmacología*



- (F. López-Muñoz y C. Álamo, Directores). Vol. III. Médica Panamericana. Buenos Aires; Madrid. 1403-1431. 2006.
22. Wilson D. Side effects may include lawsuits. *New York Times*. 2 de octubre de 2010. Disponible en: [http://www.nytimes.com/2010/10/03/business/03psych.html?pagewanted=all&\\_r=0](http://www.nytimes.com/2010/10/03/business/03psych.html?pagewanted=all&_r=0)  
La extensa documentación sobre el tema puede verse detalladamente en la web del Departamento de Justicia norteamericano: <http://www.justice.gov> Criterio de búsqueda en dicha web: El nombre del laboratorio, o del fármaco implicado.
  23. Moreno C, Laje G, Blanco C, Jiang, H, Schmidt AB, Olfson M. National Trends in the Outpatient Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder in Youth. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(9):1032-1039.
  24. Forcades i Vila T. Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas. Edita Cristianisme i Justicia. Ed. Rondas S.L. Barcelona. 2006.
  25. APA. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. Edit. Médica Panamericana. Madrid. 2014. Edición original americana: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM-5)*. 5ª ed. Arlington, VA, USA. 2013.
  26. Frances A. ¿Somos todos enfermos mentales?. Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría. Ariel-Planeta S.A. Barcelona. 2014.
  27. Medrano Albéniz J. Reflexiones nerviosas. Olvidados por el DSM-5. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2014; 34(122): 407-417.
  28. Bernardi R. DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátrico y psicoanalíticos. *Rev Psiquiatr Urug*. 2010;74(2):179-205.
  29. Pérez F, Alvarado L, de la Parra G, Dagnino P. Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD – 2): Evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2009; 47 (4): 271-278.
  30. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences. *Schizophr Bull*. 2007; 33:108-112.
  31. Cuthbert BN. El modelo RDoC: facilitación de las transición del sistema ICD/DSM a los enfoques dimensionales que integran neurociencia y psicopatología. *World Psychiatry*. Edición en español. 2014; 12,1: 28-35.
  32. Parnas J. El programa RDoC: ¿psiquiatría sin psique?. *World Psychiatry*. Edición en español. 2014; 12,1: 46-47.
  33. Fava GA. Camino que no lleva a ninguna parte. *World Psychiatry*. Edición en español. 2014; 12,1: 49-50.
  34. Sartorius N. ¿El único o uno de muchos?. Un comentario sobre el proyecto RDoC. *World Psychiatry*. Edición en español. 2014; 12,1: 50-51.
  35. Frances A. El RDoC es necesario, pero muy exagerado. *World Psychiatry*. Edición en español. 2014; 12,1: 47-49.

• Recibido: 15-7-2015

• Aceptado: 7-9-2015

# La formación de “enfermeros psiquiátricos” durante la posguerra española: a propósito de Jaén (1939-1955)<sup>1</sup>.

## *Psychiatric nursing training in Spanish Aftermath: About Jaén Psychiatric Hospital (1939-1955).*

Olga Villasante. Psiquiatra, Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid.

**Resumen:** En España se ha prestado escasa atención a la historia de los cuidadores de los enfermos mentales. Durante la Segunda República, en el contexto de las reformas psiquiátricas implantadas, se organizó el personal sanitario de las instituciones psiquiátricas, se legisló la obtención del título de “enfermero psiquiátrico”, se impartieron cursos para formación de cuidadores y se publicaron los primeros manuales para la instrucción de practicantes y enfermeros psiquiátricos. La irrupción de la guerra interrumpió estos nuevos planteamientos en el modelo de atención al enfermo mental, aunque alguna iniciativa formativa pervivió.

El objetivo de este trabajo es estudiar la formación de los cuidadores psiquiátricos desarrollado en el Establecimiento Psiquiátrico Provincial de Jaén en la posguerra. A pesar del devastado sistema de salud, las elevadas tasas de mortalidad y la saturación de las instituciones, en Jaén los psiquiatras organizaron al personal subalterno. Los “Cursillos de capacitación psiquiátrica” celebrados en dicha institución trataron de formar, seleccionar y entrenar a los enfermeros, ante la falta de implicación de la administración sanitaria del gobierno franquista en la formación de los cuidadores de los enfermos mentales.

**Palabras clave:** historia de la salud mental, Formación de la enfermería psiquiátrica, posguerra española, Establecimiento Psiquiátrico Provincial de Jaén, psiquiatría franquista.

**Abstract:** The history of mental health nurses has hardly been attempted in Spain. During Second Spanish Republic different regulations tried to organize nurses and attendants in psychiatric institutions. Several reforms, in this period, included new legal regulations, training courses for attendants and the publication of the first professional manuals for mental health nurses. Spanish Civil War interrupted this emerging new model of psychiatric care, despite some initiative survived.

The aim of this paper is to study the psychiatric nursing training developed in Jaén Psychiatric Hospital in the aftermath of war. Despite the devastated health system, high rates of mortality and overcrowded institutions the psychiatrists organized asylum workers in Jaén. The “*cursillos de capacitación psiquiátrica* (courses for training in psychiatric care)” tried to teach, selected and provide a range of skills and vocational training, because the Franco’s sanitary administration neglect mental nursing care.

**Keywords:** history of mental health, Psychiatric nursing training, spanish aftermath, Jaén Psychiatric Hospital, Francoist psychiatry.

<sup>1</sup> Trabajo realizado en el marco del Proyecto de Investigación HAR2012-37754-Co2-01. Parte de este trabajo se presentó en el V Encuentro de la Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría celebrado en México en diciembre de 2014.

## Introducción

La autonomía de la “profesión enfermera” como disciplina independiente de la Medicina es muy tardía en España y, consecuentemente los abordajes historiográficos de diferentes aspectos de la profesionalización no han despegado hasta fechas bien recientes. Entre las ramas de la enfermería, a los “cuidadores del enfermo mental” no se les ha prestado especial atención hasta el libro de Francisco Ventosa, *Cuidados psiquiátricos de enfermería en España (siglos XV al XX). Una aproximación histórica* (1), que podría considerarse la primera aportación histórica global sobre la historia de la enfermería psiquiátrica en España. Sin embargo, en la última década la investigación en esta área ha logrado componer algunas piezas que ayudan a conocer el panorama histórico de la profesión y diversos grupos de trabajo han emprendido esta tarea, añadiéndose además dos categorías analíticas como son el género y la subjetividad (2).

En *Primeros intentos de profesionalización de la enfermería psiquiátrica: De la Segunda República a la posguerra española*, inserto en el libro colectivo dirigido por David Simón Lorda, *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (3), se analizaban los cambios legislativos en el contexto de las reformas republicanas, que supusieron un tímido avance en la profesionalización de los cuidados a los enfermos mentales en España. El Consejo Superior Psiquiátrico presidido por Gonzalo Rodríguez Lafora, había impulsado la formación del personal sanitario y en la *Gaceta* del 20 de mayo de 1932 se publicó tanto la organización de los trabajadores de los establecimientos psiquiátricos, públicos y privados, como los requisitos y el programa para obtener el certificado de aptitud de «enfermero psiquiátrico» (4). Esta legislación favoreció que, en los años treinta, se organizaran cursos para enfermeros psiquiátricos en diferentes instituciones españolas como el Manicomio de Valencia, el Hospital Psiquiátrico de Leganés, el Instituto Mental de la Diputación de Barcelona o el Establecimiento Psiquiátrico Provincial de Jaén. En este último se había organizado un curso que, desde el 1 de mayo de 1933 se prolongó hasta julio de 1936, coincidiendo con el comienzo de la guerra (5).

El objetivo de este trabajo es analizar una iniciativa de formación del personal auxiliar psiquiátrico que sobrevivió a la guerra civil en la institución psiquiátrica jienense, ejemplo especialmente significativo teniendo en cuenta que la contienda fragmentó la sociedad y derrumbó la mayor parte de las estructuras organizativas sanitarias. En el Establecimiento Psiquiátrico Provincial de Jaén se retomaron en la inmediata posguerra los “Cursos de capacitación psiquiátrica”, comenzados durante la época republicana. Si bien éstos se mantuvieron durante todo el franquismo, el ámbito temporal de este trabajo se acota en 1955, límite que coincide con la creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), organismo encargado de centralizar y coordinar la asistencia psiquiátrica (6).

## Juan Pedro Gutiérrez Higuera y la psiquiatría de posguerra en Jaén

Al finalizar la guerra la organización sanitaria dividida durante la contienda debió reestructurarse conforme al aparato ideológico del Nuevo Estado. Numerosa bibliografía, que no citamos por inabarcable, ya ha abordado las elevadas altas tasas de mortalidad, la destrucción de instituciones o el exilio interior o exterior de profesionales, cuestiones a las que, entre otras, se enfrentaron las nuevas autoridades sanitarias. La situación en las diferentes provincias y establecimientos psiquiátricos fue muy diferente en función de las coordenadas geográficas y, sobre todo, del bando en el que se mantuvieron durante gran parte de la contienda civil (7).

Concretamente en Jaén, durante la guerra el Hospital Provincial había sido habilitado como hospital militar y, como en otras regiones españolas, los pacientes psiquiátricos fueron trasladados a un nuevo espacio (8, 9). Los 280 enfermos varones del departamento psiquiátrico se instalaron en el Convento de las Bernardas y las 122 mujeres en el Convento de las Descalzas, ambos incautados por el Frente Popular. De ese modo, los servicios psiquiátricos quedaron separados del hospital provincial, ya que los dementes alojados en los conventos permanecieron en las Bernardas hasta 1943, donde también se habían reunido las mujeres cuando finalizó la guerra, al devolverse el Convento de las Descalzas a la orden religiosa. El departamento psiquiátrico se

había comenzado a construir como una nueva ala aneja del Hospital Provincial en los años veinte, y se conocía como el “pabellón de la dictadura” desde su inauguración en 1926. Previamente, en dicha ciudad, tampoco había existido un establecimiento psiquiátrico específico, aunque a partir del Decreto de 1885, se habían habilitado en el hospital de Jaén las denominadas “salas de etapa” -Sala de San Diego-, donde se acogía con carácter de urgencia y transitoriamente a los dementes antes de trasladarse a Granada, San Boi o Ciempozuelos (10).

En relación a los profesionales, la posguerra no significó una gran ruptura ya que Juan Pedro Gutiérrez Higuera que, en 1931, había ganado la plaza en oposición como médico alienista se mantuvo en la sala de dementes del establecimiento provincial. Gutiérrez Higuera, definido por Fermín Palma -redactor jefe de *Seminario Médico*- como médico “en y para Jaén, en y para la Psiquiatría” (11), había participado en las reformas impulsadas durante la República. Sin embargo, al finalizar la guerra alineado con el régimen fue nombrado alcalde de Jaén (12), responsabilidad en la que permaneció hasta 1947. No es el único caso en el que un director de un establecimiento psiquiátrico compatibilizaba su ejercicio médico-psiquiátrico con la alcaldía y esta misma dualidad ha sido descrita en el Manicomio de Leganés (13, 14). Sin duda, el nuevo Régimen utilizó personalidades de la sociedad civil para nombrarlos regidores de localidades o ciudades, como modo de ejercer el control en las instituciones. De hecho, Gutiérrez Higuera mantuvo responsabilidades políticas durante décadas ya que, en 1949, fue nombrado presidente de la Diputación, coincidiendo con la incorporación de su hijo Gutiérrez Aguilera al hospital, al finalizar los estudios de Medicina, quien mantuvo la continuidad de su padre.

Tras el desastre de la guerra, Gutiérrez Higuera emprendió la recuperación del proyecto psiquiátrico comenzado en 1935, en el que se incluía el expediente de construcción de una nueva institución que no concluyó hasta la inauguración de “Los Prados”, en 1952 (15). Durante el decenio anterior a la fundación de este sanatorio neuropsiquiátrico, se había recurrido a la Orden de Benito Menni, de modo que se trasladaron hasta 350 enfermos crónicos a los establecimientos de

Ciempozuelos, San Luis en Palencia o San Boi. Los enfermos agudos, por otra parte, se alojaron en una sala del Hospital de San Juan de Dios, denominada clínica psiquiátrica. Ahí Gutiérrez Higuera contó con un jefe clínico, Pedro Camy Sánchez-Cañete, sobre el que descansaba la mayor parte de la asistencia, ya que G. Higuera se debía a sus responsabilidades políticas. Ambos presentaron “Contribución a la selección de enfermeros psiquiátricos” en el *Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría*, celebrado entre el 12 y el 14 de enero de 1942 (16). Si bien, el trabajo no presenta unos planteamientos originales es significativo en la medida que este foro, según Huertas ha analizado (17), es un primer intento de reorganización de los profesionales tras la guerra civil, con nuevos líderes y bajo premisas ideológicas distintas.

El análisis del trabajo presentado por los médicos jienenses, y publicado en las *Actas españolas de neurología y psiquiatría* en 1942, permite intuir algunos aspectos asistenciales de la institución, en relación al cuidado de los enfermos mentales, no abordados hasta el momento. La “Contribución a la selección de enfermeros psiquiátricos” se publicó, nuevamente, dos años más tarde en *Actualidad médica* (1944) (18), y si bien la primera parte es idéntica al de 1942, en las últimas páginas se incide sobre el sentimiento vocacional de los auxiliares psiquiátricos. Rescrito el trabajo cuando ya varios enfermeros psiquiátricos se habían convertido en personal fijo, los facultativos de Jaén criticaban que los funcionarios se habían “acomodado” y presentaban menor rendimiento. De ese modo argumentaban que el personal religioso, con vocación de cuidado, era más adecuado para la atención a los enfermos mentales, llegando a proponer un “título” específicamente para los religiosos.

### **La heterogeneidad del personal subalterno de las instituciones psiquiátricas**

Los problemas con el personal subalterno de las instituciones psiquiátricas ya habían sido identificados durante los años treinta y una de las diferencias con médicos y practicantes era que no pertenecían al cuerpo de beneficencia. Según refería Gonzalo Rodríguez Lafora, en los establecimientos estatales, los enfermeros eran nombrados por una junta clasificadora no médica y ajena

al funcionamiento del hospital, distribuyendo los cargos entre licenciados del Ejército e individuos cuya conducta y carácter era cuestionable. Dada su independencia de la dirección médica y “considerándose seguros en su puestos”, no obedecían las órdenes de vigilancia o de tratamiento dadas por los facultativos, maltratando y abandonando a los enfermos y negándose a una formación específica (19). Rodríguez Lafora, uno de los principales promotores de la legislación sobre el diploma de enfermero psiquiátrico durante la época republicana, había denunciado años antes que los directores de los establecimientos dependientes del Estado debían aceptar un elevado porcentaje de licenciados del Ejército, quienes considerados seguros en sus puestos por la protección de la ley militarista, no se veían obligados a respetar a sus superiores jerárquicos. El mismo psiquiatra apoyaba la contratación de enfermeras, porque su atención era siempre más delicada y cuidadosa, características que, debatidas desde perspectivas de género, clásicamente se han asociado al género femenino y sólo prefería a enfermeros varones para los servicios de enfermos violentos y peligrosos (20).

El presidente del Consejo Superior Psiquiátrico destacaba en la preparación de las enfermeras, por una parte, la taquigrafía que les permitiera tomar notas de las palabras de los enfermos, y por otra, el desarrollo de las dotes de observación. Consideraba que, además, debían impartirse conferencias de cultura médica general, nociones de anatomía, fisiología, generalidades sobre patología mental, etiología de las psicosis y actuación psicoterápica. No obstante José Salas, contemporáneo de éste y médico de las hermanas hospitalarias de Ciempozuelos en su *Manual de la enfermera general y psiquiátrica* (1935) destinado a la formación de las religiosas (21), desmentía la supuesta fragilidad y debilidad de las mujeres que las incapacitara para atender a enfermas mentales sin contar con una figura masculina (Miqueo, Muñoz, p. 351).

En el interesante trabajo de archivo de Adelaida García Sánchez se afirma que el personal del departamento psiquiátrico de Jaén (22), después de la aprobación del Reglamento de 1935 incluía, además de dos médicos, dos practicantes, 16 enfermeros psiquiátricos, 5 enfermeras psiquiátricas, 12 sirvientes para hombres, 4 sirvientes

mujeres, un auxiliar administrativo y un barbero. Podemos suponer que los citados enfermeros y enfermeras psiquiátricas habían sido formados en aquél primer cursillo de capacitación que había comenzado en mayo de 1933, puesto que los exámenes oficiales de carácter nacional para la obtención del diploma de enfermero psiquiátrico no fueron convocados hasta 1936 y fueron interrumpidos por la guerra. De hecho, en el momento del alzamiento militar Juan Moral, un trabajador del establecimiento psiquiátrico de Jaén, estaba examinándose en Granada con el fin de obtener el diploma oficial (Gutiérrez Aguilera, 1978, p. 101). Desconocemos si esta plantilla permanecía en la posguerra porque numerosos varones jóvenes fueron movilizados en la guerra y la ley de Depuración del 10 de febrero de 1939 (23), relegó a muchos funcionarios públicos de su trabajo.

En la aportación que los psiquiatras jienenses presentaron al Congreso de Barcelona, se lamentaban del personal del departamento psiquiátrico, porque si un trabajador de otro servicio del Hospital Provincial realizaba alguna falta, el hecho punible era castigado con el traslado al departamento de dementes “a vigilar los locos”. Se quejaban, pues, que el mérito esencial para trabajar en psiquiatría fuese la “sanción”, cuestión que generaba que el “subalterno adquiriese un carácter violento, grosero, desconfiado y ajeno a todo interés cordial hacia los enfermos” (Gutiérrez Higuera, Camy Sánchez-Cañete, 1942, p. 163). Es difícil saber cuántos de los “cuidadores psiquiátricos” podían responder a este perfil, ya que con el genérico término de “loqueros” se incluían un heterogéneo grupo como los enfermeros, vigilantes, sirvientes, que dependiendo de las instituciones, las épocas e, incluso, si se dedicaban al cuidado de mujeres o hombres podían variar.

Concretamente en Jaén, también “fue respetado el procedimiento de recluta”, no obstante, según los médicos jienenses, se escucharon los consejos y las propuestas de la dirección. Gutiérrez y Camy habían conseguido, al menos, establecer una división entre el personal enfermero (encargado del cuidado) y el personal sirviente (mozos de limpieza o de ayuda) y reanudar los cursillos de capacitación psiquiátrica que se habían comenzado durante la época republicana. Con-

sideramos, pues, que esta iniciativa merece un análisis más detallado ya que, según algunos autores, los psiquiatras “del nuevo orden” apenas prestaron atención a los problemas de asistencia (González Duro, 1987, pg. 22).

**Los Cursillos de capacitación psiquiátrica de enfermeros psiquiátricos en el Establecimiento psiquiátrico de Jaén**

Reconocido el bajo nivel de instrucción sanitaria de parte del personal, los cursillos se plantearon en una doble vertiente -teórica y práctica- y, además, pretendían seleccionar a los “mejor dotados”, como luego analizaremos. Los médicos del Establecimiento Psiquiátrico Provincial de Jaén consideraban que la formación no debía ser exclusiva de Universidades como Madrid y Barcelona y argumentaban que la capacitación de enfermeros debía hacerse en el “ambiente frenocomial” (24). Siguiendo esas premisas, en mayo de 1939, al mes siguiente de finalizar la guerra, comenzó el segundo curso de capacitación en Jaén. Se impartió con carácter intensivo durante 3 meses (En Gutiérrez Aguilera, 1957, se afirma que ese curso se extendió hasta 6 meses) y, a diferencia del primero, celebrado durante la Segunda República que fue impartido por el director y otro médico especialista, en este se-

gundo cursillo, participaron los dos practicantes ya formados en 1933, quienes tutelaron las prácticas. El alumnado incluía los enfermeros que tenían su cargo en propiedad “por guerra”, los enfermeros interinos -excombatientes y alumnos libres- y los practicantes. Después de realizar un examen y probar su capacitación fueron reconocidos con el “título de enfermeros diplomados en psiquiatría”, cuyo carácter era meramente provincial. Según Gutiérrez Aguilera, el número total de asistentes fue de 11 personas; 2 enfermeras tituladas y los restantes varones aspirantes a auxiliares psiquiátricos, aunque sólo 8 de ellos lo aprobaron.

Una vez finalizado el curso, mediante concurso oposición se estableció un “Cuerpo de enfermeros psiquiátricos” integrado por 15 varones y 5 enfermeras, con un enfermero jefe, cargo que ejercía como un capataz (González Duro, 1987, pg. 33). Convertidos en funcionarios de la Diputación obtuvieron mejoras en el sueldo y todas las prerrogativas de los empleados de organismo provincial. No obstante, no era la primera vez que el personal se organizaba, ya que, antes de la guerra, el cuerpo de enfermeros ya se recogía en el *Reglamento para el Manicomio Provincial de Jaén*, aprobado el 9 de agosto de 1935 por el Director General en Madrid (25).

**Imagen 1.** Extraído de Gutiérrez Aguilera, Carlos; Selección y capacitación de auxiliares psiquiátricos, Archivos de neurobiología 1957; p. 220.

Cursillos ... ..	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
Años ... ..	1933	1939	1941	1942	1944	1954	1955	Total	1957
Practicantes ... ..	2	—	—	2	1	1	—	6	—
Hermanos de la Comunidad ... ..	—	—	2	5	1	2	2	11	3
Enfermeros titulados ... ..	2	2	—	7	2	1	—	20	—
Alumnos ... ..	7	9	12	8	7	11	9	63	9
Alumnas ... ..	—	—	—	1	8	8	8	25	8
<b>TOTAL ... ..</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>19</b>	<b>128</b>	<b>20</b>
Aprobados ... ..	15	8	0	17	19	16	9	80	...
Existentes en Sueldos ... ..	7	5	—	11	11	14	9	67	...

Un tercer cursillo, de duración similar y organizado en 1941, empezó en enero de 1942, cuya particularidad fue que, además de 12 alumnos varones, asistieron dos hermanas de la Caridad, debido a que ellas tenían asignado también el cuidado de los pacientes. En los siguientes cursos se mantuvo la asistencia de las hermanas, participando hasta un total de 16 hasta 1955. Si bien, durante la Segunda República se había dado el primer paso de una enfermería benéfica a una de carácter laico-profesional (26), el director de los cursos se mostraba más partidario de un concepto vocacional que profesional, aunque admitía ambas vertientes. Años antes Rodríguez Lafora había subrayado que la profesión de enfermero debía ser avalada con una selección vocacional sobre bases psicológicas y psicotécnicas, como se analizará en el próximo apartado.

Después de la tercera edición del curso, hay un lapso de una década hasta el cuarto cursillo que coincide con las obras del sanatorio de Los Prados, donde Gutiérrez Higuera "trató de establecer una firme disciplina y, junto con ella, cambiar el escepticismo en amor hacia la Casa, confianza en su futuro, espíritu de cuerpo o equipo y conceptos de responsabilidad moral" (27). Así pues los cursillos no se reanudaron hasta 1953, inaugurado el nuevo sanatorio concebido para 600 camas, al que se incorporaron dos practicantes y otros cuatro más en el siguiente año -en 1954 se celebraron dos cursillos-. Además de los 4 practicantes, también en las ediciones de 1953 y 1954 se incrementó el número de enfermeras tituladas hasta un total de 15 alumnas, ambas circunstancias probablemente derivadas de un incremento de plantilla de ambos colectivos en el nuevo establecimiento psiquiátrico. Hay que señalar que, en diciembre de 1949, en Jaén había empezado a funcionar la primera Escuela de Enfermería, dada la necesidad de personal para el Hospital Provincial de San Juan de Dios, oficialmente fundada por la Diputación de Jaén en 1954. Esta Escuela se abrió poco después del acceso de Juan Pedro Gutiérrez Higuera a la presidencia de la Diputación y contó con la colaboración del ya citado Decano y Director del Hospital Fermín Palma García. El marco del proyecto de la creación de esta Escuela con alumnado femenino en régimen de internado, cuyo nombre original fue *Escuela de Enfermería de la*

*Diputación Provincial de Jaén "Juan Pedro Gutiérrez Higuera"*, utilizó el modelo de la prestigiosa Escuela de la Casa de Salud Valdecilla (28).

Así pues el alumnado fue variando a lo largo de los cursos y, a finales de los cincuenta, Gutiérrez Aguilera describe que a los cursos asistían aproximadamente 20 personas. Comprendían 2 horas de clase durante 9 meses y realizaban entre 6 y 8 horas de asistencia, por lo que recibían una gratificación económica, ya que la escasa remuneración de los cuidadores había sido una de las batallas en el establecimiento psiquiátrico de Jaén. Es más que probable que el programa teórico impartido se ajustase al contenido del libro *La asistencia al enfermo mental* de Luis Valenciano Gayá (Imagen 2)(29), ya que este manual para enfermeros instalaba, a juicio de los psiquiatras jienenses, "los jalones básico para una selección y capacitación de este personal que satisficiera a los psiquiatras mas exigentes y que permitiese remplazar al enfermo grosero, violento, inculto, por el subalterno discreto, cariñoso, capacitado y que tuviese amor y comprensión al enfermo mental" (Pedro Gutiérrez Higuera y Pedro Camy Sánchez-Cañete, p. 164). Este texto premiado por la Dirección General de Sanidad y recomendado oficialmente por el Consejo Superior Psiquiátrico había sido publicado en 1933 y ya había constituido el libro de referencia para los primeros cursos de formación de enfermería psiquiátrica documentados durante la Segunda República (3). De hecho el único manual, dedicado a los cuidadores de enfermos mentales, previo al de Valenciano había sido el breve y desconocido *Manual del enfermero de los manicomios* (30), publicado en 1909 y reeditado en 1930, por Vicente Goyanes Cedrón, médico del Manicomio de Conxo. Es especialmente significativa la alabanza de los psiquiatras del Establecimiento Psiquiátrico Provincial de Jaén al Decreto de 1932 y al libro *La asistencia al enfermo mental*, ya que su autor había sido relegado de Madrid y condenado a un exilio interior (31). A pesar del ostracismo del autor, el libro de Valenciano fue básico para la formación de la enfermería psiquiátrica en España durante varias décadas ya que no se conoce otro hasta el *Manual del auxiliar psiquiátrico* de Ricardo Bordás Jané, editado en 1955 (32).

Imagen 2. Portada *La asistencia al enfermo mental* de Luis Valenciano Gayá



Además de los conocimientos específicamente psiquiátricos, en los cursos, se incluían aspectos de cultura general -caligrafía, lectura, ciertas nociones sociológicas, conocimientos de urbanidad y cortesía-. Hay que tener en cuenta que el personal de cuidado que accedía a las instituciones era, en numerosas ocasiones, prácticamente analfabeto. En las clases teórico-prácticas, además, se estimulaba la preparación física, recomendando afición al deporte como “preparación sobre judo” o estimular la flexibilidad.

Otro pilar fundamental en los cursillos de capacitación fue la formación religiosa, que pretendía favorecer la vocación que Gutiérrez Higuera había considerado tan relevante para un cuidado adecuado. En 1957, su hijo expresó la finalidad de esta formación en los siguientes términos: “conocimientos sobre moral, a despertar el sentido vocacional o caritativo que encierra esta profesión, a hacerles sentir el aspecto humano y sobrehumano de la tarea que abrazan, para que se enfrenten con ella desde un punto de vis-

ta cristiano y humanitario, religioso” (Gutiérrez Higuera, 1957, p. 242). De hecho, en el franquismo el nacional-catolicismo impregnó todas las áreas de la sociedad y la moral católica fue utilizada como un instrumento de la contrarrevolución, según Huertas señala (33).

### La evaluación psicotécnica de los enfermeros: trabajo y moralidad

En las primeras décadas del siglo XX, las corrientes sobre la caracterología y el temperamento se habían concretado en investigaciones e instituciones dedicadas a la orientación laboral. En este sentido en España habían destacado los trabajos del Instituto de Orientación Profesional de Barcelona y, posteriormente, el *Institut Psicotècnic* y el Instituto de Psicotécnico de Madrid, bajo la presidencia de José Germain (33). La valoración psicológica aplicada a diferentes profesiones también había llegado al personal sanitario, cuestión en la que Emili Mira había sido pionero en nuestro país. Con motivo de una visita que los redactores de la *Revista Médica de Barcelona* habían realizado a la Casa de Salud Valdecilla en agosto de 1930, Mira planteó un test para determinar la capacidad de discriminación ética del personal médico auxiliar (34). El psicólogo catalán conocía las investigaciones de Fritz Giese desarrolladas en Halle, que pasaban por ser los primeros trabajos psicotécnicos acerca de la selección del personal auxiliar de los sanatorios. Por otra parte, Rodríguez Lafora había pronunciado una conferencia en el Instituto de Psicotècnic de Madrid en abril de 1932, sobre la selección del personal psiquiátrico. El presidente del Consejo Superior y promotor del Diploma de enfermero psiquiátrico consideraba que la selección en España era prácticamente imposible por la presencia de los trabajadores del Ejército, la incultura del personal subalterno y la implantación brusca de la jornada de 8 horas que impedía preparar al personal idóneo para la responsabilidad del cuidado (19).

En la ya citada aportación “Contribución a la selección de enfermeros psiquiátricos” de Juan Pedro Gutiérrez Higuera y Pedro Camy Sánchez-Cañete al Congreso proponían una selección de los enfermeros previa evaluación psicotécnica. Asumido que no contaban con un laboratorio psicológico, ni con aparatos especiales, planteaban un examen rápido que simplificaba la evaluación propuesta

por Giese. Si bien el artículo de R. Lafora, de título similar al escrito por los jienenses en la posguerra, detallaba las 38 pruebas psicotécnicas, los médicos del establecimiento provincial de Jaén no citaron al psiquiatra en el exilio. El examen propuesto por los andaluces se dividía en 6 partes: examen somático, tipología (según Krestchmer), pruebas sensoriales, examen de inteligencia, funciones complementarias y modo de trabajar. Se realizaba una exploración del oído, un examen respiratorio, cardiológico, neurológico y de reflejos, análisis clínicos; se medía la presión arterial, perímetro torácico, talla, peso y, de acuerdo a la técnica somatométrica de R. Martín, se eliminaba a los lectosomáticos débiles (sic) y displásicos.

El examen de la inteligencia, también explorado por Giese en 17 pruebas, fue reducido al método de Termann, abreviado y recomendado por Germain y la “señorita Rodrigo” (Gutiérrez Higuera, Camy Sánchez-Cañete, 1942, p. 167). Los psiquiatras jienenses se referían a la prestigiosa Mercedes Rodrigo, directora del Instituto Psicopedagógico de Carabanchel que, junto al médico y psicólogo José Germain, había contribuido durante el primer tercio de siglo a la adaptación española del test de Termann (35). En los años cuarenta en el sanatorio de Jaén las pruebas no diferenciaban entre la inteligencia teórica y la práctica y discriminaban a aquellos aspirantes cuyo cociente intelectual era inferior a 0,7. Por otra parte el examen de la personalidad y el estudio caracterológico en el establecimiento de Jaén, se realizaba a través del test de Rorschach (manchas de tinta) y el modo de trabajar se evaluaba con la información sobre su actividad en la profesión anterior y la observación de la conducta en los tres meses obligatorios de prácticas en el establecimiento psiquiátrico. En un trabajo posterior del hijo de Gutiérrez Higuera se detallaban mejor estas pruebas psicotécnicas que clasificaba, a semejanza de Giese, en 4 áreas: Pruebas sensoriales (ojos, oídos y manos), de inteligencia (memoria, inteligencia teórica, inteligencia práctica), funciones complementarias (concentración, reacción, juicio ético...) y, por último, el modo de trabajar (seleccionar figuras, ensartar, cálculo, pesar, hacer agujeritos y limpieza de una placa...) (24).

Sin duda, la tarea más compleja era valorar la moralidad ya que los médicos, no sometidos a ningún filtro ético previo, no solo se convertían en

los evaluadores de la formación profesional del personal auxiliar, sino también de cuestiones éticas. Concretamente, la prueba 30 de Giese medía la moralidad teórica (cognoscitiva), sin embargo, tanto Rodríguez Lafora en 1933 como los jienenses en 1942, consideraban preciso tener en cuenta la moralidad de carácter conativo o práctico. Es curioso que, a pesar del exilio del profesor catalán, las “pruebas de Mira” fueran consideradas óptimas para la discriminación ética profesional. El psicólogo y psiquiatra que, desde 1939 permanecía en Latinoamérica, había ensayado una prueba en la que 156 enfermeras debían elegir una conducta ante un caso clínico concreto, cuya respuesta valoraba el criterio moral de éstas (37).

En la selección a la que fue sometido el alumnado de los cursillos de Jaén, los psiquiatras afirmaban que los resultados de las pruebas de Mira ofrecían un fondo latente no ético en los exámenes de las enfermeras frente al personal masculino. Esta aseveración, susceptible de un análisis más detallado desde una perspectiva de género, no es posible verificarla ya que la información vertida en ambas colaboraciones de Juan Pedro Gutiérrez Higuera y Pedro Camy Sánchez-Cañete (16, 18), no detallan ni la prueba concreta realizada, ni los resultados de los alumnos, ni de las alumnas. No obstante, estas evaluaciones confirman cómo la posición jerárquica de los médicos les otorgaba, sin haber sido ellos mismos sometidos a una evaluación psicotécnica previa, la posibilidad de ser los garantes de la moralidad de sus “auxiliares o subalternos psiquiátricos”.

### A modo de reflexión

Los *Cursillos de capacitación psiquiátrica de enfermeros psiquiátricos* se fueron consolidando en las décadas posteriores a la guerra y se mantuvieron, al menos hasta la década de los setenta. Avanzados los años 50 el hijo de Gutiérrez Higuera mantuvo el interés en continuar los cursos anualmente que, él afirmaba, eran “posiblemente de los primeros de España” (Gutiérrez Aguilera, 1978, p. 100). Esta interesante iniciativa no resolvió, sin embargo, los problemas de la institución ya que, en las memorias de actividades, décadas después, reflejaban las frustraciones de directivos médicos y del personal sanitario por el progresivo deterioro de la institución (38). No obstante, estos cursillos y otros de distintas instituciones

pendientes aún de estudio, trataron de suplir la escasa atención que la administración sanitaria franquista le prestó a la formación enfermera, ya que la primera convocatoria para obtener el Diploma de Practicante y enfermero psiquiátrico no se realizó hasta junio de 1949 (39). En octubre se publicaron los nombres de casi un centenar de aspirantes, la mitad mujeres, si bien a la mayor parte de ellas les faltaba el título (40). El programa oficial constaba de 40 temas, dos más que en 1955(41), cuando las Jefaturas de Sanidad de Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla y A Coruña convocaron exámenes para Diplomados psiquiátricos que fueron anulados el 3 diciembre de 1959.

Recientemente María Hernández Padilla ha abordado aspectos de una de las reformas pioneras de los ochenta y sus implicaciones sociales en Jaén (42), sin embargo, aún persiste una amplia laguna en relación a la formación de la enfermería psiquiátrica. Estas iniciativas de posguerra, no exclusivas de esta área geográfica, son elementos susceptibles de un análisis historiográfico aún por hacer, para comprender el lento camino recorrido hasta la autonomía de la profesión, uno de los pilares de la profesionalización de la enfermería de salud mental, tal como se entiende en la actualidad.

### Contacto

Olga Villasante • Psiquiatra Hospital Universitario Severo Ochoa • 91 481 80 00 (extensión 8370)  
Avda. Orellana, s/n • 28011 Leganés, Madrid • ovillasante.hsvo@salud.madrid.org

### Referencias bibliográficas

1. Ventosa Esquinaldo F. Cuidados psiquiátricos de enfermería en España (siglos XV al XX), Una aproximación histórica. Madrid, Editorial Díaz de Santos: 2000.
2. Miqueo C, Muñoz B. La enfermería Psiquiátrica. En: Fernández Doctor A. Historia de la Psiquiatría del siglo XX en Aragón. Zaragoza: Sociedad Aragonesa y Riojana de Psiquiatría; 2014, 337-369.
3. Villasante O. Primeros intentos de profesionalización de la enfermería psiquiátrica: de la Segunda República a la Posguerra Española. En: Simón David et al. (eds) Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI, Madrid: AEN; 2013: 315-329.
4. Gaceta de Madrid, 20 mayo de 1932.
5. Gutiérrez Aguilera C, Robles Martín JL. Comentarios sobre nuestra experiencia en la formación del personal auxiliar, Folia neuropsiquiátrica, 1972 marzo: 47-51.
6. González Duro E. Treinta años de psiquiatría en España: 1956-1986. Madrid: Libertarias; 1987.
7. Huertas R. Spanish Psychiatry: The Second Republic, the Civil War and the Aftermath, International Journal of Mental Health 2007; 35 (4): 61-72.
8. 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.
9. Villasante O. De convento de dominicos a nosocomio y frenocomio de guerra: el hospital subalterno de Almagro (1937-1939). Revista de Estudios Manchegos 2014; 39: 73-123.
10. Gutiérrez Aguilera C. La psiquiatría de Jaén. Apuntes históricos de nuestra asistencia psiquiátrica provincial desde principios del siglo XX. Seminario Médico 1978; 38: 79-125.
11. Palma F. Juan Pedro Gutiérrez Higuera (1901-1978). Seminario Médico 1999; 51: 66-112
12. Hernández Padilla M. La creación del Manicomio de Jaén: Reflexiones históricas para la construcción de un discurso social de la atención psiquiátrica. Norte de Salud Mental 2009; 33: 87-93.

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: UCM; 2012.
14. Conseglieri A. El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952). Aspectos organizativos y clínicos asistenciales, Tesis doctoral: UCM; 2013.
15. Gutiérrez Higuera JP. El nuevo Sanatorio Neuropsiquiátrico de “Los Prados” en Jaén, Archivos de neurobiología 1954; 12(3): 391-396.
16. Gutiérrez Higuera JP, Camy Sánchez-Cañete P. Contribución a la selección de enfermeros psiquiátricos, Actas españolas de neurología y psiquiatría 1942: 162-169.
17. Huertas R. La constitución de la psiquiatría franquista: El Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, (Barcelona, 1942). En Campos R, González de Pablo A, Porras I, Montiel L. Medicina y Poder político, Madrid, Sociedad Española de Medicina-UCM; 2014: 317-321.
18. Gutiérrez Higuera JP, Camy Sánchez-Cañete P. Contribución a la selección de enfermeros psiquiátricos. Actualidad médica 1944 Feb; 30: 99-106.
19. Rodríguez Lafora, G. Selección profesional de enfermeros psiquiátricos y distribución del trabajo, Archivos de neurobiología 1933; 13: 343-368.
20. Rodríguez Lafora G. Lo que debe ser un manicomio provincial, Archivos de Neurobiología 1931; 11(3), 296-315.
21. Salas J. Manual de la enfermera general y psiquiátrica. Madrid: Espasa-Calpe; 1935.
22. García Sánchez A. Los servicios psiquiátricos provinciales antes de la construcción del Sanatorio “Los Prados” (1850-1950). Jaén: Boletín Instituto de Estudios Giennenses 2005; 191: 349-392.
23. Boletín oficial el 14 de febrero de 1939, 45: 856-9.
24. Gutiérrez Aguilera C. Selección y capacitación de auxiliares psiquiátricos, Archivos de neurobiología 1957; 213- 247.
25. Reglamento para el Manicomio Provincial de Jaén, Escuela Tip. de la H. de Hombres a cargo de Veremundo morales; Jaén; 1935.
26. Siles González J, García Hernández E. Origen histórico de la profesionalización de los cuidados mentales: los practicantes, enfermeros y visitadoras psiquiátricas. Enfermería científica 1996; sep-oct 174-175: 49-53.
27. Gutiérrez Higuera JP. Sanatorio Neuropsiquiátrico de Los Prados de la Beneficencia Provincial de Jaén. Memoria sobre las obras y funcionamiento durante el quinquenio 1949-1953. Jaén: Instituto Estudios Giennenses; 1954.
28. Palomino PA (coord.) La Escuela de Enfermería de la Universidad de Jaén, 50 años enseñando a cuidar (1954-2004). Jaén: Universidad de Jaén; 2006.
29. Valenciano L, La asistencia al enfermo mental, Publicaciones de Archivos de Neurobiología, 1933.
30. Villasante O. El Manual del Enfermero en los Manicomios (1909) de Vicente Goyanes: preludio de la formación en enfermería psiquiátrica, Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría 35 (126), 401-413.
31. Cerón González C; Maset Campos P., Sáez Gómez JM, López Fernández, C., Aguinaga Ontoso, E. Marginación de los científicos en el Franquismo: Luis Valenciano Gayá (Murcia, 1905-1985). En Simón D, Gómez C, Cibeira A, Villasante O. Razón, Locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2013: 255-262.
32. Bordás y Jané R. Manual del auxiliar psiquiátrico. Barcelona: Librería aragonés; 1955.
33. Huertas R. Una nueva Inquisición para un nuevo estado: Psiquiatría y orden social en la obra de Antonio Vallejo Nájera. En. Huertas R, Ortiz C (ed.), Ciencia y fascismo, 97-109.

34. Sánchez Vázquez V, Guijarro Granados T. Los inicios de la psicotecnia, *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2000; 20 (76): 81-88.
35. Mira E. Contribución al estudio de la selección técnica psicotécnica del personal médico y auxiliar, *Policlínica* 1931; 14: 104-110.
36. Herrero González F. La obra psicológica de Mercedes Rodrigo en torno a los superdotados, *Revista de Historia de la psicología*, 2005, 26(4), 139-164.
37. Mira E. *Problemas psicológicos actuales*, Buenos Aires: Librería y editorial “El Ateneo”; 1947, pp. 60-62.
38. González Duro E. *Memoria de un manicomio*. Madrid: Libertarias, 1989.
39. Boletín Oficial del Estado, 15 de junio de 1949; 166: 2689-2690.
40. Boletín Oficial del Estado, 26 de octubre de 1949; 299: 4516-4517.
41. Boletín Oficial del Estado, 16 de febrero de 1955; 47: 983.
42. Hernández Padilla M. *Discursos sobre salud mental. Nuevas miradas a la realidad social de la atención psiquiátrica en la provincia de Jaén*. Jaén: Diputación Provincial de Jaén; 2010.

**Agradecimiento:** Agradecer especialmente a María Hernández Padilla su buena disposición a facilitarme los Reglamentos del Establecimiento Psiquiátrico de Jaén (1935 y 1956), así como sus acertados comentarios al texto.

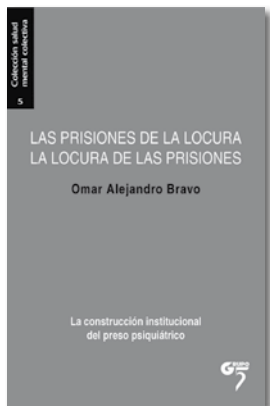
- Recibido: 15-5-2015.
- Aceptado: 21-8-2015.





# ACTUALIZACIONES





## Las prisiones de la locura, la locura de las prisiones. La construcción institucional del preso psiquiátrico

Autor: Omar Alejandro Bravo.

Edita: Colección Salud Mental Colectiva, Editorial Grupo 5  
Madrid, 2015 • 180 págs.

ISBN: 978-84-943080-5-5

En estos tiempos, cuando por estas latitudes y en buena parte del mundo los gobiernos tienden a endurecer las medidas de seguridad, esgrimiendo de nuevo la amenaza del otro, el disidente, el loco, el marginado, el inmigrante..., y su supuesta peligrosidad social, es de gran interés la lectura de este libro de Omar Bravo, que, a través del estudio de la situación de los presos con problemas de salud mental en las cárceles de Brasil y Colombia, desvela la institucionalización de una maquinaria sanitaria y jurídica, pretendidamente rehabilitadora, pero destinada en realidad a ocultar las fallas del sistema social.

Como señala Rafael Huertas en el Prólogo, las relaciones entre crimen y locura, entre cárcel y manicomio, han sido apuntadas frecuentemente por la literatura tanto psiquiátrica, como jurídica, histórica o sociológica. Este libro ofrece una aportación relevante y original a esta compleja y transversal problemática, pues ofrece interesantes elementos para reflexionar sobre unas cuestiones que suscitan la preocupación de los profesionales, a la vez que tienen muy directas consecuencias sobre un colectivo concreto de ciudadanos (locos y delincuentes, pero ciudadanos al fin), convertidos en objetivo de políticas de defensa social. Un colectivo que forma parte de ese “excedente social” que el sistema termina ubicando en una red institucional cuya función es aislar, etiquetar y controlar a sus integrantes. Es obvio que en cualquier sistema de control social el principio de clasificación y distribución implica la existencia de “residuos”, ya que siempre hay algo inclasificable, inasimilable, ineducable o irreductible. El desertor (no el soldado indisciplinado), el débil mental (no

el niño díscolo) o el criminal (no el infractor) serán, como nos explicó Foucault, residuos de la disciplina militar, escolar o jurídico-policial, respectivamente; y, naturalmente, el loco, el alienado, será considerado el residuo de residuos. Pues bien, son los locos-delincuentes (residuos por partida doble), los protagonistas del libro que nos ocupa, unos sujetos “peligrosos” pero inimputables que serán recluidos bajo el llamado régimen de las “medidas de seguridad” y que darán lugar a la categoría de “preso psiquiátrico”.

Omar Alejandro Bravo centra su análisis en la creación de los manicomios judiciales en Brasil y en Colombia, dos países latinoamericanos que conoce bien por su actividad docente e investigadora, y que de algún modo recogen y adaptan toda esa tradición histórica.

Siendo un libro académico, *Las prisiones de la locura...*, tiene un componente de denuncia importante, al poner de manifiesto tanto la burocratización de las instituciones, como el desajuste entre lo que es y significa el discurso legal, científico, político, etc., en torno a dichas instituciones y las prácticas cotidianas en su interior; dicho de otro modo, lo que aparentemente pretender ser y lo que realmente son. Todo ello, situado en un marco teórico nada desdeñable en el que numerosos autores, como Foucault, Goffman, Deleuze, Guattari, Bordieu, pero también Adorno, Althusser, Gramsci o Arendt, entre otros, van desfilar por las páginas de este libro con toda naturalidad, sin excesos, ni arrogancia intelectual, lo que denota no solo la excelente formación del autor sino su buen criterio a la hora de fundamentar sus argumentos.



## El proceso de convertirse en persona autónoma

Autor: Manuel Villegas.

Edita: Herder Editorial • 2015 • 293 págs.

ISBN: 978-84-254345-1-8

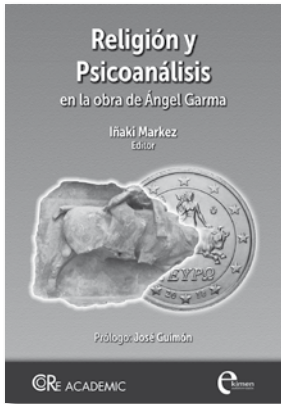
Libro que nos hace reflexionar sobre el por qué distintas personas se comportan de modos tan diferentes ante una misma situación, ¿por qué algunas se deprimen, otras reaccionan agresivamente y en cambio otras salen fortalecidas ante las adversidades de la vida?, ¿por qué algunas personas se recluyen en casa por miedo, mientras que otras necesitan huir?, ¿por qué el amor deriva a veces en dependencia o en violencia?, ¿por qué algunas personas sufren por no sufrir y otras no viven por miedo a morir?

Preguntas que pueden encontrar respuestas a partir de la concepción del malestar psicológico como resultado de constricciones internas o externas de la libertad, bajo la forma de vergüenza, miedos, dependencias, culpas, obsesiones, impulsos o compulsiones. Las personas no pueden evitar los conflictos propios de la existencia humana, y si puede asumir actitudes responsables frente a ellos, aprendiendo a gestionarlos desde su autonomía.

La vida es un proceso de crecimiento y maduración personal en el que es imposible esquivar los conflictos propios de la existencia humana.

Sin embargo, cuando adoptamos una actitud responsable, son una oportunidad para tomar las riendas de esos mismos conflictos. Cuando en esa evolución normal los problemas llegan, Manuel Villegas prefiere hablar de “conflictos” – y no tanto de “trastornos psicológicos”, donde las personas, desde su diferencia, no siempre saben gestionarlos o simplemente no tienen la misma manera de abordarlos.

Partiendo de la idea de que la personalidad se forma a través del desarrollo desde la infancia hasta la edad adulta, Villegas señala los distintos momentos evolutivos de la persona donde con frecuencia aparecen dificultades para mantener y reforzar esa autonomía personal. Comprender esas situaciones y procesos del desarrollo moral de la persona es el objetivo de este libro, con cierto parecido a un manual de psico(pato)logía y psicoterapia al alcance de quien se acerque a su lectura. O, al menos, una buena aproximación.



## Religión y Psicoanálisis en la obra de Ángel Garma

Autor: Iñaki Markez.

Edita: Ekimen Editorial y Core Academic Bilbao, 2015 • 192 págs.

ISBN: 978-84-608271-2-2

Reflexiones sobre la relación entre el Psicoanálisis y la Religión, en autores clásicos de la historia y desarrollo del psicoanálisis, con particular detenimiento en Ángel Garma, aquel pionero en el ámbito Latinoamericano, que nos legó originales aportaciones en medicina psicosomática, la terapéutica psicoanalítica, el análisis de los sueños, el arte ornamental, el sadismo y masoquismo, entre otras, y nos lleva a un recorrido biográfico del analista, para conocer su formación y proyección de aquel joven y entusiasta psicoanalista reconocido internacionalmente por su labor como terapeuta, didacta, propulsor e investigador.

Cuatro fueron los trabajos de Garma: “Un gesto obscuro de Santa Teresa”, “Psicoanálisis y Religión (correspondencia entre Freud y Pfister)”, “Repetición de traumas ancestrales e identificaciones destructivas en la religión y en el antijudaísmo” y “Edipo no era hijo de Layo y Yocasta”, todos ellos escasamente conocidos en su amplia obra, incluso entre quienes la han seguido de cerca en la *Revista de Psicoanálisis* de la APA, y que ahora han podido actualizarse.

Trabajos sobre temas religiosos que abordan aspectos dispares: Teresa de Ahumada, Edipo, correspondencia de Freud, antijudaísmo, sumisión judía, circuncisión, era cristiana,... donde las religiones, tan interesantes y necesarias según dicen, pueden funcionar como un sistema patógeno, adecuan los discursos humanitarios

y libertadores, como directrices de unos y otros credos, pues la Religión no solo es idealismo y subjetivismo, también ofrece una interpretación del mundo, aunque no la posibilidad de su transformación, está divorciada de la realidad y, por ello, inaceptable.

Todo ello junto a un buen Prólogo del profesor José Guimón sobre la vida creativa de Ángel Garma, además un perfil biográfico del analista, su formación y proyección. Con detenimiento en estos temas sobre la Religión en la obra de Ángel Garma, así como con el añadido de algunas reflexiones sobre la relación entre el Psicoanálisis y la Religión.

Es una publicación con carácter divulgativo, que revisa los textos de Ángel Garma comparándolos con otros borradores y anotaciones posteriores a su publicación, y que ha rebuscado entre cartas y documentos existentes en Buenos Aires, Rosario y Bilbao. En una nueva e importante aportación para quienes aspiren a seguir investigando y profundizando en la obra de este pionero del psicoanálisis latinoamericano que nos legó originales aportaciones en medicina psicosomática, la terapéutica psicoanalítica, el análisis de los sueños, el arte ornamental, el sadismo y masoquismo.



## Distribución de libros

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

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

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

# Agenda

→ 28 de octubre • Madrid

**Jornada “Psiquiatrías críticas, salud mental alternativa”:  
“El papel de las publicaciones en tiempos de crisis”**

<http://amsm.es/2015/07/30/jornada-280-psiquiatrías-críticas-salud-mental-alternativa-el-papel-de-las-publicaciones-en-tiempos-de-crisis/>

→ 13 de Noviembre • Zaragoza

**IX Jornadas de la Sociedad Aragonesa de Salud Mental, SASM-AEN.**

“Psicosis: una aproximación dinámica”

**II Premio Ángel Garma al mejor trabajo de psicoanálisis.** SASM-AEN, Zaragoza

<http://aen.es/blog/2015/04/22/ii-premio-angel-garma-al-mejor-trabajo-de-psicoanalisis/>  
Correo-e: premioangelgarma@yahoo.es

→ 19,20,21 noviembre • Donostia/San Sebastián

**X Jornadas de la AEN de la sección de Historia de la Psiquiatría y Psicología.**

In memoriam Luis Martín-Santos.

<http://ome-aen.org/jornadas-historia/>

→ 26-28 de noviembre • Madrid

**XX Curso Anual de Esquizofrenia: “Imaginación, regresión y recuperación en las psicosis”.**

Hotel Meliá Castilla, Madrid

<http://aen.es/blog/2015/04/23/xx-curso-anual-de-esquizofrenia/>

→ 27 de noviembre • Museo de Arte Contemporáneo de Castilla y León. León

**XIV Jornadas de la Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental: “Primum non nocere”.**

Secretaría técnica: [aclsm.aen@gmail.com](mailto:aclsm.aen@gmail.com)

→ 27-28 de noviembre • Hotel Araxa, Son Armadans (Palma de Mallorca)

**II Jornadas Grupo Análisis Mallorca. “Trabajando en grupo. Nuevas Perspectivas”**

Organiza Grupo Análisis Mallorca; Colaboran AEN y Associació Balear de Salut Mental

Secretaría técnica: [grupanalisimallorca@gmail.com](mailto:grupanalisimallorca@gmail.com)

# Normas de publicación

La revista *NORTE de salud mental* considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella.

En general, no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados 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.

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*: [info@revistanorte.es](mailto:info@revistanorte.es)

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 y palabras clave, en castellano e inglés. Habrá de 3 a 8 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los artículos Originales de investigación 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 adjunto, 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 in-

formatics. 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 utilization*. 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](http://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/PSM. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios y Socias tras su recepción.

La cuota anual será de 100 euros. Profesionales en formación, jubilados y no-facultativos (enfermería, trabaj. sociales, terapeutas, educadores sociales,...) será del 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 • Correo-e: aen@aen.es

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA/PROFESIONALES DE SALUD MENTAL (AEN) y en la respectiva Asociación de su Autonomía.

D./Dña ..... profesional de la Salud Mental,

con título de .....

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 .....

IBAN/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/Profesionales de Salud Mental.

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)

