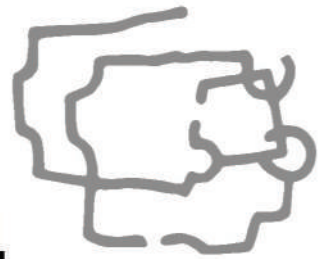


NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XVI nº 60 Enero 2019



NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

Cifre, Antonia
Estévez, Juan
Inchauspe, José Antonio
Lalana, José Manuel
Munarriz, Mikel
Musquiz, Álvaro
Navarro, Mercedes
Rodríguez Pulido, Francisco
Sierra, Deirdre
Vecino, Antonio

Consejo Asesor y de Redacción:

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

- ✓ Acceso disponible en: www.revistanorte.es • Correo-e: revistanorte@ome-aen.org
- ✓ Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de NORTE de Salud Mental salvo que esté así especificado.
- ✓ Todos los artículos están accesibles de modo gratuito en la web: www.revistanorte.es

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

- Anuario FEAP
- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco)
- DIALNET
- Dulcinea
- Directory Open Acces Journals (DOAJ)
- e-revist@s
- IME (Índice Médico Español)
- MEDicina en ESpañol (MEDES)
- psiquiatría.com
- Psiquiatría Sur
- RCS
- Repositori UJI
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental
Vol XVI nº 60, Enero 2019

<https://ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/>

Realización y Administración:

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

revistanorte@ome-aen.org

Autora de la portada: Itxaso Zubia

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

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

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L.



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 60. Enero 2019

Editorial	5
• De la violencia al estigma, un camino de mayor sensibilidad. <i>Iñaki Markez.</i>	7
Originales y revisiones	11
• La coterapia, el contigo en el grupo. <i>Mónica Ruiz García-Diego y Luis Palacios Araus.</i>	13
• La Subjetividad del Terapeuta. <i>Ander Retolaza.</i>	21
• De brujas, putas y locas: narrativas de género y su influencia en el diagnóstico. <i>Miguel Hernández, Amaia Vispe, José García-Valdecasas.</i>	33
• ¿Hacia dónde va la Red de Salud Mental? <i>Pedro Cuadrado.</i>	42
• La institución psiquiátrica de Jaén como contexto de la práctica enfermera actual: crisis y transiciones profesionales con perspectiva crítica y de género. <i>María Hernández.</i>	48
Formación Continuada	61
• Síndrome de Capgras: a propósito de un caso. <i>María Herrera, Carmen Llor.</i>	63
• Psicosis y vínculo social. Una orientación no segregativa para pensar la práctica en instituciones. <i>Cosme Sánchez Alber.</i>	67
Pre-ocupaciones	75
• ¿Está aumentando la población con adicción al juego? <i>Hibai López-González y Ana Estévez.</i>	77
• DOSSIER: Contencioso que mantenía el Dr. Víctor Pedreira contra el SERGAS.	84
- Solicitud a la Junta Directiva de la AEN.	84
- Sobre la reprobable actitud del Tribunal Médico que resolvió el proceso selectivo para la cobertura de la Jefatura del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra. <i>Víctor Pedreira. Pontevedra.</i>	86
- Posición de la Junta Directiva de la AEN.	90
• La inversión en salud mental no es un gasto ni el Plan de Salud Mental de Canarias debe ser una operación de propaganda. <i>ACN.</i>	91
• Medidas para un Plan de Acción en Salud Mental en Canarias. <i>ACN.</i>	93
Historia	97
• Van Zigman y el caso Ministerial. Difusión del psicoanálisis en la literatura popular de posguerra. <i>Andrés Porcel Torrens.</i>	99
• Las “curas” de sueño en Psiquiatría. <i>Reda Rahmania, Juan Medrano y Luis Pacheco.</i>	108
• “La Monstrua”. <i>Blanca Fernández Crespo.</i>	113
Actualizaciones	119
• La arquitectura de la psiquiatría. <i>Manuel Valdés Miyar.</i>	121
• Sonríe o muere. La trampa del pensamiento positivo. <i>Barbara Ehrenreich.</i>	125
• Leopoldo María Panero, Locura Familiar. <i>Enrique González Duro.</i>	126
• Críticas y alternativas en psiquiatría. <i>Alberto Ortiz Lobo y Rafael Huerta.</i>	128
Agenda	129

Summary

NORTE de salud mental 60. January 2019

Editorial	5
• From violence to stigma, a path of greater sensitivity. <i>Iñaki Markez.</i>	7
Original and reviews articles	11
• The cotherapy, with you in the group. <i>Mónica Ruiz García-Diego and Luis Palacios Araus.</i>	13
• The Subjectivity of the Therapist. <i>Ander Retolaza.</i>	21
• About witches, whores and crazy women: gender narratives and their influence in diagnosis. <i>Miguel Hernández, Amaia Vispe, José García-Valdecasas.</i>	33
• Where is the Mental Health Network heading to? <i>Pedro Cuadrado.</i>	42
• The psychiatric institution of Jaen as context of current nursing practice: crisis and professional transitions with a critical and gender perspective. <i>María Hernández.</i>	48
Continuing Education	61
• The Capgras syndrome: about a case. <i>María Herrera, Carmen Llor.</i>	63
• Psychosis and social bond. A non-segregative orientation to think about the practice in institutions. <i>Cosme Sánchez Alber.</i>	67
Concerns Challenges	75
• Is problem gambling on the rise? <i>Hibai López-González and Ana Estévez.</i>	77
• DOSSIER: Litigation of Dr. Víctor Pedreira against SERGAS.	84
- Solicitud a la Junta Directiva de la AEN.	84
- Sobre la reprochable actitud del Tribunal Médico que resolvió el proceso selectivo para la cobertura de la Jefatura del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra. <i>Víctor Pedreira. Pontevedra.</i>	86
- Posición de la Junta Directiva de la AEN.	90
• Investment in mental health is not an expense, the Canary Mental Health Plan should not be a marketing operation. <i>ACN.</i>	91
• Measures for a Mental Health Action Plan in the Canary Islands. <i>ACN.</i>	93
History	97
• Van Zigman and the Minstral's case. Knowledge of psychoanalysis in postwar spanish popular literature. <i>Andrés Porcel Torrens.</i>	99
• "Sleep cures" in Psychiatry. <i>Reda Rahmania, Juan Medrano and Luis Pacheco.</i>	108
• The female monster. <i>Blanca Fernández Crespo.</i>	113
Book reviews	119
• The architecture of psychiatry. <i>Manuel Valdés Miyar.</i>	121
• Smile or die. The trap of positive thinking. <i>Barbara Ehrenreich.</i>	125
• Leopoldo María Panero, The family madness. <i>Enrique González Duro.</i>	126
• Critics and alternatives in psychiatry. <i>Alberto Ortiz Lobo y Rafael Huerta.</i>	128
Calendar	129



EDITORIAL

De la violencia al estigma, un camino de mayor sensibilidad.

From violence to stigma, a path of greater sensitivity.

Se ha llegado a convertir en dogma que la locura esté causada por una disfunción neurológica que puede ser tratada y curada con fármacos orientados a ciertos neurotransmisores específicos, un paradigma que en los últimos años se señala como incuestionable. También la visión de la psicosis como una enfermedad biológica es hegemónica en la actualidad en los medios profesionales o profanos. Pero estas enfermedades tienen lugar en personas, en seres humanos que son mucho más que entes biológicos. De ahí que las diferentes orientaciones biologicista, psicodinámica, cognitiva o conductual se centren en *la* persona.

¿Qué manifestaciones clínicas encontramos en las psicosis? Alteraciones de la percepción y el pensamiento (ideas delirantes, alucinaciones) como puerta de entrada de la locura y reflejo de la fragmentación respecto a la realidad... aunque las ideas delirantes de las psicosis afectivas tengan un contenido coherente con el estado emocional. Pero ¿dónde están los límites de la realidad frente al delirio? Recordemos esa multitud de elementos rituales propia de algunas religiones: comer el cuerpo o beber la sangre de Cristo a través del pan y el vino, que no es delirio sino fe, algo “normal”; hablar con un dios imaginario en momentos de meditación es normalidad, y hacerlo durante el duelo con un ser querido fallecido, es delirio... además de la falta de introspección (no conciencia de enfermedad como elemento característico de los cuadros psicóticos), trastornos con afecto inadecuado, distorsión de la realidad, desorganización, pobreza psicomotora, etc. Los comportamientos agresivos no están presentes... si bien será fácil su inclusión vía los síntomas negativos como comportamiento social inapropiado. La sociedad percibe el padecimiento de una enfermedad mental grave con el peligro y tendencia a cometer actos delictivos y violentos, incluso asociando sucesos violentos más mediáticos con la enfermedad mental. Así, leeremos y oiremos sobre jóvenes con comportamientos graves, la tasa de trastornos mentales es alta entre los delincuentes antes, durante y después del encarcelamiento, altas tasas de morbi-

lidad psiquiátrica entre acusados de delitos o ya encarcelados,... No solo, también leeremos que en un episodio psicótico con ingreso involuntario motivada por la agitación, ese precedente tan frecuente de la violencia hacia los demás y a uno mismo, encontraremos mayor presencia de síntomas positivos, conducta suicida, falta de insight y comportamientos agresivos. Agresividad que, curiosamente, en ocasiones, se asocia a la involuntariedad del ingreso y a mayor psicopatología en esos primeros episodios.

Todo ello conduce a generar un estigma de peligrosidad para quienes padecen enfermedades mentales, con la discriminación acompañante que conlleva: se les señala como alguien con riesgo de cometer actos violentos, con escasos estudios, sin actividad laboral, consumidor de tóxicos, etc.

Ni CIE-10 (1992), ni DSM-5 (2013) expresan en sus Criterios diagnósticos la violencia y, sin embargo, está muy presente en el ideario social, y en los profesionales de la salud.

Sí es cierto que existe literatura, aunque escasa, al respecto: personas violentas con esquizofrenia escuchan en sus alucinaciones un contenido más negativo; conductas violentas que se correlacionan con delirios de persecución aunque no con alucinaciones imperativas y sí teniendo más delirios paranoides que les hacen enfadarse, etc.

Discurso social y mediático

Atendiendo a una reciente evaluación del modelo comunitario de la atención a los trastornos mentales (Gómez-Beneyto y otros, 2018), en los años previos a 2014 era fácil encontrar cambios desfavorables importantes: “...*más complicado mantener a una persona con trastorno mental grave (TMG) con garantías en la comunidad*”, “*Se han amortizado plazas, sobre todo de trabajo social y psicología*”, “*Cerrado pisos supervisados, reducido las subvenciones para las asociaciones y para la formación de personas con minusvalía*”, “*Menor inversión en recursos de*



rehabilitación”, “Recortes con repercusión en las políticas de personal... no completada la necesaria red de red de atención infanto-juvenil”, “Se prioriza la farmacología para mitigar síntomas en el TMG”, “no se cree en el trabajo en equipo, sí en el del profesional psiquiatra”... La reducción de recursos comunitarios y de rehabilitación psicosocial, en cierto modo debido al Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud o la llamada externalización de servicios muy vinculada con procesos de privatización de la Sanidad Pública. Ello es más notorio cuando tras la década de los años 80, el modelo comunitario se vio muy favorecido por la accesibilidad, la continuidad de cuidados en la atención, la comprensibilidad y el propio desarrollo del SNS.

En la sociedad actual muchos actos violentos son atribuidos a enfermos mentales de modo arbitrario, sin considerar las circunstancias psicosociales que podrías explicarlos. Esta atribución conlleva con frecuencia manipulaciones políticas e ideológicas, que pretenden desvalorizar el posible sentido de estos actos. Con todo, aunque las personas con trastornos mentales no son más agresivas ni violentas que la población general, es cierto que algunos casos actúan en forma violenta, lo que hace esos actos imprevisibles y de difícil control, lo que lleva en el público a controversias de difícil resolución. Los casos de violencia relacionados con los trastornos mentales se suelen exponer de modo especialmente sensacionalista. Una pregunta frecuente es si violencia y la enfermedad mental, están relacionados, o sólo los fenómenos coincidentes, o solo en algunos casos de trastorno mental grave. Esta percepción se traduce en un duro estigma para los pacientes y la incomodidad para los profesionales de la salud mental o para determinadas iniciativas clínicas en los procesos de recuperación e inclusión. Esa percepción y estigma aportan a los pacientes psiquiátricos una mayor discriminación y ahonda en el aislamiento de la sociedad. La literatura sugiere que los psiquiatras tienen una probabilidad notoria de sufrir un asalto físico por un paciente durante su carrera, y que casi la mitad de los residentes de psiquiatría será atacado físicamente por un paciente durante su programa de formación.

Podemos preguntarnos ¿qué ocurre en la población general? El 3,7% de la población general

de Estados Unidos comete uno o más actos de violencia cada año, y la prevalencia de conductas agresivas en la comunidad puede ser tan alta como uno de cada cuatro personas. Entre las mujeres y los hombres menores de 45 años de edad, los de más bajo nivel socioeconómico eran tres veces más propensos a ser violentos que los del más alto nivel socioeconómico. Los índices de violencia varían según determinantes sociales y se incrementan con el nivel de educación más bajo, la menor estabilidad social, y en regiones con altas tasas de desempleo. El resultado es que la violencia, en ocasiones, está asociada a los trastornos mentales pero sobre todo a las condiciones socioeconómicas, educativas y de género.

Violencia de personas con trastorno mental grave

La cuestión de la violencia es central en lo relativo al estigma hacia las personas con trastornos mentales graves, grupo de personas que a su vez es el referente último de este fenómeno para el conjunto de problemas de salud mental y sus estructuras de atención. El tema de la violencia aparece siempre que se estudian contenidos concretos de los estereotipos y en él parece apoyarse la supuesta explicación del rechazo emocional y de la distancia social hacia dichas personas. Los datos disponibles no confirman ni mucho menos la atribución generalizada de conductas violentas, ni del riesgo de desarrollarlas, a la mayoría de las personas con trastornos mentales graves. En conjunto, la información disponible es dispar, criticable por problemas metodológicos, y difícil de comparar entre estudios y países. Sí hay una asociación entre actos delictivos de carácter violento y distintas enfermedades mentales graves, afirmación que debe matizarse en función de la mencionada diversidad metodológica de los distintos estudios y la presencia de diferentes determinantes sociales ya mencionados.

Globalmente las cifras de «riesgo relativo» sitúan a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves con riesgos superiores a los de la población general, si bien dichos riesgos son inferiores a los que presentan personas con otros tipos de problemas como los trastornos de personalidad, drogodependencias, etc. El problema es que dichas variables se asocian también habitualmente a las personas con diagnósti-

co de trastorno mental grave que cometen actos delictivos, actuando por tanto como potenciales factores de confusión, lo que hace difícil medir la contribución específica de la enfermedad en estudios basados en indicadores de riesgo relativo. Pero además, si hablamos de violencia desarrollada por las personas con enfermedad mental grave, hay que hacer referencia a que el mayor volumen de violencia corresponde, en el caso de estas personas, a violencia ejercida sobre ellas mismas. Así encontramos prevalencias en torno al 10% de suicidios consumados y entre el 20% y el 40% de lesiones e intentos de suicidio, en referencia solo a personas con diagnóstico de esquizofrenia. El fenómeno de la violencia sufre un enfoque distorsionado para convertirse en el núcleo del estigma hacia estas personas, más allá de lo que permite la información disponible, cuya repetición sirve de poco frente a las imágenes existentes en el imaginario social.

Violencia contra personas con trastorno mental grave

Encontramos violencia profesional, de forma activa y cómplice. Los profesionales lo hemos hecho, no siempre conscientes de las repercusiones, sí con alguna justificación para hacerlo. Atando personas, ingresándolas involuntariamente, poniendo inyectables no siempre necesarios, con ciertos diagnósticos, chantajeándolas para que se mediquen, mintiendo, convenciendo, triangulándolas en conflictos profesionales, atribuyendo lo que les ocurría a su diagnóstico psiquiátrico, disociando causas sociales con mirada determinista. Alegando que lo hacíamos para preservarles de posibles daños a sí mismos o a su entorno.

Hablar de violencia en relación con las personas con trastornos mentales graves implica poner sobre la mesa muchas informaciones, relativas a la violencia recibida de manera directa o indirecta en nuestras sociedades.

- La violencia directa, que muchas personas con trastornos mentales graves reciben bajo la forma de asaltos de diverso tipo en los entornos en los que viven, con cifras que superan a las de la violencia ejercida por ellas (entre 20% y 50%), aunque los estudios sobre este aspecto de la violencia son escasos.

- Frente a la idea tradicional de la persona con enfermedad mental como potencialmente peligrosa, tenemos una realidad de una población especialmente vulnerable, que necesita protección frente a algunos sectores sociales.

- Posible relación entre violencia recibida y violencia ejercida y posible efecto causal que la violencia y el abuso en la infancia pueden tener en el desarrollo posterior de los síntomas positivos de la esquizofrenia con una evidencia empírica manifiesta.

- Añadir la violencia indirecta basada en el estigma y la discriminación acompañante, y que supone efectos muy concretos en numerosas áreas de su vida.

Al igual que en otros tipos de estigma, caben respuestas alternativas, en términos de indiferencia o de autoafirmación y empowerment. Parecería que la respuesta depende del análisis que la persona afectada hace de la situación, atendiendo a variables personales, del contexto social y especialmente del nivel de apoyo social e institucional y de los grupos de referencia con que cuente, donde se sitúa el papel de los movimientos asociativos de usuarios y usuarias, así como la colaboración y apoyo desde el ámbito de profesional.

¿Qué hacer?

La violencia en la comunidad está ocasionando notorio riesgo social y, también en un buen número de personas, trastornos mentales. El impacto y los trastornos por conductas violentas en la vida cotidiana nos acompañan en nuestra cotidianidad. La violencia intrafamiliar y de género están muy presentes, como también el pandillismo o la coerción entre niños-adolescentes-jóvenes.

Mientras, el sensacionalismo en torno al trastorno mental rellena horas y páginas hasta atosigarnos, expanden la noticia hasta que nos confundamos y creamos a pies juntillas la relación entre violencia y locura, generando alarma social, olvidando si es preciso otros determinantes y factores sociales como la educación, guerra, odio racial, pobreza, estigma, desempleo, condiciones de género y otros más. Sabemos que los trastornos mentales no son la causa necesaria ni suficiente de la violencia, como sabemos que el



trastorno mental grave no ocasiona más violencia que la población general presuntamente sana.

Desde una perspectiva psicosocial no se trata solo de atender las consecuencias o la deuda moral con las víctimas que no han tenido el debido reconocimiento social, sino también de enfrentar el impacto de la violencia y abordar el sufrimiento como una contribución a la búsqueda de soluciones y del proceso de reconstrucción social.

El reconocimiento y empatía con las víctimas, superar la frustración y la desesperanza, mitigar el daño y reparación psicosocial, el acompañamiento psico-social a víctimas, impulsar aprendizajes sobre el diálogo y la participación social, en un proceso con respeto a los derechos de las personas, con el máximo consenso posible y de acuerdo a las reglas acordadas... han de estar presentes. Los derechos humanos atañen a la violencia como fenómeno social, pero van mucho más allá y cruzan cada paso que damos en nuestra vida cotidiana. En un horizonte de progresiva deslegitimación de toda violencia y de educación ética donde los derechos humanos han de estar presentes, como recurso para reflexionar mientras se hace camino.

Siguiendo el documento de consenso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2007), se sugiere “establecer, de acuerdo con las pruebas disponibles, las intervenciones más efectivas para fomentar la integración y reducir el estigma de las personas con enfermedades mentales” pues los estereotipos más frecuentes se acompañan de peligrosidad y relación con actos violentos, responsabilidad sobre la enfermedad, incompetencia e incapacidad para tareas básicas de la vida, impredecible de sus reacciones y falta de control. Estigma alejado de la realidad que se

mantiene por el desconocimiento y por creencias y prejuicios muy arraigados en la población, lo que conlleva una fuerte resistencia a la argumentación lógica. Los medios de comunicación pueden contribuir poderosamente a su mantenimiento o bien a contrarrestar la dimensión del problema favoreciendo un conocimiento adecuado dando luz a la confusión habitual entre las psicosis y psicopatías, asociando comportamientos violentos de las segundas a las primeras.

No es solo cuestión de mayor formación y capacitación, sino también mejorar la sensibilidad en salud mental, tanto de profesionales de la salud mental como de líderes y agentes sociales, profesionales de la salud y la educación, organizaciones de la comunidad, población general y las instituciones mismas. Hemos que cambiar la percepción sobre la enfermedad mental y con ello el estigma que subyace, creando una sensibilidad hacia quienes están sufriendo el estigma, los prejuicios y los estereotipos relacionados con el trastorno mental. Hay datos favorables sobre la reducción de la estigmatización mediante iniciativas que aumenten el contacto con los afectados, pues el conocimiento de la enfermedad mental se asocia con una mayor tolerancia que evite la marginación de quienes la padecen.

Necesitamos una psiquiatría, una psicología y unas intervenciones desde ese amplio terreno de lo sociosanitario y lo psicosocial que consideren y estén atentas al saber acumulado por las ciencias de la salud, la historia, la sociología, la antropología y otras ramas del conocimiento pues posiblemente nos ayuden a comprender el sufrimiento humano, mucho mejor que los niveles de serotonina o noradrenalina.

I. Markez

Referencias bibliográficas

- Gómez-Beneyto, M., Rodríguez Pulido, F., Camaño V. Cifre LLull, A., del Río, F., Estévez, J.A., Arias, P., Markez, I., Martínez Calvo, A., Lozano, M.J., Redero, J.M., de la Mata, I., Sánchez, A., Sierra, D., Villegas, F. (2018). Evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2018; 38 (133): 19-43.

- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2007). *Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma*. Madrid: Edita AEN.



ORIGINALES Y REVISIONES

La coterapia, el contigo en el grupo.

The cotherapy, with you in the group.

Mónica Ruiz García-Diego(*) y Luis Palacios Araus(**).

(*) Psicóloga clínica. Psicodramatista, psicoterapeuta. Santander.

(**) Biólogo. Médico Psiquiatra. Psicoterapeuta. Psicodramatista. Grupoanalista. Santander.

Resumen: La coterapia es una forma de psicoterapia en la que dos terapeutas conducen las sesiones conjuntamente. Se trata de una forma de liderazgo compartido en el contexto de un grupo de terapia o de formación experiencial, aunque el concepto puede ampliarse a cualquier grupo. La pareja de líderes ha de articular un complejo trabajo en equipo. El modelo de coterapia tiene un gran potencial terapéutico y de cuidado para todos los participantes en un grupo. El artículo revisa momentos de la creación y desarrollo de la relación que ha dado lugar a la actual pareja de coterapia de los autores. Desde nuestra experiencia, analizamos las características de la coterapia, las particularidades de la dinámica de la relación entre los terapeutas y como se reflejan en el grupo.

Palabras clave: Coterapia. Pareja de terapeutas. Modelo relacional. Codirección. Liderazgo. Terapia de Grupo. Formación. Grupoanálisis. Psicodrama.

Abstract: Cotherapy is a form of psychotherapy in which two therapists conduct the sessions together. It is a form of shared leadership in the context of a therapy or experiential training group, although the concept can be extended to any group. The pair of leaders has to articulate a complex teamwork. The model of cotherapy has great therapeutic potential and care for all participants in a group. The article reviews moments of the creation and development of the relationship that has given rise to the current couple of cotherapy of the authors. From our experience, we analyze the characteristics of the cotherapy, the particularities of the dynamics of the relationship between the therapists and how they are reflected in the group.

Keywords: Cotherapy. Couple of therapists. Relational model. Codirection. Leadership. Group Therapy. Training. Croupanalysis. Psychodrama.



En el lugar de lo imperativo está el emperador.
En el lugar de lo creativo está el creador.
Un encuentro de dos: ojo a ojo, cara a cara.
Y cuando estés cerca arrancaré tus ojos
Y los colocaré en el lugar de los míos,
Y tú arrancarás mis ojos
Y los colocarás en el lugar de los tuyos.
Entonces te miraré con tus ojos
Y tú me mirarás con los míos.

J.L. Moreno

Del grupo familiar al terapéutico

La familia de origen es el grupo más significativo, el escenario donde establecemos nuestros primeros vínculos y aprendemos modelos de relación. Posteriormente, trasladamos y repetimos esta forma de vincularnos a nuevas relaciones, a otros “padres” y “hermanos” que van apareciendo por nuestra vida. Nuestro crecimiento es procesual y cada relación nueva se convierte en una oportunidad de revisar quienes somos y como queremos estar.

A los grupos de terapia, como a los demás, llevamos conflictos adquiridos tempranamente y perpetuados por repetición a través de nuestra biografía. A su vez, el grupo terapéutico crea dinámicas en las que emergen conflictos. Tomar conciencia de lo que sucede en el grupo nos permite su análisis, conocernos como individuos e incluso reparar daños.

La persona que ejerce el rol de terapeuta lleva su propia “mochila”, como cualquier persona. Pero a diferencia del resto de participantes, a los conductores nos corresponde identificar situaciones, estructurar, analizar y asumir la responsabilidad del cuidado y de la salud. Cuanto más sanos estén unos padres como individuos y más sana sea su relación, más salud aportarán a su familia.

El conductor de un grupo debe conocer la técnica y también debe conocerse como persona, analizar su propia historia y su estilo vincular. De esta forma podrá poner sus propias experiencias al servicio del desarrollo del grupo.

El trabajo en codirección (dirección por dos terapeutas) es complejo y requiere esfuerzo pero representa un valioso recurso para el proceso te-

rapéutico. En la dirección de grupos terapéuticos y de formación, los conductores, especialmente si son de diferente género, fácilmente son asociados a la pareja de padres y los compañeros de grupo pasan a representar a los hermanos. De esta forma, en el grupo se reconstruye una especie de grupo familiar. En él, los participantes tendrán la oportunidad de revivir y resolver conflictos acumulados a lo largo de la biografía asociados a experiencias en grupos de carácter personal y profesional.

Puede ser útil que los terapeutas, hayan participado en una experiencia grupal formativa con un componente experiencial que les sirva de base y punto de apoyo en su labor profesional. (1)

Nuestros inicios

En nuestros primeros años como profesionales, Luis (psiquiatra) y Mónica (psicóloga) formamos parte de un mismo equipo. A principios de los 90, formábamos parte del grupo de residentes del servicio de psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. Se trataba de un servicio que tenía una tradición en la terapia de grupo. Algunos de los psiquiatras se habían formado en psicoterapia psicoanalítica y en grupoanálisis en los años setenta (2). Cuando nosotros llegamos, se desarrollaban grupos terapéuticos dirigidos al tratamiento de pacientes con trastornos de alimentación y alcoholismo.

En el programa formativo para residentes que nos acogió predominaban los tratamientos farmacológicos en psiquiatría y los abordajes cognitivo conductuales en psicología. A partir de una iniciativa de un grupo de residentes respaldada por el Jefe de Servicio, Dr. Francisco Díez Manrique, complementamos nuestra formación con la experiencia de participar en un grupo T dirigido por un formador externo, el Dr. Roberto de Inocencio. Y así empezamos un largo camino en nuestra formación como conductores de grupos.

Lo cierto es que en los hospitales los pacientes psiquiátricos están muy solos. El profesional puede sentir la soledad pero pertenece a un grupo, tiene una familia profesional.

No siempre somos conscientes del por qué y para qué de nuestras decisiones. Visto retrospectiva-

mente, el interés que tuvimos por participar en un grupo experiencial era más que curricular. Posiblemente, teníamos una necesidad latente de comunicación con los pacientes y con nuestros compañeros. En ese grupo de formación vertimos nuestra historia, nuestros sueños y también los conflictos personales, institucionales y los pertenecientes a la relación del profesional con el paciente.

Tras estos inicios, hemos pasado por encuentros, desencuentros y reencuentros. Crecer en pareja conlleva tiempo y esfuerzo, si se pretende una relación dinámica. Somos conscientes de que no somos una versión definitiva de nuestra relación. En cualquier caso, lo que pasó en esa "familia" nos acompaña elaborado por el análisis y continúa modificándose a través de nuevas experiencias.

El concepto de coterapia

Las pareja es un subsistema formado por dos personas que mantiene una relación de iguales (relación horizontal). En la pareja el cuidado es mutuo a diferencia de lo que sucede en la relación parental, donde se espera que predomine el cuidado de los padres hacia sus hijos.

La coterapia es una forma de psicoterapia en la que dos terapeutas conducen las sesiones de forma simultánea. Los terapeutas tienen una relación horizontal en cuanto a jerarquía, rol y lugar que ocupan en el grupo (3).

Finalmente, como sucede con los padres en la familia, la coterapia es un trabajo en equipo basado en la cooperación (4).

Hemos dirigido grupos y equipos en diferentes encuadres: en docencia, en grupos de crecimiento personal y de terapia. La mayor parte de las reflexiones compartidas en este artículo están basadas en nuestra experiencia en un grupo de formación de orientación grupoanalítica.

Este grupo, antes de ser dirigido en coterapia, llevaba un recorrido de tres años en los que había sido conducido por un solo profesional (Luis). Como el proyecto inicial no fue cocreado era fundamental dedicar un tiempo al encuentro entre los conductores que facilitara su adapta-

ción al modelo de coterapia. Las características de este grupo son las siguientes:

- Los participantes son adultos profesionales.
- Las sesiones tienen una frecuencia semanal.
- Se alternan 3 sesiones experienciales y un seminario teórico. Las sesiones experienciales duran 90 minutos y los seminarios 120 minutos.
- El tamaño del grupo puede oscilar entre 12 y 16 participante.
- El compromiso mínimo de trabajo es un curso (diez meses de septiembre a julio).

El programa completo dura 3 años pero el compromiso de permanencia se renueva anualmente. Por tanto, se puede entender que se trata de grupo semiabierto: una vez al año (en septiembre) pueden integrarse nuevos miembros hasta completar el número de vacantes que hubiese disponibles.

Teniendo en cuenta que en nuestra primera experiencia formativa grupal participamos en un grupo de orientación grupoanalítica, no deja de ser curioso que éste sea nuestro principal proyecto conjunto.

La coterapia

Sumando recursos

Estábamos dirigiendo un grupo con un encuadre psicodramático (5) en el que la protagonista había representado a su familia a través de sillas vacías. La protagonista mantenía conversaciones con sus familiares en torno a un conflicto que había surgido en la familia relacionado con un regalo de bodas. El director, Luis, se mantenía a su lado y le guiaba en el encuentro con los familiares representados en la escena. El yo auxiliar terapéutico, Mónica, interpretaba sucesivamente el papel de los diferentes familiares.

Cuando la protagonista se encontró con su madre, subió considerablemente la intensidad de la emoción presente en la escena. Para facilitar a la protagonista la comprensión de la perspectiva que tenía su madre del conflicto planteado, se propuso una inversión de roles. El caldeamiento de Mónica a lo largo de la escena le facilitó



ocupar el lugar de la protagonista y así la protagonista poder interpretar el papel de su madre. Mientras tanto, Luis mantenía la visión general de la escena y su dirección.

Lógicamente, la presencia de dos terapeutas aumenta los recursos terapéuticos presentes en un grupo. Sin embargo, como sabemos en psicología, uno mas uno pueden ser mucho más que dos y la riqueza de la coterapia va más allá de la simple suma de los recursos de los coterapeutas.

El reparto de roles

La articulación de roles en coterapia se define de forma diferente en las distintas escuelas de conducción de grupos. En el modelo psicodramático, que correspondería al ejemplo anterior, la dirección está compuesta por un director y un yo-auxiliar terapéutico. En este encuadre, técnicamente, al director le corresponde una visión global de la escena y al yo-auxiliar mantener una mayor cercanía emocional con el protagonista y el resto del grupo, situándose más próximo a la escena. En el modelo grupoanalítico, cuando se trabaja en coterapia los roles no suelen estar predefinidos.

Sin embargo, en la práctica, la estructuración de la coterapia puede estar más condicionada por las características personales y recorrido profesional de los conductores que por el encuadre grupal en el que trabajen.

En un grupo de orientación grupoanalítica, en las primeras sesiones, una pareja de mujeres tendía a acaparar la mayor parte de las intervenciones entrando en frecuentes discusiones. Pensamos que ante nuestra actitud poco directiva, el grupo las situaba en una posición de liderazgo que liberaba al grupo de la angustia que producía este estilo de dirección.

Los coterapeutas estaban de acuerdo en que asociado a este análisis, convenía poner algún tipo de límite. Mónica no se sentía muy cómoda haciendo este tipo de intervenciones, así que decidimos que, al menos de momento, las hiciera Luis que parecía no tener especial dificultad en este aspecto. Lo hicieron así. Se señalaron los roles presentes en el grupo, los que cogían la responsabilidad de “liderar” el grupo, los que

tenían una actitud más “pasiva” y como estos roles podían reflejar roles interpretados en otros grupos, particularmente, en la familia de origen. El grupo, y especialmente estas dos personas, superaron su enfado inicial, finalmente se tranquilizaron y cuestionaron su rol en el grupo y otros grupos.

Unos meses después, poco después de que terminara una sesión del grupo, Mónica y Luis salían del edificio donde tienen lugar las sesiones. En la puerta había algunos miembros del grupo que invitaron a los terapeutas a tomar algo en una terraza cercana. Luis se quedó un tanto descolocado y sin saber que decir, Mónica, de forma resuelta, respondió que llevaban prisa y no se podían entretener.

El grupo debe confiar en la autoridad de la pareja de conductores. Aunque resulte una obviedad, es importante que la autoridad de los conductores sea reconocida y reconocible para todos los componentes del grupo. Es una autoridad basada en la capacidad de análisis y facilitación de la resolución de conflictos y no en el autoritarismo. Por otra parte, El “dentro” y el “fuera” de las sesiones se define para todos los miembros del grupo, incluyendo a sus conductores. Tenemos la norma de no sacar fuera del grupo lo que le pertenece. Esto nos afecta como a cualquier otro participante y supone que todo lo que hablamos con relación al grupo es parte del trabajo y está al servicio del beneficio del grupo.

Utilizamos este ejemplo para comentar el reparto de roles entre los conductores. La función de poner estructura en el grupo debe ser representada por el conductor más dispuesto en cada momento para hacerlo. La pareja de conductores debe saber que su relación es dinámica, en evolución y cambio continuo. Conviene mantener cierta consciencia acerca de que en cualquier momento puede ser adecuado invertir los roles, hasta entonces, habituales, en la pareja de coterapia.

El hecho de que seamos hombre y mujer puede facilitar una cierta tendencia a asumir los roles tradicionalmente asignados al género masculino y femenino. Luis más cercano a la parte más protectora y normativa y Mónica al cuidado y la empatía.

A veces puede ser así. Otras no. Por ejemplo, el silencio de un terapeuta en sesión mientras el otro está se muestra más verbalizador, independientemente de su género, apoya y aprueba a la parte silente del grupo en su forma de participar.

En cierto modo, el reparto de roles se asocia al reparto de poder entre los coterapeutas. Posiblemente su rigidez o flexibilidad muestra hasta qué punto este reparto está al servicio de la tarea terapéutica o, si por el contrario, su objetivo es la contención de los conflictos de poder entre los coterapeutas (6).

La transferencia

El carácter terapéutico del grupo se basa en buena parte en que cada miembro del grupo dispone de un amplio abanico de relaciones (incluyendo diferentes aportaciones y puntos de vista de su miembros) que le pueden servir para conocerse mejor y aprender a resolver sus conflictos de una forma constructiva (7).

Cuando el grupo se dirige desde la coterapia este abanico se amplía. Permite, lógicamente, relacionarse con dos terapeutas en lugar de uno. Pero además, ofrece la oportunidad de experimentar como se viven las relaciones de los dos terapeutas con el resto de los miembros del grupo. Permite, por ejemplo, ponerse en contacto con realidades y fantasías asociadas a cómo vivirán mis compañeros (no conductores) el protagonismo que adquiero en un momento dado ante los conductores.

El terapeuta es objeto de todo tipo de transferencias aunque tienden a ser más frecuentes las transferencias parentales incluyendo las que involucran sólo a los coterapeutas y las que afectan a un sistema más complejo en el que participa uno o los dos coterapeutas y otro u otros miembros del grupo (8).

Un miembro del grupo puede sentirse comprendido y apoyado por Mónica, que estaría asociada a una figura materna comprensiva, y amenazado por Luis, en el que vería una figura paterna autoritaria y punitiva. A veces puede ser Mónica la que represente una figura paterna y Luis una materna. Muchas veces no se llegan a precisar este tipo de conexiones. De hecho, se pueden

mezclar y condensar muchas figuras del pasado y el presente en una relación transferencial (9).

Otro ejemplo haría referencia a como un miembro del grupo puede sentir envidia de otro miembro del grupo al que considera el favorito de un conductor (a pesar de que los conductores ponen un cuidado exquisito en que este favoritismo no se produzca en la realidad). En este caso su tendencia será establecer una relación de rivalidad con el miembro considerado privilegiado.

En otras ocasiones, la presencia de un coterapeuta puede tener un elemento de protección sobre un miembro del grupo. Esta "protección" le permitiría mostrar aspectos que de otra forma no se atrevería a expresar. Por ejemplo, una mujer podría no revelar aspectos de su sexualidad delante de un coterapeuta varón por temor a ser considerada objeto del deseo sexual del terapeuta. En cambio, en una situación de coterapia, esa misma mujer no tendría problemas para compartir aspectos de su sexualidad porque podría entender que la sexualidad del terapeuta varón ya está dirigida hacia su coterapeuta.

Estos aspectos transferenciales pueden resultar muy útiles a la hora de analizar las relaciones y aportaciones de los miembros del grupo que no son los conductores. Pero también deben ser tomados muy en cuenta por su influencia sobre los conductores (contratransferencia). No es raro que un conductor haga una intervención para, inconscientemente, satisfacer a un miembro del grupo. Incluso, la pareja de coterapia puede actuar condicionada, también inconscientemente, por la presión del grupo o una parte de él.

El equipo de coterapia

Saber estar solos y encontrarnos

En las instituciones es frecuente trabajar con el compañero que a uno le toca y este puede no ser el mejor principio. En ocasiones, se puede buscar una pareja con tal de aliviar la soledad o para repartir peso dejando en un segundo plano la selección del compañero de trabajo adecuado.

Los profesionales hacemos un recorrido en el que vamos ganando seguridad a la vez que experiencia y conocimiento. En nuestras primeras etapas, cuando somos principiantes nos mostramos



dependientes, sentimos inseguridad y falta de recorrido. Poco a poco vamos comprobando capacidades. En los inicios la compañía que buscamos suele ser de colegas que saben más y con la finalidad de aprendizaje.

Una vez ganamos experiencia también hacemos un proceso de separación que nos da identidad y autonomía. Este cambio es imprescindible para crecer: saber estar solos. Cómo en cualquier relación los profesionales tenemos riesgo de no salir de la dependencia inicial. También podemos optar por un mayor crecimiento y desde ahí logran la autonomía necesaria para trabajar de forma individual, o podemos elegir el trabajo en equipo. Lo que nos parece más completo es desarrollar ambas capacidades, la de trabajar solos y en colaboración. Nuestro trabajo individual enriquece el trabajo en coterapia y viceversa.

La riqueza será mayor si sabemos posicionarnos más en función de los proyectos y tareas y menos por dependencias. Este principio es el que trasladamos a nuestro modelo de coterapia. Dirigimos las sesiones conjuntamente sin que ello implique repartir las intervenciones al cincuenta por ciento, ni distribuir tareas. Las aportaciones más bien hay que sentirlas en el alma, en la necesidad del grupo y en la complementariedad con el otro. Para trabajar juntos hace falta encuentro y renuncia. Codirigir idealmente, aunque en la práctica no sea del todo posible, es un proceso de encuentro con uno mismo y después con el otro, un diálogo más allá de las palabras que parte de la capacidad de reconocerse individuo para ser pareja creativa sin perderse en la relación.

Tampoco pretendemos estar siempre de acuerdo. A veces vamos en la misma dirección y otras veces exploramos áreas diferentes. Hasta el momento evitamos caminar en direcciones opuestas, mostrando abiertos desacuerdos. Pensamos que podría confundir al resto del grupo. O quizás, pongamos al resto del grupo como excusa para ocultar nuestra propia dificultad para expresar discrepancias.

Quizás conviene recordar que juntos podemos ser más fuertes para crear. Pero también para destruir.

Dar valor a las cualidades propias y a las del otro

En todas las relaciones horizontales surgen aspectos competitivos y rivalidades que en algunas ocasiones terminan con la relación. Entre colegas pueden comprometer incluso la tarea (10).

La relación de coterapia precisa de admiración que no es lo mismo que idealización. Entendemos la idealización como una emoción más próxima al enamoramiento de fases iniciales y le atribuimos a la admiración un elemento de realidad que supone el aprecio de las cualidades del otro sin menospreciar las propias.

A la hora de trabajar en coterapia, puede ser importante elegir a un compañero con el que haya un equilibrio razonable entre los aspectos que se comparten y los que diferencian. De esta forma, hay un entendimiento de base sobre el que resulta posible desarrollar una complementariedad.

La confianza

El hecho de compartir experiencias personales y profesionales facilita el conocimiento mutuo y el encuentro. La comunicación y el diálogo nos permiten identificar diferencias y puntos de encuentro para así bajar las defensas y confiarnos el uno en el otro. A través de la confianza vamos logrando una relación en la que predomine la colaboración sobre la competición. El diálogo disminuye el miedo, favorece la apertura y la confianza en el otro.

Este trabajo fue inicialmente redactado por Mónica. Posteriormente lo revisó y modificó Luis. Y luego se hizo un nuevo ciclo de revisiones ya muy centrado en detalles formales. Un artículo es como un pequeño hijo. Para dejar al otro en la libertad de modificarlo de acuerdo con su criterio es necesario confiar en él.

El grupo se siente seguro si sus conductores tienen una relación cercana y constructiva. Confían el uno en el otro y ambos en el grupo. La seguridad del hijo está en relación directa con la confianza que tiene sus padres entre sí y en él.

La Intimidad

En el trabajo con emociones la comunicación es íntima por definición. Para la pareja de tera-

peutas podría resultar amenazante un exceso de proximidad puesto que la intimidad tiende a asociarse a sexualidad. La fantasía sexual es frecuente en las relaciones profesionales, especialmente si el trabajo supone una elevada implicación.

En la medida en que la fantasía sexual entre los terapeutas sea consciente y aceptada podrá ser leída, interpretada y contextualizada en la dinámica del grupo. En ocasiones la fantasía sexual refleja una dificultad para mantener la relación íntima asociada a la coterapia. Otras veces, está asociada a una presión grupal que necesita ver a los terapeutas como pareja. Y finalmente, conviene recordar que la sexualidad posiblemente se encuentre presente, en mayor o menor medida, más o menos aceptada, en todas las relaciones humanas.

Fomentar la comunicación

El aprecio mutuo junto a la comunicación son antidotos y recursos que permite neutralizar rivalidades y agresividades, de las cuales nunca estamos exentos.

La comunicación entre profesionales, a menudo difícil, es fundamental para el buen funcionamiento de los equipos. Cuanto mayor es el componente "pareja" (más allá de la suma de dos individuos) mayor es el esfuerzo de encuentro y comunicación que se debe hacer.

Durante la gestión y posterior desarrollo del grupo de formación, nos hemos reunido una hora a la semana para compartir análisis, ideas y aspectos técnicos relacionados con este proyecto. En este sentido, tiene un aspecto de intervisión. También, a veces, incluye compartir aspectos emocionales y personales relacionados con el trabajo. Cuando comenzamos con las sesiones grupales, establecimos lo que quedamos en llamar nuestro tiempo pre y postsesión. Nos reunimos unos veinte minutos antes y después de la sesión de grupo para revisar nuestros análisis y expectativas.

Vasos comunicantes

La relación entre los coterapeutas condiciona su forma de intervenir en el grupo y da un modelo

relacional a los integrantes del grupo. A su vez, la participación de los coterapeutas en el grupo y lo que sucede en el grupo contribuye a transformar la relación entre los terapeutas.

Se trata de un círculo de interdependencia entre lo que sucede dentro y fuera del grupo sobre la relación entre los terapeutas.

Al principio de nuestra relación tratábamos de seguir una misma línea de análisis durante las sesiones. Llegado un punto, cambiamos y nos permitimos que cada uno explorara diferentes opciones de interpretación buscando una complementariedad. A raíz de este cambio, en el grupo aumentó la confianza y la cohesión en el grupo. Se trataron nuevos temas y en mayor profundidad. La relación entre los terapeutas se relajó y este cambio se trasladó al grupo. Curiosamente, este cambio coincidió con que por primera vez, los terapeutas se sentaran dos sesiones consecutivas, el uno al lado del otro, juntos.

Conclusiones

- La presencia de los dos líderes en las sesiones de un grupo determina una dinámica diferente que recrea el grupo familiar. Los miembros del grupo se pueden comportar de forma diferente en función del género del terapeuta.
- La relación de coterapia favorece la comunicación circular en el grupo y ofrece un modelo que puede ser terapéutico y transformador en si mismo.
- El reparto de roles entre los terapeutas resulta especialmente interesante y eficaz cuando es flexible y dinámico.
- La coterapia amplía las posibilidades de transferencia en el grupo y por tanto su capacidad terapéutica.
- La relación entre los terapeutas se asocia a un elevado grado de intimidad y requiere un esfuerzo continuo de revisión y cuidado.
- La coterapia implica una relación de confianza entre los terapeutas. Para ello deben mantener una comunicación amplia y franca.



- La coterapia puede ayudar al terapeuta a liberarse de aspectos narcisistas y de endiosamiento.
- En la relación terapéutica, existe una interrelación entre lo que sucede dentro y fuera del grupo.
- La coterapia tiene un potencial de crecimiento y aprendizaje muy poderoso para los terapeutas y para el resto de los componentes del grupo.

Contacto

Mónica Ruiz García-Diego • Tel.: 34 942 225 388 • monica.rgd@cop.es
Consulta de psicología Clínica y Psicoterapia • C/Miguel Artigas 6, 4B • 39002 Santander

Luis Palacios Araus • Tel.: 34 942 364 735 • lpalacios@rivendelsl.com • Skype: luispalaciosaraus
Consulta privada de psicoterapia en Santander • C/Moctezuma, 4, 1-4 • 39003 Santander

Bibliografía

1. Edelman L, Kordon D. A Manera de Introducción a la Teoría y Práctica de los Grupos. Vertex. *Rev. Arg. de Psiquiatría*. Vol III, nº 7, 1992: 25-31.
2. J.F. Diez Manrique: “La psicoterapia en el Hospital general”: *Actas Luso-Españolas de Neurol. y psiquiatría*. Vol.XI, nº1. Enero-Febrero. “Abstract of International Congress of General Hospital Psychiatry”. (48-49). 1983.
3. Pavlovsky E, Abadi M. *Una experiencia de psicoterapia grupal: la coterapia*. Clínica Grupal I, Ediciones Búsqueda, Buenos Aires, 1980.
4. Nowak, M. “¿Por qué Cooperamos?”. *Investigación y Ciencia*. Octubre, 2012. Págs. 18-23.
5. Blatner, A. “*El Psicodrama en la Práctica*”. Editorial Pax Mexico. Mexico, 2005.
6. Kaplan H, Sadock B. *Terapia de Grupo*. Editorial Médica Panamericana. Barcelona, 1996
7. Yalom, I. “*Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo*”. Ed. Fondo de cultura Económica. 1986.
8. Freud, S. “*El Porvenir de la Terapia Psicoanalítica*”. Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva. Tomo II. Págs. 1564-70. 1910/1981.
9. Sandler, J. et al. “*El Paciente y el Analista*”. Ed. Paidós. 2ª ed. 1992.
10. Berger M. “Envy and Generosity between Cotherapists” *Group*; Vol 26, No 1, 2002, Págs 107-121.

- Recibido: 30/11/2018.
- Aceptado: 29/12/2018.

La Subjetividad del Terapeuta.

The Subjectivity of the Therapist.

Ander Retolaza Balsategui.

Médico Psiquiatra. CSM de Basauri, RSM de Bizkaia.

Resumen: Existen expectativas mutuas entre médicos y pacientes sobre lo que uno puede esperar del otro. Es común a ambos esperar comprensión, respeto y ausencia de daño. En beneficio del paciente el médico debe preservar una cierta neutralidad terapéutica. El médico aconseja. Pero solo debe hacerlo sobre cuestiones generales relacionadas con los cuidados sanitarios. Nunca debe hacerlo sobre aspectos personales de la vida del paciente. Ni siquiera en el frecuente caso de que éste se lo pida.

Una exclusión total de la subjetividad resulta utópica y nunca puede llevarse a cabo de manera satisfactoria. Por ello lo más práctico es que el médico se conozca a sí mismo, al menos en los aspectos básicos de su personalidad, y pueda utilizarlos de una manera prudente en beneficio del paciente.

Palabras Clave: Subjetividad. Apego. Teoría de la Mente. Terapia.

Abstract: There are mutual expectations between doctors and patients about what one can expect from the other. It is common for both to expect understanding, respect and absence of harm. For the benefit of the patient, the doctor must preserve a certain therapeutic neutrality. The doctor advises. But you should only do so on general issues related to health care. You should never do it about personal aspects of the patient's life. Not even in the frequent case that he asks for it.

A total exclusion of subjectivity is utopian and can never be carried out satisfactorily. Therefore, the most practical thing is that the doctor knows himself, at least in the basic aspects of his personality, and can use them in a prudent way for the benefit of the patient.

Key Words: Subjectivity, Attachment. Theory of Mind. Therapy.

Subjetividad: Definición RAE

1. adj. Perteneciente o relativo al sujeto, considerado en oposición al mundo externo.
2. adj. Perteneciente o relativo al modo de pensar o de sentir del sujeto, y no al objeto en sí mismo.
3. adj. Gram. Perteneciente o relativo al sujeto o al agente.

El concepto de subjetividad está vinculado a una cualidad: lo subjetivo. Este adjetivo, que se origina en el latín *subjectivus*, se refiere a lo que pertenece al sujeto estableciendo una oposición a lo externo, y a una cierta manera de sentir y pensar que es propia del mismo. En este sentido, puede afirmarse que la subjetividad es una propiedad opuesta a la objetividad. Mientras que la primera se sustenta en la opinión y los intereses propios del sujeto, la objetividad implica tratar a los conceptos como si fuesen cosas, de manera distante y con la menor implicación personal posible.

La diferencia entre la subjetividad y la objetividad es clara al analizar distintos textos. Aquellos que explicitan la opinión del autor son subjetivos; los que intentan limitarse a los datos concretos y fácticos son objetivos. Por ejemplo: “*El fantástico equipo argentino humilló al rival con un juego de gran nivel*” es una frase subjetiva; “*Argentina derrotó cuatro a cero a su oponente*” es una frase objetiva. En un sentido similar, si alguien expresa “*La mejor banda de rock de la historia ofrecerá uno de sus mágicos shows en nuestro país*” estará siendo subjetivo, a diferencia de quien comenta que “*Los Rolling Stones se presentarán en España*”.

La filosofía analiza este tema en forma detallada. De acuerdo a ella, la subjetividad está vinculada a una interpretación que se realiza sobre la experiencia, por lo que sólo es accesible a la persona que tuvo la vivencia en cuestión. De esta forma, el sujeto desarrolla sus propias opiniones, de acuerdo a su percepción particular y determinadas por lo vivido.

Algunos autores han definido el concepto como la capacidad de pensar, negociar, interactuar y dar cierta intencionalidad a una acción. Dichas capacidades van de lo individual a lo colectivo, y se llevan a cabo a través de una organización del trabajo de manera informal y única, porque todos los seres humanos tenemos nuestra propia forma de expresar dichos pensamientos y realizar las acciones respectivas.

Subjetividad en el lenguaje

En lingüística existen los conceptos de objetividad y subjetividad para referirse a la intencionalidad de un determinado mensaje. Para identi-

carlo se realiza un análisis sobre las modalidades oracionales que han sido utilizadas en el mismo. La objetividad se vincula con un significado *denotativo* u objetivo, el cual es común a todos los hablantes y cuenta con una estructura tangible que permite un entendimiento exacto de lo que se dice. Un ejemplo de lenguaje objetivo son los textos de tipo científico.

La subjetividad está relacionada con un significado *connotativo*, que responde a experiencias emocionales, ya sean positivas o negativas, y es propia de cada contexto. Es decir que la comprensión de ese mensaje dependerá de quien lo pronuncie, en qué situación y a quién vaya dirigido. Es un elemento protagonista tanto del lenguaje coloquial como del literario.

Características del mensaje subjetivo

Ciertos rasgos en un mensaje permiten que pueda ser identificado como subjetivo; aquí presentamos los más importantes:

- **Modalidad oracional:** se utilizan principalmente oraciones exclamativas, dubitativas o desiderativas para expresar afectividad, así como rotundas negaciones o afirmaciones.
- **Léxico valorativo:** preponderancia de vocablos afectivos (*hermoso, cariño*), verbos imperativos o que indiquen posibilidad (*no debe olvidarse, conviene que*), expresiones que sugieran o manifiesten una duda (*por supuesto, tal vez*) y complementos que expresen una posición ideológica del hablante (*en mi opinión, a mi modo de ver*).
- **Recursos expresivos:** Utilización de ciertas redundancias (*lo vi con mis propios ojos*), interrogaciones de tipo retórico, palabras malsonantes, insultos, hipérbolos (*Que veo menos que un gato de escayola*) y eufemismos.
- **Signos de puntuación:** Uso de puntos suspensivos con el objetivo de crear duda o expectativas, paréntesis en el lenguaje escrito para realizar aclaraciones y comillas para marcar o subrayar una palabra que ha sido dicha con ironía.

Subjetividad es el punto de vista o la valoración expresados a partir de los sentimientos, sensa-

ciones, intereses, vivencias, opiniones y deseos de quien habla, sobre una persona, idea o cosa en concreto; contraponiéndose a la valoración objetiva, que, por lo menos idealmente, sólo se basa en los hechos comprobables y medibles, o bien, en los valores universales.

En una conversación o escrito, sin importar el tema, la subjetividad es evidente, si lo que se expresa es una opinión, basada en las opiniones y deseos de quien habla o escribe sobre algo o alguien.

Subjetivo y Objetivo en la relación terapéutica

Un aspecto importante de las relaciones entre objetividad y subjetividad se deriva de algunos descubrimientos de la ciencia en el último siglo. En física el Principio de Indeterminación de Heisenberg establece que hay determinadas cualidades de las partículas atómicas, como es el caso del electrón, que no pueden ser conocidas de una forma exacta y correcta porque no pueden ser convenientemente medidas, ya que en la acción de medir alteramos sus características. En líneas generales se considera que la presencia del observador y el hecho de observar algo inducen cambios en el objeto observado, que ya no es el mismo que en la situación previa al hecho observacional.

En determinados ámbitos, como la medicina, la psicología o la psiquiatría este tipo de cuestiones puede tener consecuencias importantes. Se supone que, tanto desde una perspectiva terapéutica como desde una perspectiva ética, el interés del paciente debe ser tenido siempre en cuenta como un aspecto fundamental del trabajo clínico. Es necesario preservar en lo posible al paciente de cuantos peligros o situaciones de riesgo puedan derivarse de los procesos diagnósticos y terapéuticos. En consecuencia la perspectiva positivista tiende a intentar defender una posición objetiva de los procedimientos clínicos, lo que excluye de la misma toda traza de subjetividad proceda ésta del paciente o, sobre todo, del terapeuta. Ello supone un acercamiento a la enfermedad desde una posición científico-natural, entendiendo que está constituida de forma única y exclusiva por hechos de carácter físico-biológico. Se intenta considerar así los hechos y sólo los hechos. Se establecen

por consiguiente juicios de hecho que intentan excluir toda subjetividad.

Estas posiciones son prácticamente imposibles de sostener en la práctica real de las profesiones relacionadas con la clínica. Los padecimientos de las personas y las demandas con las que éstas se acercan a quienes las tratan están siempre teñidos de aspectos subjetivos, de matices personales que resulta imposible eludir. Hay que tener en cuenta los hechos, pero también los valores, lo que implica que muchos de los juicios que pacientes y terapeutas realizan son juicios de valor, que no pueden ser separados de las situaciones concretas de cada caso, ni de la relación terapéutica. Con todo, la subjetividad parece que, como mucho, solo podría ser aceptada cuando procede del paciente, que es quien, de entrada, tiene derecho a expresarla, pero nunca en el caso del terapeuta por lo que pueda tener de imposición de su mundo al de aquél y los perjuicios que se puedan derivar de esto. Al médico, al psiquiatra se le exige neutralidad terapéutica, lo que significa utilizar en el proceso terapéutico sólo los procedimientos establecidos para el tratamiento y diagnóstico, pero sin influir, de una manera personal en ellos, ni en los resultados que produzcan en el paciente.

¿Qué sentido puede tener entonces el conocimiento de la subjetividad del terapeuta y, más aún, el considerar la influencia de ésta en la acción terapéutica? ¿No parece un contrasentido o cuando menos un contrafuero ético?

Ocurren varias cosas. La primera de ellas deriva de la dificultad de establecer que los padecimientos psicológicos, los trastornos mentales, procedan de forma exclusiva de disfunciones en la esfera físico-natural. No se trata de negar la presencia de la misma, ya sea en forma de cualquier tipo de alteración cerebral o funcional, como ocurre en el caso de los neurotransmisores. Pero no parece posible excluir de forma completa la presencia de factores de índole psico-social, cualquiera que sea la influencia de los mismos. La segunda, y no menos importante, de las cosas que ocurren se relaciona con el hecho, ya mencionado, de la imposibilidad de excluir la presencia de lo subjetivo en el ámbito de la clínica psicológico-psiquiátrica, lo que obliga a pensar muy seriamente en qué hacer

con ella y cómo manejarla de una manera que sirva al paciente.

Revisaremos para ello varios conceptos y teorizaciones a lo largo de esta exposición.

Generalidades

Existen expectativas mutuas entre médicos y pacientes sobre lo que uno puede esperar del otro. Es común a ambos esperar comprensión, respeto y ausencia de daño. En beneficio del paciente el médico debe preservar una cierta neutralidad terapéutica. El médico aconseja. Pero solo debe hacerlo sobre cuestiones generales relacionadas con los cuidados sanitarios. Nunca debe hacerlo sobre aspectos personales de la vida del paciente. Ni siquiera en el frecuente caso de que éste se lo pida.

No debemos olvidar que, por lo común, y sobre todo en la práctica sanitaria en servicios públicos (a los que se acerca una mayoría de pacientes de clases sociales desfavorecidas) existen diferencias culturales y sociales importantes entre el médico y sus pacientes. Esto tiene relevancia y debe ser tenido en cuenta, especialmente a la hora de la comunicación y de las claves del comportamiento público.

Pero una exclusión total de la subjetividad resulta utópica y nunca puede llevarse a cabo de manera satisfactoria. Por ello lo más práctico es que el médico se conozca a sí mismo, al menos en los aspectos básicos de su personalidad, y pueda utilizarlos de una manera prudente en beneficio del paciente.

En la relación terapéutica de tipo psicológico o psiquiátrico todo esto adquiere especial relevancia dadas las características de los pacientes. Pero también por las especiales circunstancias que rodean a la relación que se establece entre paciente y terapeuta y muchas de las técnicas empleadas en los tratamientos, especialmente en los de tipo psicoterapéutico.

El terapeuta debe estar preparado para trabajar utilizando sus propios sentimientos, emociones e ideas como elementos a utilizar en pro del paciente. Pero siempre de una manera que no suponga una intromisión excesiva y no autorizada en la intimidad de aquél. Lo correcto, pero tam-

bién lo más difícil y lo que requiere una mayor capacitación técnica, es poder utilizar esos elementos del mundo interno del terapeuta como caja de resonancia, o como espejo, en los que el paciente pueda observar sus propios sentimientos y temores de tal forma que, después de conocerlos y comprenderlos, pueda manejarse con ellos (si es posible) de una forma más adaptativa.

El terapeuta debe impedir expresar o incluir entre los contenidos de la terapia aspectos de su propia personalidad que no sean susceptibles de ayudar al paciente. Según expresión de W. Bion, el terapeuta debe trabajar “sin memoria, ni deseo” para facilitar el camino de la recuperación de su paciente. Esta expresión hace referencia a la apertura que debe tener a todo lo que ocurra en cada sesión de tratamiento sin tener en cuenta su experiencia anterior, ni en lo personal, ni en lo referente a otros pacientes que haya tratado con anterioridad. Cada situación es nueva y hay que evitar, en lo posible, todo tipo de juicios previos.

A fin de ver mejor todo esto describiremos a continuación tres conceptos que nos ayudarán a ir entrando en el campo que nos ocupa en este trabajo:

Concepto de Timing: De time=tiempo. Se refiere a que el terapeuta debe adaptar el ritmo e intensidad de la terapia a su paciente. Para señalar algunas cuestiones, especialmente las conflictivas, hay que tener en cuenta al *‘timing-tiempo’*. Esto se refiere al momento adecuado para comunicar algo nuevo. Implica que la persona pueda comprender ese significado en ese momento. Hay dos recursos sencillos para comprender esta característica: a) pensar en las imágenes inconscientes como una foto, que siempre se mantiene igual; y b) pensar en un niño muy pequeño y lo imperativo de sus urgencias, especialmente al principio cuando no hay posibilidad de memoria de evocación.

Concepto de transferencia: La transferencia se define en psicoanálisis como “El desplazamiento del afecto de una persona a otra”. Los patrones de sentimiento y comportamiento que originalmente se experimentaron con las figuras importantes en la niñez se desplazan o vinculan a los individuos en las relaciones actuales de la persona (por ejemplo, un psico-

terapeuta). El paciente reacciona con respecto a su terapeuta como si fuera una persona importante del pasado. Las reacciones de transferencia pueden ser positivas o negativas. La transferencia positiva es delimitada como “Transferencia de los sentimientos positivos sobre otras relaciones anteriores a la relación entre el paciente con el terapeuta”. Mientras que la transferencia negativa se denomina como “Sentimientos de hostilidad que un paciente transfiere de relaciones anteriores a su relación con el terapeuta”.

Concepto de contratransferencia: Se utiliza para denominar las reacciones, actitudes, pensamientos e ideas que el terapeuta produce en la relación con su paciente, particularmente aquellas que surgen como respuesta a la transferencia o a los «fenómenos transferenciales» que ocurren en este último. La contratransferencia es un tema controvertido en el propio psicoanálisis, que fue el dominio donde se describió de inicio. La primera fuente de discusión es la definición misma: Mientras unos se inclinan por una noción ampliada, donde la contratransferencia designa todos los procesos inconscientes del analista que puedan intervenir en la cura, otros autores, proponen un concepto más restringido, donde la contratransferencia se referiría específicamente a la reacción del analista frente a la transferencia del paciente. Sin embargo, el asunto alcanza aquí una mayor complejidad, puesto que esta última definición da pie a la posibilidad de definir fenómenos de transferencia y de contratransferencia a ambos lados de la relación analítica, es decir tanto en el analizado como en el analista.

Teoría del apego

Se trata de una teoría que describe las dinámicas a largo plazo de las relaciones entre los seres humanos. Su principio más importante se basa en que un recién nacido necesita desarrollar una relación con, al menos, un cuidador principal para que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad. La teoría del apego abarca un campo interdisciplinario que implica teorías psicológicas, evolutivas y etológicas. Después de la Segunda Guerra Mundial había muchos huérfanos y sin hogar que presentaban grandes dificultades en muchos países. La ONU pidió al

psiquiatra y psicoanalista John Bowlby que escribiera una guía de ayuda sobre el tema. La teoría del apego surgió de su trabajo posterior sobre las cuestiones planteadas.

Los bebés se apegan a los adultos que son sensibles y receptivos a las relaciones sociales con ellos, y que permanecen como cuidadores consistentes durante un período comprendido desde cerca de seis meses a los dos años de edad. Cuando el bebé comienza a gatear y caminar, empieza a utilizar a las figuras de apego (las personas conocidas) como una base segura para explorar más y regresar de nuevo a ellas. La reacción de los padres lleva al desarrollo de patrones de apego y éstos, a su vez, conducen a modelos internos de trabajo que guiarán las percepciones, emociones, pensamientos y expectativas individuales en las relaciones posteriores. La ansiedad por la separación o el dolor tras la pérdida de una figura de apego se considera una respuesta normal y adaptativa de un recién nacido. Estos comportamientos parecen haber evolucionado debido a que aumentan la probabilidad de supervivencia del niño.

El comportamiento infantil asociado al apego es principalmente la búsqueda de la proximidad a una figura de apego. Para formular una teoría completa sobre la naturaleza de los vínculos afectivos prematuros, Bowlby exploró una variedad de campos, incluyendo la biología evolutiva, la teoría psicoanalítica de la relación de objeto, la teoría de sistemas de control, y los campos de la etología y psicología cognitiva. Finalmente Bowlby publicó un estudio exhaustivo en tres volúmenes titulado *Apego, Separación y Pérdida*.

Más tarde las investigaciones realizadas por la psicóloga del desarrollo Mary Ainsworth en las décadas de 1960 y 70 reforzaron los conceptos básicos, introdujeron el concepto de «base segura» y desarrollaron la teoría de un número de patrones de apego en recién nacidos: apego seguro, apego inseguro-evitativo y apego inseguro-ambivalente. Posteriormente, fue identificado un cuarto patrón, el apego desorganizado.

En la década de 1980, la teoría se extendió a los adultos. Otras interacciones pueden ser interpretadas como componentes de la conducta de apego. Entre ellas se incluyen, por ejemplo, las relaciones

entre pares en cualquier franja de edad, la atracción romántica y sexual, y las reacciones ante la necesidad de cualquier tipo de cuidado (niños, enfermos o ancianos). La teoría del apego ha sido utilizada también para orientar y organizar acciones terapéuticas dirigidas a pacientes mentales.

El tipo de apego desarrollado por los recién nacidos depende de la calidad de la atención que reciben. Cada patrón de apego está asociado a un cierto estilo de comportamiento característico, como se describe en la siguiente tabla 1:

Tabla 1: Patrón de comportamiento del niño y del cuidador antes de los 18 meses de edad		
Patrón de apego	Niño	Cuidador
Seguro	Utiliza al cuidador como una base segura para la exploración. Protesta frente a la ausencia del cuidador y busca su proximidad. Puede ser consolado por extraños, pero muestra una clara preferencia por el cuidador habitual.	Reacciona de forma apropiada, rápida y consistente a las necesidades. El cuidador establece con éxito un vínculo seguro con el niño.
Ansioso	Incapaz de hacer frente a las ausencias del cuidador. Busca garantías constantemente.	Excesivamente protector con el niño. No puede permitir riesgos, ni favorecer la independencia.
Ambivalente/ Resistente	No puede utilizar al cuidador como una base segura. Busca la proximidad antes de que ocurra la separación. Se irrita con la separación con ambivalencia, rabia, renuencia a aproximarse al cuidador y enseguida volver a jugar. Se preocupa por la disponibilidad del cuidador, buscando contacto, pero resistiendo furiosamente cuando se le acercan. No es aliviado fácilmente por extraños. El niño siempre se siente ansioso porque la disponibilidad del cuidador nunca es consistente.	Inconsistente. Presenta tanto respuestas apropiadas como negligentes. Por lo general, reacciona sólo después de aumento de la conducta de apego del niño.
Evitativo	Poco intercambio afectivo en el juego. Poca o ninguna irritación con la marcha del cuidador. Poca o ninguna respuesta visible cuando vuelve, ignorándolo o alejándose sin ningún esfuerzo para mantener contacto. Trata al extraño de manera similar al cuidador. El niño siente que no hay apego, por lo tanto es rebelde y tiene baja autoimagen y autoestima.	Pequeña o ninguna respuesta a la irritación del niño. Desalienta el lloro y alienta la independencia.
Desorganizado	La falta de una estrategia coherente de apego muestra comportamientos contradictorios y / o confusos como acercarse, pero sin mantener la mirada.	Comportamiento asustado o asustador. Intrusión, retiro, negatividad, confusión de roles, errores de comunicación afectiva. Malos tratos. A menudo asociado a formas de abuso infantil.

Significado de los patrones de apego

Existe un amplio cuerpo de investigaciones que muestran una asociación significativa entre las tipologías del apego y el comportamiento de los

niños en diversos campos. El apego inseguro prematuro no es necesariamente predictor de dificultades, pero es inadecuado para el niño, sobre

todo si las conductas parentales inapropiadas continúan durante toda la infancia. Comparados con los niños con apego seguro, los niños con apego inseguro no están bien apoyados en muchos ámbitos de la vida, lo que pone a sus relaciones futuras en peligro. Aunque la conexión no esté totalmente establecida por la investigación y haya otras influencias además del apego, los recién nacidos seguros son más propensos a ser socialmente competentes. Las relaciones formadas con semejantes influyen la adquisición de habilidades sociales, el desarrollo intelectual y la formación de la identidad social. La clasificación del estado (bien atendido, descuidado o rechazado) de los niños sienta las bases para la predicción de ajuste posterior. Los niños inseguros, sobre todo los evitativos, son especialmente vulnerables a diversos riesgos asociados a sus futuras relaciones. Los problemas sociales y de comportamiento aumentan o disminuyen con el deterioro o mejora de la atención de sus padres. Sin embargo, un apego seguro desde edades muy tempranas parece tener una función protectora duradera. Así como la vinculación a figuras paternas, las experiencias posteriores pueden alterar el curso del desarrollo.

El patrón más preocupante es el apego desorganizado. Alrededor del 80% de los recién nacidos que sufrieron maltrato son susceptibles de ser clasificados como desorganizados, en contraposición al 12% encontrados en grupos que no sufrieron maltrato. Solo alrededor del 15% de los recién nacidos que sufrieron maltrato son propensos a ser clasificados como normales en cuanto al apego. Los niños con un patrón desorganizado en la infancia tienden a mostrar, en las relaciones, claros patrones de disturbio. Sus relaciones con sus pares, muchas veces, se caracterizan por un patrón de agresión y retirada llamado «reacción de lucha o huida». Estos niños tienen más probabilidades de convertirse en padres que maltratan. Una parte de estos niños no tienen una buena relación con sus compañeros. La relación entre el apego inseguro, sobre todo del tipo desorganizado, y el surgimiento de psicopatología no está bien establecida, aunque constituye un factor de riesgo no específico para problemas futuros. Pero no es, en sí mismo, una patología o una causa directa de la misma.¹

Una explicación para los efectos de las tipologías de apego temprano puede estar en el me-

canismo interno de funcionamiento que se genera, con cada una de ellas, en las personas. Los modelos internos no son solo «imágenes», sino que también se refieren a los sentimientos despertados. Ellos permiten a la persona anticipar e interpretar el comportamiento del otro y planificar una reacción. Si un recién nacido percibe a su cuidador como una fuente de seguridad y apoyo, es más propenso a desarrollar una autoimagen positiva y espera reacciones positivas de los demás. Por otro lado, un niño que sufre una relación de abuso por parte de un cuidador, puede internalizar una autoimagen negativa y generalizar las expectativas negativas en otras relaciones. Los modelos internos de funcionamiento, en los que se basa el comportamiento de apego, muestran un buen grado de continuidad y estabilidad. Los niños son propensos a caer en las mismas situaciones que sus cuidadores primarios, lo que indica que los modelos de los cuidadores afectan a la forma de relacionarse con sus hijos. Bowlby creía que los primeros patrones de comportamiento formados son más propensos a persistir porque existen en el subconsciente. Estos modelos no son, sin embargo, inmunes al cambio.

Teoría de la Mentalización

Mentalizar significa saber interpretar lo que está pasando en la mente de otras personas. La mentalización se define como la capacidad de interpretar el comportamiento propio o el de otras personas mediante la atribución de estados mentales.¹ No se trata solo del comportamiento del otro, sino de las ideas que nos hacemos sobre las creencias, sentimientos, actitudes y deseos que subyacen en su conducta. De la misma manera se podría entender reflexivamente la experiencia personal y el actuar propio. El concepto de mentalización procede de la investigación y teorización de la *Theory of Mind* y fue acuñado por Peter Fonagy y Mary Target.

La mentalización presupone un entendimiento de la naturaleza de lo mental. Esto incluye el conocimiento de que la realidad solo está representada en la mente, pero que las ideas en general no corresponden exactamente al mundo real.

La capacidad de mentalización comienza a desarrollarse en los primeros meses de vida. En

una relación de apego seguro con las personas adultas significativo se lleva a cabo un intercambio social. Esto permite al niño diferenciar cada vez mejor las emociones, entenderlas y controlarlas, así como la capacidad de dirigir su propia atención. En general, la posibilidad básica para mentalizar se encuentra constituida a partir de los cuatro años.

Cuanto más capaz sea una persona de entender otra, tanto mayor será su capacidad de adaptarse a distintos entornos sociales. Si una persona es capaz de interpretar correctamente los deseos, ideas y convicciones de otras personas, logrará a través de ello ser más adaptable. Una mentalización eficaz sirve para:

- La orientación y control de la comunicación interpersonal y la configuración de vínculos.
- La regulación de las propias emociones y comportamientos.
- Una mayor competencia social y emocional.

Fonagy y Target destacan la capacidad de interpretar estados psíquicos como un desarrollo social significativo del ser humano. Las aptitudes que se desarrollan de esta manera las denominan *función de interpretación interpersonal*. Consideran la función de interpretación personal como un instrumento para el procesamiento de nuevas experiencias. Para utilizar esta función, deben concurrir otras funciones psíquicas complejas, como son:

- La regulación de las emociones.
- El control de la atención.
- Las habilidades mentalizadoras.

Para hacer uso de la capacidad de mentalizar, es necesario un complejo interjuego de diversas funciones psíquicas. Estas funciones se condicionan mutuamente. Si, por ejemplo, la función de control de la atención no está suficientemente desarrollada, no le resultará posible a esa persona una adecuada interpretación interpersonal en situaciones de estrés. Las reacciones emocionales negativas frente a las acciones de otros no pueden ser atribuidas al estado mental del otro. En una situación así faltaría la distancia reflexi-

va necesaria. A una persona, por ejemplo, no le resulta posible atribuir o explicar un comportamiento supuestamente agresivo de otro basándose en las propias acciones o expresiones. En esa situación no se efectúa la reflexión de las causas que anteceden.

La capacidad de comprender la conducta propia y de otros seres humanos sobre la base de estados mentales intencionales es vista por los investigadores como la forma más elevada del desarrollo de la función de interpretación interpersonal. Un apego mal adaptado impide el desarrollo de tal función de interpretación interpersonal. Las personas que sufren de un trastorno de la personalidad no poseen esta función.

En un desarrollo normal se presentan fases tempranas del desarrollo del sí mismo y del entendimiento de sus posibilidades de ser el autor de cambios en su entorno social y físico. De esta manera un niño debe primero comprender qué cosas puede producir en su entorno antes de poder entender que también tiene influencia en el conocimiento de otra persona. Este desarrollo se va haciendo más complejo con los años. Resulta posible distinguir cinco fases de la autoría, que constituye la base de la capacidad de mentalización:

- **El nivel corporal:** Desde el nacimiento el niño reconoce los efectos que puede producir en los cuerpos presentes en el espacio. Puede poner cosas en movimiento y entender que él es el causante o autor.
- **El nivel social:** El proceso de interacción entre el niño y los adultos significativos como referentes, que comienza en el nacimiento, se manifiesta en la infancia temprana en la comprensión por parte del niño de que puede ser iniciador de los procesos de intercambio.
- **El nivel teleológico:** Aquí comienza una comprensión por parte del niño acerca de las distintas posibilidades que tiene para alcanzar metas. Sobre los ocho o nueve meses el niño puede pensar acerca de las distintas posibilidades de alcanzar un objetivo (por ejemplo cómo llegar a un lugar o mover un objeto hacia una posición conveniente). De esta forma temprana, se inicia a su vez una comprensión de la autoría propia, limitada al espacio físico.

- **El nivel intencional:** Se inicia un entendimiento de los actos, el cual ya comprende intenciones como autor. Se reconocen tanto las intenciones propias como las ajenas. Este paso en el desarrollo sucede durante el transcurso del segundo año de vida.
- **El nivel representacional:** Aproximadamente en el cuarto año de vida se produce un nuevo paso en el entendimiento de la autoría. A esta edad, los niños pueden integrar en su pensamiento que existe un saber sobre algo (por ejemplo, convicciones). Se puede decir, entonces, que finalmente pueden entenderse a sí mismos como autores de estados representacionales, es decir, mentales.

Aproximadamente a partir del sexto año de vida, el niño está en condiciones de organizar sus recuerdos de experiencias y actividades intencionales de manera coherente, causal y temporal. A partir de ahí tiene una comprensión uniforme para sus experiencias pasadas. Por ejemplo, puede comprender los actos que se refieren a su propio pasado. Fonagy habla en este contexto de un sí mismo autobiográfico.

La creciente capacidad del niño para tener un concepto de sí mismo como autor o causante, se manifiesta en una tendencia clara para percibir los estados mentales de manera cada vez más diferenciada. Un requisito básico para ello es explicar las interacciones sociales, es decir explicarse a sí mismo y a los otros mediante la presencia de emociones, deseos y convicciones. Este proceso de entendimiento comienza con el desarrollo por parte del niño de concepciones acerca de sus propios estados internos. Así por ejemplo solo puede reflexionar sobre el miedo de otra persona si posee una representación del miedo como experiencia psicológica, cognitiva y conductual.

El apego constituye el requisito básico para el desarrollo de una buena capacidad de mentalización. Fonagy y Target consideran que mediante el apego o vínculo seguro del niño a su figura parental de referencia tenemos un modelo dialéctico del desarrollo de sí mismo:

«la capacidad del niño para desarrollar una idea coherente de la psique depende de manera decisiva de si él mismo se siente percibido como una psique por parte de su figura de apego».¹¹

La teoría del apego parte del supuesto de que aparece una ventaja evolutiva cuando el niño está en condiciones de vincularse emocionalmente a sus padres, quienes pueden ofrecerle protección. La calidad del vínculo a las personas de referencia más importantes conduce a un determinado estilo de apego del niño, que tiene efectos en el comportamiento y en la psique de la persona y que hace predecible para el niño la conducta de su figura de apego. Bowlby denomina modelos de trabajo interno a estos efectos psíquicos. Estos modelos de trabajo, que contienen las experiencias de la relación temprana con la persona de referencia, se consideran como el fundamento de la adaptación del ser humano a su entorno social. Los efectos de las experiencias de apego tempranas se pueden comprobar también en las personas adultas. Fonagy y Target parten del supuesto de que el apego no solo produce efectos en la conducta social, sino que también determinadas funciones psíquicas y la percepción de las relaciones son influenciadas por el vínculo de apego temprano con la persona de referencia.

Estas funciones complejas se desarrollan en la cercanía hacia la persona cuidadora. Aquí, son relevantes tanto la existencia de cercanía respecto de la persona de referencia, como también los procesos de intercambio en el vínculo.

Reflejo del afecto: Este reflejo del afecto debe entenderse como respuesta no-verbal en mímica y emisión de sonidos que corresponden al estado emocional del lactante. Los padres suelen mostrar una respuesta que la mayor parte de las veces es exagerada y fuertemente acentuada. Los investigadores denominan marcación estas respuestas afectivas y acentuadas de los padres.

Marcación del afecto: La exageración o marcación de los afectos del lactante es de importancia decisiva. Aunque las personas que cuidan a su niño tienen de igual modo sentimientos parecidos al mirar la expresión emocional de sus niños, no reaccionan igual en la mímica y emisiones sonoras o con expresión de sentimientos «verdaderos», como lo harían en la comunicación con adultos o con niños mayores. Muestran una expresión facial afectiva similar, pero exagerada (marcada) y emiten los sonidos que corresponden a ello.

Este tipo de conductas va progresivamente desarrollando la capacidad de mentalización del niño que acaba entendiendo que lo que sus padres hacen es reflejar a través de ellas los propios sentimientos del niño, que acaba reconociéndolos como tales.

Fonagy establece una relación entre la capacidad de mentalización (función de reflexión) de las personas de referencia y el estilo de apego del niño. Una base importante para el desarrollo de un estilo de apego seguro parte de que la madre pueda asumir una postura intencional frente a un lactante aún no intencional, es decir que ella suponga en el niño un actuar con propósito aunque eso aún no esté desarrollado en absoluto. Así por ejemplo, se ha mostrado que el estilo de apego que un niño tendrá al año de edad, se puede predecir mediante las expresiones mentalizadoras de la madre frente a su bebé de seis meses. Si, por ejemplo, los comentarios ante diferentes situaciones que presentara el niño eran frecuentes y coincidían también con los presumibles estados del niño, resultaba altamente probablemente que los niños mostraran un apego seguro a la edad de un año. Se considera al estilo de apego seguro como el mejor de los posibles tipos de apego del niño. Así pues la capacidad de mentalización de la madre tiene una elevada influencia en la conducta de apego del niño.

Psicopatología

Las investigaciones en torno al apego y la mentalización suponen que las desviaciones en los procesos de desarrollo descritos pueden conducir a trastornos psíquicos, algunos de considerable magnitud.

El reflejo y la marcación de las expresiones afectivas del niño por parte de la persona de referencia, conduce a que el niño pueda representar afectos, es decir, que pueda percibirlos conscientemente, clasificarlos y reflexionar sobre ellos. Si la persona de referencia está afectada por sus propias dificultades y conflictos puede sentirse sobrepasada por las expresiones afectivas del lactante. Así, le refleja al niño su sentimiento propio de adulto o no puede siquiera reaccionar de manera adecuada. Bajo estas condiciones puede faltar el reflejo o la marcación de la expresión del afecto como característica de la relación y referencia mutuas.

La persona de referencia reacciona en este contexto expresando sus emociones de modo no marcado, tal como lo haría frente a adultos. El lactante no puede relacionar consigo mismo la emoción mostrada. Ve reflejada también así su propia expresión de afecto negativo en la reacción de la persona de referencia. Sin embargo, el lactante no puede comprender que es una reacción a su propia expresión. Por lo tanto, siente la reacción de la persona de referencia a sus propios afectos negativos como el estado de la persona de referencia y no como un reflejo. De este modo el afecto negativo del niño no se debilita en la interacción, sino que incluso se refuerza. La emoción del lactante no puede ser ni regulada ni representada. La consecuencia es la alteración de la autopercepción. El niño no puede construir representaciones de sus emociones y, en consecuencia, no puede controlar sus emociones de manera independiente. De esta manera se crearía una vivencia psíquica que corresponde a la identificación proyectiva. El afectado percibirá con frecuencia sus estados emocionales propios como los de otros.

Otra desviación patológica en este proceso de desarrollo sería el fracaso en el reflejo. Si la persona de referencia no refleja los afectos del niño, es decir no muestra como reacción de respuesta el afecto del lactante, sino uno completamente diferente, se puede desarrollar una representación falsa de sí mismo. Aunque se forman representaciones secundarias, estas no tienen relación con el verdadero estado del sí mismo del lactante. La consecuencia es que el estado del propio sí mismo se percibe y se representa de manera distorsionada. Fonagy y Target relacionan este proceso con el concepto de *falso self* de Winnicott. Debido a que las representaciones internas del sí mismo no corresponden a la sensación afectiva experimentada, frecuentemente estos individuos perciben su mundo interno en el «modo hacer como si».

Además pueden tener otros efectos sobre este desarrollo ciertas tendencias de la familia de origen que no permiten al carácter lúdico o juguetón. En particular, el maltrato infantil casi no admite el juego, debido a que en tal ambiente cada movimiento del adulto puede tener consecuencias serias y, en concordancia con ello, siempre tiene que ser tomado en serio. Pero también las

formas más sutiles de abandono o negligencia dificultan la integración para alcanzar el modo reflexivo. El desarrollo de la habilidad de mentalización se impide así en diversos grados.

Además la incapacidad para regular los propios afectos puede transmitirse a través de varias generaciones, sobre esto existen indicios en la investigación del apego. La incapacidad para representar afectos en la psique lleva a que no puedan controlarse. Los estados emocionales se experimentan siempre intensivamente, pero no se pueden nombrar. El trastorno y la pérdida del control son las consecuencias.

Un apego temprano y seguro a la persona de referencia permite al niño dirigir menos la atención hacia cuestiones existenciales que simplemente hacía asegurar el vínculo de apego. Esto le permite al niño retirar la atención de las actuaciones concretas del contacto interpersonal. Entonces puede ser que a través de un vínculo de apego inseguro se disminuya la capacidad de atención.

Un vínculo de apego inseguro está estrechamente relacionado con una función de reflexión maternal disminuida (es decir, concretamente con la capacidad de mentalización de la madre). Un apego inseguro, desorganizado, va acompañado muy frecuentemente de problemas conductuales como autolesiones y autoagresiones, comportamiento agresivo o violento. Es decir, un bajo grado de comprensión por la madre de la situación psíquica de su hijo tiene como efecto los problemas conductuales descritos.

Los traumas del vínculo de apego (abuso sexual, maltrato, experiencias tempranas de abandono) muy frecuentemente se encuentran en la historia de las alteraciones psíquicas graves como los trastornos de personalidad.

Consecuencias para la terapia

De los diversos aspectos referentes al apego y la Teoría de la Mentalización que hemos detallado, podemos extraer varias consecuencias útiles en terapia. En líneas generales se trataría de que quien ocupe el lugar del terapeuta (persona o equipo) ejerza funciones de figura segura de apego y favorezca con ello el proceso de mentalización de los pacientes. No es infrecuente que

los terapeutas tengan que considerar su propia historia y circunstancias en relación con ambos aspectos. No todos los clínicos tienen un pasado idílico al respecto y, cuando menos, éste debe ser conocido suficientemente por el interesado, como mínimo, en los efectos que produce en su relación con los otros. Es necesario un autocoñocimiento del terapeuta. Para poder llevarlo a cabo de forma correcta existen diversas técnicas: autoanálisis, psicoanálisis del terapeuta, estudio de la familia de origen del terapeuta, etc.

Una tarea fundamental que el terapeuta o el equipo terapéutico deben de realizar es la llamada contención terapéutica. El clínico debe ser capaz de ejercer de continente de las angustias y dificultades del paciente y, una vez elaboradas, devolverle a éste contenidos en forma de actitudes o mensajes terapéuticos que pueda manejar y le sean útiles para superar sus dificultades. La contención es importante en todos de pacientes y resulta muy eficaz para elaborar todo tipo de ansiedades. Pero resulta de especial importancia en pacientes graves, muy perturbados y con tendencia a actuar sus conflictos. En lo esencial se ejerce de forma similar a la función materna (o la de cuidador cercano) de las que hemos hablado al tratar del apego y la mentalización. La función de contención es un prerequisite básico de otras técnicas terapéuticas más específicas dirigidas a pacientes concretos.

Para ejercer este tipo de tareas es importante un manejo adecuado por parte del terapeuta de las reacciones emocionales que en él se produzcan en relación con las diversas situaciones que plantea el paciente. Debe de existir una capacidad de reconocer en estas emociones lo que es propio de lo que procede de las circunstancias vividas con el paciente. Solo de esta forma, ya elaborada, se pueden expresar y devolver a éste determinados contenidos terapéuticos, sean éstos interpretaciones, señalizaciones u otros. En este cometido no hace falta que el terapeuta sea perfecto, sino que sea capaz de reconocer sus errores y trabajar con ellos. Se trata ante todo de aprender de la experiencia y del propio tratamiento. En este sentido se dice que el clínico ha de ser "suficientemente bueno".

En última instancia, la función de este tipo de encuadre es la de ayudar al paciente a situarse

en el contexto de una experiencia emocional correctora (Balint), que, tal y como debieran de haber sido sus procesos en anteriores etapas del

desarrollo psicológico, le permita entender sus conflictos, afrontar sus síntomas y vivir de una manera más plena y creativa.

Contacto

Ander Retolaza • ander.retolaza@telefonica.net
Centro de Salud Mental de Basauri. Red de Salud Mental de Bizkaia
C/ Nagusia S/N (Ambulatorio) • 48970 Basauri, Bizkaia

Bibliografía

- Wikipedia. Entradas: Subjetividad, Apego y Mentalización.
- Bion, Wilfred R. (2006). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé-Paidós. ISBN 978-950-618-033-1.
- Bion, Wilfred R. (2003). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidós Ibérica. ISBN 978-84-493-0351-7.
- Bowlby J (1953). *Child Care and the Growth of Love* (en inglés). Londres: Penguin Books. ISBN 978-0-14-020271-7 (versión de publicación de la OMS *Cuidado Maternal y Salud Mental* publicado para su venta al público en general).
- Bowlby J (1999) [1982]. *Attachment*. Attachment and Loss Vol. I (en inglés) (2da edición). Nueva York: Basic Books. ISBN 0-465-00543-8. OCLC 11442968. LCCN 00266879; NLM 8412414.
- Fonagy P, Target M: Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9 (1997), 679-700.

- Recibido: 2/6/2018.
- Aceptado: 16/12/2018.

De brujas, putas y locas: narrativas de género y su influencia en el diagnóstico.

About witches, whores and crazy women: gender narratives and their influence in diagnosis.

Miguel Hernández González*, Amaia Vispe Astola**,
Jose García-Valdecasas Campelo*.

* Psiquiatra. Hospital Universitario de Canarias. Servicio Canario de Salud.

** Enfermera especialista en Salud Mental. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Servicio Canario de Salud.

Resumen: Durante el tiempo que llevamos trabajando en el ámbito de salud mental hemos observado que la presencia de determinados diagnósticos es más probable en función del sexo de la persona que consulta. Desde la psicología diferencial se sostiene que esto es debido a la diferencia propia de los sexos que hace más probable que un trastorno aparezca más en un sexo que en otro. Desde una posición construccionista sostenemos que la diferencia está en quien emite el diagnóstico debido al discurso de género que existe. En este trabajo, a partir de un pequeño ejercicio con profesionales en formación de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de Tenerife sobre atribución de género y de una conversación con un grupo de mujeres diagnosticadas de enfermedad mental grave, haremos una reflexión sobre el carácter socialmente construido del género.

Palabras clave: género, diagnóstico psiquiátrico, construccionismo, feminismo.

Abstract: During the time we have been working in the field of mental health we have observed that the presence of certain diagnoses is more likely depending on the sex of the person who consults. Differential psychology holds that this is due to the difference between the sexes that makes it more likely that a disorder appears more in one sex than in another. From a constructionist position, we maintain that the difference lies in the person who issues the diagnosis due to the gender discourse that exists. In this work, from a small exercise with professionals in training of the Multiprofessional Teaching Unit of Mental Health of Tenerife and a conversation with a group of women with severe mental disorder diagnostic, about gender attribution, we will reflect on the socially constructed character of the gender.

Key words: gender, psychiatric diagnosis, constructionism, feminism.



Introducción

Una de las preocupaciones más acuciantes de las personas que trabajamos en salud mental desde prácticas narrativas, colaborativas, dialógicas y en general desde los postulados socioconstruccionistas tiene que ver con la imposición, más o menos rígida, que hace el sistema tradicional de salud mental de un diagnóstico para poder dar una inteligibilidad a una intervención que se basa, principalmente, en corregir supuestos déficit y limitaciones. La mayoría de nosotras estamos obligadas a elegir un diagnóstico para las personas con las que trabajamos. Estos diagnósticos son la puerta para entrar a determinados recursos, por ejemplo, hospitalarios o comunitarios, y también para acceder a determinadas ayudas económicas. Esto genera dos problemas que clásicamente han sido observados desde el campo constructivista (1): por un lado obliga al colectivo profesional a centrar su investigación en todo aquello que pueda servir para generar una etiqueta adecuada y luego defenderla. Por otro lado, esto genera un efecto de profecía autocumplida y una sensación de irrecuperabilidad que consolida a las personas en sus problemas. A esto hay que añadir que, en el caso específico de la salud mental, muchos “síntomas” son indistinguibles *per se* de las reacciones normales de las personas a situaciones estresantes de la vida, por ejemplo una pérdida, una agresión o una enfermedad. Así es difícil saber dónde poner la frontera entre una tristeza normal y una depresión, entre un niño travieso y un TDAH, etc. Carecer de adecuados instrumentos de discriminación de estos límites, a lo que se une la ambigüedad cada vez mayor de los criterios diagnósticos de las clasificaciones actuales, conlleva que la decisión, por supuesto reservada al lado técnico, sea principalmente una cuestión de opinión clínica, la cual es una forma eufemística de definir lo que no es otra cosa que un prejuicio. Por supuesto, dentro de los prejuicios que conducen las decisiones técnicas los hay de muchas clases, algunos muy evidentes, otros más sutiles. Estos prejuicios conducen a sesgos, esto es, a sobrediagnosticar o infradiagnosticar determinadas patologías en función de quién las porte. Dentro de estos sesgos el género ocupa un papel central, como en otros aspectos de la vida. En este trabajo pretendemos abrir una puerta a la reflexión, sin pretender ser exhaustivos, so-

bre la importancia del género en el servicio de urgencias de un gran hospital o en el volante de derivación de un médico de cabecera.

Presentaremos experiencias y reflexiones a partir de dos pequeñas indagaciones iniciales sobre la influencia del género en la toma de decisiones clínicas y de cómo las han vivido un pequeño grupo de afectadas. Daremos un repaso a algunos aspectos de los teorizados sobre este tema y algunas experiencias investigadoras. Toda esta revisión bibliográfica y reflexión teórica es fruto de una conversación entre las autoras a lo largo de un sinfín de encuentros.

Primera práctica

Describiremos brevemente la práctica que compartimos con las personas asistentes al seminario de terapia sistémica para residentes del área de salud mental de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de Tenerife, que aún al personal residente de salud mental (MIR, PIR y EIR) de los dos hospitales de referencia de la isla. A cada miembro del grupo se les reparte, de forma aleatoria, uno de los dos casos clínicos de una intervención familiar. La única diferencia entre los casos es que los géneros de la pareja están intercambiados, el resto es exactamente igual. Los profesionales piensan que son dos casos distintos. Se les pide que lo lean y contesten a un pequeño cuestionario sobre el caso que incluye: valoración inicial del problema, descripción global de los miembros de la pareja aventurando un posible diagnóstico, descripción de la relación. Se les reunió en dos grupos en función del caso que leyeron y se les pidió que lo comentaran. Finalmente, se expusieron en el gran grupo las conclusiones. Para muchas personas llegar a definir un diagnóstico aproximado fue imposible. Sin embargo, se hicieron comentarios diversos sobre los personajes del caso: tendencias narcisistas, rigidez, rasgos de dependencia. Cuando se referían a la persona pensando que era una mujer los calificativos incluían más descriptores de carácter o personalidad, mientras que cuando se referían a ella pensando que era un hombre los descriptores que se incluyeron fueron más psicopatológicos y clínicos. No obstante, la práctica fue concebida para poner de manifiesto que existe un sesgo que nos hace ver a hombres y mujeres de forma distinta y por tanto llegar a diagnósticos

distintos. Esto es manifiesto desde el momento que los mismos comportamientos son evaluados de forma diferente cuando los ponemos en un personaje mujer o en un personaje hombre.

El grupo de residentes que asistió a la sesión formativa hizo el ejercicio sin conocer el verdadero objetivo del mismo, al igual que durante las fases de comentarios y puesta en común. Sólo al final se reveló el motivo del ejercicio y fue en realidad cuando comenzó la parte formativa que el equipo facilitador deseaba introducir.

Las personas participantes expresaron sentimientos de asombro y de sorpresa, afirmando que tenían claro que existen sesgos pero pensaban que no les afectaban. La reflexión de una de las enfermeras residentes hizo al grupo cuestionar la validez de los diagnósticos en sí. En efecto, si es nuestra posición previa la que determina si algo es clínico o caracterial ¿no significaría acaso que los diagnósticos también se sostienen sobre la base de nuestros prejuicios? Cuando preguntamos sobre lo que lo experimentado les hizo pensar acerca de su actividad clínica cotidiana y si esta se podría ver modificada de alguna manera a partir de esta experiencia, el resultado fue: a algunas personas que les preocupaba mucho el acertar con la categoría diagnóstica expresaron su perplejidad porque es un tema que pasó a un segundo plano, para otras lo más destacable es la responsabilidad que sintieron desde entonces sobre la mirada que hacen sobre las personas con las que trabajan.

Segunda práctica

Para el desarrollo de esta práctica, hemos llevado a cabo conversaciones con cuatro mujeres diagnosticadas de diferentes trastornos mentales en relación a cómo las cuestiones de género han influido e influyen en la atención recibida y en la propia vivencia que ellas hacen de su malestar. Tras dichas conversaciones y en relación con nuestro trabajo cotidiano, tanto con mujeres como con hombres, hemos ido percibiendo la importancia de la cuestión de género en el abordaje de los llamados trastornos mentales. Teniendo hace años formación en terapias de orientación postmoderna queremos resaltar el enfoque feminista como piedra angular de nuestra visión e intervenciones.

Estas cuatro señoras con las que conversamos viven en un piso supervisado por el equipo comunitario asertivo. Llevan viviendo en él una media de unos cinco años y tres de ellas proceden de una miniresidencia, también supervisada por el mismo equipo, en donde vivieron por un periodo de unos cuatro años. Tres de ellas están tutorizadas por un familiar y la cuarta tiene una curatela. Todas ellas, en este caso, tienen contacto con familiares cercanos (padres, tíos y hermanos).

Todas están diagnosticadas de un trastorno mental grave desde hace más de 20 años.

La entrada en cualquiera de los dos recursos es voluntaria, aunque estés tutorizado debe de existir una voluntariedad explícita para poder vivir en cualquiera de los dos recursos. Y tiene que ser así porque tanto las miniresidencias como los pisos son recursos abiertos. Ellos y ellas pueden salir y entrar libremente a cualquier hora. En los pisos tienen una supervisión mínima por parte de cuidadores, de unas horas por la mañana y otras por la tarde, y ellas y ellos deben realizar todas las tareas de la casa y mantenerla. En las miniresidencias la supervisión es continua y la colaboración con las tareas del hogar y el mantenimiento dependerá del nivel de autonomía que tengan en cada momento. Las puertas están abiertas en ambos recursos. Estas personas pagan un 75% de la pensión que perciben hasta un máximo de 500€, en este pago se les incluye alojamiento, comida, productos de aseo y menaje del hogar.

Les pedimos permiso para preguntarles sobre la relación entre su género como mujeres y el diagnóstico psiquiátrico. Les explicamos que nos centraríamos sobre todo en conversar sobre este tema en concreto y lo que más nos importaba era la puesta en común.

De las conversaciones mantenidas con estas mujeres queríamos destacar varios aspectos. En un primer momento de la conversación, ante un planteamiento abierto de si su género ha influido en su diagnóstico o en su evolución, ellas fueron rotundas en que no lo percibían de esta manera. Sin embargo, al profundizar a través de preguntas y reflexiones sobre aspectos más concretos de su historia fueron revelando unas



posibles diferencias: explican que a las mujeres se las amarraba (tanto a la cama estando ingresadas como a una camilla para traslados en ambulancia, por ejemplo) en mayor medida y sin embargo “a los hombres únicamente cuando tenían procesos más graves” lo que les conectaba con sus valores de justicia e igualdad. Ellas consideraban que no fueron merecedoras del mismo respeto que los hombres: “a los hombres no se los amarraba por tener un brote psicótico porque tenían hecho el cuartel”, las mujeres dieron gran importancia a este hecho como si el haber realizado el servicio militar les dotara a los hombres de un privilegio incuestionado. También hablaron sobre que el hombre es capaz de hablar por sí mismo y defender sus derechos, mientras que ellas precisan de un portavoz que hable por ellas: “a mí me amarraron porque no quería subir a la ambulancia, con un hombre hubieran hablado, a los hombres se les tiene más en cuenta”.

Otro aspecto a destacar en las vidas de estas mujeres es respecto a la tutela, la mayoría están tuteladas por hermanos y en las que no lo están, las familias llevan un férreo control de su dinero (no ha pasado tanto tiempo desde que las mujeres y los menores necesitaban permiso de un hombre para muchos aspectos de sus vidas). Otra de las conversaciones giró respecto a cómo son nombradas y contaron que “a la mujer se le dice loca, al hombre no; tú estás loca como algo muy normal, al hombre no”. Y por último lo que nos pareció más demoledor y podría resumir la esencia de la conversación y de la vivencia de estas mujeres es el siguiente párrafo: “Mi experiencia me dice que lo dicho por nosotras no se cree, no se cree en nuestra palabra. A un hombre no lo ponen en duda. ¿Por qué no me creyeron cuando les conté que pasé cuatro días en la calle? ¿una mujer no puede estar en la calle?”. Estas afirmaciones nos trajeron a la memoria el concepto de *Microfísica sexista del poder* de Nerea Barjola (2): que revela que el relato sobre el peligro sexual (y muchos otros peligros) nos atraviesa como un mecanismo eficaz, escurridizo, difícil de visualizar y que impone complejos mecanismos disciplinarios sobre las mujeres, entre ellos su consideración como necesitadas de protección continua. Estos relatos están diseminados mediante discursos sociales, mediáticos y políticos

que formarían parte del conjunto de ceremonias performativas que Butler (3) describe.

¿“Realidades” posibles?

Como hemos desarrollado en algún trabajo anterior (4), nuestra cultura es machista, y lo es porque aunque presume de serlo en escasa medida, con eso lo que consigue es ocultar gran parte de ese machismo bajo la alfombra, donde sigue actuando. Nuestra cultura es machista porque las mujeres trabajan más en casa y como cuidadoras, cobran menos, con contratos más precarios, son constantemente objeto de “piropos” que no son otra cosa que ofensas y acosos verbales, vuelven a casa por la noche asustadas ante un posible ataque, de formas que los hombres no han vivido jamás... y son solo unos ejemplos. Por esto, el tipo de reflexiones surgidas de estas prácticas es muy desafiante para los profesionales de la salud en general y para el ámbito de la salud mental en particular. De esta manera se revela que nuestras categorías diagnósticas no se encuentran en un marco independiente de la cultura, como pensaríamos en principio, al otorgarle rango científico a las mismas. Más bien parece que están bien insertadas dentro de ella. La difícil relación entre la ciencia y la cultura ha sido estudiada largamente poniendo en cuestión la supuesta objetividad de la misma, especialmente en lo que se refiere a la ciencia que estudia nuestra propia especie pero también a la hora de estudiar a otras. No nos referimos a los estudios llevados a cabo con una utilización más o menos laxa del método científico para forzar resultados en función de necesidades crematísticas del centro de investigación, de quien lo financia, del propio equipo o de alguna de las personas que lo forman, algo que calificaríamos de fraude. Nos referimos a estudios sobre ciencia bien hecha, sin fraude, experimentos bien realizados pero elegidos (culturalmente), para responder preguntas de investigación (definidas culturalmente) y cuyos resultados son también discutidos sobre la mesa de la cultura. Anne Fausto Sterling (5) discute a lo largo y ancho de su obra cómo las ideas previas que tenemos sobre las cosas modifican las conclusiones aunque los datos muestren otras cosas. Una de las anécdotas tiene que ver con el talentoso científico italiano Abbé Lázaro Spallanzani (1729-1799) el cual realizó experimentos para estudiar

el fenómeno de la fecundación y la importancia de los espermatozoides en el proceso. Los experimentos fueron diseñados de manera adecuada pero los resultados fueron interpretados a la luz de las ideas previas del eminente científico desechando datos que a la postre eran imprescindibles para entender lo que pasaba. Esta selección de datos sesgada también fue estudiada en científicos más actuales: Latour y Wolgar (6) se metieron en un laboratorio durante la década de los 70 y encontraron que gran parte de la labor de los científicos consiste en saber qué datos son los que se debe conservar y cuáles son los que se debe desechar. Llegan a decir que para una persona no entrenada, el proceso se parece más a la eliminación de cualquier cosa que pueda contradecir las ideas previas científicas que a una búsqueda neutral e inocente de la verdad. En este sentido, no ven los objetos de estudio científico como entidades independientes de los instrumentos de medición o de las mentes que los interpretan y, por tanto, ven la actividad científica como un conjunto de sistemas de creencias y prácticas culturales transmitidas por tradiciones principalmente orales.

Por supuesto, si trasladamos esto desde la producción de ciencia básica al terreno de la aplicación tecnológica de la misma como ocurre en la medicina, la probabilidad de sesgo se incrementa de forma exponencial.

En concreto dentro de nuestro campo, las mujeres acaban diagnosticadas de *histerias*, *neurosis*, *trastornos límite de la personalidad*, etc., mucho más que los varones, y bajo los efectos de dosis y combinaciones de psicofármacos aún mayores. Y, cuando son maltratadas por el hecho de ser mujeres, porque algún varón se cree en el derecho de decidir con quién hablan, qué ropa llevan, a qué hora vuelven o con quién se acuestan, encima tienen que aguantar la agresión de quien se supone está para ayudarles: el policía que pregunta *qué hacía sola a esa hora*, el juez que pregunta *si se resistió lo bastante*, el psiquiatra que determina que lo que ocurre es que ella *va buscando inconscientemente* parejas que la maltraten. En nuestra cultura, si eres mujer, estás condenada a ser vista como un objeto sexual, a ser explotada más que los varones en el ámbito laboral y muchísimo más en el ámbito doméstico y, encima, si te atacan la culpa es tuya, porque

vas provocando, no debes andar sola, algo querías o es que te gustan los tipos así...

Siguiendo a Dolores Juliano en su obra *Tomar la palabra* (7), podemos decir que venimos de un orden social en el cual se atribuye conceptualmente la racionalidad a los hombres y a las mujeres se les identifica con el caos. Excluir a las mujeres del sacerdocio implicaba, por ejemplo, impedir el acceso al púlpito, a la posibilidad de hacer oír su voz. Por poner otro ejemplo, en este país hasta 1981 las mujeres debían pedir permiso a su marido para poder trabajar, cobrar su salario, ejercer el comercio, abrir una cuenta corriente en bancos, sacar su pasaporte, el carné de conducir... Además, la mujer soltera se equiparaba al menor y no podía abandonar la casa sin el consentimiento paterno.

Como señala Juliano en su obra, hasta mediados del siglo XX las mujeres que se salían de los estrechos márgenes que se les asignaban y no cumplían satisfactoriamente con sus obligaciones de género eran sancionadas catalogándolas como enfermas y, en consecuencia, se las medicalizaba. No se relacionaba su conducta (en aspectos como la libertad sexual, la falta de dedicación maternal o la realización de gastos sin consultar) con sus derechos como persona, sino que se valoraba como incapacidad individual de vivir en sociedad, pese a que en ese momento (y desde hacía mucho) ya existían reivindicaciones feministas.

Por su parte, Ruiz y Jiménez recogen en un artículo (8) una serie de trabajos que analizan la "feminización de la locura" considerando que la locura se caracterizó con "atributos femeninos" y que esto condiciona la respuesta terapéutica dada por los psiquiatras. Como afirma Chesler (9), citado en Ruiz y Jiménez, las mujeres tenían más probabilidad de ser etiquetadas como enfermas mentales debido a lo que llamaba "doble estándar" de la enfermedad mental. Esto quiere decir que no se valoran los mismos parámetros para los hombres y las mujeres. Los parámetros considerados válidos para una personalidad sana eran independencia, autonomía y objetividad, pero estos no eran a su vez los parámetros específicos para una mujer, tales como dependencia, sumisión y sentimentalismo. Por tanto, sigue Chesler, las mujeres podían ser consideradas



“locas” aceptando o rechazando aspectos del rol femenino.

Martin Zapirain, por su parte, nos muestra en su tesis doctoral titulada *Escribiendo la locura, la submemoria y el/silencio(s); mujeres devenidas vacío como espejo del orden moral y social* (10) que las familias encerraban en instituciones psiquiátricas a las transgresoras, con lo que además desvalorizaban su capacidad de expresión, lo que les impedía que explicaran su conducta y cuestionaran el trato de que eran objeto. Esta autora señala que a las personas tipificadas como locas se les niega el reconocimiento al uso de la palabra y a ser escuchadas, pues “la palabra está culturalmente unida a la razón” y además hay unión entre racionalidad y masculinidad hegemónica. Incluso a nosotros nos ha ocurrido en alguna ocasión atribuir de entrada el género masculino a autores tras oír solo su apellido, para solo después de largo tiempo habernos dado cuenta de que se trataba de mujeres. En relación a lo dicho: la palabra siempre es, *a priori*, del hombre. No poca importancia tiene en esta situación el uso en nuestro idioma del género masculino como referente común para todos los sexos (entendemos también la importancia de no categorizar el sexo como binario, aunque en este mismo escrito caemos también en ello, por convención).

Retomando las reflexiones de Juliano, podríamos decir que la consideración como patológicas de las conductas que se apartan de la normalidad de las normas de género se han usado también para silenciar a hombres. Por ejemplo, podemos recordar cómo estos, una vez movilizados para la guerra, eran enviados a sanatorios cuando se negaban a combatir. O bien se internaba tanto a hombres como a mujeres en instituciones psiquiátricas cuando sus opiniones contradecían y criticaban el orden establecido, como los disidentes soviéticos del régimen estalinista, donde se diagnosticaba esquizofrenia por criticar el sistema comunista. Ejemplos claros de cómo se ha utilizado la psiquiatría como un arma para diagnosticar al disidente, lo cual consigue dos cosas: control a través del internamiento y un segundo aspecto, aún más importante para el poder, que es quitarle el valor a su palabra.

Resulta fascinante en este punto comprobar el valor que tiene la palabra. Esta no se limita a re-

flejar el mundo en que se produce, sino que crea mundos diferentes, con una lógica propia. También sirve para distorsionar o manipular las imágenes que percibimos del mundo “real”. Cómo vemos a los demás y cómo nos vemos a nosotros mismos dependen en gran medida de los discursos a los que otorgamos credibilidad.

Continuando con la tesis de Martin Zapirain, ésta explicita que, en contraposición a los discursos, el silencio ha rodeado tradicionalmente a las personas que son consideradas enfermas mentales. Nos cuenta que se trata de un silencio múltiple o polifacético que incluye el que guardan las familias para no ser contaminadas por el estigma, el propio de las instituciones que “protegen la privacidad” de las internadas y el de las pacientes a las que no se les atribuye la razón y a partir de esa presunción se les niega credibilidad y el derecho a expresarse, pero incluye también el silencio adoptado como refugio, cuando nada de lo que se diga puede cambiar la situación.

Como leemos en un trabajo de Mantilla (11), diferentes estudios han analizado, cruzando género y salud mental, el proceso que llevó a finales del siglo XIX a que se considerara a los trastornos mentales bajo una representación femenina, a la vez que demuestra cómo la locura se caracterizó con atributos femeninos. Mantilla cita también el trabajo previo de Chesler sobre parámetros de salud mental en hombres y mujeres y, en esa línea, observa que la asociación entre naturaleza, subjetividad, emociones y condición femenina, opuesta a la ligazón entre cultura, objetividad, razón y masculinidad, ha sido largamente señalada por los estudios sociales de la ciencia y la epistemología feministas.

Entendemos que el análisis y estereotipos de género presentes en los discursos de los profesionales son relevantes para entender el proceso de construcción de valores y de actitudes respecto a los comportamientos esperados para mujeres y para hombres en relación con las evaluaciones psiquiátricas y psicológicas.

El trabajo de Mantilla respecto al trastorno límite de personalidad relata que profesionales entrevistados reproducen los valores tradicionales, históricamente atribuidos a los comportamientos de género, y esto es debido a tres

mecanismos: en primer lugar, los estereotipos sobre apariencia y comportamiento femenino colaboran a establecer este diagnóstico en mujeres; en segundo, la creencia en una vulnerabilidad biológica que refuerza la perspectiva de la “desregulación emocional” como característica intrínseca de la naturaleza femenina; y como tercer mecanismo, cuando coloca a las mujeres como responsables de la salud mental de sus hijas y establece que el trabajo de crianza es parte central de su desempeño femenino y, como consecuencia, las madres son responsables del trastorno límite en sus hijas mujeres.

Actualmente, como postula Mantilla, el trastorno límite de personalidad es el diagnóstico más común dentro de los trastornos de personalidad. Según el DSM-IV, la característica esencial del trastorno límite de la personalidad es “un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos”.

Barbara Brickman (12), citada por Mantilla, señala cómo los estereotipos de género influyen en la construcción patológica de la femineidad tanto en los discursos psiquiátricos como en los psicoanalíticos. Brickman muestra que las mujeres que no cumplen con las expectativas socialmente esperadas son proclives a recibir diagnósticos de trastorno de personalidad. Nos parece que este diagnóstico de trastorno límite podría estar ocupando el espacio anteriormente reservado a la histeria femenina.

Siguiendo de nuevo a Mantilla vemos que, de esta manera, el cuerpo, la identidad, la labilidad y las cuestiones emocionales forman parte de la construcción del discurso de la vulnerabilidad biológica atribuida a la mujer. La lectura biosocial de las emociones apela a una mirada sobre “la naturaleza femenina” que coincide con las explicaciones que se utilizan también para justificar otras patologías como el síndrome premenstrual o el síndrome posparto.

¿Desafíos posibles?

Como brillantemente nos explica Juliano (7), si los discursos no tuvieran ninguna eficacia social, no existiría tanta competencia social por “tener

razón”, tanta polémica sobre la “verdadera fe” y tanto bombardeo informativo sobre las bondades del libre comercio. Los discursos tienen importancia porque legitiman las conductas y marcan los límites de lo que es aceptable en cada momento.

Recogiendo ahora el trabajo de Polo sobre mandatos de género y narrativas terapéuticas (13), podemos partir de la idea de que vivimos en una sociedad patriarcal, en donde aunque dicha sociedad pueda presumir de ser igualitaria, es indudable que se producen desigualdades a muchos niveles, fundamentalmente en lo subjetivo. Como cita Polo, Almudena Hernando en su libro “La fantasía de la individualidad” (14) señala que la desigualdad de género tiene que ver con la diferente forma con que históricamente se ha construido la identidad en hombres y mujeres (“individualizadas” versus “relacionales”). En las sociedades orales, las identidades de hombres y mujeres eran relacionales; poco a poco, en función de la necesidad de desplazamiento, riesgo y enfrentamiento al control de la naturaleza, los hombres fueron adquiriendo rasgos progresivos de individualidad. Sin embargo, el ser humano no puede desconectarse de su propio grupo. Así, a medida que se fueron definiendo rasgos de individualidad, los hombres que asumieron posiciones de poder no fueron conscientes de su necesidad de vinculación y depositaron su necesidad de vincularse en las mujeres: ellas mantenían la identidad relacional y garantizaban el vínculo, fueron compensando la pérdida de conexión emocional. Quizás ahí –sigue Hernando– comienza la desigualdad. A medida que se va valorando la racionalidad como elemento de poder, se va devaluando lo emocional. La negación de la necesidad de los vínculos emocionales mantenidos por las mujeres crea en los hombres el temor de que ellas se individualicen y, por tanto, abandonen la tarea que les ha sido asignada.

Como cita también Polo, Ana Jonasdottir (13) afirma que este patriarcado se sostiene por lo que ella llama “capital del amor”, en donde el amor es expropiado y genera plusvalía que el estado capitaliza a través del sostenimiento de los cuidados y las relaciones.

Quizás, opinamos nosotras, nuestro trabajo debería estar comprometido con el mundo en el



que vive y ser responsable de no contribuir a legitimar las desigualdades.

¿Posibles caminos?

La producción de la epistemología feminista ha señalado que el saber científico, como consecuencia de su carácter androcéntrico, sustenta las categorías de género. Diferentes investigaciones, comentadas por Mantilla, han analizado también el lugar de las mujeres en tanto objeto de la práctica científica, señalando el carácter sexista que presenta la ciencia en diferentes campos. Esta autora cita también algunos estudios sociológicos basados en un enfoque feminista, los cuales señalan la naturaleza construida y genérica del discurso médico, así como explican que las teorías y descripciones de la conducta que pretenden ser neutrales en cuanto a objetividad científica, presentan un sesgo en cuanto a que el funcionamiento masculino tiende a evaluarse como normal o maduro y el patrón femenino como inmaduro. Por supuesto que afirmar esto implica que existiría una esencia masculina diferenciada de la femenina y que esta última estaría subordinada a la primera. Desde esta posición se entiende el discurso del poder y del patriarcado como construido socialmente pero no se discute la existencia misma de la diferencia entre los dos géneros (sí es que son dos) (15). Esto cala hondo en las distintas posturas feministas respecto de la diferencia de género, ya sea, como hemos dicho, la corriente que defiende el carácter esencialmente diferente entre el hombre y la mujer (resaltando las virtudes de la mujer históricamente negadas), o la visión que afirma la inexistencia de diferencias esenciales entre algo que se conoce como hombre y algo que se conoce como mujer.

Y es que frente a esta visión feminista más tradicional han comenzado a aparecer una serie de autoras que parten del análisis de aquellas cosas que no encajan con el discurso binario, por ejemplo la transexualidad o los estados intersexuales (16). Desde Teresa de Lauretis y Monique Wittig a Judith Butler la crítica se desplaza desde el análisis de la supremacía de un género sobre otro, por supuesto que sin negar este hecho, hacia la deconstrucción del género en sí, en la idea de que el género es una matriz que obliga y limita a todas las personas, lo que de Lauretis (17)

denominaría tecnologías del género, y por tanto la tarea es desvelar cómo se generan y aplican estas tecnologías y qué espacios habría para su subversión. Utilizando las típicas estrategias del análisis postmoderno: suspensión de lo obvio, interés por los márgenes o relectura de algunos hechos históricos, se produce un conjunto de ideas muy amplio del que podríamos entresacar algunas a modo de resumen:

- El género es un conjunto de tecnologías que actúan sobre todas las personas marcando las conductas que deben realizar o no.
- Estas tecnologías se construyen socialmente.
- Esta construcción social se produce performativamente, esto es, mediante un conjunto de prácticas y ceremonias tanto conductuales como discursivas.
- El sexo no preexiste a la conformación cultural del género sino que es un producto cultural de igual modo que lo es el género.
- El cuerpo es un sistema que simultáneamente produce y es producido por significados sociales, es el resultado de acciones combinadas y simultáneas de la naturaleza y lo social.

La aplicación de una perspectiva de género y teoría feminista a nuestra práctica hace que nos debamos cuestionar desde qué marco conceptual se sustenta. Incorporar modelos igualitarios supone incorporar posiciones subjetivas activas. Siguiendo a Lola López Mondéjar –citada por Polo (13)– “no se trata solo de cambiar nuestra conducta racional aplicando voluntad y cognición sino de vigilar una disposición inconsciente automática, irracional y sutil que persiste en actitudes en las que quizás no nos reconozcamos, porque pueden ser contrarias a nuestra representación consciente”; “la autovigilancia tiene que ser estricta, ya que el patriarcado cuenta con un terrible cómplice interior. Un cómplice que nos llena de contradicciones y con el que es difícil negociar... un cómplice que ríe los chistes machistas o que educa de forma distinta en tareas domésticas a hijos e hijas...”

Dirección para correspondencia

José García-Valdecasas Campelo • jose_valdecasas@hotmail.com
Avenida de Madrid nº 11, portal 5, piso 8-B • 38007 Santa Cruz de Tenerife

Bibliografía

1. Gergen, K.J. y Gergen M. (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. Barcelona: Paidós.
2. Barjola, N. (2018). *Microfísica sexista del poder*. Barcelona: Virus Editorial.
3. Butler, J. (1993). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
4. Vispe, A. y G.-Valdecasas, J. (2018). *Postpsiquiatría*. Madrid: Grupo 5.
5. Fausto-Sterling, A. (1987). "Society writes biology, biology constructs gender". *Daedalus* 116, 61-76.
6. Latour, B. y Wolgar, S. (1995). *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*. Madrid: Alianza.
7. Juliano, D. (2017). *Tomar la palabra*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
8. Ruiz Somavilla, M.J. y Jiménez Lucena, I. (2003). "Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica". *Frenia*, vol. 3, nº 1.
9. Chesler, P. (1972). *Women and Madness*. New York: Avon Books.
10. Martín Zapirain, I. (2015). *Escribiendo la locura, la submemoria y el/los silencio(s); mujeres devenidas vacío como espejo del orden moral y social*. Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco.
11. Mantilla, M.J. (2015). "Imágenes de género en la construcción de diagnósticos psiquiátricos: el caso del trastorno límite de la personalidad en la perspectiva de los/as psiquiatras y psicólogos/as de la Ciudad de Buenos Aires". *Mora (B.Aires)*, vol. 21, nº 2.
12. Brickman, B. (2004). "Delicate cutters: gendered self-mutilation and attractive flesh in medical discourse". *Body & Society*, vol. 10, nº 4, pp. 87-111.
13. Polo, C. (2018). "Deconstruyendo mandatos de género en narrativas terapéuticas". Disponible en blog *Asociación Madrileña de Salud Mental* (www.amsm.es).
14. Hernando, A. (2012). *La fantasía de la individualidad*. Madrid: Kats.
15. Saldivia, L. (2012). "Reexaminando la construcción binaria de la sexualidad". Disponible en la *Revista Pensamiento Penal*: <http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/34131-reexaminando-construccion-binaria-sexualidad>
16. Hernández, M., Rodríguez, G. y G.-Valdecasas, J. (2010). "Género y sexualidad: consideraciones contemporáneas a partir de una reflexión en torno a la transexualidad y los estados intersexuales". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* vol. XXX, nº 105, pp. 75-91.
17. De Lauretis, T. (2000). *Diferencias: etapas de un camino a través del feminismo*. Madrid: Horas y Horas.

• Recibido: 2/11/2018.

• Aceptado: 30/12/2018.

¿Hacia dónde va la Red de Salud Mental?*

Where is the Mental Health Network heading to?

Pedro Cuadrado Callejo.

Psiquiatra. Centro de Salud Mental Vallecas Villa. Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Resumen: Con un devenir similar al de la Red de Atención Primaria, el futuro de la Red de Salud Mental, al igual que el de aquella, pasa por redefinir su papel en el Sistema Nacional de Salud desde el compromiso social y la equidad. Mientras que la mayor parte de su demanda y sus prácticas están muy cerca de Atención Primaria, los liderazgos se han desplazado hacia la atención hospitalaria y sus modelos de atención. El futuro pasa por acercarse a su demanda, lo que implica abordar la cuestión de las prácticas coercitivas en el manejo del Trastorno Mental Grave, y asumir la atención al Trastorno Mental Común en igualdad de condiciones que el Trastorno Mental Grave, en aras de la equidad y de la repercusión funcional que produce. Debe ir hacia un modelo de atención caracterizado por la longitudinalidad, universalidad, accesibilidad, integralidad, centrada en la persona más que en la enfermedad, que maneje y tolere la incertidumbre, orientada a la prevención y con un enfoque no solo individual sino también familiar y comunitario.

Palabras clave: Salud Mental. Atención Primaria. Organización Asistencial. Trastorno Mental Grave. Trastorno Mental Común.

Abstract: Both The Primary Health Care Network and The Mental Health Network have evolved in the same way and their future role will have to be redefined within The National Health Service from social commitment and equity. Whereas most of the demand and the practices are very close to Primary Health Care, the leadership has been moved to hospitals and their care models. In the future it needs to be brought near its demands which will imply facing the issue of coercive practices when dealing with Severe Mental Disorders and assuming the care of Common Mental Disorders on an equal basis with Severe Mental Disorders, in the interests of equity and functional impact. It should follow a model characterised by longitudinality, universality, accessibility, integrality, focusing on the person rather than on the illness; one which will deal with and tolerate uncertainty and oriented towards prevention. The approach will need to be not only individual based but also family and community based.

Keywords: Mental Health Care. Primary Health Care. Healthcare Organization. Severe Mental Disorders. Common Mental Disorders.

* Congreso de la AEN, Córdoba, 2018. Mesa redonda sobre "Construir el futuro ¿Hacia dónde vamos?"

1. ¿Desde dónde miramos el futuro? ¿Dónde estamos?

Dos apuntes para contestar a esta pregunta.

- En primer lugar, una viñeta personal; pero que también forma parte de la vida íntima de la Red de Atención a la Salud Mental, al menos de la Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid: el cese de José Juan Rodríguez Solano, Jefe del Centro de Salud Mental Puente de Vallecas de Madrid. La Directora-Gerente le cesó con un mero acto administrativo por omisión: no firmó su comisión de servicio. Nadie contó con él ni tuvieron que dar explicaciones a nadie de su cese tras llevar más de 15 años gestionando uno de los Centros de Salud Mental más complejos de Madrid. Tampoco tuvieron necesidad de razonar el cese. Justo un año antes se había producido la integración de su CSM en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Infanta Leonor y las decisiones que se tomaban no le gustaban. No le gustaban y no se callaba. Escribimos y firmamos una carta, y se la remitimos al Director General de Coordinación Asistencial solicitándole una entrevista para expresarle nuestro rechazo a la decisión y trasladarle la precariedad en la que se encontraban los CSMs, uno de los dispositivos claves de la Red de Salud Mental según el Plan Estratégico vigente. La integración es esto, nos dijo, no hay marcha atrás, pero, de todas maneras, alguna función terminareis teniendo porque los Servicios Hospitalarios no van a ser capaces de resolver todos los problemas.
- El segundo apunte, tiene que ver con la publicación, en abril de este año, del libro “La Atención Primaria española: Situación actual y perspectivas cuarenta años después de Alma-Ata, de Luis Palomo y Marciano Sánchez Bayle y editado por la Fundación Alternativas. La Red de Salud Mental y la Atención Primaria han compartido vida a lo largo de estos cuarenta años, o en el peor de los casos han tenido vidas paralelas. Hablar de Atención Primaria es, por lo tanto, una buena manera de hablar de nosotros con la ventaja, al menos, de una mínima distancia que favorece la objetividad. La primera idea que reseñar de este libro, y es una idea importante, es que se ha llegado hasta aquí con “más logros que decepciones”, pasando por distintas

etapas: 1) una implantación “épica”, coincidiendo con el impulso desde los organismos internacionales (OMS) y, a nivel local, con un clima de reformas políticas y sociales y un fuerte deseo de implicación de los profesionales en la modernización de la sanidad pública; 2) una fase de estancamiento, con una ralentización y cambio de planteamientos de la reforma, a mitad de la década de los 90, que tiene que ver con abrir al mercado los sectores públicos en torno a las recomendaciones del Informe Abril de 1991 (Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud), y la separación entre la financiación y provisión de servicios; 3) y una última etapa, que se inicia a comienzos del siglo XXI, y está caracterizada por la “ausencia de propuestas creativas, el adocenamiento profesional, la desilusión por la falta de liderazgo de los gestores, la impotencia ante las crecientes demandas de la población por la medicalización de los problemas sociales y la conversión de los servicios asistenciales en bienes de consumo ilimitados; las quejas de políticos y gestores porque se dispara el gasto sanitario, de los pacientes porque tardan mucho en recibir la atención que creen necesitar, y de los médicos especialistas y los hospitales de la falta de filtro y eficacia de la AP”. Este panorama se agrava con la crisis económica de los últimos diez años y las respuestas a la misma con la introducción de copagos, la pérdida de la universalidad de la asistencia y la precarización profesional con un descenso del presupuesto (el recorte de la inversión sanitaria pública en AP lo estiman en 1551 millones de Euros entre 2010 y 2014), una disminución de los puestos de trabajo y el fomento de la privatización de las coberturas asistenciales. Las principales señas de identidad de esta etapa serían:

- 1) El sometimiento de los Centros de Salud a las Gerencias Hospitalarias. (“La AP ha quedado relegada a realizar un control de los llamados procesos asistenciales, algo imposible de realizar dada la falta de poder, prestigio y liderazgo de la Medicina de Familia respecto a los Servicios Hospitalarios”).
- 2) Las limitaciones de la Gestión Clínica. La introducción de herramientas de gestión empresarial (plena autonomía, presupuesto propio, externalización de procesos



asistenciales, en nuestra Red: la Red de Drogas o de Rehabilitación) y capacidad para vender sus productos en un mercado sanitario interno) a los centros sanitarios públicos que suelen tener poco recorrido al estar diseñadas para obtener más eficiencia o más beneficios económicos.

- 3) Los problemas de calidad asistencial y de capacidad resolutoria. La masificación de los cupos con una incapacidad material para resolver los casos en este nivel y un incremento de las derivaciones a los servicios especializados y hospitalarios con su repercusión en las listas de espera y en los riesgos para la salud.
- 4) Las barreras de acceso a la atención. Como las barreras de acceso a medicamentos tras la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012, que aumentó el porcentaje de trabajadores con obligación de copago e instauró el copago entre los pensionistas.
- 5) El aumento de la irracionalidad asistencial y peligros para la salud. (La presión asistencial que impide llevar a cabo actividades esenciales contempladas en el modelo de salud comunitaria (promoción de la salud, prevención, trabajo con la población). Este abandono repercute sobre la racionalidad del sistema que prioriza la curación, el uso de tecnologías y medicamentos, que supone, además de un aumento del gasto y un riesgo para la salud (la iatrogenia es la cuarta causa de mortalidad general en EE. UU.).

El análisis es muy similar al que llevan haciendo Manuel Desviat acerca de la Reforma psiquiátrica, la implantación del modelo comunitario y su devenir, y que se puede releer en los primeros capítulos, coescritos con Ana Moreno, que abren el libro "Acciones de Salud Mental en la Comunidad", una de las Ponencias del XXV Congreso de la AEN de Tenerife, en el 2012. Y, sobre todo, en uno de sus últimos libros: "Cohabitar la Diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva", en la que sostiene el agotamiento de los procesos de reforma, cumplidos más o menos sus objetivos fundacionales (mejora de sus servicios, mayores garantías legales para los internamientos y medidas cautelares y una considera-

ción social algo menos estigmatizante de la locura), y aboga por una salud mental colectiva, más allá del horizonte del estado del bienestar, en el que se insertaban los procesos de reforma, que aborde las cuestiones que se quedaron fuera en este primer proceso de reforma: la salud pública, la atención a la subjetividad o la desinstitucionalización real de las prácticas de la salud mental.

2. Ganar el futuro

- Es un término que recupero del libro de Luis Palomo y Marciano Sánchez Bayle: "Para ganar el futuro, Atención Primaria debe replantearse su misión en el Sistema Nacional de Salud, tiene que incrementar su prestigio y reducir las desigualdades sociosanitarias, tiene que ejercer liderazgo en la persecución de la justicia social, tiene que mejorar su eficiencia social y económica contribuyendo a la equidad y a la sostenibilidad del gasto sanitario". Ese también debe ser el enfoque en Salud Mental: en lo social está la cuestión. Lo social no solo no contamina y desvirtúa nuestro trabajo, como oímos quejarse continuamente a muchos de nuestros compañeros, sino que tiene que ser nuestro horizonte. Y el punto de partida para abordar el futuro de la red de salud mental es reconocer, en nombre de los profesionales que la componemos y que tenemos dificultades para mirar para otro lado, que "No hay soluciones tecnológicas ni técnicas para la mayor parte de nuestra demanda".

Dicho esto, ¿cuál debería ser nuestra misión en el Sistema Nacional de Salud? Cuando en el día a día de la clínica tenemos que tomar decisiones con intereses poderosos contrapuestos (paciente, familia, administración, padres en litigio, empresa, jueces, sistema educativo, etc.) una manera de ayudarnos a salir de esos dobles vínculos y encrucijadas, casi la única, es pararse y preguntarnos "¿Para quién trabajo?".

- ¿Para quién trabajamos? ¿Cuál es nuestra demanda? (El ¿quién manda aquí? de Michel Foucault, que se debe incorporar a cualquier cuestión). No es una respuesta sencilla y mucho menos, si incorporamos a la misma, valores, que siempre es imprescindible incorporar cuando hablamos de un sistema público de atención, como la equidad.

Andaba bastante perdido con la pregunta. Lo único que tenía claro es que, en gran medida, la demanda nos viene dada, no la decidimos los profesionales de la salud mental; pero me faltaba un hilo conductor, un contenedor, cuando me llegó el último libro editado de Alberto Fernández Liria “Locura de la Psiquiatría. Apuntes para una crítica de la Psiquiatría y la “salud mental”. Un libro de formato pequeño e informal, unos apuntes, pero denso y conciso como pocos y con una idea muy clara que transmitir. Un libro necesario. Se trata de una historia constructivista de la Salud Mental con cuatro grandes etapas y para cada etapa “un encargo” a la (Red de) Salud Mental: “nuestra demanda”, entendida como tal: lo que nos llega y como lo recibimos y manejamos.

Resumiendo: el **primer encargo** fue y es (porque una de sus ideas importantes, es que todos los encargos, con mayor o menor peso, siguen estando presentes hoy en día), “justificar y gestionar un espacio de exclusión para aquellas personas que tenían comportamientos que entorpecían la convivencia, pero por no parecer libres, no se prestaban a ser regulados por el aparato de la justicia”. El **segundo encargo** fue y es “preservar y reparar la fuerza de trabajo cualificada”. El **tercer encargo**, que surge de la necesidad del sistema capitalista de expandir el mercado para poder obtener beneficios crecientes, es hacerse cargo de la intimidad y las relaciones personales convertidas en un bien de consumo y los males emocionales que las acompañan en “trastornos tratables”. El **cuarto encargo** y último, es general para todo el sistema sanitario y nuestra función debería ser, en nombre de la libertad y la autonomía de los modelos neoliberales, justificar la eliminación de los mecanismos colectivos de solidaridad y protección de la salud, frecuentemente desempeñados por el Estado, con la introducción y defensa de nuevos conceptos y valores como los de autonomía, recuperación y gestión clínica.

- Todos estos “encargos” conforman nuestra demanda. Por ponerle nombres conocidos y no alejarnos demasiado de la concepción de demanda que hemos reseñado, la Red de Salud Mental tendría que responder a la pregunta ¿Qué hacer con los Trastornos Mentales Graves y con los Trastornos Mentales Comunes?

Con los **Trastornos Mentales Graves** el debate está centrado, y no puede ser de otra manera, en la coerción. Es una demanda ligada al “primer encargo” (la gestión de espacios y respuestas de exclusión para “la diferencia” y los comportamientos que alteran la convivencia). Más allá de las discusiones ideológicas y de los protocolos, hay que señalar que determinadas estructuras y dispositivos sanitarios en los que opera la Red de Salud Mental difícilmente van a poder funcionar sin coerción: el discurso dominante de la tecnología y las relaciones verticales que subyacen a estos dispositivos, la impone. Se trataría, por lo tanto, de alejar la atención todo lo posible de estos dispositivos y acercarla a los recursos y dispositivos “más normalizados”. Esta tarea es prioritaria en algunas demandas de este grupo, que ha cambiado su rostro en los últimos 40 años; pero que como entonces el término “locura” es el que mejor la define. Qué hacemos con todas esas variantes de la personalidad con su alta emocionalidad, sus conductas impulsivas, adicciones y reacciones psicóticas, es una pregunta prioritaria. La gran mayoría de los testimonios en primera persona que escuchamos sobre la coerción, provienen de estos grupos.

Los **Trastornos Mentales Comunes** no estaban ni se les esperaba cuando se iniciaron los procesos de reforma que diseñaron e hicieron posible la Red de Salud Mental actual. El “segundo y el tercer encargo” han hecho de los Trastornos Mentales Comunes la principal demanda de la Red de Salud Mental. Nos guste o no, nos parezca legítima o un mero capricho. Ya a finales de los 90, se empieza a plantear que el devenir del modelo de atención comunitario iba a estar marcado por el impacto de los Trastornos Mentales Comunes, y desde algunas instancias como la Federación Mundial de la Salud Mental, en su Boletín del Consejo Regional Europeo de 1996, y desde una ideología muy concreta, se planteaba la necesidad de sacarlos de la Red de Salud Mental, dejando ésta para las auténticas enfermedades mentales. El recién aprobado Plan de Salud Mental 2018-2020, de la Comunidad de Madrid, sigue esta directriz a pies juntillas: un tercio de los 30 millones de su financiación va para concertar nuevas Unidades de Media y Larga Estancia, otro tercio para Unidades Hospitalarias y el tercio restante para reforzar los programas de

Continuidad de Cuidados del Trastorno Mental Grave. Pero no cabe ninguna duda que, en un marco de equidad, el principal reto de futuro de la Red de Salud Mental no es quitarse de encima los Trastornos Mentales Comunes sino cómo hacerse cargo de esta demanda.

Y eso lleva la cuestión a las **relaciones de la Red de Salud Mental con Atención Primaria**. Nuestros destinos están encadenados. La Atención a la Salud Mental Primaria lo exige. Su gestión, a través de la coordinación, se ha hecho con el modelo de la buena voluntad, que es lo que ocurre cuando no se pertenece a la misma red y no se tienen las mismas ataduras. Y que como todos los modelos de cooperación son tanto más eficaces cuanto mayores son los excedentes de las partes implicadas: nos coordinamos y cooperamos con lo que nos sobra, una vez cubiertas nuestras necesidades (un término siempre subjetivo: a algunos nunca les sobra nada, a otros les sobra casi todo). Y en épocas de crisis con precariedades por los dos lados, nos sobra poco, aun con la mejor voluntad. Ander Retolaza, coordinó una de las ponencias del XXIV Congreso de la AEN, en Cádiz en el 2009, con el título Trastornos Mentales Comunes: Manual de Orientación; y merece la pena su relectura en todos los sentidos. Mi punto de vista, exagerando un poco, es que por el nivel de sufrimiento que producen y por su nivel de repercusión funcional y discapacidad, teniendo en cuenta la línea base de la que parten las personas afectadas, los TMC no se diferencian mucho de los TMG. Además, son trastornos que nos obligan a definirnos como Asociación y como profesionales sobre nuestra consideración de lo que es y de lo que debe cubrir una Red de Salud Mental Pública.

- Para terminar, ¿Hacia dónde vamos? mi idea es que, si queremos ganar el futuro, la Red de Salud Mental pública debería “acercarse a su demanda”. Que este “acercarse a su demanda” fue un vector central de los procesos de

reforma de los años 70 y 80 cuando se tenía claro que nuestra demanda estaba en el Sistema Sanitario. Y que también se tenía claro que la integración en el Sistema Sanitario llevaría aparejado un cambio en la manera de atender a los problemas de salud mental por parte de éste. Y que éste, en el fondo, era el verdadero objetivo: Integrar para acercar el Sistema Sanitario de atención a los problemas de salud mental a su demanda. Y junto a esta idea, mi percepción de que la Red de Salud Mental lleva alejándose de “su demanda” casi desde el primer momento de la integración. Y que acaso deberíamos desandar un poco lo andado, que un acercamiento a Atención Primaria nos permitiría “acercarnos y asumir con naturalidad nuestra demanda”.

Un cambio de ciclo significaría recuperar la Atención Primaria y la Atención a la Salud Mental Primaria que se hace cargo de la mayor parte de la demanda, como puerta de entrada al sistema y como atención y abordaje de la cronicidad. Una Atención Primaria y una Atención a la Salud Mental Primaria cercana, con población de referencia, centrada en las necesidades y demandas de esa población, con abordajes integrales y con equipos multiprofesionales para poder llevar a cabo esos abordajes, potenciando, como señala Clara Benedicto, los elementos que la definen: longitudinalidad, universalidad, accesibilidad, integralidad, centrada en la persona más que en la enfermedad, manejando y tolerando la incertidumbre, orientada a la prevención y con un enfoque no solo individual sino familiar y comunitario. Un punto de partida es el movimiento creciente en defensa de intervenciones de toma a cargo, de acompañamiento terapéutico, generalistas y basadas en enfoques transdiagnósticos, de indicación de no tratamiento, de intervenciones e ingresos domiciliarios, de dialogo abierto o de grupos multifamiliares.

Contacto

Pedro Cuadrado Callejo • pedro.cuadrado.callejo@gmail.com
Calle Cordel de Pavones 56, 4^ºB • 28032 Madrid

Referencias bibliográficas

- Benedicto C (2018). Atención psicológica en atención primaria: cuando lo mejor es enemigo de lo bueno. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental* num.43, Primavera: 10-13.
- Desviat M. (2016) *Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Editorial Grupo 5. Madrid.
- Desviat M y Moreno A (2012). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/47.
- Fernández Liria A (2018). *Locura de la Psiquiatría. Apuntes para una crítica de la Psiquiatría y la "salud mental"*. Desclée De Brouwer. Bilbao.
- Gawande A. *The heroism of incremental care*. *The New Yorker* (2017). Disponible en: <http://www.newyorker.com/magazine/2017/01/23/the-heroism-of-incremental-care/>. Se sabe que "aunque especialistas focales puedan obtener mejores resultados en aspectos específicos orientados a la enfermedad, la Atención Primaria es la mejor proporcionando cuidados globales, centrados en la persona, y en contextos asistenciales reales".
- González D y col. (2018) Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados en salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría* 38(133):145-166.
- Palomo L y Sánchez Bayle M (2018). *La Atención Primaria española: Situación actual y perspectivas cuarenta años después de Alma-Ata*. Fundación Alternativas. Madrid.
- Retolaza A (coord.) (2009). *Trastornos Mentales Comunes: Manual de Orientación*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/41.
- Salvador-Carulla L y col. (2002). *La Salud Mental en España: ¿Cien años en el País de las Maravillas?* En: J M Cabasés, J R Villalba & C Aibar (Orgs.), *Informe SESPAS 2002: Invertir para la Salud. Prioridades en Salud Pública (pp.301-326)*. Valencia: Generalitat Valenciana y Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.

- Recibido: 11/9/2018.
- Aceptado: 28/11/2018.

La institución psiquiátrica de Jaén como contexto de la práctica enfermera actual: crisis y transiciones profesionales con perspectiva crítica y de género¹.

The psychiatric institution of Jaen as context of current nursing practice: crisis and professional transitions with a critical and gender perspective.

María Hernández-Padilla¹.

Profesora Titular de Universidad • Grupo de Investigación Biopolítica (HUM-1004)
Universidad de Jaén.

Resumen: El proceso de profesionalización de la enfermería de salud mental está estrechamente ligado a determinados hitos históricos en el propio seno de la Enfermería y en los cambios de modelo asistencial en salud mental habidos en la España del siglo pasado. Específicamente, la formación universitaria de Enfermería y los procesos de reforma psiquiátrica en España y en Jaén han contribuido a la visibilidad y emergencia profesional de la Enfermería en un proceso que sigue vivo, en construcción permanente y que sitúa a los y las enfermeras de salud mental como protagonistas indiscutibles del mismo.

Palabras clave: Enfermería de Salud Mental; Profesionalización; Género; Instituciones Psiquiátricas; Discurso Crítico.

Abstract: The process of professionalization of mental health nursing is closely linked to certain historical milestones within the Nursing itself and in the changes in the mental healthcare model in Spain in the last century. Specifically, the university nursing education and the processes of psychiatric reform in Spain and Jaén have contributed to the visibility and professional emergence of Nursing in a process that is still alive, under permanent construction and which places mental health nurses as undisputed protagonists of it.

Key words: Mental Health Nursing; Professionalization; Gender; Psychiatric Institutions; Critic Discourse.

¹ Intervención presentada en el XXVIII Congreso de la AEN. Córdoba 7 junio, 2018.

Me gustaría comenzar diciendo que recibí esta invitación para hablar sobre profesionalización de la Enfermería de Salud Mental en este panel sobre historia de las instituciones. A propósito de la institución de Jaén, investigué hace años su reforma psiquiátrica² que ha sido una de las pioneras en el conjunto de España. Aunque no me dedico específicamente a la investigación histórica, es obvio que comprender el proceso de aquella Reforma –sobre todo desde mi enfoque metodológico del análisis crítico del discurso– pasaba por hacer un recorrido histórico de la institución, contextualizar la reforma y, así lo hice. En aquél momento el objetivo no era analizar el desarrollo de la Enfermería Psiquiátrica, sino que esta era un elemento más dentro de todo el proceso de análisis, si bien es un tema que, como enfermera, me interesaba y me interesa. De manera que mi propuesta de intervención a esta mesa fue hablar de desarrollo profesional de la Enfermería de Salud Mental hoy, a la luz de su historia en la institución de Jaén. En este sentido y más allá de la importancia que tiene una buena cronología (Valcárcel, 2008), este trabajo hay que situarlo en una tradición historiográfica comprensiva de nuestra historia profesional.

No es fácil hablar de la profesionalización de la Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental y tampoco de la de Jaén, sobre todo teniendo en cuenta –y yo tuve la oportunidad de comprobarlo– la escasez de la historia documentada de la atención psiquiátrica provincial. Pero para una enfermera como yo, comprender por qué las cosas en nuestra profesión han ocurrido como lo han hecho es muy importante, de manera que recurrir a las fuentes históricas, las que existan o no, tiene un significado. Sobre esta cuestión –el desarrollo profesional de enfermería en salud mental– que es a la vez histórica y actual todavía tengo un mapa en construcción pues todavía está te-

niendo lugar este proceso, está vivo y además, es un asunto complejo.

Hablar de profesionalización en Enfermería de Salud mental es complejo por varias razones. En primer lugar, no se puede desvincular el desarrollo de ésta de la Enfermería Generalista, una se aloja en la otra y sus historias discurren paralelas. Es por ello que, hay que hacer mención de algunos hechos históricos de la Enfermería para comprender el desarrollo de la Enfermería Psiquiátrica e incluso –como ha dicho Teresa Ortiz– a veces hay que remitirse a los orígenes, que se encuentran fuera de nuestro territorio cultural y lingüístico, y muy lejos de nuestro tiempo historiográfico pero que iluminan el contexto y la comprensión de nuestro propio proceso (Ortiz, 2006). Y es cierto que la Enfermería española, y también la Enfermería de Salud Mental tiene claros referentes en la Enfermería inglesa y norteamericana.

En segundo lugar, es complejo porque la enfermería de salud mental ha sido durante buena parte de su historia “invisible” y esto tiene que ver con varias circunstancias. Por una parte, está relacionado con su pertenencia genérica: la enfermería está altamente feminizada, este es un hecho histórico pero también actual y, constituye una tendencia creciente desde que se disponen datos sobre ello. Actualmente en España el 84.3% de la enfermería son mujeres y, en Andalucía el 75.9% y el 77.4% son respectivamente enfermeras generalistas y enfermeras de salud mental (INE, 2017). Teniendo en cuenta esta alta feminización y, como ocurre con otras profesiones (Ortiz *et al*, 2004), la enfermería ha construido históricamente su identidad como una profesión sexuada a la que se han ido incorporando los correspondientes valores de género que han conformado así las prácticas sanitarias. Como ha dicho Marcela Lagarde, es en ella (en la enfermería) donde la ideología del *ser-para-otros* se muestra con mayor contundencia (Lagarde, 2011). Y estas prácticas de enfermería en el contexto de una sociedad patriarcal se han tornado prácticas devaluadas desde el momento en que han sido naturalizadas en las mujeres. Recordemos que la “*división sexual del trabajo*” que trajo consigo la revolución industrial relegó a las mujeres al espacio doméstico (Sáez de Buena-ventura, 1979), naturalizando y devaluando los cuidados.

² La investigación llevó por título “La atención a la salud mental en Jaén desde la reforma psiquiátrica y su análisis a través de los discursos de sus protagonistas” (2008). Un resumen de la misma fue publicada en el libro “Discursos sobre salud mental. Nuevas miradas a la realidad social de la atención psiquiátrica en la provincia de Jaén” (2010). En ellas puede consultarse un análisis histórico en detalle de la institución de Jaén, junto a un análisis social y discursivo del contexto y discursos de las y los protagonistas implicados en dicho proceso de reforma hasta la actualidad.



En ese contexto, Florence Nightingale, a quien podríamos considerar la primera referente internacional en el comienzo de la profesionalización de la enfermería, como buena hija de su época victoriana creía

“que la enfermería guardaba una estrecha relación con la maternidad, ya que en ambas se empleaban las características naturales femeninas de cuidados, compasión y sumisión” (citada en: Leddy & Pepper, 1989: 5),

si bien pensaba que los elementos auténticos de la enfermería son casi desconocidos y que:

“tan profundamente enraizada y universal es la convicción de que dar medicamentos es estar haciendo algo, o más bien todo, que dar aire, calor, limpieza, etc.. es hacer nada” (Nightingale 1993: 2-3)³.

Desde esta lógica naturalizadora de los cuidados, no tiene especial valor el trabajo de cuidado que realizan las mujeres (tampoco las mujeres enfermeras) pues la Naturaleza las ha/ nos ha preparado para ello. Es por esto que los cuidados de enfermería han sido históricamente invisibilizados y devaluados en el contexto de una cultura profesional que es patriarcal, por no ser considerada la enfermería como una “*profesión en esencia*” en términos de Hughes (1996).

Pero el género transversaliza otros elementos que han contribuido a la invisibilidad haciendo sinergia con ellos, me refiero al modelo asistencial. Como ha señalado Rafael Huertas, la invisibilidad tiene que ver con la existencia de un modelo asistencial manicomial que estuvo asociado a un único modelo profesional y a un solo profesional (al modelo psiquiátrico y al psiquiatra) (Huertas 2006). De esta manera, otras figuras y prácticas dentro de la institución (las enfermeras y sus prácticas) quedaron invisibilizadas y configuradas en una relación de subalternidad respecto a la psiquiatría y los psiquiatras y, esto lo propició la institución: el hospital y específicamente el manicomio. Por último, las dificultades para hablar de profesionalización de

la enfermería de salud mental tiene que ver con la diversidad de aspectos que abarca, algo de ello comentaremos después.

Hoy se afirma que “la profesión de enfermería de salud mental está en crisis” (Happell, 1997; Holmes, 2006; Allan *et al*, 2008; Shaw *et al*, 2008; Foot *et al*, 2017) y, son muchas las voces que desde distintos ámbitos (desde lo local a lo internacional), ya sea en la literatura, en encuentros profesionales o en debates informales, están de acuerdo al respecto. Y las crisis no son malas, al contrario, las crisis son posibilistas, de manera que hay que poder salir bien de ellas. Para hacerlo, hay que reflexionar sobre el pasado, hay que mirar atrás para poder mirar bien hacia adelante.

En este punto quiero volver a la cuestión de la invisibilidad porque ella ha dejado una impronta importantísima en el desarrollo de la profesión. Por supuesto que la institución de Jaén contribuyó a la invisibilidad de los y las enfermeras psiquiátricas, no solo por el carácter cerrado de la institución sino por los mecanismos de subalternidad que rigieron su funcionamiento, dificultando con ello su profesionalización. En este sentido, los reglamentos del manicomio de Jaén y su articulado relativo a las funciones de las y los enfermeros psiquiátricos dan cuenta de ello con claridad.

Quiero aclarar que cuando decimos la “institución psiquiátrica de Jaén”, nos referimos al que fue originalmente *Hospital de la Misericordia*, del cuál se sabe que funcionaba ya en 1489. Dicho hospital fue asumido por la *Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en 1619*, cambiando su nombre por el de *Hospital San Juan de Dios* (García Sánchez, 2007). Posteriormente pasaría a denominarse Hospital Provincial mientras permaneció con funciones clínicas. Actualmente dedicado a albergar el Archivo Provincial y con distintas otras funciones de la Administración Local, se le conoce con el nombre de *Antiguo Hospital San Juan de Dios*. Como sabemos, la Orden Hospitalaria se ocupó tradicionalmente del cuidado de dementes, sin embargo durante su vigencia en Jaén, la institución estaría dedicada a la

“curación de enfermos pobres de cualquier tipo de enfermedad excepto incurables y locos....” (García Sánchez, 2007).

³ La publicación original de la obra de Florence Nightingale *Notes on Nursing*, es de 1859. Aquí citamos la reimpresión española de 1993.

Durante algo más de dos siglos, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios regentó el Hospital, concretamente hasta finales de 1835 y comienzos de 1836 en que coincidiendo con la desamortización de Mendizábal, se hizo cargo de él la Junta de Beneficencia Provincial (García Sánchez, 2007).

En los fondos del archivo provincial, ya en 1847, está documentada la preocupación por crear una futura Casa de Dementes que, junto a otros establecimientos (asilos de mendicidad, casa de expósitos, hospicios) formarán el conjunto de establecimientos de carácter benéfico en la provincia (García Sánchez, 2005), una preocupación que como ha dicho Rafael Huertas es común en el conjunto de España y constituye –junto a otras acciones– un intento de legitimación de la medicina mental en nuestro país (Huertas, 2002). Sin embargo, el proyecto de Sanatorio Neuropsiquiátrico no se materializará hasta un siglo después por el empeño de Juan Pedro Gutiérrez Higuera, auténtico artífice de la institución que reunió en sí mismo, en su biografía, la formación como jurista (1919) y médico (1923). La estrecha e histórica relación entre mundo jurídico y mundo médico ya fue expuesta magistralmente por Michel Foucault (2002), simplemente quiero se-

ñalar esta coincidencia biográfica en la figura de Juan Pedro Gutiérrez Higuera, que puede servir para comprender mejor su empeño en la creación del manicomio de Jaén.

De manera que fue ya como institución de la Beneficencia Provincial cuando tuvo lugar la primera ubicación de dementes en la provincia de Jaén y, de una manera muy rudimentaria, de gran precariedad. Originalmente, esta asistencia tuvo lugar en un sótano de dicho Hospital San Juan de Dios, en la denominada Sala de San Diego:

“concebida y regida por un criterio de seguridad: rejas fuertes, con un ventanillo practicable para introducir la comida, cerrojos, camisas de fuerza...no había médico especialista ni personal subalterno en número ni capacitación” (Gutiérrez Higuera 1954: 11),

“[un lugar] que daba cobijo en confuso hacinamiento y desorden a todos los pacientes que se llevaban al hospital generalmente afectos del denominador común de la agitación, extravagancia o serios desórdenes de la conducta social” (Gutiérrez Aguilera 1978: 86).



Foto 1. Personal de Los Prados (1954). Juan Pedro Gutiérrez Higuera en el centro sentado.

Esta situación, que no puede ser más descriptiva, permaneció hasta 1918 e indica claramente la ausencia de atención y cuidados, los más básicos o, incluso de cuidados de enfermería. Por supuesto, indica también la ausencia de cuidados especializados, teniendo en cuenta que no es hasta 1915 cuando se instituye el *Título de Enfermera en España*⁴ (Hernández Martín, 1996).

En Jaén siempre constituyó un problema importante la atención a las y los dementes, tanto la atención interna (la falta de espacio y hacinamiento y, la falta de personal eran la norma) como externa (por falta de recursos económicos). No obstante, el déficit asistencial provocó el recurso a la atención externa con frecuencia. Así, los manicomios de Granada, San Baudilio, Ciempozuelos, Zaragoza, Valencia o Cádiz, entre otros, todos ellos recibieron dementes de Jaén. La situación de precariedad alcanza el punto en el que en junio de 1918 se origina un grave conflicto en la Corporación provincial por la

“llegada a Jaén de los dementes de la provincia internados en San Baudilio y que la dirección de aquél centro devolvió por impago de estancias” (García Sánchez 2005: 359).

A partir de entonces fueron muchas las demandas, debates e informes en el seno de la Corporación hasta materializarse el primer espacio dedicado exclusivamente a la atención psiquiátrica en Jaén. Fue este un Pabellón anexo al Hospital San Juan de Dios, el denominado “Pabellón de la Dictadura” creado en 1926⁵, en pleno primer tercio del siglo XX, considerado como la época

dorada de la psiquiatría española (Huertas 2002; Dualde 2004), también considerada “la época dorada de la psiquiatría oficial y en Jaén” (Gutiérrez Aguilera 1978: 101).

Es en 1926 cuando Juan Pedro Gutiérrez Higuera entra en contacto con la Medicina mental haciéndose cargo de este Pabellón. Allí permaneció hasta 1927, año en que marchó a Madrid donde permaneció hasta 1930, influido por el ambiente intelectual de la época, especialmente por la Escuela de Madrid (Hernández-Padilla, 2010). Años 20 que constituyen años de esplendor para la Psiquiatría que culminarán en la II República (Huertas 2002a).

El advenimiento de la II República y, la creación del Consejo Superior Psiquiátrico y el Decreto de 3 de julio de 1931 de asistencia a enfermos mentales, darían pie a crear también en Jaén todas las estructuras reformadoras previstas por dicho Decreto (Hernández-Padilla, 2010)⁶.

En 1931, Juan Pedro Gutiérrez Higuera regresa a Jaén y se incorpora como Alienista Jefe de los Servicios Psiquiátricos Provinciales, entre ellos del *servicio psiquiátrico cerrado* ubicado en el Pabellón de la Dictadura. Éste pronto quedaría pequeño para las necesidades de la provincia debiendo recurrir nuevamente la corporación provincial a la contratación de servicios privados externos en otras instituciones españolas.

Lo que conocemos –escasamente– de la enfermería provincial en la atención de las y los pacientes psiquiátricos de esta época institucional nos viene dado por el *Reglamento del Manicomio Provincial y sus servicios* (Pabellón de la Dictadura), aprobado en 1935. En él se establecen las funciones y rangos de cada una de las figuras presentes en el mismo, desde el Diputado Visitador encomendado por el Consejo Superior Psiquiátrico hasta los enfermos mentales, todo debidamente previsto y reglamentado como corresponde a un “buen internado” en los términos de Goffman (1988).

4 De acuerdo con la Real Orden aprobando el Programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar enfermeras que lo soliciten, pertenecientes o no a Comunidades religiosas, del MINISTERIO DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES (7 DE MAYO DE 1915, PUBLICADA EL 21). El programa formativo abarcaba 70 temas de corte médico-quirúrgico más tres temas dedicados a “Cualidades físicas, morales e intelectuales de la enfermera en general” (Tema 13); “Delirio: sus variedades. Conducta de la enfermera ante un delirante. Medios coercitivos de los delirantes y circunstancias en que deben emplearse” (Tema 34) y finalmente, “Concepto general de enfermos mentales y nerviosos. Apreciaciones sintomáticas que debe observar cuidadosamente la enfermera. Condiciones especiales para este cargo (morales, físicas, personales, de carácter, intelectual). Vigilancia.

5 Desde hace aproximadamente una década y tras un proceso importante de rehabilitación se ha convertido en Albergue Juvenil.

6 Funcionarán en el establecimiento cuatro tipos de servicios: cerrado, abierto, de dispensario y de servicio social. El servicio cerrado comprenderá a los pacientes reclusos por orden gubernativa o judicial o, por indicación médica, cuando los enfermos sean antisociales o peligrosos.

Es relevante destacar las funciones que dicho reglamento establece para el *Enfermero Psiquiátrico Diplomado*⁷ y el *Practicante*, y para Enfermeros Jefes. Nos interesan porque son los antecedentes de la actual Enfermería de Salud Mental. Dichas funciones consagran el principio de organización jerárquico estableciendo la obediencia y disciplina como principio rector de las actuaciones de enfermeras y enfermeros psiquiátricos diplomados. Como “obligaciones” de los mismos se recogen entre otras las siguientes (art. 15):

- A) Permanecer constantemente en el Manicomio al cuidado y servicio de los pacientes.
- B) Acompañar a los Médicos en sus exploraciones, suministrándole los datos que la continua observación de los enfermos les permita recoger, anotando en libretas adecuadas que el Médico firmará diariamente, los tratamientos, observaciones y regímenes alimenticios a que deban ser sometidos los pacientes que tengan a su cuidado.
- C) Dar las medicinas, [...]; tomar y anotar las temperaturas, pulso y detalle de los síntomas mentales y corporales que puedan ser de interés, realizar ciertas curas, recoger y llevar al laboratorio [...] las muestras para análisis, recogiendo los resultados, administrar enemas y en definitiva ejecutar cualquier otra misión que sea necesaria o se les encomiende [...]

Por su parte, el papel del *Enfermero Jefe* (art. 16), uno por turno, se centraba en la “dirección y vigilancia de este personal y de la inspección de los servicios y [será] designado por el Director Médico”. Entre sus “atribuciones” –aquí aparece una diferencia “de calidad” respecto a la figura anterior– se contemplan:

- Revisar las dependencias del establecimiento, previniendo el buen orden, la limpieza, observando cómo los enfermeros y sirvientes cumplen su misión y conocer o comprobar los deseos o quejas de los enfermos.

- Exigirá que los pacientes sean tratados con puntualidad, afabilidad y cariño, no consintiendo que se empleen modales bruscos ni otros medios de contención que los aprobados por los médicos.

- Cuidará del buen orden, distribución y disciplina del trabajo en los talleres (dando cuenta a la Administración del rendimiento de cada trabajador...).

- Distribuirá en trabajo entre enfermos y sirvientes...

- Será encargado de hacer cumplir lo preceptuado con respecto a visitas, disciplina, orden y régimen interior de la casa.

- Entrará al servicio 15 minutos antes...

Una figura la del enfermero jefe a caballo entre el médico psiquiatra y los enfermeros psiquiátricos diplomados, con atribuciones especiales y poder real respecto de estos últimos, pero sujetos a las órdenes y directrices dictadas por la jerarquía psiquiátrica. Su invisibilidad, la de enfermeros psiquiátricos diplomados y enfermeros jefes, ha obviado un hecho incontrovertible: la institución psiquiátrica tuvo en estas figuras la garantía de su permanencia.

El comienzo de la Guerra Civil supone un paréntesis en este proyecto institucional. Se produce la salida del Pabellón de 280 enfermos varones trasladados al Convento de las Bernardas y 122 enfermas mujeres, trasladadas al Convento de las Descalzas, convirtiéndose así en hospital de guerra, en hospital militar.

“La situación de los enfermos en estos ambientes conventuales sin el debido acondicionamiento y con aguda falta de personal y de las exigencias mínimas, regresó rápidamente al caótico punto de partida inicial: hacinamiento, confusión, falta de camas, ropas, medicamentos. Incluso hambre y complicaciones corporales múltiples de psicosis, con incidencia de nuevas psicosis peligrosas, todo lo cuál habría de incidir claramente en los porcentajes de defunciones: los más altos de la historia de nuestro Servicio. El 22% de la población asistida en cada uno de los

⁷ Su formación estuvo regulada por la norma republicana: Orden del Ministerio de Gobernación de 16 de mayo de 1932 (visto el Informe del Consejo Superior Psiquiátrico).



años 1937 y 1938” (Gutiérrez Aguilera, *citado por* García Sánchez 2005: 377).

Terminada la guerra, tiene lugar la devolución de los conventos incautados a sus órdenes religiosas. Las pacientes se reubican en el Convento de las Bernardas con los enfermos varones y allí permanecen hasta 1942, lo que volvió a plantear la cuestión de la ubicación de los pacientes mentales. Nuevamente, se decidió una atención externa “en Ciempozuelos (Madrid), San Luis (Palencia) y en menor medida, en Granada, Cádiz, Salt (Girona), Valencia, Ciudad Real, Córdoba, Toledo, Sevilla, San Sebastián y Melilla” (García Sánchez 2005: 386).

Se consideró ya inaplazable la creación de la institución psiquiátrica provincial. El *Sanatorio Neuropsiquiátrico de Los Prados* comenzó a construirse siendo Juan Pedro Gutiérrez Higuera presidente de la Diputación Provincial⁸. Es bastante desconocido el hecho de que fueron los propios enfermos quienes construyeron su encierro, fueron ellos quienes ejecutaron todos los oficios necesarios en su construcción (albañilería, fontanería, pintura....). El progreso de las obras permitió que los dementes fueran regresando ya en 1949, hasta 1952, año en que fue inaugurado oficialmente el Sanatorio. Este será la ubicación definitiva de los enfermos psiquiátricos en la provincia y el proyecto soñado por Juan Pedro Gutiérrez Higuera, que con ello daba continuidad al trabajo ya iniciado en el Pabellón de la Dictadura.

El Reglamento de Régimen Interior del Sanatorio –al igual que el anterior– da cuenta de la consideración y posición de las y los enfermeros psiquiátricos. Encontramos las mismas obligaciones y atribuciones para enfermeros psiquiátricos, Practicantes y, Enfermeras y Enfermeros Jefes respectivamente, con la salvedad de que ahora en el servicio o sección de mujeres (art. 41) las funciones de Enfermera Jefa de Los Prados, la ejercerá una hermana de la comunidad religiosa que tenga el Diploma de capacitación psiquiátri-

ca y sea designada por acuerdo entre el Médico Jefe de Servicio y la Superiora de la comunidad religiosa.



Práctica del coma insulínico.

Por tanto, Los Prados constituye un proyecto de continuidad institucional que responde a un proyecto personal de Juan Pedro Gutiérrez Higuera largamente acariciado, constituye un proyecto político de “control social” pues Gutiérrez Higuera es un hombre del régimen, pero también responde a un proyecto asistencial más amplio en un contexto social, los años 50, en el que comienzan a producirse una serie de cambios y transformaciones sociales que alcanzan al sistema sanitario, con un desarrollo hospitalario sin precedentes. Hospitales muy dotados tecnológicamente y con gran necesidad de profesionales médicos y de enfermería, capacitados para responder a estas exigencias. Como se ha dicho, se necesitaban enfermeras

“capaces de realizar técnicas cada vez más complejas impuestas por los retos de las nuevas tecnologías, pero permaneciendo en la fiel tradición de sumisión y obediencia” (Miró Bonet 2008: 29),

en la más pura tradición de la subalternidad. Y estas fueron también las necesidades de los Prados⁹. Por tanto y, de la mano del proyecto institucional se puso en marcha un proyecto educativo que asegurara su continuidad: la creación de la Escuela de Enfermería de la Di-

⁸ Terminada la Guerra y como hombre del régimen franquista, Juan Pedro Gutiérrez Higuera aceptó el cargo de Alcalde de la ciudad y posteriormente el de Presidente de la Diputación a cambio de hacer posible su largo y aplazado proyecto de construcción definitiva del manicomio.

⁹ La presencia en Los Prados de la comunidad religiosa aseguró la “filiación conventual” y la “filiación técnica” de la enfermería (Collière, 1993), esta última sobrevenida por el contexto y, dando lugar a relaciones de subalternidad fuertemente entretreídas.

putación Provincial de Jaén, en 1954. Esta tuvo como modelo de referencia la Escuela Marqués de Valdecilla¹⁰.



Aplicación de sonda nasogástrica.

Como ha dicho recientemente su fundador en una entrevista:

“La Escuela fue el resultado de un momento en que D. Juan Pedro Gutiérrez Higuera era Presidente de la Diputación y mi propio padre, Decano de la Beneficencia Provincial. En 1954 se crea la Escuela de Enfermería, impulsada por la corriente de cambio y de impulso de la Medicina posterior a la II Guerra Mundial. Este fue un momento muy interesante donde se pretendió crear un hospital y unos servicios hospitalarios avanzados que incorporaran los avances desarrollados en Europa....en este contexto de modernización del Hospital San Juan de Dios [que le describo] los cuidados de enfermería estaban dedicados a las religiosas vivencianas, Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul y se de-

cidio profesionalizar la práctica de los cuidados mediante la creación de una Escuela [...] el modelo de Escuela que se buscaba era de enfermeras en formación en régimen de internado, muy entrenadas y cualificadas, con formación teórica y práctica en el propio hospital a imagen del Hospital de Valdecilla. Valdecilla era reflejo del modelo germano [...] la Escuela tenía un Director médico que en este caso fue D. Enrique Alcázar y una directora religiosa que fue Sor Matilde, sustituida más tarde por Sor Pilar. Las alumnas en internado hacían rotaciones por todos los Pabellones y servicios del hospital” (Entrevista a Fermín Palma, en VV.AA. 2004: 223-224).

Lo que sí apuntalaron bien ambas instituciones, el Pabellón de la Dictadura primero y Los Prados después, fue un modelo jerárquico en el que las figuras del enfermero psiquiátrico, el practicante y el Enfermero Jefe fueron claves en la permanencia de la institución: estas figuras constituyeron la mayoría del personal en la misma pero fueron algo más, “la columna vertebral de la institución”, “la argamasa de los servicios” (Balzano, 2012) y, con ello y en esa medida contribuyeron a la tarea de legitimación de la medicina y de la psiquiatría durante esa época como pone de relieve Palma en dicha entrevista, algo que habitualmente pasa inadvertido.

Un modelo institucional jerárquico que estuvo reforzado por el proyecto educativo que representó la Escuela de Enfermería y, a través de ella, una cultura profesional enfermera “moldeada” por el discurso médico-psiquiátrico de la época. Recordemos que la formación teórica de enfermeros y enfermeras era llevada a cabo por médicos, inmersa en una cultura del “hacer”, de lo “empírico”, pues en aquella época el 70% de la formación era práctica¹¹. Una educación de enfermeras perfectamente capacitadas técnicamente y educadas dentro del modelo propio del franquismo basado en los valores de “autoridad, jerarquía, orden y disciplina” (Miró Bonet 2008:19), todo ello en la más fiel tradición de relaciones subalternas de la enfermería dentro de la institución.

¹⁰ Esta Escuela Marqués de Valdecilla junto con la primera Escuela creada en España “Santa Isabel de Hungría” (Madrid) tienen como referencia el Modelo de Enfermería de Florencia Nightingale. Como dijo su primera directora M^ª Teresa Junquera, en dicho modelo concurren tres rasgos: “formar parte de un hospital, para que las enfermeras puedan adquirir experiencia profesional; ser un internado, puesto que sólo así se conseguía inculcar en las alumnas la disciplina y la alta educación moral que la profesión requiere; y, por último, la estancia en ella debe ser prolongada para que la formación de la enfermera sea perfecta”. Un modelo de Escuela perfectamente ajustado para Jaén, tanto desde el punto de vista ideológico como económico. Nótese también que Palma dice que “Valdecilla era reflejo del modelo germano” (queriendo decir quizás que se ajustaba al modelo alemán de Psiquiatría imperante en Jaén) y obviando o desconociendo el hecho de su procedencia: una Escuela basada en un modelo propio de Enfermería, de la Enfermería inglesa.

¹¹ Como ha indicado Miró Bonet (2008), en aquella época la mayor parte de la enseñanza era práctica, un 70% y solamente el 30% era formación teórica centrada en la patología médica, quirúrgica y terapéutica.



En los años 60 y sobre todo 70, se reconocieron abiertamente problemas en Los Prados de todo tipo: con el propio edificio, con la población sanatorial, con el personal y su actitud terapéutica “anclada en moldes antiguos” y, con la carencia de dispositivos extrahospitalarios y ambulatorios¹². Comienza con ello la lenta agonía del manicomio.

Tras la muerte de Franco y recién creadas las primeras diputaciones democráticas en 1979, se decide acometer desde la Diputación de Jaén el problema del Sanatorio Neuropsiquiátrico. Entre 1979 y 1980 se realizan varios informes, uno de los cuales sería vinculante para poner en marcha la Reforma Psiquiátrica de Jaén, el “Informe del estado actual de los servicios psiquiátricos provinciales” de José Luis Montoya Rico, más conocido como Plan Montoya y, finalizado en agosto de 1980. En él no solo se hacía un diagnóstico de la situación del manicomio sino que exponía un conjunto de recomendaciones sobre cómo abordar la transformación del mismo.

Dicha transformación de modelo asistencial ocurrió con la reforma psiquiátrica que tuvo lugar en Jaén entre 1981 y 1983, liderada por el psiquiatra jienense Enrique González Duro. Hasta entonces, la invisibilidad de la enfermería de salud mental y las relaciones de subalternidad están en la historia de la profesión: somos supervivientes de ello. Pero es en este momento cuando comienza a visibilizarse la enfermería en el ejercicio de la atención psiquiátrica y de salud mental en Jaén y algo más tarde en el conjunto de Andalucía, en 1986. Aunque para esas fechas, la enfermería española ya había realizado logros importantísimos en su profesionalización: me refiero a su entrada en la Universidad en 1977¹³.

La decisión por parte de las enfermeras líderes españolas de la época hacia el desarrollo de una enfermería universitaria es fruto de un proceso de aprendizaje colectivo muy importante que tiene sus referentes en la enfermería norteamericana de mediados del XX, recién terminada la Segunda Guerra Mundial y del desarrollo de modelos teóricos en Enfermería (procedentes de Estados Unidos y el Reino Unido), como fue el caso de la obra de Hildegard Peplau en el campo de la Enfermería de Salud Mental¹⁴. Esta coyuntura histórica junto al enorme esfuerzo y la presión política de todo el colectivo unido facilitó enormemente la tarea de visibilización de la enfermería/psiquiátrica que ocurre con la reforma.

En Jaén, el informe de José Luis Montoya constituye un punto de inflexión en la consideración de la enfermería de Los Prados. En el mismo, la enfermería es vista como un problema mucho más complejo que trasciende los límites provinciales (ya que también es un problema estatal), vinculado a la “falta de formación, estatus profesional y retribución” (Montoya Rico 1980: 39), pues la especialización de los ATS psiquiátricos no contribuyó a mejorar esta situación. Montoya calificó la situación de “anómala” teniendo en cuenta la continuidad del trabajo de enfermería a lo largo de las 24 horas y la oportunidad que este hecho otorgaba a la enfermería, mayor que a otros profesionales para recoger observaciones, conocer la problemática de los pacientes, su evolución y, su capacidad para ejercer influencia positiva sobre ellos. Sería recomendable –sigue diciendo Montoya–

“trascender las típicas tareas de administración de medicación inyectable, hacer curas... deberían tener tareas organizativas y asistenciales más amplias colaborando en

¹² Estos problemas son expuestos por Carlos Gutiérrez Aguilera, que sigue sosteniendo todavía en 1978 la necesidad de conservar la estructura sanatorial, mejorada en su aspecto externo y reforzada en su división nosológica, con mayor número de camas, reforzada con más personal auxiliar y reavivando su espíritu de equipo, su ilusión por la tarea, el cariñoso interés por los enfermos y el amor por su actividad laboral”. El mismo reconocerá la formación eminentemente científico-natural y farmacológica del cuerpo médico, con escaso interés en las tendencias rehabilitadoras del momento (Gutiérrez Aguilera 1970, 1978).

¹³ Por Real Decreto 2128/1977 del Ministerio de Educación y Ciencia sobre integración en la Universidad de las escuelas de ayudantes técnicos sanitarios.

¹⁴ A lo largo del tiempo, los modelos teóricos en Enfermería han sido objeto de múltiples controversias. En este sentido, estoy de acuerdo con Foot & Homes (2017) en que más allá de la intención de definir a la “Enfermería como un todo” restringiendo otras formas de conocimiento procedentes de distintas áreas del saber, esto no cambia el hecho de que las enfermeras de la segunda mitad del siglo XX –como ya ocurrió con Florence Nighthingale en el último tercio del XIX– trataran de determinar desde una perspectiva teórica qué era y qué no era conocimiento de enfermería, esta es la cuestión: las y los profesionales comienzan a protagonizar la construcción de la propia disciplina, en un proceso de empoderamiento que visto desde hoy ya no tiene vuelta atrás.

equipo (con el psiquiatra y el auxiliar psiquiátrico) en la terapéutica, programas de rehabilitación, diagnóstico y tratamiento global....pero deberían tener una adecuada formación psiquiátrica y dotes personalesestimular y mantener el nivel profesional” (Montoya Rico 1980: 40).

Menciona asimismo que algunos [enfermeros] podrían participar en tareas comunitarias y constata que el problema de la formación en enfermería es el más descuidado, ya que

“generalmente comienzan a trabajar en el centro sin formación previa, a excepción de los ATS, aunque la formación de estos es médico-quirúrgica (Montoya Rico 1980: 44).

La formación –dice finalmente–

“debería estar impartida por el propio personal de enfermería –tanto la teoría como la práctica– cuando esto sea posible, mientras tanto, estará a cargo de médicos, psicólogos y asistentes sociales” (Montoya Rico 1980: 44).¹⁵

En su libro “Memoria de un manicomio”, González Duro (1993) escribirá más tarde que los ATS estaban divididos entre los antiguos ATS y Jefes Enfermeros (muy resistentes junto con los psiquiatras más antiguos, que perdían progresivamente poder) y los nuevos ATS (ya enfermeros universitarios) muy receptivos e integrados en los equipos de trabajo, dentro y fuera de la institución, adquiriendo mayor identidad terapéutica. Evidentemente, para los antiguos enfermeros y jefes de enfermería –la *columna vertebral*, la *argamasa de la institución psiquiátrica*– la reforma atentaba contra la propia identidad “construida” a lo largo de una vida.

¹⁵ La formación del personal de enfermería previa a la reforma de Jaén si bien está documentada, no sabemos el contenido real ni la efectividad de la misma porque Montoya constata como un auténtico problema la formación de los enfermeros de Los Prados. Y es que como informó Enrique González Duro, “los directivos de los Prados tuvieron inicialmente un claro planteamiento económico de la asistencia psiquiátrica. En 1954 su director afirmaba que la asistencia a enfermos psíquicos debe ser comparativamente con la de otros padecimientos, barata en los establecimientos de tipo mixto como Los Prados y, más aún en las dedicadas exclusivamente a enfermos crónicos” (González Duro 1987: 34-35).

En entrevistas realizadas posteriormente a estos nuevos enfermeros universitarios (Hernández-Padilla, 2004, 2010) se evidencia la ilusión con la que se emprendió la Reforma Psiquiátrica y la implicación “real” dentro del “equipo de trabajo” que posibilitó a la enfermería conocer y ubicarse en otros espacios fuera de la institución. Se valoró especialmente la formación adecuada, la pertenencia a un equipo y la implicación en el trabajo comunitario, que fue real.

En este punto, la Reforma Psiquiátrica, creo que representa una gran crisis en la enfermería de salud mental, una crisis identitaria pero posibilista, posicionada en esos dos grandes espacios de pensamiento e ideológicos que impregnan igualmente la práctica: la vieja y la nueva enfermería de salud mental. Entrevistas realizadas recientemente a algunos de estos enfermeros universitarios en formación por aquella época¹⁶ cuya formación práctica tuvo lugar en los pabellones de crónicos de Los Prados, constatan que los viejos ATS psiquiátricos no tenían –probablemente– una conciencia profesional, ni necesidad de ella. Pasaban su tiempo controlando a los pacientes en espera de administrar la medicación pautada y sobre todo, de que el turno fuera tranquilo.

Son muchos los elementos que contribuyen a la profesionalización de la enfermería de salud mental o a su ausencia. La visibilidad es clave y en España como en Jaén –como ocurre en cualquier lugar del mundo y en cualquier disciplina– la entrada de los estudios de Enfermería en la Universidad facilitó esta tarea y hoy es requisito indispensable para hablar de profesionalización.

Este reconocimiento normativo, académico, fue clave en la visibilización de la enfermería de salud mental cuando se produce la reforma psiquiátrica de Jaén. Desde entonces, los esfuerzos por una especialización de los cuidados en salud mental ha sido permanente. Y no ha sido sino hasta muy recientemente el reconocimiento de una especialidad de enfermería en salud mental con una formación práctica bajo el sistema EIR, que es a todas luces mejorable. Es mejorable en cuanto a orientación teórica de los contenidos, en cuanto a formación de las y los docentes, en la

¹⁶ La autora ha realizado estas entrevistas a propósito de la presente intervención en el Congreso de la AEN que hoy nos reúne.

duración de la formación práctica, en la organización y coordinación de las enseñanzas, en la que –irónicamente– la Universidad está ausente¹⁷. Por lo que respecta a los movimientos asociativos y a los órganos de expresión profesional en enfermería/de salud mental que son claves en la profesionalización, no creo como se ha dicho que haya déficit en estos aspectos ni a nivel estatal –incluso regional– ni a nivel internacional. En España existen dos grandes movimientos asociativos de enfermería en este campo, uno en el seno de la propia Asociación Española de Neuropsiquiatría y otro, la Asociación de Enfermería de Salud Mental en España (AEESME). Creo que ambos gozan de buena salud en el sentido de que se genera debate en su seno, si bien como en otros ámbitos del conocimiento u otros profesionales, puede ser mejorable. Respecto a los órganos de expresión profesional, creo que en absoluto hay déficit de los mismos ni a nivel estatal, ni desde luego a nivel internacional, algo fácil constatar si se revisa la literatura publicada, ya sea en revistas de impacto en salud mental o en revistas multidisciplinarias. Yo creo que el debate de la profesionalización está en otro lugar.

El debate está en otros lugares más sensibles y resistentes al cambio y conciernen a la dinámica cotidiana de los y las profesionales enfermeras: la construcción de un discurso profesional, la identificación de las aportaciones específicas como enfermeras/de salud mental a través del uso de metodologías que permitan generar conocimiento nuevo mediante la investigación o, la autonomía, control y responsabilidad sobre el campo propio de actuación y, el reconocimiento profesional y social son retos prioritarios. Como vemos, elementos de naturaleza diversa, unos son normativos –la formación universitaria y especializada, la regulación de las profesiones sanitarias¹⁸– otros no y se legitiman con el tiempo y los cambios sociales.

Las dificultades de la profesionalización de la enfermería no se agotan aquí. En este sistema sanitario en el que existimos, gerencialista a

ultranza –aquí el neoliberalismo ha venido para quedarse– se reconoce la “necesidad de la profesión de enfermería” aunque es conveniente que su cometido sea altamente genérico, al modo del trabajo reproductivo. Se necesita pero a la vez es sumamente comprometido darle su lugar pues–no lo olvidemos– la enfermería/de salud mental constituye la mayor fuerza laboral del cuidado de la salud. Por tanto, estoy de acuerdo con Hellen Allan en que el valor de nuestra profesión no es lo vocacional –que emanaría teóricamente de nuestra condición natural como mujeres– sino que ha de situarse por derecho propio como una cuestión política (Allan *et al*, 2008), una cuestión política y de mujeres.

Aunque esta realidad está cambiando, en el momento actual existe escasa conciencia profesional sobre cómo el género influye en la práctica de cuidados de salud mental, en la articulación del trabajo dentro del equipo multidisciplinar de salud mental y en la posición de la profesión en el mismo y en la sociedad. El desarrollo profesional tiene muchas caras, entre ellas, crear conciencia crítica de género es un reto en clave global en una profesión todavía altamente feminizada. Creo que en algunos ámbitos y sectores, todavía no se ha comprendido, no hemos comprendido el alcance del reto al que nos enfrentamos, un reto en clave global de desvincularnos de una tutela que ya no reconocemos, la de la sociedad patriarcal, en el contexto de una economía globalizada que pretende “cuidadoras profesionales” a costes de saldo. El empoderamiento de la profesión tiene una relación estrecha con esta toma de conciencia genérica, en especial las mujeres que somos la gran mayoría en esta profesión (Hernández-Padilla, 2014).

Agradecimiento

Agradecer a la AEN la invitación, en particular a Olga Villasante por su invitación al debate en el Congreso de la AEN en Córdoba 2018, con esta aportación sobre historia de las instituciones, en este caso a propósito de la institución de Jaén y de la profesionalización de la Enfermería de Salud Mental.

¹⁷ Toda esta problemática se ha evidenciado recientemente en el encuentro de la Asociación Española de Enfermería en Salud Mental (AESME), celebrada en Madrid en mayo de 2018.

¹⁸ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Contacto

María Hernández-Padilla • mpadilla@ujaen.es
Universidad de Jaén (España) • Edif B-3. Campus Las Lagunillas s/n • 23070 Jaén

Referencias bibliográficas

- ALLAN, Hellen; TSCHUDIN, Verena & HORTON, Kim (2008). The devaluation of Nursing: a position statement. *Nursing Ethics*; 15, 4: 549-556.
- BALZANO, Silvia (2012). Visibilidad e invisibilidad de los cuidados en enfermería en una colonia neuropsiquiátrica argentina: una Mirada etnográfica. *Cuadernos de Antropología Social*, Nº35; pp.: 99-120.
- COLLIÈRE, Marie Françoise (1993). *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana.
- DUALDE (2004). *El concepto de esquizofrenia en los autores españoles a través de las publicaciones psiquiátricas españolas (1939-1975)*. Tesis Doctoral. Valencia: Universidad de Valencia.
- FOOT, T; HOMES, D. (2017). Neoliberalism and the government of Nursing through competency-based education. *Nursing Inquiry*, 2017; 24:e12154.
- FOUCAULT, Michel (2002). *Historia de la locura en la época clásica*. Vols. 1y 2. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- GARCÍA SÁNCHEZ, Adelaida (2005). Los servicios psiquiátricos provinciales antes de la construcción del Sanatorio Los Prados (1850-1950). *Boletín Instituto de Estudios Giennenses*; Nº 191: 349- 392.
- GARCÍA SÁNCHEZ, Adelaida (2007). *La organización de la Beneficencia en la provincia de Jaén en el siglo XIX: 1822-1852*. Jaén: Instituto de Estudios Giennenses. Diputación Provincial de Jaén.
- GONZÁLEZ DURO, Enrique (1987). *Treinta años de psiquiatría en España: 1956-1986*. Madrid: Libertarias.
- GONZÁLEZ DURO, Enrique (1992). *Memoria de un manicomio*. Madrid: Libertarias.
- GOFFMAN, Erving (1988). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- GUTIÉRREZ AGUILERA, Carlos (1970). Reflexiones en torno a una modernización de nuestro servicio y de la asistencia psiquiátrica provincial. *Seminario Médico*; Nº31: 11-48.
- GUTIÉRREZ AGUILERA, Carlos (1978). La psiquiatría de Jaén. Apuntes históricos de nuestra asistencia psiquiátrica provincial desde principios del siglo XX. *Seminario Médico*; Nº 38: 79-125.
- GUTIÉRREZ HIGUERAS, Juan Pedro (1954). *Sanatorio Neuropsiquiátrico de Los Prados de la Beneficencia Provincial de Jaén. Memoria sobre las obras y funcionamiento durante el quinquenio 1949-1953*. Jaén: Instituto de Estudios Giennenses.
- HAPPELL, B. (1997). Psychiatric Nursing in Victoria, Australia: a profession in crisis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*; 4: 417-422.
- HERNÁNDEZ-MARTÍN, Francisca (coord.) (1996). *Historia de la enfermería en España. Desde la antigüedad hasta nuestros días*. Madrid: Síntesis.
- HERNÁNDEZ-PADILLA, María *et al* (2004). Los servicios de salud y la práctica enfermera de salud mental en la provincia de Jaén. En: VV.AA. *La Escuela de Enfermería de la Universidad de Jaén, 50 años enseñando a cuidar (1954-2004)*; pp.: 165-197.
- HERNÁNDEZ-PADILLA, María (2010). *Discursos sobre salud mental. Nuevas miradas a la realidad social de la atención psiquiátrica en la provincia de Jaén*. Jaén: CES-Diputación provincial.
- HERNÁNDEZ-PADILLA, María (2014). Identidades profesionales en cuestión: los cuidados enfermeros. *Revista Con la A*, Nº 59. Disponible en: <https://conlaa.com/identidades-profesionales-en-cuestion-los-cuidados-enfermeros/>



HOLMES, C.A. (2006). The slow death of psychiatric nursing: what next?. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*; 13: 401-415.

HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael (2002). Estrategias Profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española del siglo XIX. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*; Vol 2, Nº2: 92-106.

HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael (2002a). *Organizar y persuadir*. Madrid: Frenia.

HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael (2005). El siglo de la clínica. Zaragoza: Novalia.

HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael (2006). Modelo asistencial y cuidado del paciente psiquiátrico. Algunas reflexiones históricas. En: LEAL RUBIO, José y ESCUDERO NAFS, Antonio (coords.). *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

HUGHES, Everett C. (1996). *Le regard sociologique*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.

LAGARDE Y DE LOS RÍOS, Marcela (2011). *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Madrid: Horas y horas. Edición original de 1990.

LEDDY & PEPPER (1989). Bases conceptuales de la enfermería profesional. Nueva York: OPS.

MIRÓ BONET, Margalida (2008). ¿Porqué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/los enfermeras/os en España (1956-1976). Palma de Mallorca: UIB. Tesis Doctoral.

MONTOYA RICO, José Luis (1980). "Informe del estado actual de los servicios psiquiátricos provinciales". Jaén: Diputación Provincial de Jaén.

NIGHTINGALE, Florence (1993). *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es*. Barcelona: Masson-Salvat.

ORTIZ GÓMEZ, Teresa (2006). *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KRK ediciones.

ORTIZ-GÓMEZ, Teresa; BIRRIEL-SALCEDO, Johanna; ORTEGA DEL OLMO, Rosa (2004). Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 18 (1): 189-194.

SÁEZ DE BUENAVENTURA, Carmen (1979). *Mujer, locura y feminismo*. Madrid: Dédalo Ediciones.

SHAW, Holly; DEGAZON, Cynthia (2008). Integrating the core professional values of nursing. A profession, not just a career. *Journal of Cultural Diversity*, 15 (1): 44-50.

VALCARCEL, Amelia (2008). "Pongamos las agendas en hora". Intervención realizada durante el II Encuentro de Mujeres líderes Iberoamericanas. Fundación Carolina y publicado en Mujeres en Red. El periódico feminista. Disponible en: <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1552>

VV.AA. *La Escuela de Enfermería de la Universidad de Jaén, 50 años enseñando a cuidar (1954-2004)*. Entrevista a Fermín Palma García. Jaén: Universidad de Jaén.

• Recibido: 10/6/2018.

• Aceptado: 2/12/2018.



FORMACIÓN CONTINUADA

Síndrome de Capgras: a propósito de un caso.

The Capgras syndrome: about a case.

María Herrera Giménez (*), Carmen Llor Moreno (**).

(*) F.E.A. Psiquiatría, H.G.U. Morales Meseguer. Murcia.

(**) F.E.A. Psiquiatría, C.S.M. San Andrés. Murcia.

Resumen:

Objetivos: Presentamos un caso de un síndrome de Capgras, que evidencia las dificultades diarias a las que nos enfrentamos en Salud Mental. Nos marcamos como objetivo comprender de manera más profunda la dinámica de este curioso proceso cuya característica clínica principal es que el paciente cree que una persona, habitualmente alguien muy cercana a él, ha sido sustituido por un doble exacto.

Metodología: A partir de la exposición de un caso clínico realizamos una revisión bibliográfica trastorno facticio.

Resultados: Descrito por primera vez en 1923 el síndrome de Capgras rara vez se produce en “estado puro”, generalmente se produce en el contexto de otra enfermedad psicótica diagnosticable. El 70% se produce en una psicosis funcional, que suele ser una esquizofrenia paranoide. El inicio es independiente de la duración de la enfermedad a la que acompaña, puede darse en cualquier momento de la evolución de ésta. Cuando el síndrome se produce, incluso existiendo otros signos y síntomas psicóticos, tiende a dominar el cuadro clínico.

Conclusiones: Una precoz identificación, un manejo equilibrado y un abordaje apropiado pueden reducir de forma significativa las alteraciones producidas por este cuadro clínico.

Un modelo satisfactorio de este síndrome debe basarse en la combinación de trastornos perceptivos y cognitivos, alteraciones orgánicas, ideación paranoide y aspectos psicológicos.

Lo más efectivo es el abordaje multidisciplinar. El paciente debe considerar al psiquiatra como alguien que desea y está preparado para ayudar, no como un adversario.

Prácticamente no hay estudios sistemáticos acerca de la historia natural del síndrome, la evolución del delirio no sigue necesariamente el curso de la psicosis asociada, el pronóstico a largo plazo depende de la naturaleza del trastorno o psicosis asociada.

Palabras clave: alianza terapéutica, ambivalencia, proyección, psicosis funcional.



Abstract:

Objectives: We present here a case of Capgras syndrome, which illustrates the daily difficulties Mental Health professionals face. Our objective was to understand in a more in-depth way the dynamics of this curious condition, whose main clinical characteristic is that the patient thinks that a person, usually someone very close to them, has been replaced by an exact double.

Methodology: From a clinical case report, we carry out a review of the literature on this factitious disorder.

Results: This condition was first reported in 1923. Capgras syndrome rarely presents “on its own”, it generally presents within the context of another diagnosable psychotic disease. 70% of cases appear within a functional psychosis, usually paranoid schizophrenia. Onset is independent from the length of the disease that it accompanies; it can appear at any time throughout the evolution of the disease. When the syndrome appears, even if there are other psychotic signs and symptoms, it tends to be dominant over the clinical picture.

Conclusions: Early identification, a balanced management plan and a proper approach can significantly reduce the complications caused by this clinical picture.

A satisfactory treatment model of this syndrome should be based on a combination of perception disorders, cognitive disorders, organic alterations, paranoid ideation and psychological issues.

The most effective approach is multidisciplinary. The patient must think of the psychiatrist as someone who is willing and qualified to help, not as an opponent.

There are very few systematic studies on the natural history of this syndrome, the evolution of the delirium does not have the same progress as the associated psychosis, so the long-term prognosis depends on the nature of the associated disorder or psychosis.

Key words: therapeutic alliance, ambivalence, projection, functional psychosis.

Introducción

Se trata de un cuadro florido y poco frecuente en el que el paciente cree que una persona, habitualmente muy cercana a él, ha sido sustituido por un doble exacto.

Descrito por primera vez por Capgras y Reoul en 1923 se utilizó el término ilusión de dobles o de Sosias, denominación incorrecta pues el signo psicopatológico esencial es una creencia delirante y no un mero trastorno de la percepción, siendo más adecuado delirio de dobles.

Es de todos los síndromes delirantes de falso reconocimiento el más conocido y frecuente (1). Desde 1970 se han descrito más casos que enfatizan un trastorno orgánico cerebral. Estos son variados e incluyen: intoxicación o abstinencia a

drogas, infección y encefalitis, trastornos endocrinos, epilepsia, migraña, TCE, tumores cerebrales, delirium, enfermedad de Alzheimer y demencia por cuerpos de Lewy, demencia vascular, mieloma múltiple. En el momento actual se estima que entre el 25-40% de los casos que se asocian con estos trastornos orgánicos (2).

Los casos publicados han incluido resultados de estudios electrofisiológicos, neuropsicológicos y de neuroimagen, surgiendo un notable interés acerca de una posible base neurobiológica en la génesis de todos los síndromes de falso reconocimiento (3).

La neuroimagen sugiere que hay relación entre el síndrome de Capgras y las alteraciones en el

hemisferio derecho, principalmente lóbulo frontal y temporal.

Las alteraciones neuroquímicas tienen un papel importante, diversos estudios señalan desequilibrios entre serotonina y dopamina.

Se consideraba un fenómeno raro pero en los últimos años se considera con mayor frecuencia, presente hasta en un 4% de psicóticos. Más de un tercio de pacientes pueden presentar este fenómeno. Se produce en todos los grupos de edad, con mayor incidencia en mujeres (4).

Raramente se produce en estado puro, generalmente acompaña o se produce en el contexto de otra enfermedad psicótica diagnosticable. El 70% se produce en psicosis funcionales. La mayoría de casos es la esquizofrenia paranoide, pero también se puede dar en trastorno esquizoafectivo o trastorno bipolar.

El inicio es independiente de la duración de la enfermedad a la que acompaña, puede darse en cualquier momento de la evolución de esta. Cuando el síndrome de Capgras se produce, incluso existiendo otros signos y síntomas psicóticos, tiende a dominar el cuadro clínico.

Es muy característico del cuadro clínico la gran especificidad personal del doble, a menudo es una persona la que es continua y persistentemente mal identificada. En la mayoría de pacientes casados es la pareja el doble principal, en solteros o viudos suelen ser los progenitores o viudos los que se convierte en dobles. El doble es una figura clave en la vida del paciente en ese momento y a menudo está investido de un componente emocional, se han descrito síntomas similares para objetos y animales.

Psicodinámicamente se puede interpretar como un trastorno de las funciones del yo que alteran la personalidad. En el sujeto se produce un conflicto amor-odio que se resuelve mediante la proyección de los sentimientos ambivalentes en un doble imaginario. En el mismo paciente hay dos visiones opuestas acerca de la misma persona. A continuación se produce una escisión en la que los "malos sentimientos" se proyectan al objeto presente y los sentimientos de amor afecto se proyectan al objeto ideal ausente. Este proceso de escisión permite al paciente expresar el odio y la agresivi-

dad al mismo tiempo que preservar el amor por la persona verdadera. El doble, un impostor, se convierte en el objeto de odio expreso (5).

Caso clínico

Se trata de un paciente de 55 años que en quinto de medicina debuta con un brote psicótico polimorfo, que finalmente tras evolución es diagnosticado de esquizofrenia paranoide. Siempre ha sido una persona un tanto peculiar, le ha gustado mucho meditar, el tarot, la astrología y hasta hace unos diez años aproximadamente ha consumido cannabis y en ocasiones diversos alucinógenos.

Soltero y sin hijos ha vivido con sus padres hasta que estos fallecen pasando a vivir con su hermana y marido de esta, matrimonio sin hijos, retirándose los tres a vivir a una pequeña localidad costera donde recibe muy buen apoyo de estos. Actualmente cobra pensión por enfermedad mental.

En la localidad que vive actualmente hace una vida muy limitada y restringida, apenas sale de casa pues nota como "se le rompe el alma" (padece alucinaciones cenestésicas). Tiene una personalidad muy sensitiva, le molestan mucho los ruidos y apenas sale de su habitación.

Acude a una revisión en su CSM muy angustiado pues se ha dado cuenta de que su hermana no es su hermana, quejándose de que es una doble. Cree que algo le ha sucedido "la han tenido que reemplazar" "quiero mucho a mi hermana pero no a esta impostora".

El delirio se amplía a su cuñado con el que no ha tenido buena relación desde el inicio, iniciando fenómenos telepáticos con difusión y robo del pensamiento, el paciente nos explica que hay un complot de la mafia y del rey David contra en el que participan los actores que suplantán a su hermana y su cuñado.

Esto tiene repercusión conductual: se encierra en su habitación y cambia horarios para evitar encontrarse con ellos al igual que tiene repercusión afectiva.

Reajustando tratamiento farmacológico mediante neurolépticos (haloperidol y olanzapina) se atenúan los delirios y repercusión conductual, haciendo una vida más integrada y con algo más de



normalidad, se recuperan ritmos circadianos pese a que mantiene su aislamiento y restricción social.

Discusión

En términos nosológicos es discutible si debe considerarse como síndrome delimitado o como síntoma en un contexto de psicosis identificable. Actualmente se considera más correcto contemplarlo como síntoma, no obstante cuando aparece tiene tendencia a contaminar todo el cuadro clínico y generalmente domina la sintomatología.

Lo más adecuado es considerar estos síndromes dentro del espectro paranoide.

No hay un tratamiento específico para el síndrome de Capgras, se debe realizar un abordaje sintomático mediante fármacos antipsicóticos, se han publicado remisiones con muchos neurolepticos. Los casos que se producen en el contexto de un cuadro afectivo presentan una buena respuesta a fármacos antidepressivos.

La TEC puede ser eficaz. Si existiera causa orgánica ésta debe corregirse.

Al igual que antes del inicio del delirio podemos encontrar un deterioro en la relación entre el paciente y el objeto también el progreso de esta relación implica una mejoría sintomática. El tratamiento debe incluir en consecuencia el apoyo de la pareja o la persona implicada para que pueda adquirir insight y quizás modificar sus actitudes hacia el paciente.

Prácticamente no hay estudios sistemáticos acerca de la historia natural del síndrome de Capgras, el pronóstico depende de la naturaleza del trastorno o psicosis asociada.

En los casos donde el síndrome se asocia con un trastorno orgánico subyacente el pronóstico a largo plazo dependerá de la naturaleza del componente orgánico y de us respuesta a un tratamiento adecuado.

Contacto

María Herrera Giménez, H.G.U. Morales Meseguer
Avda. Marqués de los Vélez s/n. • 30008 Murcia • Tel.: 968 360 900

Carmen Llor Moreno, C.S.M. San Andrés
Calle Escultor Sánchez Lozano, s/n • 30005 Murcia • Tel.: 968 281 568

Bibliografía

1. Margariti M, Kontaxakis VP, Christodoulou NG, Christodoulou G. The delusional misidentification syndromes: strange, fascinating, and instructive. *Curr Psychiatry Rep.* 2009; 11: 185-9.
2. Enoch D, Ball H. *Síndrome de Capgras*. In Morera B, Ball H, Enoch D, eds. *Síndromes raros en psicopatología*. Madrid: Triacastela; 2007; p. 15-36.
3. Fuentenebro F, Valiente C, Diez-Alegría C, Nieto M. *Psicopatología de la psicosis: Delirio*. *Dialnet Informaciones Psiquiátricas* 2007; 189.
4. Kirov G, Jones P, Lewis SW. Prevalence of delusional misidentification syndromes. *Psychopath.* 1994; 27:148-9.
5. Ramachandran VS. Consciousness and body image: lessons from phantom limbs, Capgras syndrome and pain asymbolia. *PhilTrans R Soc Lond B*, 353 (1998), pp. 1851-1859.

Psicosis y vínculo social. Una orientación no segregativa para pensar la práctica en instituciones.

Psychosis and social bond. A non-segregative orientation to think about the practice in institutions.

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: Las psicosis, cuyas coordenadas se sitúan más allá del sentido y del saber científico actual, nos convocan, para quien sabe escucharlas, a nuevas e inéditas maneras de pensar y articular los modelos de atención social y sanitaria. Estas posiciones subjetivas nos enseñan diferentes maneras de ser, de estar, y de hacer lazo social, así como una capacidad inaudita para la invención y la creación de soluciones particulares, *por fuera de las normas*. En el presente artículo se propone elaborar un saber, tomando como orientación las psicosis, que nos permita avanzar en la creación de nuevas formas de hacer institución.

Palabras clave: Salud Mental Comunitaria, psicosis, acompañamiento, lazo social, lenguaje.

Abstract: The madness, whose coordinates lie beyond sense and current scientific knowledge, call us, for those who know how to listen to them, to new and unprecedented ways of thinking and articulating models of social and health care. This subjective position teaches us different ways of being, of being and of making a social bond, as well as an unprecedented capacity for invention and the creation of particular solutions, *outside the norms*. In the present article it is proposed to elaborate a knowledge, taking as orientation the psychosis, that allows us to advance in the creation of new ways of doing institution.

Key words: Community Mental Health, psychosis, accompaniment, social bond, language.

Introducción

Alrededor del campo de la locura se han organizado históricamente modelos de tratamiento notablemente segregativos. El encierro, la contención, la reeducación, los tratamientos farmacológicos excesivos o la vigilancia permanente son

algunas de sus manifestaciones más recientes y actuales. A las que podemos añadir el desconocimiento y la angustia a la que los profesionales se ven confrontados en su particular encuentro con esta singular manera de estar en el mundo.

Las psicosis suponen un funcionamiento muy particular que, en muchas ocasiones, no participa ni del discurso común ni de los modos de vida considerados “normales” (según la norma estadística). Se trata de un territorio desconocido –por descubrir– que produce en el imaginario colectivo ciertas dosis de temor y rechazo. Cabe decir que a lo que se teme es, en buena medida, a la locura de cada uno.

“En un momento en el que la globalización y las exigencias del mercado tienden cada vez más a hacerse amos de la política en cada uno de los niveles en los que interviene la decisión de los diversos profesionales, no está de más preguntarse por los nuevos destinos de la segregación. En este movimiento institucional quien da la verdad de lo segregado es la psicosis y sus nuevas formas clínicas.” (Bassols, 2003¹).

Lo que las locuras nos enseñan

En mi recorrido profesional, por diferentes instituciones y servicios, he tenido la suerte de escuchar, conversar y acompañar a personas cuya clínica podríamos situar en el amplio y diverso espectro de las psicosis y sus nuevas formas de manifestación. En los territorios de la exclusión social encontramos infinidad de casos. Personas con problemáticas muy graves de salud mental que no encuentran apoyo ni sostén, no se identifican, y que en no pocas ocasiones transitan de una ciudad a otra, de una institución a otra, sin encontrarse un Otro a la medida de sus sufrimientos. En lo que llamamos “exclusión social” encontramos una clínica del pasaje al acto, las adicciones y la errancia donde los fenómenos del cuerpo, la alucinación, el delirio, la paranoia o el abandono se manifiestan con radical intensidad.

En el presente artículo trataré de situar de qué manera podemos aprender de las psicosis para pensar nuestra práctica y, por añadidura, los modelos actuales de atención social y sanitaria. En este sentido, propongo una localización de las locuras que no sea segregativa, ni enfermedad ni disfuncionamiento; una manera de pensarlas como lo propiamente humano. Sosteniendo decididamente esta tesis, este agujero en el discurs

so de la salud mental, podremos avanzar hacia nuevas formas de hacer institución en un campo de experiencia muy diverso. Por otra parte, si nos tomamos en serio el hecho de que la locura no es algo deficitario podremos acompañar a cada persona en sus diversos avatares sin convocarlas al abismo de la segregación o al desamparo, caso por caso, y con nuestro apoyo.

Tomando como orientación las psicosis: Un saber por fuera de las normas

Las psicosis, cuyas coordenadas se sitúan más allá del “sentido común” y del saber científico actual, nos convocan, para quien sabe escucharlas, a nuevas e inéditas maneras de pensar y articular los modelos de atención social y sanitaria. Nuevas maneras de acompañar a estas personas. Un saber que nos permita avanzar en la creación de nuevas formas de hacer institución, tomando como orientación las psicosis. Esta posición subjetiva nos enseña diferentes maneras de ser, de estar, y de hacer lazo social, de identificarse o de no poder hacerlo, así como una capacidad inaudita para la invención y la creación de soluciones particulares, *por fuera de las normas*.

Es precisamente esta condición de *un saber que circula por fuera de las normas* el primer eslabón de una cadena del que las prácticas institucionales pueden servirse, aprender, modularse y flexibilizarse; No para suprimirlo, sino para acogerlo y promocionarlo. El lazo social se organiza, y se ha organizado siempre, en función de la particularidad de cada sujeto. Cada persona ha de inventar una solución propia para engancharse a lo social. Una solución por fuera de las normas; no hay ni el protocolo ni el manual que nos indique cómo hacerlo.

En este sentido es notable advertir, y situar de entrada, lo que estas posiciones subjetivas nos enseñan con respecto al saber, al lenguaje y al discurso.

El saber

El saber que interesa a nuestra práctica es aquel que se va depositando poco a poco en cada uno de nosotros a propósito de nuestras experiencias y coyunturas vitales. Se trata de un saber que a menudo es ignorado por nosotros mismos, sin

¹ Bassols, Miquel (2003). Psicoanálisis e institución. *Revista Cuadernos de psicoanálisis*. Número 27. Ediciones Eolia.

embargo, esa cualidad no le resta su potencia, es más, le dota de una potencia singular, orientando nuestras vidas.

No se trata entonces ni del saber técnico ni del conocimiento universitario, sino de hacer emerger ese saber, a veces ignorado, que está del lado de la persona que atendemos. Un saber, el de cada uno, que nos permitirá organizar nuestro lazo social. Un saber con el que circular por el mundo y habitar recorridos posibles. Un saber que hará posible, para cada sujeto, encontrar su lugar y su estilo. Un saber que nos ayude a defendernos de la invasión del Otro, de su ambivalencia y capricho, cuando tanto su mirada como su presencia resulten excesivas (en la paranoia) y a protegernos del ruido de la lengua (en la esquizofrenia).

Para poner en circulación este saber, que está del lado del sujeto, se necesita un tiempo y un vínculo. Una relación a la que llamamos transferencia. Dar un tiempo, escuchar, preguntar, sostener. Soportar la transferencia. Soportar el vacío, el dolor y la angustia, es consustancial al encuentro y al lazo social en el trabajo con personas.

Las psicosis nos enseñan que el saber se construye poco a poco, y que para ponerlo a nuestro servicio, usarlo y desplegar sus implicaciones, es necesario un Otro. En nuestro caso, una institución que pueda acoger este saber, localizarlo y promocionarlo. Para ello son necesarias, al menos, tres consideraciones.

1. Que el profesional esté dispuesto a sostener una posición de confianza en las personas que se dirigen a él. Una confianza basada en la presunción de que hay un sujeto, y de que hay un saber (por elaborar). Que el sujeto tiene un saber sobre sí mismo pero que quizás aun no ha localizado sus coordenadas ni aquellos resortes que puedan hacerlo circular; servirse de él.
2. En segundo lugar, es necesario que el profesional se coloque en una posición de no-saber. Es decir, no taponar con sus ideas (ideales) ni con sus conocimientos (programas) la falla por la que cada sujeto está constituido y que supone la puerta de entrada a su propio saber. No precipitarnos en nuestras interpretaciones, sino, más bien, acompañar en la elaboración de un saber propio; el de cada sujeto implicado.

3. Una institución regulada, no dogmática, capaz de alojar las invenciones propias de cada sujeto implicado.

Bajo estas consideraciones, propongo una nueva definición del concepto de acompañamiento, compatible con las ya existentes en el programa asistencial. Acompañar a cada persona en la emergencia y elaboración de este saber propio.

Un ejemplo. *“Quieren mi dinero”*

María, a quien atendemos en el servicio de acompañamiento² para personas en situación de exclusión social, acaba de acceder a un servicio residencial. Nos cuenta que allí se encuentra *“vigilada las 25 horas del día”, “me roban”, “hablan de mí a mis espaldas, me quieren echar”*. Le pregunto por cómo poder arreglárselas con ello, me dice *“quieren mi dinero”*. María ha pensado que quizás podría dejar su dinero en una caja fuerte en su centro de día, además añade *“la música me ayuda, así no pueden leerme los pensamientos”*. Apoyo esto con énfasis y determinación. María compra una caja para su dinero y la deposita en nuestro centro de día, *“bajo llave”*, al mismo tiempo que se compra unos auriculares y nos pide que le descarguemos canciones de internet. Con esta operación, aparentemente sencilla, María ha dejado de perseguirse en el piso. Ahora dice, *“voy a lo mío, no me altero y cumplo con mis tareas”*.

En la paranoia, el Otro se muestra extremadamente voraz y glotón, quiere el objeto del sujeto, en este caso su dinero. Cuando el sujeto pone a resguardo su objeto, las interpretaciones delirantes ceden. El uso de los auriculares le permite una separación real del objeto voz (muy invasivo en este caso). Bajo estas coordenadas, María puede ocupar un lugar más apacible y explorar otros recorridos posibles, de momento, bajo el amparo de la institución.

² Desde el año 2013 coordino un servicio de acompañamiento para personas en situación o riesgo de exclusión social. Se trata de un centro de día inscrito en la red de servicios de inclusión social de la Diputación Foral de Bizkaia y gestionado por una entidad del Tercer Sector. Un lugar donde tratamos de organizar una práctica social y ética basada en la singularidad de cada sujeto implicado.

El lenguaje

En su escrito “*De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis*”³, Jacques Lacan sostiene que la estructura misma del lenguaje confronta al sujeto con una falta fundamental. La estructura del lenguaje tiene una dimensión de profunda división subjetiva, para cada uno de nosotros. En esto, Lacan sigue al lingüista Roman Jakobson, para acabar sosteniendo que la estructura del lenguaje está marcada por un agujero constitutivo que apunta a la división del Otro, a la confrontación del sujeto con un lugar vacío. El acto mismo del sujeto con su propia enunciación es la respuesta posible a ese vacío que habita el lenguaje.

Las psicosis son especialmente sensibles a este hecho del lenguaje. La certeza psicótica evita confrontarse con el malentendido de la lengua, es decir, la división subjetiva que pone en juego la cadena significante. La palabra nos compromete. Para estos sujetos resulta extremadamente complicado situar la falta (el vacío que habita en el lenguaje) en su propia constitución de seres hablantes, por ello es habitual que la sitúen en el campo del Otro. La culpa es del otro. Por su parte, con respecto a la inocencia paranoica, esta responsabilidad sería atribuida al Otro.

Ejemplo 1. “*Todos me tienen envidia*”

Javier acude cada día al centro de día, en el transcurso desde su casa al servicio se encuentra con personas que le injurian, “¿te puedes creer? *todo me pasa a mí, tengo la negra*”. En el taller de reciclaje se queja de que le han robado sus trabajos, sus piezas, sus herramientas, “*no sé por qué lo hacen, ¿será para fastidiarme? todos me tienen envidia*”. Ante un primer momento de perplejidad, Javier sale de esta perplejidad atribuyendo el mal al Otro. Javier tiene la certeza de que el Otro quiere perjudicarlo.

³ En “De una cuestión preliminar...” Lacan sostiene la causalidad significante en la psicosis, enuncia su tesis de la forclusión y sus efectos en los registros real, imaginario y simbólico. Aporta los conceptos de desencadenamiento y estabilización a partir de la identificación imaginaria y la metáfora delirante. Advierte sobre la dificultad de la transferencia en el tratamiento de las psicosis y abre camino hacia nuevas consideraciones en relación a la clínica de la psicosis a partir de la conceptualización de una clínica de las suplencias.

Para hacer deconsistir esta presencia masiva del Otro, el equipo del centro de día, cada mañana, atiende a Javier con especial prudencia y cariño. Tomamos nota de todas y cada una de sus quejas (sin contradecir su certeza) así como de aquellos objetos que le faltan, los buscamos y se los entregamos, uno por uno, para que pueda seguir con su trabajo. Además introducimos un poco de humor, ya que Javier es muy amigo de los chistes y las bromas. De esta manera y con nuestra ayuda, Javier ha encontrado un tratamiento irónico del Otro, que apacigua sus síntomas.

Ahora se ríe de lo que le pasa y cada día nos hace partícipes de todas y cada una de las penurias, agravios, calamidades e injusticias que tiene que padecer. Ahora sí, haciéndolas pasar por el tamiz humorístico donde encuentra el alivio necesario para continuar con sus proyectos “*y poder pensar en otras cosas, imenos mal que aún me queda humor!*”. Javier, que en el pasado desarrolló una extensa actividad laboral en el campo de la construcción, se apunta a un curso de soldadura con el propósito de retomar su actividad profesional.⁴

Ejemplo 2. La firma robada

Al acercarse las navidades, Daniel nos solicita para que le acompañemos al dentista. Acude al dentista con una educadora en prácticas. Allí firma un consentimiento para una extracción de un diente. Al día siguiente, Daniel nos asegura que dejó el documento en nuestro centro de día y que se lo hemos perdido. Se encuentra terriblemente angustiado porque “*van a utilizar mi firma, hacerse pasar por mí, suplantar mi identidad*”. Piensa que nosotros tenemos algo que ver en esta conspiración.

Para tratar de salirnos de su interpretación paranoica hacemos lo siguiente. En lugar de contradecir su certeza, todo el equipo del servicio pone patas a arriba el centro de día para buscar su documento (su firma, su identidad), durante toda una semana, mostrándonos muy preocupados. Esto alivia a Daniel, de manera que, aunque molesto por la situación, continúa participando

⁴ El presente ejemplo da cuenta de los efectos de segregación y exclusión social que se derivan de los fenómenos de alucinación e interpretación delirante en las psicosis.

de las actividades y espacios que ofrece el centro de día durante los días sucesivos. Hablo con su psiquiatra al cabo de unos días y me dice que Daniel le ha dicho que somos un “*desastre*” pero que, no obstante, ahora ya no se persigue con nosotros. Al cabo de una semana, Daniel nos dice “*¡tengo la solución!*”. Firmaremos un escrito en el que certificamos que se ha extraviado un documento con su firma, de esta manera, nos explica Daniel “*si alguien se hace pasar por mí, podré protegerme con este documento firmado por todos, que llevaré siempre conmigo*”. Organizamos un ritual muy formal, en el que yo mismo me presento como abogado, la estudiante en prácticas es la testigo, mi compañera la trabajadora social, y solicitamos dos testigos para que den fe y pongan su firma en el documento.

En este segundo ejemplo, se realizan varias operaciones. Por un lado, el equipo se muestra torpe, “*un desastre*”, despistado y preocupado al mismo tiempo, es decir, nos mostramos en falta, divididos, de manera que Daniel pueda alojar la falla en nosotros. Esto genera, de entrada, ciertos efectos de apaciguamiento al poder situar y localizar la falta en el Otro, un lugar donde poder alojar su preocupación. Por otra parte, le damos un tiempo para que él mismo pueda inventar una solución singular que le permita defenderse de la intrusión del Otro, “*robarme la identidad*”, es decir, quedar destituido como sujeto de derecho. Finalmente se aprecia que su solución es la mejor. Su identidad, por mediación de su firma, vuelve a él. Lo único que hacemos nosotros es estar atentos a lo que el sujeto pueda inventar y dar consistencia a su solución privada organizando una ceremonia muy solemne, que de forma y envoltura, a su invención singular.

El discurso

¿Cómo define Lacan el concepto de discurso? El discurso es la estructura del lenguaje en tanto en cuanto hace lazo social. El lenguaje en su vertiente «instrumento para el lazo social». Concepto muy operativo para aplicar a las prácticas institucionales, ya que éstas se sostienen de un discurso. Toda institución es susceptible de ser pensada como fenómeno discursivo.

Una clave para aproximarnos a la noción de discurso en Lacan la aportó Jacques Alain Miller.

Cada discurso es un orden. La eficacia del discurso tiene que ver con un cierto automatismo, un ordenamiento. El discurso tiene la capacidad de distribuir una serie de acciones, funciones, series, circuitos, lugares y concatenaciones que se repiten. Lo que se ordena es la relación del sujeto con el sentido. El discurso cumple una función de ordenamiento ante el vacío de significación constitutivo de la estructura del lenguaje. Lacan capta este funcionamiento que tiene mucho más poder que todas las políticas del mundo.

Ejemplo 1. La cámara de fotos

Sergio solicita entrar en el centro de día, se encuentra perplejo y alucinado. “*No sé qué hacer durante el día*”. Me explica su extrañeza a partir de las miradas del dueño del bar, debajo de su casa, “*me vigila, ¿quiere algo de mí?*” y testimonio de su dificultad para “*parar de beber, me siento vacío, se me para el pensamiento y me pregunto ¿qué hago aquí? Entonces bebo*”. Le digo, sin mirarle, que tomo nota de todo cuanto me dice y le pregunto si hay alguna cosa que le guste, me dice “*¡mi cámara de fotos!*”. Le propongo con entusiasmo traerla el próximo día. Al despedirnos añade “*tengo un problema con el lenguaje, las palabras se me quedan en la cabeza y no puedo sacarlas, son imágenes e información que escucho desde niño*”.

Los días sucesivos Sergio me enseña el manejo de su cámara de fotos y comienza a realizar, con nuestra ayuda, todo tipo de trabajos de imagen como carteles, videos, exposiciones y cortometrajes en los que incluye textos, sonido e imagen. Sergio comienza a interesarse por grabar y fotografiar actividades culturales, conciertos, eventos deportivos, manifestaciones, etc. A donde acude con su cámara de fotos los fines de semana. Además se equipa con un chaleco en el que escribe “*photógrafo independiente*”, de manera que pueda acceder con mayor facilidad a estos eventos, “*acercarme más*”. “*Soy el fotógrafo del centro*”, me informa.

Sergio nos enseña varias cosas. En primer lugar, que el visor de su cámara de fotos le permite enmarcar su mirada, localizar su punto de vista y ocupar un lugar de enunciación, de manera que ya no se encuentra tan expuesto a las miradas de los otros. En un segundo tiempo, al introducir el

sonido, la voz y los textos, Sergio organiza un tratamiento para las voces e imágenes que no cesan. Un anudamiento entre el cuerpo y la palabra, por mediación de su cámara de fotos. Finalmente, “*ser el fotógrafo del centro de día*” le permite alojarse en un discurso bajo el paraguas de un significante que lo representa, y que precisamente viene a ocupar el lugar vacío. Pasar de vivir pasivamente el lenguaje, el eco de las voces de los otros, a ser agente de su propia voz.

Ejemplo 2. La escritura: “*Necesito un ordenador*”

Ismael acude a solicitar plaza en nuestro centro de día. Le pregunto sobre sus necesidades e intereses: “*Necesito un ordenador, quiero buscar mis principios para avanzar mi futuro, escribir mi libro. Mi vida es un caos*”. Le propongo, si le parece bien, que los educadores del servicio puedan enseñarle el manejo básico de los ordenadores y los procesadores de texto, una colaboración. Ismael me responde “*Si, una cadena*”.

Ismael ha escrito ya cuatro libros. En el primero de ellos narra su vida como adicto a la heroína. En su segundo libro relata sus viajes, sus fugas y su vida en la calle. Su tercer libro es de poesías y lleva por título “*Almas rotas*”, es allí donde Ismael sitúa con absoluta precisión el desencadenamiento de su psicosis y los efectos en su cuerpo. Finalmente escribe el que hasta la fecha es su último libro “*El comienzo*”.

Tras escribir “*vida de un extoxicómano*”, Ismael abandonará el consumo de tóxicos y se pone a trabajar repartiendo periódicos. Tras su segundo libro “*El chico de la calle*”, Ismael accede a una casa de un proyecto de la Diputación, dejando su vida en la calle. He aquí el compromiso de este sujeto con su escritura. Un ordenador que introduce tres tiempos: “*Parar, pensar, actuar. ¡Una cadena!*” señala Ismael.

La escritura es, para Ismael, un lugar. Un lugar que lo protege del caos del mundo y que le permite instaurar “una cadena” allí donde no la había, en el lenguaje. Un lugar a partir del cual inaugurar un nuevo orden y, en consecuencia, producir “un comienzo”; un proyecto de vida. Se trata de un hallazgo para abordar su malestar; el alma rota, un dolor por fuera del sentido y de la significación (fuera de la cadena). Ismael inven-

ta una manera propia de tratar este dolor, una solución que permite al sujeto organizar una regulación singular de su mundo subjetivo. Por mi parte, fue necesario que yo desinflara toda una serie de ideales de reinserción social y terapéutica que el sujeto traía consigo, permitiéndole así ocupar un lugar Otro en el vacío que esos ideales dejaban.

“Escribir es una liberación, me libero de mi rabia, de mi ira, es como un imán, me pego a la silla y al ordenador y escribo para las futuras generaciones, para dar testimonio, es terapéutico, me lo dice mi inconsciente, no sé por qué, pero me libera. Pasar del caos al orden, de la oscuridad de la noche a la luz.”

Una orientación no segregativa

Recordemos que la definición del acto de instituir hace referencia a la posibilidad de establecer algo de nuevo, dar principio a una cosa. El modo de hacer institución es, pues, relativo al discurso que lo sustenta; por ello, una orientación anti-segregativa resulta fundamental de cara a sostener un trabajo ético.

El discurso del capitalismo “impaciente” (Sennett, 2006⁵) ha colonizado gran parte de las prácticas que se desarrollan en el programa institucional: eficacia, eficiencia, criterios de rentabilización inmediata, cortoplacismo y derivación del problema. En consecuencia, muchas de las prácticas llamadas sociales se organizan alrededor de unos protocolos y unas normativas tan rígidas, límpidas y eficientes que no dejan lugar, ni tiempo, ni espacio para acoger la singularidad, el malestar o la palabra de cada persona, y que finalmente evitan sostener y soportar la emergencia de un lazo social.

El discurso capitalista opera a condición de borrar la falla estructural del ser viviente por mediación de diferentes promesas que taponan lo imposible: promesas de felicidad y calidad total, objetos de consumo, satisfacción inmediata, o

5 En su ensayo “La cultura del nuevo capitalismo”, Richard Sennett estudia la evolución de las instituciones, las competencias del individuo y las formas de consumo en relación con las aspiraciones libertarias de los años sesenta. Tras el estallido de las burocracias y de las constricciones, aflora ahora la fragmentación de la vida social.

una definición de la salud como aquel estado de *completo bienestar* físico, mental y social...

Freud sostuvo, y nunca cedió en esto, que hay tres profesiones imposibles: educar, gobernar, psicoanalizar. Esto significa que en el trabajo con el otro, con personas, hay que dejar siempre un lugar vacío. Capaz de alojar aquello que hay de impredecible en cada vida humana. En cada persona existe un resto ingobernable, ineducable, que alberga lo imposible. Es precisamente la conservación de este resto lo que hace posible que nuestra práctica no sea totalitaria/segregativa.

Es por ello que nos convendría situar, de entrada o a posteriori, las condiciones de posibilidad de aquel discurso que sostiene una práctica. Basta recordar las palabras de Jacques Lacan para promover una localización de la locura que no fuera segregativa. El Lacan de 1946 lo decía así: *“El ser del hombre no solo no puede ser comprendido sin la locura, sino que no sería el ser del hombre si no llevase en él la locura como límite de la libertad”*. En nuestro contexto asistencial, se trata de promover, a contracorriente, una concepción de la locura que no pase ni por la vía de la segregación, ni por la dualidad Razón (Normalidad)-Locura (déficit, enfermedad). Sino más bien por ubicar las locuras en el campo de lo humano, en su interior, en el corazón mismo de la subjetividad.

Las psicosis, por su íntima relación a la naturaleza de la vida, gozan de una posición privilegiada para acceder a los misterios del mundo. Ellas desvelan algo fundamental de la experiencia del sujeto con el sentimiento de la vida. Desnudan la verdad de la relación intersubjetiva.

Cada uno de nosotros está loco y delira, a su manera y en diferentes grados. De hecho, el lazo social como tal solo es posible si se articula y modula en función de la locura de cada uno. Considerar la ligación primordial entre el ser y el mundo pasa por conocer la locura de la que está uno hecho. Amar(rar)la un poco, negociar con ella. Escucharla y cuidarla, también protegerla. Ya que nuestra locura constituye, en su esencia, el tesoro de nuestra subjetividad. Un resto por fuera de las normas y la civilización. Acompañar las locuras, protegerlas del rugido de la normalización y la segregación, sin olvidar

las condiciones de posibilidad de un acto que no es sin el consentimiento y el límite a la libertad de cada uno.

Un principio que permita orientar una política de aquellos dispositivos asistenciales que quieran reinventar la ubicación, difícil y compleja, de la locura en lo social, de otra forma que no sea la de la segregación (Bassols, 2003).

Psicosis y lazo social

La lógica que subyace a las psicosis no es la lógica que podríamos denominar “común”, o universal. El profesional deberá, por tanto, separarse de los lugares comunes y de los ideales de la civilización para poder ocupar un lugar Otro. En otras palabras, el clínico, el educador, el trabajador social tendrá que consentir enloquecerse un poco. Ser permeable a la otredad y protegerse frente a las contaminaciones del sentido común.

En cierto sentido, las locuras son también una forma de rechazo e insumisión a las identificaciones comunes. El sujeto psicótico desvela lo que hay de impostura en los semblantes y en los ideales de la civilización, dejando a cielo abierto la falsedad inherente a las identidades, la autoridad, la buena voluntad de los profesionales y sus “consejos”, o las categorías de clasificación diagnóstica, sin ir más lejos. Sin duda, esto nos pone en un aprieto. Se trata de una posición subjetiva que se resiste a ser asimilada por las categorías universales, es decir, no participa del universo simbólico ni del lazo social, tal y como lo conocemos.

La promoción de recorridos sociales en el campo de las psicosis nos enseña que no basta con la aplicación del protocolo, ni con la buena intención, de cara a producir una práctica ética que permita a cada sujeto inventar una manera propia para soportar la vida y orientarse en su búsqueda de un lugar en el mundo. Estas posiciones subjetivas nos enseñan que el lazo social, como tal, no existe. Hay que construirlo. Se trata de una operación que pone en juego las invenciones de cada uno de nosotros. Es con lo más particular de cada uno con lo que se puede organizar un lazo, un anudamiento, entre el cuerpo, la palabra y el vínculo social.

Por otra parte, también podemos pensar la posición del sujeto en la psicosis como una forma de saber alternativa. En primer lugar, nos enseñan que el saber no está del lado de la ciencia, sino del lado del sujeto. Para que un buen encuentro sea posible es necesario que el profesional descomplete su posición de saber técnico. Estas posiciones nos enseñan que es necesario organizar prácticas institucionales más flexibles. Prácticas y servicios que puedan ir adaptándose a las circunstancias de cada persona, a sus condiciones, a sus enganches y desenganches –presencias y ausencias– en un continuo de atención. En procesos abiertos a la incertidumbre, no predecibles sino decibles a posteriori.

Por último, las psicosis testimonian del poder de las palabras, de su potencia. El lazo social se sostiene de un discurso. Las instituciones se pueden pensar como fenómenos discursivos. Para que las palabras tengan sentido, es necesario realizar una operación que implique al sujeto, su responsabilidad y su consentimiento. He aquí, el tipo de institución que pueda favorecer una atmósfera capaz de acoger, alojar y promocionar a cada sujeto implicado.

“Hay almas a las que uno tiene ganas de asomarse, como a una ventana llena de sol”.

Federico García Lorca.

Contacto

Cosme Sánchez Alber • Calle Solokoetxe 3, 3º • 48005 Bilbo
cosmesan@hotmail.com • @cosmesanchez76 • Tel.: 620 313 855

Notas bibliográficas

- Bassols, M. (2003). Psicoanálisis e institución. *Revista Cuadernos de psicoanálisis*. Nº 27. Ediciones Eolia.
- Lacan, J. (1969-70). *Seminario 17. El reverso del psicoanálisis*. Ediciones Paidós. Buenos Aires-Barcelona-México.
- Lacan, J. (1958). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis*. Escritos 2. Grupo editorial Siglo XXI.
- Laurent, E. (2003). Acto e institución. *Revista Cuadernos de psicoanálisis*. Nº 27. Ediciones Eolia.
- Sennet, R. (2006). *La cultura del nuevo capitalismo*. Anagrama.

• Recibido: 13/4/2018.

• Aceptado: 21/9/2018.



PRE-OCUPACIONES

¿Está aumentando la población con adicción al juego?

Is problem gambling on the rise?

Hibai López-González(1) y Ana Estévez(2).

- (1) Doctor en Comunicación, Investigador postdoctoral de la Facultad de Psicología de la Universidad de Deusto (Bilbao).
- (2) Doctora en Psicología. Profesora Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos de la Universidad de Deusto (Bilbao).

Resumen: La proliferación en nuestra día a día de los reclamos para jugar por dinero ha conseguido instaurar la idea de que el juego patológico está en aumento. Sin embargo, ¿es realmente cierto que haya aumentado la prevalencia de la adicción al juego a nivel poblacional? Este artículo repasa la evidencia científica disponible para aclarar esta cuestión. Se discuten los datos de epidemiológicos, así como otros indicadores alternativos como el número de jugadores totales, los jugadores que solicitan ser excluidos del juego, o el ascenso del juego femenino. El artículo concluye que existen datos para argumentar tanto que el juego patológico está en ascenso como que está estable, y aboga por una concepción del juego problemático más amplia, donde el daño provocado por el juego no se circunscriba únicamente a los perfiles que responden a la definición clínica de la adicción.

Palabras clave: Prevalencia, trastorno del juego, percepción social, daño del juego, publicidad, adicciones comportamentales.

Abstract: In recent years, stimuli to gamble have proliferated, penetrating everyday life. This situation has produced the widely shared idea that problem gambling is on the rise. However, is it really true that the proportion of the population experiencing gambling problems has increased? This position paper reviews the available scientific evidence to clarify this question. It deals with epidemiological data, and alternative indicators of problem gambling such as the total number of gambling participation, self-exclusion gambling figures, and the rise of women gambling. The paper argues that both conclusions can be contended (i.e., that problem gambling is on the rise or stable), and makes the case for a broader conceptualisation of problem gambling, wherein gambling-related harm is not exclusively limited to those gamblers that meet the clinical criteria for gambling disorder.

Keywords: Prevalence, problem gambling, social perception, gambling-related harm, advertising, behavioural addictions.

Introducción

El juego por dinero ha experimentado en el siglo XXI dos cambios esenciales. En primer lugar, el surgimiento y popularización del juego online ha hecho que el número de jugadores a nivel mundial aumente, a la par que ha modificado las características estructurales y situacionales del juego, por ejemplo, aumentando la frecuencia con la que los jugadores pueden apostar dinero, o volviendo ininterrumpido el acceso que los jugadores tienen a productos de juego (McCormack y Griffiths, 2013). En segundo lugar, el deseo de canalizar ese aumento del juego a través de cauces legales (y, por tanto, gravados con impuestos) ha provocado una liberalización simultánea del sector en múltiples países. Internet y liberalización, y la interacción entre ambos, ha conllevado que en pocos años el juego por dinero se normalice en ámbitos en donde hasta hace poco era minoritario o inexistente, y que en términos generales, el juego sea percibido como una actividad recreativa perfectamente aceptada y por la que las empresas puedan legítimamente perseguir un lucro económico (Parke, Harris, Parke, Rigbye y Blaszczynski, 2014).

En concreto en España, el juego experimentó un salto legislativo fundamental al entrar en vigor en 2011 una nueva ley que venía a sustituir la ley anterior de 1977 (que había despenalizado por primera vez el juego en democracia). Como consecuencia de dicha reforma (Ley 13/2011, de 27 de mayo), creció el número de operadores que solicitaron licencia al Ministerio de Hacienda español y la oferta de juego se multiplicó. Según datos oficiales de ese ministerio, en total los españoles en 2017 jugaron 23.321 millones de euros, los cuales reportaron un margen de juego bruto (dinero jugado menos dinero devuelto en forma de premios) de 4.098 millones para la industria del juego, de los cuales un 20-25% aproximadamente fue a parar a manos del Estado a través de impuestos. El número de jugadores online activos pasó de 289.000 en enero de 2014 a 859.000 en septiembre de 2018, con una tasa de reposición enorme (unos 250.000 usuario se dan de alta cada mes y un número ligeramente inferior deja de estar activo). Los españoles jugaron online 13.673 millones de euros en 2017, lo que supuso unos beneficios antes de impuestos de 666 millones para las operadoras (4.9%

de rentabilidad) (Dirección General de Ordenación del Juego [DGOJ], 2018).

Este aumento del juego ha traído aparejada una creciente sensibilización hacia las adicciones al juego. El trastorno de juego (TJ) es una enfermedad mental caracterizada por una conducta “problemática persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro criterios (o más, de un total de nueve criterios) durante un periodo de 12 meses” (American Psychiatric Association, 2013, p. 316). El TJ es la única adicción comportamental, es decir, que no implica consumo de sustancias, catalogada en el corpus principal del DSM-5. Aunque el TJ lleva siendo reconocido como trastorno desde 1980 (DSM-III), han sido los dos factores expuestos inicialmente, es decir la proliferación del juego por internet y su regularización oficial, la que ha encendido las luces de alarma en buena parte de las sociedades modernas.

Una parte fundamental de la percepción del aumento de los problemas relacionados con el juego viene dada por la cada vez mayor presencia de reclamos y estímulos para jugar en televisiones, radios, webs, periódicos, estadios de fútbol y redes sociales, así como la proliferación de salones de apuestas en las calles de las ciudades y el patrocinio de rostros famosos de productos de juego (Deans, Thomas, Daube y Derevensky, 2016; Lopez-Gonzalez, Guerrero-Solé y Griffiths, 2018). Todo ello ha multiplicado la cantidad de reportajes y noticias en los medios de comunicación sobre las consecuencias negativas para la salud pública del juego, ilustrando sus contenidos con casos impactantes de jóvenes que lo han perdido todo (en algunos casos, menores de edad). En el Reino Unido, un informe reciente de su legislador y monitor del juego sacó los colores a la industria al cuantificar en un 14% el porcentaje de niños de entre 11-16 años que habían jugado por dinero en la última semana, estimando en 450.000 los niños jugadores en el país, y en un 1.7% la prevalencia del juego problemático de este grupo de edad para el cual el juego está prohibido (Gambling Commission, 2018).

Por todo ello, parece pertinente preguntarnos si realmente existe una progresión del TJ en nues-

tra sociedad, ordenando la evidencia científica que permita asociar el auge del juego (sobre todo, online) con una mayor prevalencia a nivel poblacional del TJ.

La prevalencia del juego problemático

Una de las líneas de defensa más sólidas de la industria del juego para defender su línea de negocio es el aparente estancamiento de la prevalencia de juego. El TJ parece dibujar una línea plana con ligeras variaciones al alza o a la baja desde hace una década en países como Australia o Reino Unido (Armstrong y Carroll, 2017; Stucki y Rihs-Middel, 2007; Wardle et al., 2011; Williams, Volberg y Stevens, 2012). En estudios comparativos a nivel internacional (Calado y Griffiths, 2016), la tasa de juego problemático se sitúa en el amplio rango de 0.7% (Dinamarca) a 6.5% (Estonia), siendo superior cuando se mide con instrumentos como el South Oaks Gambling Screen (SOGS) o el Problem Gambling Severity Index (PGSI) y menor con los criterios del DSM. También la máxima prevalencia de TJ el último año es menor (5.8%, Hong Kong) que la tasa a lo largo de la vida. El porcentaje de juego problemático en adolescentes es superior en líneas generales en la mayoría de países del mundo (Calado, Alexandre y Griffiths, 2017).

En el caso de España, el último estudio de prevalencia señala que el 0.9% de la población ha sufrido problemas de juego a lo largo de su vida, mientras el 0.3% lo ha hecho en el último año (Dirección General de Ordenación del Juego [DGOJ], 2016). Estos datos sitúan a España en unos niveles medios, medios-bajos en el contexto internacional de países de desarrollo económico equiparable y no suponen un aumento respecto a las anteriores mediciones del TJ en España (Becoña, 2004).

Sin embargo, en este artículo intentaremos argumentar que los estudios de prevalencia no deben considerarse como la única fuente de autoridad para medir los problemas de juego y que existen indicios alternativos, igualmente científicos, para tratar de entender los problemas asociados al juego desde una perspectiva más integral y global. Los estudios de prevalencia a menudo parecen entrar en contradicción con otros indicios alternativos observados en la sociedad. En

el siguiente apartado repasaremos algunos de estos indicios.

Indicios alternativos del aumento del juego problemático

La teoría del consumo total

Según el Modelo de Consumo Total (TCM), que tiene su origen en la distribución de las personas con problemas de alcohol respecto al total de bebedores de alcohol, un mayor porcentaje de la población practicando actividades de juego, se debería corresponder con un mayor número de personas padeciendo problemas de juego. Si la ratio de proporción de jugadores patológicos respecto a la de jugadores totales es estable, un aumento de los jugadores activos debería suponer un aumento de los problemas de juego. Esta teoría ha recibido confirmación en algunos estudios de juego patológico (Hansen y Rossow, 2008, 2012; Lund, 2008). Por lo tanto, si tenemos en cuenta la evidencia sólida que existe del aumento del número de jugadores activos, y manteniendo fijo el porcentaje de problemas respecto al total, podríamos hipotetizar que en España existen más jugadores con problemas que en el pasado reciente.

Los autoprohibidos

En España un jugador puede voluntariamente solicitar su entrada en el Registro General de Interdicciones de Acceso al Juego. Ante el miedo de no poder controlar su ansia por jugar, un jugador sabe que al formar parte de ese registro se le prohibirá a partir de ese momento acceder a locales de juego o darse de alta o continuar jugando en operadores online. El volumen de personas que forman parte de ese registro es información pública. A finales de 2017, 41.117 personas estaban inscritas, mientras que en 2012 eran 29.496. Al tratarse de números acumulativos, es más esclarecedor el número de altas por año en el registro. En 2012 solicitaron su inclusión 1.270 personas; en 2013 fueron 2.060; en 2014, 2.352; en 2015, 2.874; en 2016, 3.563; y finalmente, en 2017, fueron 4.528. ¿Cómo es posible interpretar el continuado y significativo aumento (casi un 357% en 5 años) de personas que solicitan ayuda al estado porque no pueden controlar su juego si no es a través de una prevalencia mayor?

Este dato en sí no es definitivo, ya que algunas posibles interpretaciones alternativas al aumento en el registro de autoprohibidos podrían ser: (1) que aunque la prevalencia de jugadores con problemas sea idéntica, aquellos que presentan problemas lo hagan con más severidad y estén más dispuestos a autoprohibirse; (2) que existe una mayor sensibilidad a nivel social sobre el TJ, y sobre las enfermedades mentales en su conjunto, y ello haya disminuido las barreras para acceder a ayuda y tratamiento de aquel porcentaje que ya presentaba con anterioridad problemas de juego; (3) que el hecho de que el trámite pueda hacerse online facilite que más gente se acoja a ello.

Las asociaciones de ayuda a la ludopatía

Otro dato que cuestiona los resultados de los estudios epidemiológicos es la evolución de las personas que acuden a pedir ayuda. Según fuentes de la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR), que aglutina a 20 asociaciones provinciales de todo el estado, en 2012 se trataron a 8.500 personas, mientras que para 2017 ese número había ascendido hasta las 12.700. Este dato no es en sí mismo representativo, ya que ha habido un aumento del número de asociaciones adheridas a FEJAR, y, por tanto, era esperable un aumento del número de personas atendidas. Sin embargo, es reseñable la disminución de la edad media de los jugadores atendidos y la reducción del periodo de latencia (es decir, la rapidez con la que desarrollan la enfermedad desde que comienzan a jugar). De hecho, el descenso de la edad media de inicio en el juego y en los primeros síntomas de problemas se ha constatado en otros estudios en España, aumentando de este modo el rango de personas que pueden desarrollar el TJ, y por ende, aumentando la población en riesgo (Jiménez-Murcia, Fernández-Aranda, Granero y Menchón, 2013).

El juego femenino

Numerosos estudios a nivel internacional han constatado el crecimiento de los problemas de juego entre la población femenina (Nelson, LaPlante, LaBrie y Shaffer, 2006; Wardle, 2017), probablemente debido a la progresiva erosión de la construcción social asociada a cada género (Bowden-Jones y Prever, 2017). Si damos por

cierto este crecimiento de mujeres jugadoras con problemas, y al mismo tiempo observamos que la tasa de prevalencia para ambos sexos se mantiene estable, la única solución posible radica en que la tasa de prevalencia de juego problemático entre los hombres haya disminuido. Esto parece improbable, aunque no imposible, al no existir evidencia científica al respecto que lo avale. Alternativamente, quizás los estudios de prevalencia no estén adecuadamente afinados para detectar el juego femenino patológico, que presenta características singulares en cuanto a estigma social, problemas para pedir ayuda profesional y cuadros de trastorno mental grave más complejos (Hing, Russell, Tolchard y Nower, 2016; Kim, Hodgins, Bellringer y Abbott, 2016; Nixon et al., 2013; Svensson y Romild, 2014).

Los límites de los estudios de prevalencia de TJ

Una corriente cada vez más extendida entre los académicos del juego es la de considerar que los estudios de prevalencia no capturan con precisión todo el espectro del daño (*gambling-related harm*) que el juego problemático ocasiona. Así entendido, el TJ es la materialización más severa del daño, en forma de enfermedad mental, pero no la única, siendo posible que el juego cause problemas entre los grupos de jugadores con manifestaciones subclínicas de TJ. Algunos estudios realizados en Australia han estimado que el daño del juego ha aumentado, y que en la actualidad el 50% del daño asociado al juego se produce en el grupo con bajo riesgo de TJ, el 34% del daño sucede en el grupo de riesgo moderado y un 15% entre aquellas personas susceptibles de tener TJ (Browne, Langham, Rawat, Greer y Li, 2016).

Esta conceptualización del daño asociado al juego no mide tanto los indicadores psicológicos que determinan una enfermedad mental, sino que analiza el daño desde un espectro más amplio, dando como resultado no un diagnóstico binario (TJ o no TJ), ni tampoco la inclusión en un grupo de riesgo (como la PGSI, por ejemplo), sino estimando la severidad del daño en la pérdida en años de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (HRQL). Ese modelo enfatiza los aspectos del juego como problema de salud pública y quita importancia a los factores psicológicos individuales que se dan en cada individuo que padece TJ. Según este modelo, el daño no solo

repercute en una enfermedad mental, sino que toma otras formas como la pérdida de empleo, dificultades económicas y empeoramiento del estado emocional; y no solo afecta solo a la persona que juega, sino que se expande a su familia, empleo y comunidad (Browne, Greer, Rawat y Rockloff, 2017).

Así, estudios realizados con esta metodología descubrieron que los mayores daños (es decir, una mayor pérdida en años medidos en HRQL), incluidos la pérdida temporal del hogar, la ruptura de relaciones de pareja, la pérdida de empleo, la necesidad de vender objetos personales y la violencia doméstica, estaban más fuertemente relacionados con los perfiles de riesgo más bajos que con los altos, incluidos aquellos con TJ (Browne y Rockloff, 2018). Esta aparente contradicción se debe a que los grupos de riesgo más bajo son aquellos que contienen más individuos, en lo que se conoce como “la paradoja de la prevención”.

Conclusiones finales

Existen indicadores para sostener la postura de que la incidencia del juego problemático está aumentando y también para sostener su contraria.

Contacto

Hibai López González • hibai.lopez@deusto.es
Facultad de Psicología y Educación, Universidad de Deusto
Avenida de las Universidades, 24 • 48007 Bilbao

Este artículo ha querido plantear las principales dimensiones del debate sobre aumento (o no) del juego problemático en España, ofreciendo una visión global de los indicadores más fiables para medirlo y las críticas que subyacen a tales indicadores.

En el caso español, las posturas de la industria del juego y de la opinión pública aparecen diametralmente opuestas, con los primeros alegando que el país tiene indicadores de juego problemático bajos mientras los segundos hablan de epidemia de adicción al juego, sobre todo en el caso de menores. Por un lado, la serie histórica de datos sobre la prevalencia de TJ en España es muy corta y carece de inconsistencias metodológicas que hacen difícil comparar épocas. Por otro lado, se ha apuntado a que algunos factores asociados a los problemas de juego, como son el juego femenino, el juego de menores, o el daño global del juego, pueden estar quedando ocultos en los estudios epidemiológicos. Así mismo, la relativa novedad de los profundos cambios que internet augura para el sector del juego hace razonable mantenerse cauteloso sobre la respuesta a la pregunta que este artículo plantea, a la espera de su evolución en los próximos años.

Referencias

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Autor.

Armstrong, A., y Carroll, M. (2017). *Gambling activity in Australia*. Melbourne: Australian Gambling Research Centre, Australian Institute of Family Studies.

Becoña, E. (2004). Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante el NODS. ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno? *Adicciones*, 16(3), 173–184.

Bowden-Jones, H., y Prever, F. (2017). *Gambling disorders in women: An international female perspective on treatment and research*. London: Taylor and Francis.

Browne, M., Greer, N., Rawat, V., y Rockloff, M. (2017). A population-level metric for gambling-related harm. *International Gambling Studies*, 17(2), 163–175.

Browne, M., Langham, E., Rawat, V., Greer, N., y Li, E. (2016). *Assessing gambling-related harm in Victoria*. Victoria: Victorian Responsible Gambling Foundation.



- Browne, M., y Rockloff, M. J. (2018). Prevalence of gambling-related harm provides evidence for the prevention paradox. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2), 410–422.
- Calado, F., Alexandre, J., y Griffiths, M. D. (2017). Prevalence of adolescent problem gambling: A systematic review of recent research. *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 397–424.
- Calado, F., y Griffiths, M. D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015). *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 592–613.
- Deans, E. G., Thomas, S. T., Daube, M., y De-revensky, J. (2016). “I can sit on the beach and punt through my mobile phone”: The influence of physical and online environments on the gambling risk behaviours of young men.” *Social Science Medicine*, 166, 110–119.
- Dirección General de Ordenación del Juego [DGOJ]. (2016). *Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azar en España 2015*. Madrid: Spanish Ministry for Finance and Public Administration.
- Dirección General de Ordenación del Juego [DGOJ]. (2018). *Dirección General de Ordenación del Juego*. Spanish Ministry for Finance and Public Administration. Disponible en: <http://www.dgojuego.minhap.gob.es/es/noticia-memoria-dgoj-2014>
- Gambling Commission. (2018). Gambling Commission to crackdown on operators who don't treat consumers fairly. Disponible el 25 de Octubre de 2018, en <https://www.gamblingcommission.gov.uk/news-action-and-statistics/news/2018/Crackdown-on-operators-who-dont-treat-consumers-fairly.aspx>
- Hansen, M., y Rossow, I. (2008). Adolescent gambling and problem gambling: Does the total consumption model apply? *Journal of Gambling Studies*, 24(2), 135–149.
- Hansen, M., y Rossow, I. M. (2012). Does a reduction in the overall amount of gambling imply a reduction at all levels of gambling? *Addiction Research & Theory*, 20(2), 145–152.
- Hing, N., Russell, A., Tolchard, B., y Nower, L. (2016). Risk factors for gambling problems: An analysis by gender. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 511–534.
- Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Granero, R., y Menchón, J. M. (2013). Gambling in Spain: update on experience, research and policy. *Addiction*, 109(10), 1591–1601.
- Kim, H. S., Hodgins, D. C., Bellringer, M., y Abbott, M. (2016). Gender differences among helpline callers: Prospective study of gambling and psychosocial outcomes. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 605–623.
- Lopez-Gonzalez, H., Guerrero-Solé, F., y Griffiths, M. D. (2018). A content analysis of how ‘normal’ sports betting behaviour is represented in gambling advertising. *Addiction Research and Theory*, 26(3), 238–247.
- Lund, I. (2008). The population mean and the proportion of frequent gamblers: Is the theory of total consumption valid for gambling? *Journal of Gambling Studies*, 24(2), 247–256.
- McCormack, A., y Griffiths, M. D. (2013). A scoping study of the structural and situational characteristics of internet gambling. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 3(1), 29–49.
- Nelson, S. E., LaPlante, D. A., LaBrie, R. A., y Shaffer, H. J. (2006). The proxy effect: Gender and gambling problem trajectories of iowa gambling treatment program participants. *Journal of Gambling Studies*, 22(2), 221–240.
- Nixon, G., Evans, K., Grant Kalischuk, R., Solowoniuk, J., McCallum, K., y Hagen, B. (2013). Female Gambling, Trauma, and the Not Good Enough Self: An Interpretative Phenomenological Analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(2), 214–231.
- Parke, A., Harris, A., Parke, J., Rigbye, J., y Blaszczynski, A. (2014). Responsible marketing and advertising in gambling: A critical review. *The Journal of Gambling Business and Economics*, 8(3), 21–35.

Stucki, S., y Rihs-Middel, M. (2007). Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update. *Journal of Gambling Studies*, 23(3), 245–257.

Svensson, J., y Romild, U. (2014). Problem gambling features and gendered gambling domains amongst regular gamblers in a Swedish population-based study. *Sex Roles*, 70(5–6), 240–254.

Wardle, H. (2017). The re-feminisation of gambling. In H. Bowden-Jones y F. Prever (Eds.), *Gambling disorders in women: An international female perspective on treatment and research* (pp. 173–186). Abingdon, Oxford: Routledge.

Wardle, H., Moody, A., Spence, S., Orford, J., Volberg, R., Jotangia, D., ... Dobbie, F. (2011). *British Gambling Prevalence Survey 2010*. London: National Centre for Social Research.

Williams, R. R. J., Volberg, R. A., y Stevens, R. M. G. (2012). *The population prevalence of problem gambling: methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends*. Ontario, Canada: Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care.

- Recibido: 11/12/2018.
- Aceptado: 28/12/2018.

DOSSIER:

Contencioso que mantenía el Dr. Victor Pedreira contra el SERGAS.

Litigation of Dr. Victor Pedreira against SERGAS.

1. Solicitud a la Junta Directiva de la AEN
2. Sobre la reprobable actitud del Tribunal Médico que resolvió el proceso selectivo para la cobertura de la Jefatura del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra
3. Posición de la Junta Directiva de la AEN

Solicitud a la Junta Directiva de la AEN

Sr. Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)

El día, 26.10.2017, hace ya un año, se hizo pública la **Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (00507/2017) en relación al contencioso que mantenía el Dr. Victor Pedreira Crespo contra el SERGAS** al sentirse lesionados sus derechos y su imagen por las irregularidades cometidas, tanto en la evaluación curricular como en el proceso de exposición pública de proyecto y curriculum, por la resolución del Tribunal de selección de la plaza de Jefe de Servicio de psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra. El TSJG, ante el recurso de apelación del SERGAS, confirmó la sentencia previa del Juzgado de lo contencioso administrativo nº 2 de Pontevedra de 5 de diciembre de 2016 quien determina que, la ausencia de publicación previa de la concreción del baremo general y de los criterios de valoración empleados por la comisión de evaluación, constituyen un indicio más de la vulneración de

los principios de igualdad, mérito y capacidad, que conduce a que haya de confirmarse la sentencia de primera instancia.

Dicha sentencia anula la decisión del Tribunal de selección o Comisión de Evaluación (como lo llama el TSJG) y ordena formar otro para la resolución de dicha plaza. La sentencia destaca la animosidad de la Comisión hacia el Dr Pedreira, constatada por los testigos que fueron a declarar, así como se refleja en la grabación de la exposición pública que se aportó como prueba.

Formando parte de dicho Tribunal de selección estaba el Dr. Julio Bobes (Actual Presidente de la SEP y Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría (CNEP)) a quien en el escrito del TSJG cita reiterada y especialmente haciendo referencia a su partidismo por uno de los candidatos, su hostilidad manifiesta hacia el Dr Pedreira y en definitiva su deshonestidad en la evaluación de los méritos de los candidatos.

Extraemos literalmente lo que en dicha sentencia se alude a la actuación del Tribunal (Comisión de Evaluación) y a la actuación del Dr. Bobes mas en concreto:

“...se entienden vulnerados por la comisión de evaluación, los principios de igualdad, mérito y capacidad en cuanto que su comportamiento primó a un candidato en detrimento de otro” (en contra del Dr. Pedreira).

“...se advierten indicios de falta de imparcialidad de la comisión de evaluación...”

“...dudar de la imparcialidad y consiguiente falta de idoneidad para poder emitir una valoración justa, lo que se vio confirmado por la intervención del Dr. Bobes (uno de los recusados) en la primera exposición pública del proyecto y currículo...”

“...puede llevar a hablar de desviación de poder en cuanto a primar un candidato en detrimento de otro...” “...desvío de poder incompatible con la imparcialidad y objetividad que debe presumir en la comisión de evaluación...”

“...la audición de las grabaciones de la primera exposición pública para defensa por los candidatos de sus proyectos técnicos y currículos respalda las apreciaciones de los testigos en el juicio, resaltando la intervención del Dr. Bobes en el turno de preguntas al Dr. Pedreira que no resulta acorde con la imparcialidad y objetividad que cabe esperar de un miembro de un titular de selección...”

“ante la hostilidad que el Dr. Bobes mostró ante el recurrente”

“...cambios en el baremo favoreciendo a otro candidato, ahonda en la percepción de favoritismo y consiguiente vulnerabilidad del principio de igualdad, mérito y capacidad que ha de regir los procesos selectivos de la función pública...”

“...un escenario revelador de ausencia de imparcialidad del tribunal de selección, la vulnerabilidad de igualdad, mérito y capacidad si debe conducir a la nulidad de las decisiones de la comisión”

Pensamos que esta sentencia del TSJ de Galicia dictamina claramente en contra de la selección de la plaza realizada por la Comisión de Selección de la que formaba parte el Dr. Bobes planteando y demostrando de una forma nítida la parcialidad del Dr. Bobes en las preguntas, intervenciones y decisiones del Tribunal del que formó parte, siendo esta siempre a favor de uno de los opositores y claramente contra del otro opositor (Dr. Pedreira).

Esta parcialidad interesada demuestra a nuestro entender una ausencia de ecuanimidad y ética que lo incapacita para formar parte de Comisiones Oficiales y Tribunales en los que se deban defender la organización de los servicios públicos y la formación de los futuros profesionales que van a trabajar en ellos, como en este último caso es la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría (CNEP) de la cual en la actualidad es Presidente.

Un número importante de socios de la AEN solicitaron a la Junta Directiva de la AEN que a través de sus recursos de difusión ponga en conocimiento de los asociados la citada sentencia del TSJ de Galicia y al mismo tiempo que a través del representante de la AEN en la citada CNEP ponga en conocimiento de los miembros de dicha Comisión la actuación deshonesto del Dr. Julio Bobes solicitando su dimisión por las actuaciones descritas.



Sobre la reprobable actitud del Tribunal Médico que resolvió el proceso selectivo para la cobertura de la Jefatura del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra

Víctor Pedreira Crespo.

Médico Psiquiatra. Pontevedra.

1. Antecedentes

En mayo de 2009, el Dr. Víctor Pedreira Crespo, después de haber ocupado el cargo de Subdirector General de Salud Mental y Drogodependencias de la Xunta de Galicia durante el Gobierno Bipartito (PSOE y BNG), recibió 2 ceses: el de Subdirector General (solicitado por él mismo y entendible al ser cargo de confianza) y el de Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra, puesto de trabajo que ocupaba desde enero de 1982 y del que se encontraba en excedencia especial para desempeñar el primero.

Ante el movimiento de contestación y de solidaridad con el cesado, la Administración decidió, poco después, nombrar de nuevo al Dr. Pedreira Jefe del Servicio de Psiquiatría en comisión de servicios.

Incumpliendo el Decreto 206/2005, de 22 de julio, de provisión de plazas de personal estatutario del Servicio Galego de Saúde, que en su art. 57 dice que, una vez producida una vacante en plaza de jefatura tendrá que ser convocada en un período máximo de 6 meses, la plaza de Jefe del Servicio de Psiquiatría (vacante por cese del titular en mayo de 2009, como queda dicho) se convocó en enero de 2012; es decir, 32 meses después del cese. Supuestamente, se trataba de esperar a que el candidato “oficial” reuniese los requisitos mínimos para poder optar a la misma.

El proceso administrativo seguido para su cobertura, fue (tal como indica el citado Decreto) el de “evaluación colegiada” por parte de una Comisión Técnica nombrada por el Gerente del Complejo Hospitalario a tal fin. Desde el primer momento, todo el proceso estuvo plagado de irregularidades. El primer Tribunal (Comisión de Evaluación) nombrado estaba constituido por 5 miembros: dos miembros de la Dirección del

Complejo (entre ellos el Presidente) y tres jefes de Servicio de Psiquiatría (uno de Galicia y dos de otras CCAA). Este primer Tribunal tuvo que ser anulado por incumplir la Ley de Igualdad ya que todos ellos eran varones. Se nombró, por tanto, un segundo Tribunal para cumplir con el requisito legal, cambiando a tres de sus miembros. En este nuevo Tribunal ya no había ningún Jefe de Servicio de Galicia.

Este segundo Tribunal otorgó la jefatura al Dr. Gómez Tato después de un escandaloso acto público de defensa del Currículum y del Proyecto Técnico por parte de los dos únicos candidatos que se presentaron (el Dr. Gómez Tato, Médico Adjunto y el Dr. Pedreira Crespo, antiguo Jefe del Servicio). Esta decisión del Tribunal tuvo que ser posteriormente anulada, al comprobar que uno de sus miembros no reunía los requisitos exigidos en las bases de la convocatoria.

Fue necesario, por tanto, nombrar un tercer Tribunal, con los mismos miembros que el segundo pero con la excepción del cambio de la persona que no reunía los requisitos legales. El Dr. Pedreira recusó a dos de sus miembros (al Presidente y al Dr. Julio Bobes García) por el comportamiento inaceptable que mantuvieron durante el primer acto de defensa del Proyecto Técnico y del Currículum. Precisamente, se trata de los dos únicos miembros que se mantuvieron desde el Primer Tribunal nombrado y cuyo papel sería determinante para el resultado final. Este Tribunal adjudicó de nuevo la plaza al Dr. Tato pero esta vez, curiosamente, por una diferencia de dos puntos más que en la anterior ocasión (la que había sido anulada). Ante esta decisión, el Dr. Pedreira presentó, en primera instancia, recurso de alzada ante la Dirección Xeral de Recursos Humanos del Sergas y, posteriormente, al ser éste

desestimado, denuncia ante el Juzgado de lo Penal y recurso ante el Juzgado de lo Contencioso Administrativo de Pontevedra.

2. Sentencias

A. La denuncia penal fue admitida a trámite pero sería desestimada “provisionalmente” en auto del 15 de febrero de 2016 al no poder acreditar la existencia del delito de prevaricación que se les imputaba a todos los miembros del Tribunal y al Gerente que los nombró. Por esta razón se indica que corresponde, al Juzgado de lo Contencioso Administrativo, juzgar las posibles irregularidades cometidas (la Fiscal califica el proceso administrativo llevado a cabo de, *“cuando menos, peculiar y llamativo”*). Y así se hizo.

B. El Juzgado de lo Contencioso Administrativo Nº 2 de Pontevedra, en sentencia 235/2016, del 5 de diciembre de 2016 considera que *“el recurso presentado por el Dr. Pedreira ha de ser estimado al entenderse vulnerados los principios que rigen el procedimiento, en concreto de igualdad, mérito y capacidad, por la actuación de la Comisión de Evaluación, cuyo comportamiento se considera que primó a un candidato en detrimento del otro”*.

En sus consideraciones, la titular del citado Juzgado recuerda que en aras de propiciar la tutela judicial efectiva de los actos administrativos por parte de los Tribunales de Justicia, procede comprobar si se ha sobrepasado el límite de libertad propio de la discrecionalidad técnica de la Comisión de Evaluación y si, por tanto, pudiera hablarse más bien de arbitrariedad que de discrecionalidad en sus resoluciones.

En el caso que nos ocupa, *“a la vista de la documentación presentada en la demanda, así como de las pruebas testificales oídas en el acto del juicio, no puede más que considerarse que en el proceso en cuestión cabe advertir indicios respecto a la falta de imparcialidad de la Comisión de Evaluación en relación a los aspirantes, perjudicial para el demandante Sr. Pedreira, que ha de conllevar la nulidad del proceso”*.

La primera cuestión que se plantea es la relativa a *“la defectuosa tramitación, y consecuentemente resolución contraria a derecho, de la recusación*

formulada por el demandante respecto a dos miembros del tercer y último tribunal o Comisión de Evaluación designado”. En efecto, *“tras la audición de las grabaciones de la primera exposición y defensa pública por los candidatos de sus proyectos técnicos y currículos (aportada en soporte CD por la parte demandante) y oídas las apreciaciones de los testigos presentes en dicho acto y, centrando la valoración en el miembro del tribunal recusado por el Dr. Pedreira, el Dr. Bobes, ha de considerarse que su intervención en el turno de preguntas realizado al Dr. Pedreira no resulta acorde con la imparcialidad y objetividad que cabe esperar de un miembro de un tribunal de selección”*. En la sentencia se citan ejemplos de la actitud crítica y de los juicios descalificadores hacia la trayectoria profesional del Dr. Pedreira manifestados por el Dr. Bobes durante la entrevista, llegando incluso a considerar que su carácter “muy apasionado” y su excesiva entrega al trabajo lo hacía inadecuado para el puesto de jefe del servicio. Tal actitud crítica no la mantuvo con el otro candidato, Dr. Gómez Tato, del que llegó a decir que su “carácter más templado” lo hacía más idóneo para el mismo. Y se cita, igualmente, la actitud del presidente del tribunal, Dr. Ortigueira, consentidora del trato hostil del Dr. Bobes hacia el Dr. Pedreira, limitándose a mandar callar al público presente en sus protestas por el trato recibido por el Dr. Pedreira. La asistencia al acto fue muy numerosa (por lo que hubo que habilitar el Salón de Actos para celebrarlo) porque *“todo el mundo intuía que se iba a dar un pucherazo”*, según testimonio de uno de los testigos.

Por todo lo dicho, *“a la vista de cómo se desarrolló la primera exposición pública de proyecto y currículo, especialmente en lo que se refiere a la intervención de uno de los miembros del tribunal (Dr. Bobes), no puede considerarse que lo planteado por el demandante sobre la recusación pudiera tacharse de infundado o carente de base”*. Por todo lo cual, *“ha de concluirse que no puede estimarse correcta la actuación de la Administración al no haber dado un trámite más completo y, sobre todo, al no motivar debidamente la decisión de no aceptar la recusación”*.

“Otro elemento que permite sembrar dudas razonables sobre la actuación del tribunal es la inexistencia de motivación en el informe que



habría de efectuar el tribunal tras el acto público y que, en este caso, se considera que puede llevar a hablar de una desviación de poder, en cuanto a orientar su actuación a primar a un candidato en detrimento del otro, pues no puede, en modo alguno, considerarse tal informe como el “informe razonado” que se exige en las bases”.

“A todo lo anterior ha de sumarse la crítica que cabe hacer al sistema de fijación de la puntuación de los méritos presentados por los candidatos”. Cabe señalar que, en esta ocasión, se cambiaron los criterios de baremación habitualmente utilizados en el Complejo Hospitalario y que tales cambios se hicieron con posterioridad a conocer la identidad de los candidatos y a que éstos hubieran presentado los méritos a valorar. También se refiere en la sentencia que se oyó como testigo-perito a un acreditado Catedrático de Psiquiatría quien ratificó el informe pericial que se aportó por la parte recurrente, relativo a las valoraciones otorgadas y méritos aprobados por el tribunal. Comparados el baremo utilizado con el utilizado en ocasiones precedentes, se señala en el informe que los cambios no parecen lógicos y se ilustra esta valoración con varios ejemplos que muestran la contradicción entre algunos de ellos, por lo que considera, en definitiva, que los criterios aprobados no fueron coherentes entre sí. Tales cambios, efectuados sin justificación alguna, han beneficiado de manera manifiesta en su totalidad al Dr. Gómez Tato. Por todo lo cual, se aprecia una desviación de poder, incompatible con la imparcialidad y objetividad que ha de presumirse en la Comisión de Evaluación.

En consecuencia con lo expuesto, se concluye que *“el recurso contencioso-administrativo interpuesto por D. Víctor Pedreira Crespo ha de ser estimado, anulándose la actividad administrativa impugnada y, en concreto, la resolución del proceso que concluyó con la adjudicación de la plaza de Jefe de Servicio de Psiquiatría a D. Isauro Gómez Tato, debiéndose retrotraerse las actuaciones para el nombramiento de una nueva Comisión de Evaluación, por cuanto el vicio de desviación de poder se estima que no sólo se ha de referir a los miembros del tribunal en su momento recusados, sino a todos los demás, pues también es a ellos referido el vicio de falta de motivación aludido. Esta nueva Comisión de Evaluación debe fijar la*

puntuación a otorgar a los méritos baremables y proceder, conforme se señala en las bases, a realizar la valoración correspondiente a los aspirantes, respetando los principios de igualdad, mérito y capacidad y motivando, conforme a ellos, la decisión finalmente adoptada”.

Esta sentencia no fue ejecutada porque fue recurrida por el Sergas ante el Tribunal Superior de Justicia de Galicia.

C. El Tribunal Superior de Justicia de Galicia, en Sentencia 507/2017, de 25 de octubre de 2017 desestima el recurso de apelación interpuesto por el Sergas contra la sentencia del Juzgado Nº 2 de Pontevedra CONFIRMANDO la misma e imponiendo (como ya se había hecho en el caso anterior) las costas al Sergas.

En su detallada sentencia, el TSJ desmonta una a una las argumentaciones del recurso presentado y afirma que *“conviene advertir que, tras el examen del expediente administrativo y de las actuaciones judiciales, la total actuación de la Comisión de Evaluación, dibuja un escenario de propensión a favor del candidato señor Gómez Tato, incompatible con la imparcialidad que debe presidir el trabajo de aquel órgano, instaurado para dilucidar cuál de los dos candidatos posee mayores méritos para ser seleccionado como jefe del servicio de psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra”.*

En la sentencia se señalan de nuevo los elementos individuales que dibujan ese escenario global incompatible con la necesaria imparcialidad de la Comisión de Evaluación. Así:

- Se hace especial hincapié en la prueba testimonial y en la audición de las grabaciones en CD de la primera exposición y defensa pública de los respectivos Proyectos Técnicos y Currículos de los dos candidatos. Se enfatiza *“el papel destacado de la intervención del señor Bobes, quien se significa en la hostilidad mostrada frente al señor Pedreira”.*
- La ausencia de la debida justificación de la decisión denegatoria de la recusación planteada.
- *“La separación de los criterios de baremación seguidos en convocatorias precedentes para favorecer al señor Gómez Tato y la fijación de*

los criterios de valoración por la Comisión con posterioridad al conocimiento de la identidad de los aspirantes y a la presentación por estos de los méritos a valorar”.

- *“La falta de justificación de las importantes diferencias en las puntuaciones de los Proyectos Técnicos de ambos candidatos, a favor del Dr. Gómez Tato, pese a que cabía encarecer la exigencia de motivación en dicho informe debido a que fue esencial la puntuación otorgada para que el señor Gómez Tato rebasara al señor Pedreira ya que en la baremación del currículum este último superaba a aquel en 2,04 puntos”* (a pesar de los cambios realizados en el baremo).

En definitiva, a juicio del TSJ de Galicia, todo ello constituyen indicios reveladores de falta de imparcialidad de la Comisión de Evaluación, desvío de poder y conculcación de los principios de igualdad, mérito y capacidad, por lo que se desestima el recurso del Sergas y se confirma, en todos sus términos, la sentencia de primera instancia.

D. Decreto de Firmeza. El Tribunal Superior de Justicia de Galicia, el 19 de enero de 2018 dictó el Decreto de Firmeza de la Sentencia al haber transcurrido el plazo de 30 días y no haber presentado el Sergas recurso de casación contra la sentencia antes citada.

3. Conclusión

A tenor del contenido de las referidas sentencias queda acreditado el comportamiento inaceptable –desde el punto de vista ético y hasta legal– que ha tenido la Comisión de Evaluación en su conjunto en el proceso selectivo para la cobertura de la plaza de Jefe del Servicio del Complejo Hospitalario de Pontevedra que ha sido resuelta de forma arbitraria y fraudulenta (no ajustada a derecho), al beneficiar a un candidato (Dr. Gómez Tato) en detrimento del otro (Dr. Pedreira). Las sentencias dictadas también suponen una repro- bación a la actuación del Gerente del Complejo Hospitalario, responsable último del nombramiento del Tribunal y de su actuación.

Particularmente grave ha sido el indigno comportamiento del Dr. Bobes García (tantas veces citado expresamente en ambas sentencias), sobre todo teniendo en cuenta que, en la actualidad, es el Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría. Quien se ha comportando con tanta indignidad no debería representar a una especialidad tan digna como la Psiquiatría.

A fecha de hoy, la Sentencia –firme, como queda dicho– sigue sin ser ejecutada y el citado Dr. Bobes continúa presidiendo la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría.

Pontevedra, 7 de mayo de 2018.



Posición de la Junta Directiva de la AEN

Con fecha de 23 de octubre de 2017, el Tribunal Superior de Justicia de Galicia desestimo el recurso de apelación de la sentencia del Juzgado num. 2 de lo contencioso administrativo de Pontevedra de 5 de diciembre del año anterior. Con ello se reafirma la sentencia del primer tribunal que estima el recurso interpuesto por el Dr Victor Pedreira contra la decisión de la Comisión de Evaluación de la plaza de Jefe de Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra. De esta manera queda anulada la decisión que asigno la plaza de manera contraria a derecho a uno de los aspirantes.

La sentencia detalla los motivos de la decisión en diferentes apartados, dando una especial relevancia a la conducta durante las prueba del Dr. Julio Bobes García, que actuaba en esa Comisión por designación de la Comisión nacional de la Especialidad de Psiquiatría que había sido recusado por el demandante y del que la sentencia afirma que *“tras la audición de las grabaciones de la primera exposición y defensa pública por los candidatos de sus proyectos técnicos y currículos (aportada en soporte CD por la parte demandante) y oídas las apreciaciones de los testigos presentes en dicho acto y, centrando la valoración en el miembro del tribunal recusado por el Dr. Pedreira, el Dr. Bobes, ha de considerarse que su intervención en el turno de preguntas realizado al Dr. Pedreira no resulta acorde con la imparcialidad y objetividad que cabe esperar de un miembro de un tribunal de selección”*.

El tribunal también considera que la recusación que hizo el demandante al Dr. Bobes *no puede tacharse de infundada o carente de base* a la vista de sus intervenciones.

Nuestra asociación considera que el comportamiento que acredita la sentencia es impropio de un representante de la Comisión Nacional. Mantenerlo en su puesto tras la publicación de la sentencia, podría sembrar dudas razonables en otros procesos de selección en los que participara con el aval de este órgano y comprometería a la misma Comisión en uno de sus cometidos más cruciales, que es la selección de los candidatos más idóneos para las funciones directivas.

Por este motivo, solicitamos el cese del Dr. Bobes para que no pueda volver a representar a la Comisión en ningún otro proceso de selección, separándole de este órgano consultivo y proponiendo a la entidad a la que representa que nombre otro miembro para sustituirlo.

Atentamente.

En Noviembre de 2018.

La inversión en salud mental no es un gasto ni el Plan de Salud Mental de Canarias debe ser una operación de propaganda.

En relación a Europa nuestro país tiene una desigual distribución de la renta, siete puntos por debajo de la media Europea, que lleva a desigualdades económicas y de oportunidades. España invierte en salud mental 5,5 euros por cada 100 que destina al gasto total sanitario, una cifra inferior a la media de la UE, que alcanza los 7 euros, lo que origina falta de recursos y repercute en las personas con trastorno mental, que no tienen cubiertas varias de sus necesidades. Asimismo, la Consejería de Sanidad incrementa para el 2019 su presupuesto supera el umbral de los 3.000 millones, un incremento con respecto al año anterior de un 2,69 por ciento, es decir 77.320.405 millones más. Pero el Plan de Salud Mental de Canarias (PSMC, 2018-2023) después de las presiones del tejido asociativo, solo invertirá 15,3 millones para todo el periodo, de los que, 4,2 millones de euros se distribuyen para recursos humanos y el resto para infraestructuras. En castellano, la Administración Pública Canaria dedicará durante seis años. cada año 2 millones, a nuevas inversiones para salud mental. De estos 2 millones, el 80% irá dedicado a infraestructuras y menos del 20% se dedicará a contratación de personal.

La pregunta que la ACN, los ciudadanos y los profesionales nos hacemos es saber si ¿está asignación presupuestaria es suficiente o representa otro acto propagandístico? o simplemente, pretender acallar las voces críticas, al PSMC. Hacer constar que en ningún momento, la Consejería señala cuáles son las prioridades de cada año para ejecutar el presupuesto, ni cuántos profesionales y en que categoría son necesarios para hacer efectivo las acciones que propone el propio PSMC, ni tampoco, cuando se constituirá la comisión de seguimiento del mismo, ni cuando

irá la Consejería, al Parlamento a presentar estas propuestas antes las fuerzas políticas.

Para los próximos años, el ingente número de infraestructuras de cierta entidad que hay que levantar en la atención a la salud mental, por una ineficaz gestión durante las últimas décadas, con su dotación de personal suficiente en todas las categorías y sus turnos respectivos, ya por sí mismo nos hacen poner más que duda la asignación presupuestaria de última hora que la Consejería de Sanidad en flamante rueda de prensa ha asignado al PSMC. Veamos algunas de ellas pendientes y de urgente creación. Insistimos que no se concreta en qué año estarán en funcionamiento estos compromisos, que están pendientes, desde hace al menos, una década. Demandas realizadas desde siempre, o sea, que no son nuevas, y que ahora se han incorporado al PSMC. En Fuerteventura está pendiente la construcción de la Unidad de Media Estancia en el Hospital General y una Residencia de salud mental de la Isla. En Gran Canaria y Tenerife, la creación de unidades hasta ahora inexistentes de hospitalización breve con carácter provincial para la población de entre 12 y 17 años. En los Hospitales Generales, excepto en el Negrín, en los servicios de urgencia habría que acondicionar espacios adecuados para las urgencias psiquiátricas. En Lanzarote, la construcción de una Unidad de Media y Larga Estancia. En Gran Canaria, la infraestructura de toda la red de las unidades infanto-juveniles. Así mismo en las islas, creación de hospitales de día para adultos e infanto-juvenil. Unidad de Internamiento Ultra Breve por provincia, para pacientes con riesgo suicida considerable e incierto. Creación hospital de día para trastorno de personalidad, así como, unidades específicas para evaluación,

diagnóstico y tratamiento intensivo, individualizado y continuado de la población con Trastorno del Espectro Autista (TEA) infantojuvenil. Desarrollo de recursos residenciales específicos para pacientes con TMG en situación de desamparo o guarda, al igual que centros de día y tarde para aquellas familias con dificultades y escaso o nulo apoyo familiar. Mejorar la dotación en infraestructuras y/o el funcionamiento de los recursos disponibles para la atención a la patología dual en el contexto de un modelo de atención homogéneo en Canarias. Dotar de recursos materiales e informáticos necesarios para el correcto funcionamiento de la USMC (Unidades de Salud Mental Comunitarias). Realizar cursos de formación, campañas de sensibilización. Nos preocupa saber, si ante los 16 de grupos de trabajo que se constituirán en estos años, los mismos se desarrollaran en tiempo asistencial, en un tiempo extra o se dará permiso a los profesionales para asistir a ellos. Estas deficiencias estructurales hacen que la Consejería, en su reconocimiento que es inviable su realización, apueste por la concertación con la sanidad privada de los servicios sanitarios públicos como se declara como principio en el PSMC, a lo cual, es contrario a la defensa del sistema sanitario público.

Todas estas infraestructuras, programas, dispositivos, unidades, campañas y 16 grupos de trabajo diferentes, hay que dotarlos de personal suficiente, para que no suceda lo que aún sufrimos: no todas las USMC (Unidades de Salud Mental Comunitarias) cuentan con un número de profesionales adecuado a la población de referencia. Estas estimaciones de dotaciones de personal que debía estar incorporado en el PSMC para saber las necesidades reales no están publicitadas y no se han realizado según se reconoce en el propio plan, y en cambio, se estima una cifra de 4,5 millones para todo el periodo destinados a la contratación de profesionales, como una forma de salir del paso. Un equipo comunitario de salud mental tiene un coste anual de 220.000 €, aún tenemos una red de adultos sin todo el personal necesario y la Infanto-Juvenil en algunas islas inexistentes y en otras incompletas. Y no digamos nada, del número de profesionales necesarios para las unidades de hospitalización o para los propios hospitales de día. Esperamos que no se comience a montar servicios o dispositivos sin el personal adecuado, Lo primero que

habría que hacer es completar la red actual con el número de profesionales adecuados según la población a la que se atiende y definir con todo detalle un cronograma de ejecución creíble de las acciones, y la constitución de la comisión de seguimiento por entidades independientes.

Exigimos a las fuerzas políticas parlamentarias, debatir estos aspectos en el Parlamento de Canarias, y a la Consejería de Sanidad, que publicite el número de profesionales y sus categorías que prevé contratar en estos años para hacer factible los recursos, programas, campañas y unidades que proclama en el PSMC. Así mismo, solicitamos que el PSMC sea consensuado por todas las fuerzas políticas al tener lugar las elecciones en los próximos meses le añada inestabilidad a los servicios públicos esenciales, De igual manera, queremos que se contemple un incremento sustantivo del presupuesto actual para salud mental hasta hacer efectivo del 5-10% del presupuesto de la Consejería de Sanidad, como reconocen todos los organismos internacionales, y de forma inmediata se ejecute un plan de acción con las 16 medidas que hemos propuesto desde la ACN.

Canarias, a 11 de Noviembre 2018.

Junta Directiva de la ACN.

Medidas para un Plan de Acción en Salud Mental: Llamamiento a las fuerzas políticas, sociales y sindicales.

Para la ACN la propuesta de Plan de Salud Mental de Canarias (PSMC) de la Consejería de Sanidad que está sobre la mesa es más una Estrategia que un Plan. Reúne un conjunto de medidas que no fija plazos en su compromiso de ejecución anual al no establecer un cronograma de las acciones y medidas. Y aún no lo hace menos sostenible por la ausencia de una estimación de los profesionales por categorías que serán necesarios para llevar a cabo lo que se nos propone. La administración regional lleva ya dos años de retraso en la elaboración del PSMC y ahora a última hora propone para su ejecución, no cuatro años como era la propuesta inicial, sino ahora lo cambia a seis años, atrasando más aún su ejecución. Llevamos esperando desde el 2008. Además ante las presiones de ficha financiera improvisa un incremento del 26% para la atención a la salud mental para ejecutar en este tiempo lo que nos parece una tomadura de pelo a los ciudadanos y a los profesionales. Salud Mental no requiere unas migajas para acallar las reivindicaciones, requiere una acción decidida del gobierno canario ante la situación que padece nuestro pueblo con tasas de suicidio por encima de la media nacional en los últimos años y alto consumo de pisco fármacos y altos niveles sociales de vulnerabilidad. Este PSMC mas guiado por un paradigma tecnológico que un paradigma basado en las relaciones, los significados y los valores, pretende abrir camino para la concertación con la medicina privada que esta contenido como un principio, será por el raquítrico presupuesto que al parecer van a asignar, si las fuerzas políticas en el parlamento no lo corrigen, mientras los derechos humanos no se recoge como un principio del PSMC. Estas cuestiones no son de segundo orden pero si definitorias. Además, no se establece una metodología para la priorización de los problemas. Ni tampoco democratiza la toma de deci-

siones en el SCS y en este proceso se ha saltado las consultas los propios órganos del SCS como la Comisión Asesora de Salud Mental o los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial, la intersectorialidad, esencial en el ámbito de la salud mental, entendida acción conjunta de otros sectores junto al sector salud lo contempla meramente como un complemento. Y si fuera poco se abusa para evitar exigencias al gobierno, al formular los objetivos-acciones, de términos como “analizar” “elaborar” “estimar” “estudiar” “actualizar”.

Promueve el aislamiento del CIRPAC en sanidad y no lo reubica en el nuevo marco legislativo. Más preocupado en los Indicadores de la Actividad Asistencial, que en los Indicadores de Estructura y Resultados. La Participación ciudadana restringía al respeto a la autonomía de sus decisiones individuales en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuario.

La ACN exige a las fuerzas políticas en relación a la salud mental un Plan de Acción inmediato que incluya los siguientes elementos:

1. Una ficha financiera anual para ser factible la ejecución de sus objetivos y acciones, en salud mental o bien fijar el incremento de porcentaje anual de presupuesto para la salud mental en el PSM entre el 5-10% del presupuesto de sanidad debido al coste social de estas enfermedades por su impacto en la mortalidad, la discapacidad y la morbilidad.
2. Las prioridades anuales de cada acción con sus criterios de impacto para cada uno de los años de vigencia del PSMC.
3. Completar la red de Infanto-Juvenil de acuerdo al Programa de Salud Atención Infanto-Juvenil del 2006. Esta red todavía es muy

insuficiente. En este programa se considera “necesario la creación de dispositivos específicos de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil que tendría un carácter suprasectorial”, actualmente se incumple la carta de derechos de la infancia. Asimismo, unidades de salud mental específica con todo el personal necesario distribuidas por el territorio insular, aún en Gran Canaria son inexistentes y en Tenerife no cuentan con todos el personal necesario. Así como, aún no se dispone de “dispositivos sociosanitarios para intervenciones y cuidados de media duración (Centros de Día, pisos supervisados, etc.). Además, es necesario disponer de recursos de soporte social (mini residencias, hogares alternativos, etc.). Así mismo las escasas unidades existentes, no disponen de todo los profesionales ni se trabaja con los dispositivos que proporcionen programas de rehabilitación/reeducación a la población infanto-juvenil, tal como señala el citado programa. Así mismo con especial atención a la atención temprana en todas las islas e incorporándola a los servicios públicos de salud mental. Y es muy importante disponer de dispositivos adecuados como realizar un trabajo continuo con la comunidad en este ámbito.

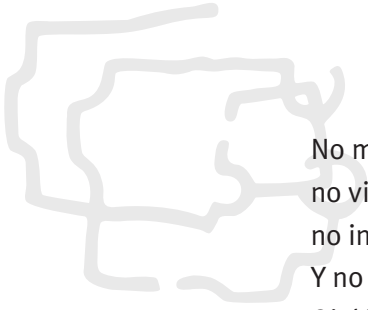
4. La retirada del actual decreto del CIRPAC que prepara el Gobierno y que antes de su aprobación sea debatido en los Consejos. El CIRPAC deberá ser un órgano socio sanitario y la Dirección del PIRP podrá ser cualquier profesional de cualificado prestigio, aunque no forme parte de la plantilla del SCS.
5. Incluir en los órganos de funcionamiento del SCS, a las Coordinadoras insulares de Salud Mental con presencia obligatoria de las Gerencias Hospitalarias y reconocer estos órganos, como órganos decisorios de las políticas insulares en salud mental dentro de la planificación sanitaria en cada isla.
6. Incluir en el PSMC en su redacción actual los cálculos de las ratios de los diferentes profesionales, así como, el número de plazas clínicas y de rehabilitación (CRPS, alojamiento, empleo, y ocupacionales), de acuerdo a la población y al óptimo deseable. Así mismo, se analizará la distribución de los profesionales en los diferentes niveles de atención según el modelo asistencial propuesto. Su objetivo es conocer el balance hospital/comunidad.
7. Creación de una gerencia única en SM en cada área de salud con participación en primera persona de asociaciones de ciudadanos y profesionales inter pares.
8. Pronunciamiento contra el tratamiento ambulatorio Involuntario.
9. Establecer como objetivo central del PSMC la defensa de los derechos humanos de los pacientes, que de manera inmediata pasaría por:
 - Creación de registro de contenciones físicas en cada hospital y creación de una comisión de seguimiento de los mismos donde participe un miembro de la agencia del Diputado del Común. Cada año se hará público dichas actuaciones.
 - Presencia de un letrado en los casos de ingresos involuntarios, y establecer mecanismos para hacer efectivo las voluntades anticipadas de los pacientes.
 - Infraestructuras y personal adecuado en los servicios de urgencia hospitalarios de cada isla en materia de salud mental.
 - La incorporación de las organizaciones de profesionales, familiares y usuarios a las coordinadores insulares de los servicios de salud mental.
 - Creación de una comisión de seguimiento formados por profesionales independientes para la evaluación del grado de cumplimiento en cada una.
10. Abolición de toda referencia a la gestión privada de los recursos sanitarios públicos en la atención psiquiátrica, que se retire como un principio del PSMC.
11. Promover una red única de atención en salud mental con inclusión de la atención a las drogodependencias (no a las redes paralelas).
12. Reducir las tasas de suicidio en Canarias con la movilización de recursos de seguimiento de población de alto riesgo, y reducir la mortalidad de los pacientes con trastorno mental grave por la alta prevalencia de enfermedades físicas asociadas.

13. Promover programas de cuidados en situación de riesgo en los traumas en la infancia, a parados de larga duración y a las mujeres por violencia de género.
14. Promover en las políticas públicas de vivienda y empleo el acceso de las personas con TMG.
15. Constituir una comisión permanente integrada por Salud Mental, Servicios Sociales y Cabildos, que planifiquen y ejecuten las estrategias en políticas en salud mental (reconocimiento legal).
16. Relectura de los decretos de constitución de las prestaciones y servicios del SICAD.

Apostar por un modelo centrado en la persona, no hospitalocéntrico, ni tecnológico, basado en las relaciones cuyo marco es la atención en el domicilio. Hacemos un llamamiento para que estas 16 medidas del Plan de Acción sean debatidas en el contexto del PSMC en el parlamento de Canarias y se alcance un consenso institucional como garantía y compromiso de todos.

Canarias, a 26 Octubre 2018.

Junta Directiva de la ACN.



No mates, no acoses ni amenazas,
no violes ni agredas,
no insultes ni empujes a nadie hoy.
Y no insistas.
Ojalá no fuese necesario nada más.
No es no y si no es sí es no.



HISTORIA

Van Zigman y el caso Ministral. Difusión del psicoanálisis en la literatura popular de posguerra.

Van Zigman and the Ministral's case. Knowledge of psychoanalysis in postwar spanish popular literature.

Andrés Porcel Torrens.

Unidad de Salud Mental de Godella • Área Arnau de Vilanova-Llíria. Valencia.

Resumen: En la posguerra española, la literatura de evasión, principalmente el género policíaco, adquirió una gran popularidad. La Biblioteca Oro, que fue la colección más prestigiosa de la época, publicó entre 1949 y 1953 un total de seis novelas del autor catalán Jaume Ministral Massià. El protagonista de todas ellas es el psicoanalista Ludwig Van Zigman, que resuelve los crímenes con el análisis psicológico de los personajes. Las novelas ofrecieron al público general, una gran cantidad de conocimientos sobre psicología, psiquiatría y psicoanálisis, que dan testimonio del conocimiento de estos temas alcanzado por el lector culto de los años de preguerra y de la difusión durante la posguerra, en unos años en los que las referencias a Freud fueron significativamente escasas en la cultura popular española.

Palabras clave: psicoanálisis, posguerra española, literatura popular.

Abstract: In the spanish post-war years, the literature of evasion, mainly the police genre, became very popular. Biblioteca Oro, which was the most prestigious collection of the time, published between 1949 and 1953 a total of six novels by the catalan author Jaume Ministral Massià. The protagonist of all of them is the psychoanalyst Ludwig Van Zigman, who solves the crimes with the psychological analysis of the characters. The novels offered the general public a large amount of knowledge on psychology, psychiatry and psychoanalysis, which testify to the knowledge of these issues reached by the cultured reader of the prewar years and of the post-war diffusion, in a few years in which references to Freud were significantly scarce in Spanish popular culture.

Keywords: psychoanalysis, Spanish post-war years, popular literature.

En las primeras décadas del franquismo, frente a una política cultural oficial de talante extraordinariamente reaccionario, las capas populares de la población fueron desarrollando una cultura propia, a través de medios de comunicación de masas usados como elementos de distracción.

Estos incluían tebeos, novelas baratas, programas de radio y películas, donde la calidad formal importaba menos que la capacidad de suministrar evasión. La literatura popular, de quiosco, fue literatura de géneros, bien definidos y codificados. Entre ellos el policíaco ocupó un lugar

principal. La Editorial Molino, fundada en los años treinta, fue la empresa más importante de las dos décadas siguientes. Su colección más conocida, la Biblioteca Oro, publicó títulos en su mayor parte procedentes del mercado anglosajón, difundiendo a los autores más conocidos, como Agatha Christie, Erle Stanley Gardner o Edgar Wallace¹. Los autores españoles solían publicar en empresas de menor tirada o peor calidad². Por eso, la aparición en esta colección de una saga de seis novelas firmadas con el seudónimo –bastante obvio– de J Larstinim, entre 1949 y 1953 fue una excepción más que notoria. Las novelas las protagonizaba un psicoanalista holandés, el doctor Ludwig Van Ziman, que se valía de la aplicación de las teorías freudianas para desentrañar crímenes misteriosos. El responsable de tan singular personaje fue el autor catalán Jaume Ministral³.

Hijo de un matrimonio de maestros, Jaume Ministral Massià nació en Girona en 1914. El mayor de sus cuatro hermanos, parece que inicialmente quiso orientarse hacia la Medicina, aunque estudió finalmente Magisterio en 1931, en la primera –y casi única– promoción del Plan Profesional del Magisterio establecido durante la 2ª República.

Desde su fundación en 1931, fue militante de la Federació de Joves Cristians de Catalunya Fundada por el doctor Albert Bonet, se definía como una agrupación catalanista católica de mentalidad abierta⁴. En 1935 obtuvo plaza de maestro en Palamós, siendo movilizado el año siguiente al estallar la Guerra Civil, y destinado a la compañía de Sanidad de la 45 División Internacional, donde se ocupó de la oficina del hospital de campaña. Al final de la contienda recuperó su destino en Palamós donde se le nombró director del colegio. En 1941 obtuvo por oposición la plaza de director del Grupo Escolar Baixeras, en Barcelona, ciudad donde residiría hasta su fallecimiento en 1982⁵.

Además de su actividad docente, Ministral mantuvo siempre una carrera paralela en torno a actividades literarias diversas. Sus inquietudes intelectuales le llevaron ya en los años de posguerra a trabajar en las editoriales Durán y Marín, en labores de dirección y coordinación⁶. Vinculado a publicaciones eclesiásticas, fue colaborador habitual de *Vida Católica* –órgano oficial de la Junta

Diocesana de Acción Católica⁷– y de *Presencia*, desde los años cincuenta a los setenta⁸. Durante 20 años fue redactor del programa –El Humor y la Radio– en Radio Nacional, y con la llegada de TV3 creador de una de sus primeras series, *Dr Caparrós, medicina general*, interpretada por Joan Capri y emitida hasta la fecha de su muerte⁹. Además de los seis libros policiales protagonizadas por Van Zigman, escribió seis novelas más, varias obras de teatro, conferencias y artículos en prensa, habitualmente en catalán^{10,11}.

Entre sus intereses intelectuales, la medicina y la psicología ocuparon un lugar destacado. Vinculado por amistad y familia a varios médicos, fue lector habitual de obras de Psicología y Psiquiatría¹². En 1953 escribió para la Editorial Molino, en su colección de Manuales Prácticos, el título *¿Qué es la Psicología?*, donde demuestra un conocimiento sistematizado de la disciplina¹³.

Ministral fue un autor popular, hoy un tanto relegado, aunque da nombre a una biblioteca y a una calle de Girona. Como le definió J Manuel Soldevilla, fue un intelectual católico y catalanista, gerundense en Barcelona, demasiado liberal para el franquismo y demasiado conservador para las jóvenes generaciones de la transición, un personaje inclasificable que siempre actuó con la libertad del *outsider*¹⁴.

Desde la entrada de los años veinte el psicoanálisis empezó a tener en nuestro país una difusión generalizada, que culminó con la edición en 1922 del primer volumen de las obras completas de Freud, editadas por Biblioteca Nueva, con traducción de López Ballesteros y prólogo de Ortega y Gasset. En las revistas médicas y las de la especialidad, las alusiones al psicoanálisis tienen una presencia creciente –aunque minoritaria en términos relativos– en la que participan figuras destacadas de la psiquiatría, como César Juarros, Rodríguez Lafora, Sanchís Banús, Mira i López o Sacristán¹⁵. En cuanto a la práctica, algunos médicos incorporaron aportaciones del análisis, con especial interés en la técnica de las asociaciones libres, siempre tras la idea de detectar las raíces del conflicto oculto tras el síntoma neurótico¹⁶. Sin embargo, la práctica psicoanalítica ortodoxa fue adoptada únicamente por el bilbaíno Ángel Garma, formado en el Instituto Psicoanalítico de Berlín¹⁷.

En paralelo a esta difusión del psicoanálisis entre los profesionales, hay una extensión del mismo al mundo de la cultura, que involucra no solo a médicos no psiquiatras –el ejemplo más conocido es el de Marañoñ– sino a intelectuales y a un público más amplio, cuyo interés se acrecienta en torno a los temas sexuales o a la interpretación de los sueños y el acceso a un universo mental inconsciente. En 1911, Ortega y Gasset publica el artículo *La Psicoanálisis: una ciencia problemática*, abriendo así el camino a una divulgación que aprovecharán Rodríguez Lafora o J M Sacristán publicando trabajos divulgativos en las páginas del diario *El Sol* durante la década de los veinte³⁵. Psiquiatras más o menos cercanos al psicoanálisis publican en colecciones de libros ensayos dirigidos a un público general y las ideas analíticas penetran así en centros académicos, tertulias, conferencias, encontrando quien las interprete entre psicólogos, pedagogos o juristas³⁸.

El tema fue reflejándose también en obras literarias, como *La Sinrazón*, de Sánchez Mejías (1928), *Las Adelfas*, de los hermanos Machado (1928) o *La Túnica de Neso*, de Juan José Domenchina (1929)³⁹. Pero más allá de esta literatura culta, las alusiones a términos o ideas del psicoanálisis llegaron a los medios de masas a partir de los años treinta y no los abandonaron ya, de modo que desde mediados del siglo XX su difusión trasciende la propia doctrina para colocarse como un referente cultural²⁰. En películas y novelas baratas fueron menudeando las referencias al subconsciente, al significado de actos fallidos o a los complejos ocultos que determinan los actos de los personajes. Esta presencia se consagró sobre todo en el cine, con títulos como *Recuerda*, de Hichtcock, estrenada en 1945, donde las secuencias oníricas y su interpretación tuvieron un papel principal; o *Nido de víboras*, de Anatole Litvak, de enorme éxito, y que basaba su argumento en la interpretación analítica de un sentimiento de culpa inconsciente²¹.

Tras la guerra civil española el panorama de la psiquiatría cambió dramáticamente. Muchos de los personajes más relevantes se exilaron –Rodríguez Lafora, Mira i López, Ángel Garma– y otros, como Sacristán o Bartolomé Llopis, quedaron en un silencio impuesto por las represalias

y por el miedo. El impulso científico e intelectual de las décadas anteriores desapareció entre las carencias materiales y una ideología de rígido tradicionalismo que no admitía discrepancia²². La actitud oficial ante el psicoanálisis en los primeros años cuarenta parte de los supuestos críticos más duros, interpretándolo a menudo como un producto semítico y decadente, contrario a una concepción católica de la vida y al alma del español²³.

Esta postura fue en los años siguientes dando lugar a una cierta tolerancia crítica, insistiendo tanto en el reconocimiento de sus aportaciones como en sus limitaciones, tanto desde un punto de vista filosófico como en cuanto a práctica terapéutica. En 1948 Biblioteca Nueva reeditó en dos volúmenes las Obras Completas de Freud. El prólogo anterior de Ortega y Gasset se sustituyó por otro de José Germain, en que se cuidó bien de insistir en la conciliación de psicoanálisis y catolicismo, invocando la figura del médico franciscano Agostino Gemelli. Esta insistencia en subrayar la compatibilidad con la religión acompañará a todas las apariciones del psicoanálisis en la escena cultural española en esos años, especialmente cuando se dirige a un público no profesional²⁴.

Las novelas de Ministral en Biblioteca Oro proporcionan pues un testimonio importante de la penetración de las ideas analíticas en España, de su supervivencia tras la guerra civil y de su difusión entre el público popular.

La saga completa incluye seis volúmenes²⁵. En un gesto insólito, en el prefacio del primero, el editor presenta la nueva serie, destacando lo innovador de su planteamiento, advirtiendo que “*los estudios sobre el subconsciente, tema tan sugestivo para las nuevas generaciones, servirán de eje a los relatos que la pluma de este joven autor no tardará en ofrecernos*”.

El doctor Ludwig Van Zigman se presenta en el primer volumen como un médico holandés, “*discípulo del profesor austríaco Segismundo Freud*”. “*Deslumbrado por las clínicas de Viena y por las maravillas que Freud, Adler y Jung obraban sobre las histerias y las neurosis*”, se trasladó a esa capital europea para su formación como psiquiatra. Aunque no nos da la

fecha exacta, sí da por concluida su formación varios años antes de 1935, en que data su primera aventura policial, y no faltan referencias a sus recuerdos personales sobre el fundador del psicoanálisis. Aunque al avanzar la saga el protagonista marque distancia respecto a él –“no me siento ni adicto ni discípulo de Sigmund Freud, pero sí debo afirmar que el psicoanálisis es el hallazgo más interesante de la moderna psicología”, llega a decir en el último volumen de la serie– la figura de Freud aparece siempre aureolada de admiración, y las referencias explícitas a sus obras y sus ideas son constantes. Van Zigman no pretende resolver misterios, sino investigar casos clínicos: “Cuando empecé a interesarme por el psicoanálisis –afirma– comprendí que la investigación de una neurosis era tan apasionante como la búsqueda de un criminal”. Así, el encuentro con el crimen aparece siempre como fortuito, siendo la intención explícita del narrador la de “presentar un hecho psicológico y sus conclusiones”.

Nuestro psiquiatra es un hombre joven, atractivo, soltero, que vive con su madre, muy crítica siempre con su actividad. El entusiasmo por su profesión no impide que sea consciente de la decepción que para los suyos supone la elección de su especialidad, que sabe dudosamente rentable y con escaso prestigio social. En más de una ocasión le veremos justificándose por haber querido ser “médico de locos”, ante la incomprensión de su interlocutor.



En todas las obras, la trama gira invariablemente en torno a un crimen por resolver en el que el protagonista –que hace de narrador– se ve involucrado o es requerido para resolverlo. Para ello, somete a los personajes implicados a la observación y el análisis psicológico, y sus deducciones sobre los motivos de sus actos o el significado de los mismos le ponen sobre la pista de la solución. Las novelas están pues cuajadas de referencias a términos e ideas psiquiátricas, tan detalladas que frecuentemente interrumpen el curso de la narración. En cada título es posible identificar al menos un trastorno psíquico bien caracterizado, cuya clínica se convierte en la clave para la comprensión del misterio a resolver. Así, en el primer volumen, *El Caso del psicoanálisis*, se presenta una histeria clásica cuyo origen traumático ignora la propia paciente. Requerido por una acaudalada familia inglesa, el psiquiatra debe tratar a una mujer joven que presenta síntomas somáticos inexplicables, cambios de carácter, inquietud y abatimiento. Al afrontar el caso, sus reflexiones le llevan a la posible etiología del trastorno: “En aquellos momentos una pregunta me cosquilleaba el cerebro y era el secreto deseo –recuérdese que mi experiencia psiquiátrica no era muy fuerte en esos tiempos– de comprobar un extremo de la doctrina personal del profesor Freud. ¿Era siempre la cuestión sexual la causa de las histerias traumáticas? Es decir, siempre que se producía un choque, la represión y el consiguiente complejo, ¿era necesariamente de carácter sexual la causa de la formación del mismo?”. Después de considerar factores como la “herencia psicopática” –por la presencia de epilepsia y alcoholismo familiares– el tratamiento se dirige a hacer aflorar a la conciencia el suceso traumático causante del trastorno. Ello se consigue con la interpretación de los sueños y con la prueba de las asociaciones libres, en que se proponen una serie de palabras que la paciente asocia espontáneamente con otros términos. Van Zigman demuestra entonces que su formación va más allá del psicoanálisis ortodoxo, asociando en el interrogatorio el uso de barbitúricos o escopolamina, para favorecer la apertura del subconsciente. Finalmente, el trauma inicial aparece ligado a un crimen, que se resuelve al vencer la censura de la conciencia de la enferma. Ésta queda curada y el misterio resuelto. El modelo es de los *Estudios sobre la histeria*, pero las alusiones a problemas

sexuales en la literatura popular de la España de 1949 había que administrarlas con la máxima precaución.



La segunda novela, *La señorita de la mano de cristal*, gira en torno a una histeria de conversión: la parálisis psicógena de la mano de una violinista. La causa se identifica en un choque que quedó “reprimido en lo más profundo del subconsciente”. “El complejo reprimido quedó simbolizado en el aniquilamiento de su mano izquierda”. La protagonista ha presenciado un asesinato y por razones familiares no puede revelarlo. El síntoma se explica como una desviación de esta angustia a una instancia compatible con sus escrúpulos de conciencia: “El subconsciente reprime, crea una represión, construye un complejo y esa carga afectiva, esa libido reprimida, que dice Freud, impide el movimiento muscular”. Una vez más, combinando la interpretación de sueños, la asociación libre y la interpretación de la transferencia junto a la labor directamente detectivesca, el médico dará con la curación al tiempo que con la solución del enigma. Los postulados sobre trauma, síntoma e inconsciente ocupan en esta obra buena parte del texto, explayándose Van Zigman sobre los mecanismos de represión, resistencia y transferencia, e incluso explicando la segunda tópica freudiana con todo detalle. Como en el título anterior se alude también a ideas psiquiátricas no analíticas, al describirse los signos, la clínica y el tratamiento de la cocainomanía que presenta uno de los personajes implicados en el caso.

El tercer episodio de la saga presenta variaciones sobre los anteriores. Como indica su título, *El caso de la grafología*, en esta ocasión el soporte principal de la pesquisa es el análisis de la escritura de una serie de cartas que terminarán por revelar el enigma de un doble crimen. Ministeral fue buen conocedor de esta técnica y poseía junto a su hermano Enric –que actuó como perito grafólogo para los juzgados– una biblioteca sobre la misma al parecer muy abundante, de la que en la novela se citan títulos y autores. En esta obra la atención médica del protagonista se dirige a una enfermedad orgánica, la parálisis general progresiva, que explicará las anomalías en la conducta de la figura principal. Se describen en el enfermo la asimetría pupilar, el temblor fibrilar de la lengua, la rigidez corporal, el bruxismo, la dislalia, las crisis epileptiformes y la “alternancia de períodos de lucidez que alternan con los maníacos, eufóricos o con las grandes depresiones”. La historia de la enfermedad y de sus remedios, en la que no faltan las alusiones a Wassermann, a Landsteimer y a Wagner Jauregg, es descrita pormenorizadamente. Se plantean tratamientos con malarioterapia, arsaminal o mercurio coloidal, y el interés policial se centra en distinguir las vivencias de persecución del enfermo como reales o producto del delirio. El psicoanálisis ocupa un lugar muy marginal, y en las reflexiones del protagonista, alejado de su práctica habitual, se abren dudas antes no expresadas: “Y esto es la vida: predominar o hundirse. Me pareció ver en aquel cuadro la demostración más patente de que, por encima de Freud, su antagonista Alfred Adler tenía razón: los sentimientos de inferioridad y de superioridad rigen el destino del hombre. La vida es una lucha para imponerse, para hacerse notar, para vivir”. La obra de Adler tuvo en nuestro país amplia difusión antes de la guerra, traducida en la biblioteca de la Revista de Occidente, y fue en la posguerra más fácil de conciliar con la psiquiatría oficial que los textos de Freud²⁶, cuyo escepticismo religioso explícito y énfasis en la sexualidad chocaban frontalmente con los presupuestos morales de la nueva España.

La cuarta novela de la serie, *El doctor no recibe*, se inicia con Van Zigman preparando un libro sobre la constitución pícnica, y decidido por fin

a abrir su consultorio para enfermos mentales en Haarlem o en Amsterdam. La condición semi ociosa del protagonista es objeto frecuente de reproche por su madre, que entiende que un médico debería dedicarse a tareas más serias que las escogidas por su extravagante hijo. Sin embargo, los buenos propósitos del protagonista se ven alterados cuando ha de involucrarse en una intriga familiar que termina conduciéndole de nuevo a un crimen. Como otras veces, la investigación se liga al estudio de enfermos. El primero de ellos es un profesor jubilado, al que se diagnostica de demencia senil. La demencia se descubre por *“la memoria próxima debilitada, la dificultad de fijación, de concretar y atender un punto determinado, la irritabilidad de carácter y aquellas confabulaciones en que las que la fantasía y el deseo de compensar una presente situación de inferioridad jugaban un papel tan importante”*. La alteración se atribuye a la acción de un agente exógeno sobre los procesos degenerativos de la vejez normal. Este agente puede ser físico, como una pulmonía, o la fractura del cuello de fémur, o tratarse de un choque emocional que desequilibre una condición cerebral precaria. La escucha del discurso del paciente no carece de sentido, pues ocultará, tras su verborrea, un fondo real, de manera que si se estudia con atención permite al médico descubrir cuál fue el choque que desencadenó el trastorno.

La segunda enferma presenta un síndrome melancólico, *“una fase atenuada de la llamada locura maniaco depresiva”*. La clínica está muy bien descrita y se detiene en detalles como la actitud corporal típica, la idea de culpa, la hipocondría o la mejoría vespertina. La psicosis maniaco depresiva *“es en la mayoría de los casos hereditaria y se desencadena fatalmente, pero creo – reflexiona Van Zigman– que existe un factor desencadenante: un choque que remueve los más profundos posos del corazón y abre los diques de la locura”*. El tratamiento no tiene unas bases concretas: inicialmente se plantea la necesidad de un ingreso para evitar el riesgo de suicidio, optando después por los barbitúricos. El psiquiatra indica la necesidad de escuchar y analizar los pensamientos de la enferma, aunque en este caso no usa la asociación, la interpretación de los sueños ni de la transferencia, sino la sugestión, con la que vencerá parte de los síntomas. La

solución vendrá finalmente de un nuevo choque psicológico, que actuaría en sentido contrario al inicial, revirtiendo el estado de la paciente.

En el siguiente volumen, titulado *Sencillamente un cinta de máquina*, el protagonista se traslada a Barcelona, invitado por el psiquiatra español López Parera, viéndose inevitablemente inmerso en una intriga de espionaje internacional. En el año 1952 era inusual ubicar en España una novela policiaca, para evitar arriesgarse a multiplicar las posibilidades de choque con la censura. Parece sin embargo que Ministrál salió airoso, y este es uno de los escasos títulos de novela popular que se localizan en un entorno familiar al lector.

Al arrancar el libro, Van Zigman elogia como excelente médico a un colega holandés, de quien ofrece una *“garantía positiva: es un convencido psicoanalista. Siente un horror tremendo por los shocks, sean eléctricos, insulínicos o de cardiazol. Él pretende curar a los enfermos mentales por medios puramente psíquicos”*. El psiquiatra español regenta en Barcelona una clínica particular, que selecciona a sus pacientes, donde no puede admitirse a un paranoico o a un demente senil. Sus presupuestos teóricos no son en absoluto tan rotundos como los del holandés: López Parera hace gala de su fe católica y de su elemental sencillez, que contrapone a la de Rorschach o Szondi, basando en ella su método terapéutico: *“trato a los enfermos como si no lo fuesen, les doy ocupaciones y fe, es decir, los enseño a trabajar y a rezar. Acaban por ver la vida con otra tonalidad”*. Sin embargo, este médico invitará a Van Zigman a tratar una neurosis de angustia, *“algo que entra en el campo puramente psíquico, donde Freud se sentiría como pez en el agua”*.

Los síntomas de la angustia están una vez más descritos con extrema precisión, y respecto a las causas, se reconoce como la principal un conflicto inconsciente, no siempre de tipo sexual, ante cuya revelación el paciente establece una intensa e involuntaria resistencia. Sin embargo, nada se informa sobre su tratamiento, fuera de las alusiones a la naturaleza psicoterapéutica del mismo. En este volumen el autor se inclina por la construcción de una intriga compleja dejando los temas psiquiátricos en lugar periférico.



La última novela de Van Zigman se sumerge otra vez de lleno en el campo psicoanalítico. El propio título, *La pista de los actos fallidos*, confirma lo que en las primeras líneas el propio Ministral expresa textualmente: pretende escribir una novela “basada en los errores, olvidos, equivocaciones, lapsus, etc., es decir, en los actos fallidos”, siguiendo el modelo de la *Psicopatología de la vida cotidiana* de Sigmund Freud. Lógicamente, la obra abunda en explicaciones sobre temas como los lapsus, el significado de los actos fallidos o las relaciones de causalidad inadvertidas, sin eludir siquiera los gestos que pueden revelar una sensualidad subconsciente. Repitiendo que “*la casualidad no existe*” el psiquiatra se lanza al análisis de cuantas equivocaciones y olvidos se le cruzan, llegando mediante la interpretación de actos inconscientes a desvelar el consabido enigma policial. Los lapsus más inexplicables se asocian a un mayor grado de represión, que el psiquiatra entiende asociada a los actos más reprobables, en este caso al crimen. Si puede acusarse al autor de haber forzado un tanto la trama para acomodarla a sus interpretaciones, probablemente no lo habrá hecho mucho más que el propio Freud en el libro que da origen a esta obra.

En esta ocasión el paciente que toma el protagonismo es lo que Van Zigman denomina en principio como loco moral, empleando más a menudo el término de “*moral insanity*”. Tal como explica textualmente, es un sujeto de inteligencia normal, inadaptado socialmente, capaz de cometer

cualquier crimen por no distinguir el bien del mal ni asumir las consecuencias de sus actos. Este sujeto, motejado literalmente como incurable, se encuentra en la frontera entre la patología y la normalidad, y su responsabilidad legal sobre sus acciones está mal definida, pudiendo cambiar a criterio del tribunal que lo juzgue. Esta condición aparece como congénita y su origen es expresamente desligado de “*un mal ambiente o de circunstancias de tipo social*”.

Al terminar el volumen, se anuncia la aparición de un próximo libro, *El caso de los sueños indescifrables*, que coincidirá con la tercera lectura por el protagonista de la interpretación de los sueños, de Freud. Sin embargo, esta novela no apareció ya nunca. En la escasa bibliografía sobre Ministral no consta que llegase a ser escrita, aunque todo indica que no fue así, concluyendo con la sexta entrega la vida literaria de Ludwig Van Zigman.

Más allá de su valor literario –que ha de juzgarse siempre dentro de los parámetros de la novela popular– este ciclo de novelas es un buen testimonio de la penetración de las ideas sobre psicoanálisis en el público no especializado de los años de preguerra. Ministral no era médico ni psiquiatra, ni siquiera un literato puro. Era un lector culto, que se aprovechó de la publicación de un volumen importante de material puesto al alcance del público general. Escribió sus libros en unos años en que el psicoanálisis si bien no estaba formalmente prohibido era rechazado por la psiquiatría oficial, y su presencia en colecciones de carácter general se había eclipsado desde 1939. Para el público de posguerra, las ideas sobre análisis y psiquiatría llegaron con el cine americano, desde un país donde el psicoanálisis era el paradigma dominante en la psiquiatría.

Como católico militante, Ministral se colocó enfrente de la postura oficial, que consideraba las tesis de Freud incompatibles con el dogma. El que un autor catalán tuviese en 1949 una iniciativa de difusión de estas ideas, poniéndolas al servicio de los lectores menos preparados, merece rescatarse del olvido. Y a esto hemos querido contribuir.

Contacto

Andrés Porcel Torrens • porceltorrens@gmail.com • Tel.: 660 819 556
Unidad de Salud Mental de Godella • Área Arnau de Vilanova-Llíria • Valencia

Referencias

1. Eguidazu Palacios F, González Lejárraga A. Biblioteca Oro. Editorial Molino y la literatura popular 1933-1956. Madrid: Ediciones Ulises-CSIC, 2015.
2. Colmeiro JF. *La novela policiaca española. Teoría e historia crítica*. Barcelona: Anthropos, 1994.
3. Vázquez de Parga S. *La novela policiaca en España*. Barcelona: Ronsel, 1993.
4. Boada M. Jaume, el meu marit. *Revista de Girona* 1999; 194:292-297.
5. Parals i Elias J. Ministral, mestre i amic. *Revista de Girona* 1999; 194:301-303.
6. Pla i Dalmau J. Ministral, gironí de la Rambla. *Revista de Girona* 1999; 194:298-300.
7. Ginés JM. Ministral i la revista Vida Católica. *Revista de Girona* 1999; 194:307-311.
8. Aragó NJ. Ministral i el semanari Presència. *Revista de Girona* 1999; 194:312-315.
9. Viñas Bona J. Ministral, guionista de ràdio i televisió. *Revista de Girona* 1999; 194:304-306.
10. Cornellà J. El món novel·lesc de Jaume Ministral. *Revista de Girona* 1999; 194:316-320.
11. Ministral i Masià JM. La producció literària de Jaume Ministral. *Revista de Girona* 1999; 194:326-327.
12. Baró Seguí J. Ministral, un metge frustrat? *Revista de Girona* 1999; 194:324-325.
13. Lartsinim J. *¿Qué es la Psicología?* Barcelona: Molino, 1953.
14. Soldevilla Albertí JM. *El enigma Lartsinim*. Barsoom 2011; 14:4-5.
15. Carles F, Muñoz I, Llor C, Marset P. *Psicoanálisis en España (1893-1968)*. Madrid: Asociación española de Neuropsiquiatría, 2000.
16. Carpintero H, Mestre M^a V. *Freud en España. Un capítulo de historia de las ideas en España*. Valencia: Promolibro, 1984.
17. Markez I. *El bilbaíno Ángel Garma (1904-1993) fundador del psicoanálisis argentino*. Bilbao: BBK, 2005.
18. Gutiérrez Terrazas J. Apuntes para un estudio sobre la historia del psicoanálisis en España. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1984; 4 (10):207-221.
19. Druet AC. La introducción del psicoanálisis en la literatura española a través de su representación. *Asclepio* 2013; p014 65(2):1-11.
20. Plotkin M. *Freud en las pampas*. Buenos Aires: Sudamericana, 2003.
21. Ferrer A, García-Raffi X, Lerma B, Polo C. *Psiquiatras de celuloide*. Valencia: Ediciones de la Filmoteca, 2006.
22. Comelles JM. *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del estado en la España contemporánea*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1988.
23. Lévy Lazcano S. *Prevenir, rehabilitar y sancionar. La incorporación de las ideas psicoanalíticas a la psiquiatría forense (1930-1950)*. En: Campos R, González de Pablo A. (coords.) *Psiquiatría e higiene mental en el primer franquismo*. Madrid: Catarata, 2016.
24. González de Pablo A. Por la psicopatología hacia Dios: psiquiatría y saber de salvación durante el primer franquismo. *Dynamis* 2017; 37(1):45-64.

25. Todas las novelas fueron editadas en Barcelona por la Editorial Molino, en la colección Biblioteca Oro-Serie Amarilla (BO). Los títulos y año de edición son: *El caso del psicoanálisis* (BO nº 256, 1949); *La señorita de la mano de cristal* (BO nº 265, 1950); *El caso de la grafología* (BO nº 278, 1951); *El doctor no recibe* (BO nº 285, 1952); *Sencillamente una cinta de máquina* (BO nº 292, 1952) y *La pista de los actos fallidos* (BO nº 300, 1953).

26. *Conocimiento del hombre*, su obra más conocida, se tradujo en 1931, editada por Espasa Calpe. Ya en 1940 la reeditó, incorporándola después a la popular Colección Austral, donde se reeditó varias veces, alcanzando amplia difusión entre el público general.

- Recibido: 20/11/2018.
- Aceptado: 29/12/2018.

Las “curas de sueño” en Psiquiatría.

“Sleep cures” in Psychiatry.

Reda Rahmani^a, Juan Medrano^b y Luis Pacheco^c.

^a Psiquiatra. Médico Adjunto. Hospital de Zaldibar. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza.

^b Psiquiatra. Jefe de Servicio. Comarca Ezkerraldea. Red de Salud Mental de Bizkaia. Instituto de Investigación Sanitaria BioCruces. Osakidetza.

^c Psiquiatra. Jefe de Servicio. Comarca Bilbao. Red de Salud Mental de Bizkaia. Instituto de Investigación Sanitaria BioCruces. Osakidetza.

Resumen: Las denominadas “Curas de sueño” fueron un tratamiento muy popular en la práctica psiquiátrica entre 1920-1940. El psiquiatra que más contribuyó a difundirlas se llamaba Jakob Klaesi, y si bien no fue el primero en aplicarlas clínicamente, fue el que pasó a la Historia ligado a las mismas. Este es un breve resumen de cómo las mismas se desarrollaron en Psiquiatría.

Palabras clave: Curas de sueño, Jakob Klaesi, Barbitúricos, Somnifen®.

Abstract: The so-called “Sleep cures” were a very popular treatment in psychiatric practice in 1920-1940. Even though he was not the first psychiatrist to use them, Jacob Klaesi was their main disseminator, to the point that his name became linked to these techniques. This is a brief summary of how the “Sleep cures” evolved in Psychiatry.

Key Words: Sleep cures, Jakob Klaesi, Barbiturates, Somnifen®.

La introducción clínica de los barbitúricos

A principios del siglo XX, los principales remedios farmacológicos frente al insomnio oscilaban entre los opiáceos, el cannabis, el hidrato de cloral o los bromuros^{1,2}.

Adolf Von Baeyer (1835-1917), nacido en Berlín (Alemania), ganador del premio Nobel de Química en 1905 y fundador de los Laboratorios Bayer, combinó en 1864 el ácido malónico y la urea para sintetizar la “Malonilurea”, núcleo central de los

denominados “Barbitúricos”, perfeccionados posteriormente por el químico Edouard Grimaux (1835-1900)¹.

La leyenda dice que Baeyer denominó así a estos fármacos en honor a una amiga llamada Bárbara, si bien otros autores señalan que el químico estaba celebrando su descubrimiento en una taberna donde se encontraban unos militares festejando el día de su patrona, “Santa Bárbara”. Por justi-

cia poética nos quedamos con la primera versión pero, no obstante, se cree que realmente detrás del nombre que consagró a estos productos está la unión de los términos “bárbara” y “urea”^{1,3,4,5}.

El primero de los productos que salió al mercado fue el “ácido dietilbarbitúrico”, conocido como “barbital”, “malonal” o “gardenal” y había sido sintetizado por Conrad y Guthzeit en 1881, siendo comercializado como hipnótico en Alemania por los laboratorios Merck y Bayer, en 1904, tras los estudios de Emil Fischer (1852-1919), premio Nobel de Química en 1902 y Josef F von Mering (1849-1908). El fármaco había sido patentado por Fischer en 1903 y este comunicó a Mering sus resultados experimentales en animales mientras Mering se encontraba de viaje en Verona (Italia), por lo que decidieron utilizar el nombre de la ciudad para comercializarlo como “Veronal”, o al menos está es la versión que ha pasado a la Historia^{1,3,4,5}.

El mismo año de su comercialización, un psiquiatra con problemas de insomnio, llamado Hermann von Husen, experimentó favorablemente el fármaco consigo mismo, en el que está considerado como uno de los primeros ensayos clínicos como hipnótico del producto. No deja de ser curioso como, en tiempos pasados, los investigadores no tenían recelos en probar previamente los productos sobre sí mismos, o sobre sus colegas, antes de usarlos en los pacientes, tal y como también sucedió en los casos del litio y la clorpromazina, respectivamente².

Posteriormente, otro producto denominado “Fenobarbital” tuvo un importante lugar entre los numerosos barbitúricos que se desarrollaron⁶. Fue sintetizado por Hörlein en 1911, empleado como hipnótico por primera vez por Loewe, Juliusburger e Impens en 1912 y comercializado ese mismo año por los laboratorios Bayer con el nombre de Luminal^{3,4,5}. A la vez se descubrieron también las acciones antiepilépticas del fármaco, gracias a Alfred Hauptmann (1881-1948), un residente de Psiquiatría alemán que atendía a una serie de pacientes epilépticos los cuales, al convulsionar por la noche, no le permitían dormir adecuadamente. Con la intención de mejorar el sueño a estos pacientes, e indirectamente el suyo propio, les administró fenobarbital como hipnótico y observó que la incidencia

e intensidad de las crisis convulsivas en estos sujetos disminuía tanto de noche como de día. Esto permitió su uso como antiepiléptico y el alta de numerosos epilépticos ingresados en los manicomios^{1,3,4,5}.

Las curas de sueño

Si bien con el paso del tiempo las denominadas “Curas de sueño” mostraron un desfavorable balance entre eficacia-efectos secundarios y fueron abandonadas, su desarrollo puede entenderse como uno de los mayores esfuerzos de la Psiquiatría en el primer tercio del pasado siglo para frenar el avance de las psicosis, que conducían a ingresar de por vida a la mayor parte de estos pacientes en los manicomios². Los primeros intentos de utilizar la provocación de un sueño profundo en los pacientes, con objeto de tranquilizarles se deben al inglés Neil Macleod, obligado a ello hacia 1897 cuando fue requerido, desde Shanghai donde residía, para acudir en ayuda de una paciente que se encontraba en un hotel de Japón, presa de una agitación psicomotriz, probablemente maniforme. Macleod tenía experiencia en el tratamiento de deshabitación a la morfina y cocaína usando bromuro para provocar un sueño prolongado a estos pacientes, pero no en el tratamiento de las psicosis. Sin embargo, no tenía muchas opciones, así que, tras administrar a la paciente varias dosis de este fármaco, consiguió que se durmiera todo el viaje de vuelta hasta Shanghai, pero lo más sorprendente para él fue observar que, al despertar, la mujer no tenía síntomas de la enfermedad mental. Tras esta experiencia, Macleod comenzó a usar dicho tratamiento en las psicosis, denominando al mismo “sueño del bromuro”, incluso tuvo la oportunidad de volver a tratar a la misma paciente, de nuevo exitosamente, en una recaída de esta, dos años después del famoso viaje a Shanghai. Su método consistía en mantener a los sujetos en un estado de sueño profundo, entre cinco y nueve días, del que le semidespertaba varias veces al día, para que pudieran hacer sus necesidades en un orinal y beber un poco de leche. Aunque la técnica se divulgó entre sus colegas, poco después fue abandonada por la toxicidad del bromuro y los fallecimientos de varios pacientes. Sin embargo, parece que fue la primera vez en la historia de la Psiquiatría en la que un tratamiento farmacológico había

resultado capaz de aliviar los síntomas de las más graves enfermedades mentales^{1,2}. Jakob Klaesi (1883-1980), fue un psiquiatra suizo que llegó a ser profesor y Rector en la Universidad de Berna, así como director de su clínica psiquiátrica. Antes de esto, había comenzado a ejercer la medicina en 1912 y en 1920, a sus 37 años, era un psiquiatra de la famosa clínica universitaria Burghölzli de Zurich, donde trabajaron en diferentes años psiquiatras tan conocidos como K. Abraham, L. Biswanger, H. Rorschach, E. Minkowski, C. Von Monakow y A. Meyer. En la época de Klaesi la dirigía el no menos famoso profesor Eugen Bleuler, a quién se debe la difusión mundial del término “Esquizofrenia”³.

Profesionalmente la clínica era muy propicia a la investigación en psicoterapia, no solo por los médicos que allí trabajaron, sino también porque, en los años de nuestro autor y como se ha señalado, la psiquiatría farmacológica apenas ofrecía expectativas eficaces. Así que Klaesi tenía una buena formación psicodinámica (su tesis doctoral fue supervisada por el propio Carl Gustav Jung), no era un entusiasta de la farmacopea existente y buscaba mejorar, con técnicas hipnóticas, la comunicación entre el psicoterapeuta y los pacientes. Como anécdota, señalamos que se le conocía también como un “médico-poeta” y en opinión de Shorter², padecía una “personalidad manícodepresiva”, llegando a simpatizar con los nazis en la década de los 30’.

En 1915 un psiquiatra italiano llamado Giuseppe Epifanio, que trabajaba en Turín, había publicado un trabajo en una revista italiana de escasa difusión que, además, pasó desapercibido por publicarse en plena primera guerra mundial. Epifanio había administrado Luminal® durante cuatro días a una paciente de 19 años afecta de un trastorno bipolar. La paciente durmió profundamente durante varios días y se mantuvo en remisión durante los siguientes dos años^{1,4,5}. En 1920 Klaesi conocía el trabajo de otros colegas con el uso de barbitúricos en el tratamiento del “delirium tremens” y dirigía entonces la sala de mujeres de la clínica Burghölzli. Tenía ingresada a una brillante profesional de 39 años de edad, que se agitaba violentamente en el contexto de brotes psicóticos de años de evolución. Klaesi decidió pautarle una mezcla de dos barbitúricos, comercializada como Somnifen® por los labora-

torios Hoffmann-La Roche, con objeto de “*desmontar las defensas psíquicas*” de la mujer, induciéndola un sueño profundo, en dos períodos de 5-6 días cada uno, tras lo cual pudo establecer una conversación adecuada con la paciente, que recibió el alta meses después^{1,2,5}.

Klaesi lo probó en más pacientes y comunicó sus primeros resultados en 1920, en el marco de la 59ª Asamblea de la Sociedad Suiza de Psiquiatría, realizando en 1922 una publicación de 26 casos. Consolidó su técnica inyectando una premedicación de morfina y escopolamina y posteriormente el Somnifen® parenteral, durante al menos 7 días. Sus resultados mostraron una mejoría en los pacientes afectados de esquizofrenia entre el 25-33%, es decir, un 10% superior a las cifras de emisión espontánea de la enfermedad, cifradas entonces en torno al 15%, lo que le granjeó un gran éxito profesional, que le permitió extender su método a otras patologías psiquiátricas graves. Los pacientes permanecían en un estado narcoléptico continuo durante 16-20 horas al día, unas dos semanas consecutivas, despertándoles solo para comer y hacer sus necesidades^{1,2,4,5}.

No obstante, de los 26 pacientes publicados, tres habían muerto durante el estudio, debido a bronconeumonía o a hemorragias cardíacas, pero Klaesi consideró que los fallecimientos se debían a las malas condiciones físicas de los pacientes. Sin embargo, estos resultados estimularon un análisis más detallado por parte de otro psiquiatra suizo, llamado Max Müller (1894-1980) quien, en 1925, recopiló todos los casos tratados con Somnifen® hasta esa fecha y de un total de 310 pacientes, quince habían fallecido por las complicaciones del tratamiento. Pero lo peor era que los resultados clínicos no resultaban ser tan espectaculares como había mostrado Klaesi: en un 11% se encontró una mejoría marcada, en un 27% la mejoría fue leve y en el 56% no se apreció ningún cambio, lo que no implicaba diferencias muy relevantes respecto a las cifras de remisión espontánea^{4,5}. Müller publicó más tarde, en 1927, los resultados de su propia experiencia con Somnifen® y con otro barbitúrico comercializado como Dial®, falleciendo en su estudio dos pacientes tratados con el producto originalmente usado por Klaesi, y cifrando así la mortalidad del uso de Somni-

fen® en un 5%. Algún autor señaló que probablemente ésta elevada mortalidad era debida a una mala selección de los pacientes, porque el producto estaría contraindicado en sujetos afectos de ciertas patologías (tuberculosis, problemas hepáticos y renales, etc.)^{1-2,5}, pero, a pesar de esto, la investigación le granjeó a Müller la enemistad con Klaesi, quien vio cuestionada su técnica².

Más tarde, Hans W Maier (1882-1945), sucesor de Bleuler en la dirección de la de la clínica Burghölzli y en colaboración con Max Cloëtta (1868-1940) –un farmacólogo que había tenido un papel muy relevante en el desarrollo químico del Somnifen® y que, al decir de Shorter², influyó notablemente en Klaesi para que este continuase los trabajos de Epifanio–, buscaron fármacos mejor tolerados, con el objetivo de seguir investigando la técnica de Klaesi y finalmente sintetizaron un compuesto denominado Cloettal®, cuya administración era rectal. El fármaco fue utilizado en diversos países, incluida la Unión Soviética, nada menos que por Iván Pavlov, premio Nobel de Medicina en 1904 y padre del estudio de los reflejos condicionados en los perros^{4,5}. Siguieron existiendo algunas muertes por problemas respiratorios, pero, a pesar de todo, las “curas de sueño” se expandieron en la Psiquiatría mundial, incluidos los psiquiatras psicodinámicos, que confiaban en los postulados iniciales de Klaesi respecto a la transferencia de los pacientes bajo los efectos del fármaco. Insistimos en que debe tenerse en cuenta que, hasta el descubrimiento de la clorpromazina, en 1952, no hubo ningún tratamiento farmacológico realmente eficaz en las psicosis². Respecto a las técnicas no farmacológicas, había destacado transitoriamente en 1917 la Piretoterapia de von Jauregg, relativamente eficaz en el tratamiento de la sintomatología psiquiátrica de la “Parálisis general progresiva”, pero

no en las psicosis funcionales y no fue hasta el advenimiento de la terapia electroconvulsiva, en 1938, cuando pudo disponerse de un tratamiento adecuado para los pacientes, ya que ni los comas insulínicos de Sakel (1933), ni la terapia convulsivante con Cardiazol® de von Meduna (1934) ni, por supuesto, la lobotomía de Moniz y Freeman (1936), presentaron un buen balance eficacia/secundarismos en el tratamiento de estas enfermedades².

No obstante y al margen de las curas de sueño, el uso de los barbitúricos como hipnóticos, sedantes y antiepilépticos tuvo una gran expansión en los pacientes “neuróticos” hasta final de los años 60 del pasado siglo. Con el advenimiento primero del meprobamato y posteriormente de las benzodiazepinas, su empleo fue abandonándose. La toxicidad y el amplio número de suicidios con estos fármacos (uno de los suicidios más famosos fue el atribuido a la actriz Marilyn Monroe, pero fueron muchos otros los sucedidos³) los desplazaron finalmente del arsenal psiquiátrico, a medida que progresaron otras opciones². Finalmente, su uso quedó restringido al tratamiento en la epilepsia y aún hoy en día algunos de estos productos, como el propio Fenobarbital⁶, todavía se usan con estos fines.

Los autores no presentan conflictos de intereses en relación con el presente trabajo y garantizan que todos ellos han participado tanto en la búsqueda bibliográfica, como en la redacción y revisión del texto. Asimismo, declaran que el artículo no ha sido enviado a ninguna otra revista.

Contacto

Luís Pacheco • LUIS.PACHECOYANEZ@osakidetza.eus
Red de Salud Mental de Bizkaia • María Díaz de Haro 58 • 48010 Bilbao



Bibliografía

La confección de este trabajo debe mucho a los excelentes trabajos sobre la historia de los psicofármacos del equipo dirigido por los profesores Francisco Muñoz y Cecilio Álamo, en Madrid, cuya máxima expresión es su "Historia de la Psicofarmacología", publicada en nuestro país en 2006, en tres volúmenes y con un numeroso grupo de colaboradores internacionales.

1. López Muñoz F, Álamo C, Ucha Udabe R, Cuenca, E. *El papel histórico de los barbitúricos en las "curas de sueño" de los trastornos psicóticos y maníacos*. *Psiquiatr Biol* 2004; 11:242-51. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-el-papel-historico-los-barbituricos-13069909>
2. Shorter E. *Historia de la Psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la Fluoxetina*. Espluges de Llobregat (Barcelona): J&C Ediciones Médicas S.L. 1999.
3. López Muñoz F, Ucha Udabe R, Álamo González C. *Un siglo de barbitúricos en neurología*. *Rev Neurol* 2004; 39,8: 767-775. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2004428/eng>
4. López Muñoz F, Ucha-Udabe R, Álamo González C. *The history of barbiturates a century after their clinical introduction*. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2005; 1,4: 329-343. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/5288697_The_history_of_barbiturates_a_century_after_their_clinical_introduction
5. Ucha-Udabe R, López Muñoz F, Álamo C. *Sedantes e hipnóticos (II). El relevante papel histórico y farmacológico de los barbitúricos*. En: *Historia de la Psicofarmacología* (F. López-Muñoz y C. Alamo, Directores). Vol. II. Buenos Aires. Madrid: Médica Panamericana. 2006: 845-873.
6. Yasiri Z, Shorvon SD. *How phenobarbital revolutionized epilepsy therapy: The story of phenobarbital therapy in epilepsy in the last 100 years*. *Epilepsia*. 2012; 53 (Suppl.8), 26-39. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/epi.12026>

- Recibido: 12/6/2018.
- Aceptado: 28/11/2018.

“La Monstrua”.

The female monster.

Blanca Fernández Crespo.

Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería. Dpto. de Enfermería I.
Campus Universitario de Bizkaia. Universidad del País Vasco (UPV-EHU).

Resumen: La niña Eugenia Martínez Vallejo, *La Monstrua*, nacida en 1674, víctima de su deformidad física tenía las condiciones necesarias para ser acogida en palacio. Causó admiración a su llegada a la Corte de los Austrias y por ello fue exhibida, y también pintada por artistas de la época con más o menos suavización de rasgos. Ella era el contrapunto a la belleza de las damas nobles. Con signos morfológicos identificables con un trastorno genético, que hoy se conoce con como síndrome de Prader-Willi, sin dejar de lado que podría tener una obesidad exógena o también un síndrome de Cushing.

Palabras clave: deformidad física, síndrome de Prader-Willi, ansiedad por la comida.

Abstract. The girl Eugenia Martínez Vallejo, *The Monstrua*, born in 1674, victim of his physical deformity had the necessary conditions to be received in palace. It caused admiration at his arrival to the Court of the Austrias and by it it was exhibited, and also painted by artists of the epoch with more or less smoothing feature. It was the dispute to the beauty of the noble ladies. With morphologic identifiable signs with a genetic disorder, which today is known by since Prader-Willi's syndrome, without stopping of side that might have an exogenous obesity or also a Cushing's syndrome.

Keywords: physical deformity, Prader-Willi syndrome, anxiety for food.

La costumbre en la época de coleccionar prodigios y rarezas de la naturaleza y la afición de los Austrias por su posesión, hizo como es lógico que María Eugenia Martínez Vallejo ingresara en la particular cohorte de los llamados “gente de placer de palacio”, o las “sabandijas palaciegas”. La Monstrua, víctima de su deformidad física reunía las condiciones necesarias para ser acogida en palacio, donde causó la admiración de todos los que la vieron.

El séquito de deformes criaturas producía sentimientos ambivalentes, por un lado, la impulsiva fascinación por su rareza y por otro, una cierta repulsión ya que dichos seres no se ajustaban a los cánones de belleza y armonía de la naturaleza. La atracción por lo anómalo y su interés científico convierten al monstruo en motivo recurrente de la pintura del Barroco. Los monarcas los añaden a su séquito para la admiración y entretenimiento de la corte.

Así, la *Monstrua*, fue retratada por encargo directo del rey. Vivió y fue ricamente vestida y mantenida en palacio el resto de sus días, de acuerdo con el uso y costumbre de los Austrias:

“el Rey Nuestro Señor, la ha hecho vestir decentemente al uso de Palacio con un rico vestido de Brocado encarnado y blanco con botonadura de plata. Y ha mandado al segundo Apeles de nuestra España, el insigne Juan Carreño, su Pintor, y ayuda de Cámara que la retrate de dos maneras; una desnuda, y otra vestida de gala”¹

La niña Eugenia Martínez Vallejo –*La Monstrua*– nacida en 1674 en la villa de Bárcena, provincia de Burgos, era hija de José Martínez Vallejo y Antonia de la Bodega Redonda, aunque nació con una proporción normal, *“apenas llegó a la edad de un año, cuando se admiró el prodigio: con tal robustez de sus miembros y tan desmesurada grandeza, que parecía tener la edad de doce”²*. A la edad de seis años pesaba unos setenta y siete kilos³, por ello, por su descomunal obesidad, en el año de 1680 fue llevada a Madrid a la Corte de Carlos II para ser exhibida como un monstruo o prodigio sobrenatural.

La admiración que causó en la corte la llegada de la *Niña Giganta* lo atestiguan las tres *relaciones* que se publicaron en Valencia, Madrid y Sevilla, recogiendo con cruel detalle su monstruosidad física e historia. Las *relaciones* iban acompañadas de una xilografía que la representaba completamente desnuda para mostrar mejor su grado de deformidad y al mismo tiempo, hacía más imaginable y real la descripción y así, podían fácilmente comprender la mayoría de la población analfabeta. Relatos de este tipo tuvieron un gran éxito de público en la época; la atracción por lo monstruoso y el interés que despertaban las rarezas y fenómenos extraordinarios de la natura-

leza fue objeto de innumerables noticias, crónicas y relaciones diversas, como la que se refiere a este caso⁴.

En la relación publicada en Valencia, un impreso de dos folios, dado a la estampa en 1680, el primer folio, (Fig. 1), contiene un grabado xilográfico con el retrato de la monstrua María Eugenia desnuda, sosteniendo un pajarillo en la mano, ocupa todo el anverso con el título: *Relación verdadera de un gran prodigio de la naturaleza*. En el reverso continúa el título de la relación:

“Dase cuenta de la admirable disformidad de una Niña Giganta, que ha llegado á esta Corte, natural de la Villa de Bárcena, en el Arzobispado de Burgos: refiérese su Nacimiento, Padres, y edad: la grandeza, y robustez de su Cuerpo; y como la trajeron sus Padres à la presencia de nuestros Católicos Reyes, y está en su Real Palacio. Con otras circunstancias que verà el Curioso”.

El folio dos, refiere que la *Niña Giganta*, es blanca y de no muy desapacible rostro, aunque lo tiene muy grande: *La estatura de su cuerpo, es como la de una mujer mediana, pero el grosor, como de dos mujeres. Su vientre es tan desmesurado que equivale al de la mayor Mujer del Mundo, cuando se halla en días de parir. Los Muslos son en tan gran manera gruesos, y poblados de carne, que se juntan, y hacen imperceptible a la vista la naturaleza vergonzosa. Las piernas son poco menos que el muslo de un hombre y están llenas de roscas (...) que caen unas sobre otras con pasmosa monstruosidad, y aunque los pies son a proporción del edificio de carne que sustentan, pues son casi como los de un hombre*⁵. Sin embargo, apenas la sostenían al tener que soportar el desmesurado peso, y cuentan que se movía con gran dificultad.

1 Mallen, Diego. Op. cit. folio 2.

2 Mallen, Diego. «Anónimo. Relación verdadera de un gran prodigio de naturaleza, Valencia, 1680, Viuda de Benito Macé, folio1, 282 x 190 mm. 2 folios.» *Catálogo de la librería Mallen, Valencia*. 2009. Véase, Concepción Masip, M^ª Teresa. «El niño en la historia del arte (8) Eugenia Martínez Vallejo, la monstrua. Juan Carreño de Miranda.» *Dialnet. Rev. Canarias Pediátrica, Vol. 34. n.º 2. pp.109-113*. 2010.

3 Idem, Según se lee en el folio 2, pesaba unas cinco arrobas y veinte.

4 Reina Ruiz, M. *Monstruos, Mujer y teatro en el Barroco: Felicitiana Enriquez de Guzmán, primera dramaturga española*. New York: Peter Lang, 2005. pp.6-7.

5 Mallen, Diego. Op. cit. Folio 2. Véase a, Bouza, F. Locos, enanos y hombres de placer. Op. cit. pp. 49-50. Calvo Serraller, Francisco, y Carmen Giménez. «El retrato español: de El Greco a Picasso. Catálogo de la exposición. Monstruos. Op. cit. pp.170-173.cita la relación deSevilla firmada por Juan Cabeza.



Fig. 1. Anónimo. *Relación verdadera de un gran prodigio de naturaleza*. Imprenta de Viuda de Benito Macé. Valencia, 1680, anverso y reverso del folio 1, 282 x 190 mm.

Los rasgos diferenciales de la niña alcanzaban su máxima expresión en el retrato que la muestra desnuda y coronada con hojas de vid y racimos de uvas. Carreño de Miranda sigue las enseñanzas de Velázquez y, no se ensaña en su deformidad física representándola con respeto, para ello suaviza en lo posible sus rasgos y evita el aspecto monstruoso al caracterizarla con detalles de dios mitológico, Baco, y mostrando con delicadeza su descomunal imagen (Fig. 2).



Fig. 2. Carreño de Miranda, Juan. “*La Monstrua*” desnuda, o *Baco*. Hacia 1680. Óleo sobre lienzo, 165 x 108 cm. Madrid, Museo del Prado.

En el retrato de la niña vestida, posó para el pintor, ataviada con el rico traje de gala, de brocado encarnado y blanco con botonadura de plata, que le había regalado el propio monarca (Fig. 3).

El pintor la muestra agarrando dos piezas de fruta, en vez de retratarla, como era costumbre, con el clásico abanico o pañuelo, accesorios clásicos

del retrato femenino de la corte; no creemos como Calvo Serraller⁶ que las manzanas sean en este caso, símbolos de *la tentación que enfatizan, además, la redondez física de la niña*, por el contrario, conociendo hoy su probable patología serían testimonio de la ansiedad por la comida que sienten compulsivamente los enfermos que padecen el síndrome de Prader-Willi, y que seguramente la monstrua no podía controlar durante las largas sesiones de posado.



Fig. 3. Carreño de Miranda, Juan. *Eugenia Martínez Vallejo. La Monstrua, vestida*. Hacia 1680. Óleo sobre lienzo, 165 x 107 cm. Madrid, Museo del Prado.

La colocación del personaje sobre un fondo obscuro y neutro sigue la tradición del retrato cortesano español y realza la riqueza del traje. Carreño, como Velázquez cuando pinta a estos seres, retrata a la monstrua con dignidad; su mirada algo desconfiada y mohín de enfado en los labios, pueden de alguna manera significar también los accesos de rabietas característicos de los niños con SPW.

En definitiva, los dos retratos de la monstrua hay que situarlos en el contexto del gusto barroco por la representación de prodigios de la Naturaleza y la atracción por seres con algún tipo de anomalía psíquica o física, como era caso de una niña de tamaño gigantesco. Lejos de las actuales connotaciones negativas, debe entenderse su coleccionismo dentro del gusto por las rarezas naturales heredado del siglo XVI y todavía imperante en el XVII.

⁶ Calvo Serraller, Francisco, y Carmen Giménez. «El retrato español: de El Greco a Picasso. Op. cit. p.370.

Estos personajes además de servir de diversión en la corte, eran el espejo y contrapunto a la belleza de las damas nobles. La inmensa figura de la niña y su andar trabajoso, contribuía a realzar el estrecho talle y el grácil andar de las señoras de la corte, al compararlas con la monstruosidad de la niña. Su representación realista, convierte a estas obras en el mejor testimonio visual de cómo era Eugenia Martínez Vallejo a los seis años de edad y así la pintura cumple la función de dejar constancia de su alteración patológica.

Al analizar las características morfológicas, su corporal desmesura es en realidad una obesidad mórbida, pues no era la talla sino el volumen lo que despertaba admiración. Los otros signos morfológicos que tiene, se pueden con un trastorno genético, que hoy se conoce con como síndrome de Prader-Willi (SPW), que presenta malformaciones físicas, retraso intelectual, trastornos del comportamiento y obesidad. Esta dolencia puede estar asociada a trastornos endocrinos que se manifiestan en la baja estatura, debida a una deficiencia de hormona del crecimiento (GH), y el desarrollo puberal incompleto (hipogonadismo).

El SPW presenta rasgos faciales característicos: frente estrecha, ojos almendrados, estrabismo, boca triangular, labio superior delgado y boca girada hacia abajo. Manos y pies pequeños en comparación con la talla, con dedos en forma de cono (fig.60). Rasgos identitarios que muestra la monstrea, apreciándose, además, en ambos retratos su estrabismo divergente.

El retraso mental moderado y el comportamiento característico de los afectados por el SPW, incluye rabieta, arranques violentos, testarudez, carácter obsesivo, origen de la hiperfagia o búsqueda compulsiva de comida, harán casi cualquier cosa por obtener comida. El apetito insaciable y la ausencia de control a la hora de comer, conduce a un aumento de peso considerable y obesidad mórbida antes de los 6 años, que está magníficamente representada en las dos obras de la monstrea de Carreño.

No obstante, su fenotipo se aprecia mejor en la versión desnuda. La monstrea podría tener una obesidad exógena o un síndrome de Cushing, como lo atestigua su cara de luna llena, aunque

no se le aprecian otros estigmas típicos como estrías abdominales, telangiectasias⁷. Por otro lado, su representación frontal evita que pudiéramos ver el signo característico de la *chepa del búfalo* detrás del cuello, un cojín graso entre los hombros, que se apreciaría bien si tuviéramos una vista lateral de su figura.

Para Ruiz Seco⁸ la monstrea: “Presenta una obesidad troncular, cara de luna llena, pies blandos y pequeños, dedos afilados y puntiagudos típicos de un síndrome adiposo-genital o también llamado distrofia neuro-hipofisaria o síndrome de Frohlich por afectación hipofisaria de un tumor o bien por un síndrome de Cushing que favorece la secreción de la ACTH”.

Por el síndrome de Cushing, además de Maraño, postulan también, Sierra Valentí⁹ y Plaza Rivas¹⁰.

La mayoría de los autores que han estudiado en los últimos años la obra, se decantan por el síndrome de Prader-Willi. Así, opinan Concepción Masip¹¹ y otros autores que como nosotros, ante

7 Telangiectasias también llamadas arañas vasculares. Son capilares dilatados ramificados que adoptan una forma estrellada sobre la piel, son más comunes en la cara.

8 Ruiz Seco, M. del Pilar. «Una internista en el Museo Nacional del Prado- La facies de la pintura: ¿espejo del alma?» *Rev. Clínica Española*. ed. Elsevier-Doyma.p.4. 2011.

9 Sierra Valentí, X. «Medicina y enfermedad en el arte barroco.» *Rincón del arte. Actas Dermosifiliográficas. Elsevier*.vol.98. pp.570-4, p. 573. . 2007. El autor apuesta por el hipercortisolismo de la monstrea, traducido, síndrome de Cushing.

10 Plaza Rivas, F. Po. Cit. 84. El autor cita al Dr. Maraño: “decía que era el primer caso conocido de síndrome hipercortical, donde se aprecia una obesidad mórbida y “cara de media luna”.

11 Concepción Masip, M^a Teresa. «El niño en la historia del arte (8) Eugenia Martínez Vallejo, la monstrea. Juan Carreño de Miranda.» *Dialnet. Rev. Canarias Pediátrica*, Vol. 34. n^o 2.pp.109-113. 2010. Véase también, Rubio Herrera, M.A, y C Rubio Moreno. «Eugenia Martínez Vallejo, una invitada de peso en la corte de Carlos II.» *Revista Española de Obesidad. Obesidad en la historia*.Vol. 7, n^o 4. p.228. 2009. Que opinan que por: “La obesidad extrema de la niña pintada por Carreño, las manos y pies menudos, la pequeña boca triangular y el conocido apetito que sufría nos están mostrando en imágenes, casi con seguridad, lo que sería la primera descripción del síndrome de Prader-Willi”.

Y piensa lo mismo, Bueno Sánchez, M. «La obesidad en el arte.» *Can Ped*. Vol. 33, n^o 2. p.98. 2009. Según el autor: “su obesidad mórbida, acompañada de talla baja y manos y pies pequeños (acromicria) que sugieren el diagnóstico de síndrome de Prader-Willi”.

la imponente obesidad de la protagonista del retrato, creemos contemplar las características morfológicas inequívocas del síndrome de Prader-Willi. Hoy en día mediante estudios analíticos

bioquímicos o genéticos se podría definir con mayor exactitud un diagnóstico etiopatogénico.

Contacto

Blanca Fernández Crespo • Tel.+34 946 015 611 • blanca.fernandez@ehu.es
 Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea
 Escuela Universitaria de Enfermería. Dpto. de Enfermería I
 Campus Universitario de Bizkaia. Bº Sarriena s/n. 48940-Leioa

Bibliografía

- Reina Ruiz, M. (2005). *Monstruos, Mujer y teatro en el Barroco: Feliciano Enríquez de Guzmán, primera dramaturga española*. New York: Peter Lang. pp.6-7.
- Mallen, Diego. (2009). «Anónimo. Relación verdadera de un gran prodigio de naturaleza, Valencia, 1680, Viuda de Benito Macé». Catálogo de la librería Mallen, Valencia.
- Concepción Masip, M^a Teresa. (2010). «El niño en la historia del arte, Eugenia Martínez Vallejo, la monstrua. Juan Carreño de Miranda.». *Rev. Canarias Pediátrica*, Vol. 34. nº 2: 109-113.
- Bouza, Fernando. (1991). *Locos, enanos y hombres de placer*. pp. 49-50. Edita: Temas de Hoy.
- Calvo Serraller, Francisco, y Carmen Giménez. (2006). «El retrato español: de El Greco a Picasso. Catálogo de exposición. Monstruos. 170-173.
- Ruiz Seco, M. del Pilar. (2011). «Una internista en el Museo Nacional del Prado- La facies de la pintura: ¿espejo del alma?». *Rev. Clínica Española*. Ed. Elsevier-Doyma. p.4.
- Sierra Valentí, X. (2007). «Medicina y enfermedad en el arte barroco.» Rincón del arte. *Actas Dermosifiliográficas*. Elsevier.vol.98. pp.570-4.
- Rubio Herrera, M.A, y C Rubio Moreno. (2009) «Eugenia Martínez Vallejo, una invitada de peso en la corte de Carlos II.» *Revista Española de Obesidad*. Obesidad en la historia. Vol. 7, nº 4. p.228.
- Bueno Sánchez, M. (2009). «La obesidad en el arte.» *Can Ped*. Vol. 33, nº 2. p.98.

- Recibido: 8/11/2018
- Aceptado: 27/12/2018.



Distribución de libros

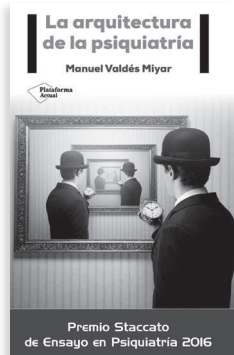
Una nueva oferta para socios y socias de la AEN para la venta de sus libros a través de la web.

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

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



ACTUALIZACIONES



La arquitectura de la psiquiatría.

Autor: Manuel Valdés Miyar.

Edita: Plataforma Editorial • Barcelona, 2016 • 178 págs.

ISBN: 978-84-1662-023-4

Varios libros recientes encaran la crisis identificada en la corriente dominante de la psiquiatría. El del psiquiatra Jeffrey Liberman (*La historia de la psiquiatría*, 2016), presidente de la APA, contiene un relato suave que pasa de puntillas por abusos pasados de la psiquiatría, considerándolos errores del saber limitado de la época, muestra esperanza para la psiquiatría actual, que considera injustamente criticada, aunque relata de forma relativamente cruda los problemas en la creación del DSM-5. Tenemos también el libro del psiquiatra Allen Frances (*¿Somos todos enfermos mentales?*, 2014) que pretende salvar la normalidad de la psiquiatrización generalizada de la vida cotidiana, por la ciencia y práctica psiquiátrica actual. El del Dr. Sanjuán trata sobre la teoría y práctica de la psiquiatría mediante el dilema que plantea en su título “¿Tratar la mente o tratar el cerebro?” (2016), que aunque para algunos es una cuestión clínicamente irrelevante ha absorbido a muchos profesionales desde el principio. Los dos últimos textos realizan una crítica que podría molestar a parte de los profesionales de la corriente principal. Una obra de este tipo es la del Dr. Valdés (*La arquitectura de la psiquiatría*, 2016) aunque aporta una perspectiva crítica bien distinta.

El psiquiatra Manuel Valdés Miyar fue el introductor del DSM III en España y cuenta con numerosos libros de carácter científico, clínico y, también, sobre el estatus de la psiquiatría – “*La confusión de los psiquiatras*” (1974). Un libro reciente es “*El estrés: desde la biología hasta la clínica*” (2016), donde trata uno de sus temas más queridos.

El libro que reseñamos recoge como metáfora y modelo la estructura de un edificio, y al escudriñar los cimientos de la psiquiatría actual, que el autor considera inadecuados, defiende la necesidad imperiosa que esta se renueve y refunde.

Comienza proponiendo una aproximación a la vida psíquica del sujeto. La metáfora del edificio ilustra que en una construcción arquitectónica cada planta se fundamenta y deriva de la anterior, aunque tenga cualidades peculiares, a veces independientes, pero mantiene una estructura de base. Afirma que el edificio y los componentes de la vida psíquica proceden de materiales, nada neutros, surgidos desde la fecundación y sus procesos (cimientos), la gestación (sótano), el aprendizaje temprano y la infancia (planta baja), la adolescencia (primer piso), la edad adulta (segundo piso) y la edad proveya (el ático). El modelo ofrece suficiente fuerza determinista que permite incluir aspectos genéticos, el modelo biológico de la respuesta al estrés, etc. y también flexibilidad para recoger e integrar las experiencias y el aprendizaje. Así, “la actividad psíquica puede ser entendida como un *edificio* constituido por elementos biológicos que crece de acuerdo con un proyecto (o programa) en el que se especifican los materiales que se emplean y se precisan en cada paso constructivo” (p. 26). Cada planta es muy diferente, en materiales y funcionamiento, e influencia la construcción de la superior. Es decir, “la infancia y el desarrollo (primera planta) determinan la naturaleza de la vida psíquica juvenil y adulta (segunda planta) y estas [...] la senectud y el deterioro psíquico”



(p. 27). A medida que se crea cada planta, la previa pierde vigencia, y solo hay vida psíquica en la ya construida, pero no en las anteriores. Esta concepción resuena a Piaget y los estadios evolutivos, aunque éste la enunció fundamentalmente para competencias y habilidades, que una vez establecidas permitan una nueva dimensión cognitiva. Y aunque en Piaget se puede ver el acceso a la constancia de la forma, por ejemplo, en el modelo del Dr. Valdés es más difícil apreciar los cortes psíquicos y la definición de una etapa bien diferenciada de la anterior, al menos en cuanto a vida psíquica se refiere. No defiende su metáfora como un modelo acabado y reconoce numerosas lagunas, no tanto en el modelo sino en el conocimiento; así, por ejemplo, revela que “sería muy útil disponer de conocimientos sobre los determinantes de la experiencia psicótica y del funcionamiento del cerebro para establecer cogniciones en general”. Considera decisivo poder “intervenir sobre la circuitería cerebral para normalizar la experiencia alienada” (p. 31). Su concepción implica realizar inferencias y explicaciones para un nivel desde otro, por ejemplo las cogniciones sociales desde un nivel fisiológico, un problema epistémico difícil de resolver, que el autor no dilucida. De hecho, los niveles descritos son lo suficientemente difusos que solo permiten intuir algunos procesos dentro de cada uno; se trata de un modelo a rellenar.

Tras trazar la arquitectura de la vida psíquica en clave evolutiva, se dirige mediante una metáfora similar a analizar el “edificio psiquiátrico” como campo de saber y como práctica. Considera una estructura arquitectónica con ocho estancias: los psicofármacos, la búsqueda de la psicología, la antipsiquiatría, la psiquiatría biológica, la nosología psiquiátrica, la neuroimagen, los nootropos y la genética. Sobre estas ocho áreas dirige su crítica a la psiquiatría actual. Se muestra indulgente sobre los temas por los que la psiquiatría ha sido criticada (los abusos, la influencia de las empresas farmacéuticas, etc.), pero muy exigente sobre la práctica psiquiátrica actual y su fundamento científico, que considera carente de conocimientos imprescindibles que esta disciplina ni cultivó ni integró.

Opina que al haber sido consignada la práctica psiquiátrica, durante tiempo, al interior de los asilos, desarrolló un modelo contemplativo ante

su objeto de estudio y su práctica, lo que la alejó de la medicina debido a ello.

La aparición de los psicofármacos permitió que la psiquiatría se acercara a la medicina, dado que “demostraban que los determinantes de las enfermedades psíquicas había que buscarlos en el funcionalismo de de la circuitería cerebral”, con ellos “la práctica psiquiátrica [...] abandonaba su condición de disciplina contemplativa” y “permitían hacer inferencias [...] bioquímicas de la vida psíquica” normal (p. 43). Redunda indicando que las neuroimágenes son el “balón de oxígeno” de la psiquiatría clínica (p. 77), y que mediante ellas se alcanzará la explicación neuropsiquiátrica de las enfermedades mentales, demostrando que “no eran artefactos generados por la cultura dominante sino producto de disfunciones del cerebro” (p. 79), aunque reconoce que los avances asociados a estas técnicas se han difuminado en gran medida (p. 80). Los nootropos, la rivastigmina y el donepezilo entre ellos, pudieron ser otra fuente de avance para la psiquiatría, ya que no solo mejoran la calidad de vida de los enfermos y de sus cuidadores, sino que “también cambió la práctica profesional de los neurólogos” que antes huían de las demencias (p.84), pero de este avance no supo sacar provecho la psiquiatría.

Adjudica un gran valor a la psicología, insistiendo en incorporarla a la práctica psiquiátrica. Identifica que la psiquiatría clínica necesitaba una psicología de fundamento biológico, más que una basada en la fisiología nerviosa (p. 51), y que tuvo que ser recolectada “de los aledaños extramédicos” (p. 48). La perspectiva de Paulov era científica pero no podía satisfacer las necesidades de la psiquiatría, al igual que tampoco la perspectiva de Eysenck o Skinner. Pero la psiquiatría necesitó coaligarse con los psicólogos, que era “un gremio lastrado por incongruencias epistemológicas” (p. 54), aunque ambas perspectivas eran opuestas, por ejemplo respecto al modelo médico de la práctica asistencial. Aún con todo, la psiquiatría acogió “a los psicólogos que ofrecían tratamientos compatibles con las bases biológicas de la vida psíquica” (p. 59), aunque fue a regañadientes, pero “no había otra cosa mejor en el mercado” (p. 60), ya que la psiquiatría debía ofrecer salidas a “quienes sufrían discapacidades no subsidiarias de las

enfermedades tradicionalmente vinculadas a la locura” (p. 60).

Al final la psiquiatría se implicó en proyectos multidisciplinares que beneficiaron “a los investigadores de las disciplinas asociadas que, una vez introducidos en el ignoto mundo de la enfermedad mental, fueron ganando conocimiento y territorios”, mientras que la psiquiatría quedaba “desmochada” (p. 93).

Por todo ello, es imperativo que la psiquiatría realice un cambio profundo, mudándose a “un edificio más moderno y más habitable” (p. 93), donde se responda a preguntas tan ambiciosas como estas: ¿cómo se genera la vida psíquica a partir de la materia? ¿cómo representa el cerebro la realidad que nos circunda? ¿cómo percibe, siente y categoriza cada individuo? ¿cómo se establece la identidad personal? ¿en qué se distinguen las desviaciones de la normalidad de las disfunciones y de la enfermedad?, entre otras (p. 94).

El nuevo edificio está aún sin construir, pero el Dr. Valdés define los materiales a usar. La psiquiatría debe integrar en su disciplina la teoría de la evolución, que junto a algunas leyes generales y otras aplicables a la desadaptación y la variabilidad, posibilita un “marco epistemológico general para entender la organización biológica de la vida psíquica y de la conducta”, y así será posible derruir el “edificio nosológico-psiquiátrico” (p. 104). El otro puntal clave para la nueva psiquiatría se halla en la psicobiología del estrés, especialmente relevante ante la perspectiva de la vulnerabilidad a la enfermedad, que consta ya con correlatos fisiológicos relativamente conocidos en los subsistemas adaptativos: el simpático-adrenal, el neuroendocrino, el inmunitario y el conductual. El neurodesarrollo es otro de los cimientos que puede sustentar la nueva psiquiatría, nos recuerda que el DSM 5 en “más del 70% de los trastornos incluidos se han descrito alteraciones del neurodesarrollo de muy distintos tipos” pudiendo aumentar el porcentaje hasta abarcar prácticamente a todos los trastornos psiquiátricos “que no se deban a los efectos específicos de la neurodegeneración” (p. 117), resultando un área muy prometedora a futuros “programas de intervención para contrarrestar vulnerabilidades adquiridas y

prevenir la posible aparición de psicopatología anunciada” (p. 118).

Otro puntal son los tratamientos psiquiátricos. Identifica tres grupos de personas a asistir: a) los que siendo sobrepasado por las exigencias de la vida necesitan ayuda experta para gestionar las dificultades y recuperarse, b) los que en diferentes épocas de sus vidas experimentan estados disfuncionales que interfieren en su capacidad para vivir, y c) quienes encaran la vida con deficiencias en la organización y funcionamiento del cerebro, que experimentan distorsiones psíquicas incompatibles con la normalidad (p. 144). Cree que el psiquiatra del futuro deberá evaluar las características psicológicas y los síntomas psiquiátricos en términos de actividad bioeléctrica cerebral (p. 149). Es imprescindible ampliar la paleta farmacológica, actualmente muy centrada en solo unos neuro-receptores (p. 150), e incorporar las psicoterapias como parte de la actividad de los psiquiatras (p. 152).

El resto de los cimientos de la nueva psiquiatría son la neurociencia cognitiva, los endofenotipos, la psicología clínica, y la bioética, adecuadamente caracterizados en el libro.

En definitiva, el Dr. Valdés nos informa que la actual psiquiatría se sustenta en una estructura equivocada, y se necesita una mudanza en toda regla, dejando atrás la psiquiatría actual (p. 93-98). La psiquiatría actual está impedida en ciencia, conocimiento, y práctica, con enormes déficits que la hacen inviable. La nueva debe sustentarse en pilares científicos que se necesitan recoger y desarrollar, y será más compleja en ciencia y técnica. Pero no abandona el modelo médico tradicional: diagnosticar y prescribir; pero exige un currículum de saberes muy distintos, también algunos no propiamente médicos, como los asociados a la evolución, mas propios de la biología y ciencias asociadas, y los psicológicos, y otros que aún son incipientemente embrionarios, como la aspiración de que la genética, la neurología o los fármacos resuelvan cuestiones que se vislumbran lejanas.

Su crítica coloca la práctica psiquiátrica clínica actual fuera de juego. Su consideración más importante indica que la ciencia de la psiquiatría está mal fundada: hay que reelaborar en profundidad su currículum de saberes e investigación.



Pero su propuesta se mantiene fiel a los ideales y el relato de la psiquiatría biologicista actual. Por ejemplo, reclama la realización del sueño, que considera no alcanzado, de que la psiquiatría sea una rama más de la medicina, próxima a la neurología. La medicación la acerca a ese estatus, pero lo hará más aún los saberes que propugna como necesarios, en su mayoría de índole biológica, y con estos podrían surjan los tan ansiados marcadores biológicos.

Opina que esos marcadores deben estar ahí, para explicar tanto la patología como la normalidad: dado que ambos son el producto de un estado cerebral. Si aún no son visibles se debe a la mala orientación de la investigación previa.

La posibilidad de que el sufrimiento mental tenga una naturaleza alternativa o se sitúe en otro contexto está fuera de consideración del autor. No recoge ningún dato sobre los mecanismos psicológicos implicados en los trastornos psicóticos. Los estudios de vulnerabilidad que hablan de personas que sufrieron adversidades no tienen cabida en su relato y tampoco la eficacia de los tratamientos psicosociales.

El Dr. Valdés considera que la farmacología avanzará ampliando el número de familias farmacológicas junto con sus dianas cerebrales, aunque los actuales han aportado enormes beneficios, tanto a la psiquiatría como actividad médica como a los propios pacientes. Cuando reconoce los malos resultados existentes señala que la “conducta del paciente es la primera causa del fracaso” al no adherirse a la pauta farmacológica (p. 20). Soslaya que los mismos ensayos indican que los resultados no son mejores para los buenos cumplidores a largo plazo y que la aceptabilidad de los fármacos es baja.

Nos presenta a la psiquiatría como hija de la medicina, pero a su vez huérfana de madre (la psicología), debido a que no consideró la vida psíquica normal, es decir empezó a construir el edificio desde el tejado (p. 47). Resulta lógico que afirme que la psiquiatría debe recuperar a su madre, la psicología y la psicoterapia, y que los psiquiatras deben aplicar las terapias psicológicas basadas en la ciencia biológica, que no deben ser especulativas, y defiende este rol para la psiquiatría futura con verdadero ahínco, pro-

pugnando que los psicólogos sean retirados del tratamiento de los trastornos mentales, donde no serán necesarios. Señala que “los psicólogos clínicos no deben temer que esta segregación los condene al paro y a la indigencia porque su misión profesional consiste en aliviar el sufrimiento de las personas normales, que son mucho más numerosas que los enfermos psíquicos” (p 152). El argumento es diáfano: defiende el fracaso extenso de la psiquiatría, pero en su refundación debe desterrarse al psicólogo clínico, considerado un advenedizo intruso. Esto no resulta nuevo, de hecho el DSM III, cuyo embajador en España fue el Dr. Valdés, también tuvo como objetivo secundario desterrar del campo a los psiquiatras más biologicistas, algo que se opone a lo que ahora reivindica: una psiquiatría más psicológica sin psicólogos.

Podemos intuir si su modelo será más respetuoso con los derechos humanos ya que incluye un apartado sobre bioética. Defiende que la incapacitación civil no tiene mucha cabida en el campo de psiquiátrico (p. 159), lo que marca una diferencia con la práctica actual tan proclive a esa medida. En cambio ante quien rechaza el tratamiento afirma que “cuando los pacientes se normalizan y recuperan el juicio, son más los que acusan a sus familiares de negligencia por no haberlos hospitalizado a la fuerza cuando estaban mal” que los que defienden lo opuesto (p. 158). No se apoya en estudio alguno, quedando, como buena parte del libro, como la expresión de una opinión personal. Tampoco aporta luz alguna sobre como gestionar las situaciones de las crisis. Por lo que su modelo no aporta de forma clara cambios a la tradición del tratamiento coercitivo, que hoy es un elemento central en la asistencia en salud mental.

En definitiva, se trata de un libro realmente interesante, con una crítica radical a la psiquiatría, desde una perspectiva basada en el déficit de conocimientos y de técnicas, aunque la deja en la misma posición ante sus pacientes de carne y hueso, sin que se vislumbre un avance tanto en los resultados como en los cuidados asistenciales, sin una mirada distinta sobre los aspectos básicos del sufrimiento mental y aquello que los pacientes consideran de ayuda y, de este modo, las críticas habituales a la psiquiatría (1,2) se soslayan. Escuchar al paciente sigue estando fuera

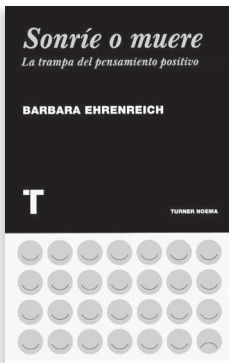
del objetivo de la psiquiatría, aunque se debe reconocer el deseo de ampliar la ayuda psicológica, propiciando quizás una mayor comprensión para algunos casos, pero no para los mas graves que serán tratados contra su voluntad, a la espera de su agradecimiento posterior. En cierto sentido es también una obra de psiquiatría ficción, no solo por el sueño perseguido de una ubicación científica y médica, sino en especial porque inicia la construcción del edificio psiquiátrico dando por hecho algunos dogmas psiquiátricos, que son al día de hoy poco más que especulaciones, y so-

licitando unos saberes a los psiquiatras que en parte ni siquiera existen aún.

Miguel A Valverde. Psicólogo Clínico

Bibliografía

- 1) Bentall R. Medicalizar la mente. Barcelona: Herder, 2011.
- 2) Davies J. Cracked: Why Psychiatry is Doing More Harm Than Good. UK: Icon Books, 2013.



Sonríe o muere. La trampa del pensamiento positivo.

Autora: Barbara Ehrenreich.

Edita: Turner Noema, 2018 • 272 págs.

ISBN: 978-84-7506-938-8

Pongamos en el lugar que le corresponde al pensamiento positivo: sabemos que cuando uno es demasiado optimista es fácil que tome peores decisiones, te hace analizar la realidad solo desde una perspectiva, y ese exceso de confianza se puede tornar en falsas esperanzas. En buena lógica, ser optimista no garantiza que consigamos las cosas. Fantasear, visualizar constantemente sobre conseguir “algo” incluso puede ser un freno para lograrlo.

La autora, de formación biología, no escatima críticas a las investigaciones estadísticas sobre lo positivo, pone seriamente en solfa ese método que según ella, ni de lejos es tan científico que,

sin fundamento ha entronado lo positivo a lo más alto.

Una obra que nos recuerda los excesos de una psicología (si se puede llamar así) mal entendida y aplicada, e infectada de gurús motivadores que usan frases lapidarias semi religiosas que llegan a ser un insulto a la inteligencia, listas de recomendaciones donde la actitud del pensamiento positivo llega a ser un mandato. La tiranía de tatuarse una sonrisa.

Encontramos una legión de libros de autoayuda que nos proponen positividad, metas cegadoras para llegar a otro nivel superior de persona. Y si



no lo consigues es porque no tienes suficiente pensamiento positivo ganador, como te recordaban machaconamente esas cintas de Amway. Finalmente y como bien nos apunta este libro, el culpable eres tú mismo –no te quejes, pues que te despidan es una oportunidad–. Y así, el control social es ejercido en forma de culpa hacia uno mismo, una sociedad que finalmente es un campo abonado para la autoculpa, las depresiones y el burn out.

Para Barbara Ehrenreich, en su libro *Sonríe o muere: La trampa del pensamiento positivo*, “la corriente del optimismo surgió para plantarle cara a esa filosofía que ensalzaba la abnegación, el trabajo duro y la autoevaluación constante de nuestros actos”. No pocos autores apuntan que parte de la causa de la crisis fue un exceso de optimismo: construir más y más, hacer grandes

obras que traerían grandes beneficios (en aquella época recuerdo haber escuchado cientos de veces y sin excepción lo de: “los pisos nunca bajarán, yo no venderé nunca mi piso por menos”); los bancos firmaban hipotecas y, después, muchos vendían esa deuda, así que era imposible perder... Todo un frenesí de entusiasmo.

Pero la obligación de ser optimista también la encontramos en otros sistemas totalitarios, nacionalistas por ejemplo lo hemos visto en España en “la revolución de las sonrisas”, incluso en las izquierdas, pues también se dio esa exigencia en la ex Unión Soviética. A buena cuenta, libro recomendable y de lectura liviana y entretenida.

Fernando Pérez del Río (Burgos)



Leopoldo María Panero, *Locura Familiar*.

Autor: Enrique González Duro.

Madrid, 2018 • 298 págs.

Leopoldo María Panero (1948-2014) es un personaje poliédrico, ex-psiquiatra de amplia experiencia quien ha escrito sobre él, Enrique González Duro, de larga producción con sus ensayos sobre cuestiones de actualidad, en los entornos de la psiquiatría y la historia, reciente o más alejada. Al personaje no ha tratado de psiquiatrizarlo, de justificar su sometimiento a las pautas normativas de una sociedad “unidimensional” con los métodos de una psiquiatría represora, estrictamente biologicista y reduccionista. Nada de convertir al sospechoso de estar loco en un enfermo mental, diagnosticable por cualquier

manual al uso y tratable con la pedagogía del manicomio, de la familia, de la escuela, así como con la sobremedicación intoxicante, el aislamiento y el estigma. La locura no es una simple excrecencia patológica, sino que forma parte de la condición humana -a menudo fascinante- sin fronteras claras con la normalidad moderada por los poderes establecidos. Su curación -sí es posible o conveniente- no se logrará neutralizándola con la represión silenciosa, sino entendiendo el sufrimiento que produce, la identificación aproximadora con el paciente, el impulso para su emancipación personal, etc.

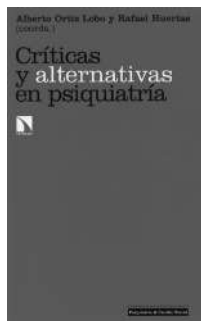
Leopoldo María ya reconocido a sus 20 años como un gran poeta de las nuevas generaciones españolas, tampoco se ocultan aquí las muchas locuras del personaje desde su primera juventud, desde su infancia perdida y plena de fantasía; su rebelión contra una familia traumatizada por la posguerra española, su desconformidad visceral contra la estrechez de un régimen político. Su afán por cambiar revolucionariamente el mundo, y que después, decepcionado, transforma en el deseo incansable de cambiar su propia vida, llevándola al límite; su pasión por la literatura, el refugio en la soledad, en el alcohol, en las drogas, etc. La paranoia social, la telepatía cabalística, el miedo a la muerte y a la vida, el deseo de morir junto al padre ausente. Y todo ello susceptible de ser contextualizada en el pasado de una familia que no pudo enseñarle a vivir, y en mundo que no le gustaba.

En sus años jóvenes a Leopoldo María le gustaba poco que lo calificaran de loco y mucho menos de enfermo mental, porque eso implicaba una connotación moral negativa, con el justificante de la represión de toda disidencia y la invalidación de su conducta. Con el tiempo, Leopoldo se fue quedando solo, pese a la creciente cohorte de admiradores con que contaba y a su constante dedicación a la escritura, a la aterradora “página en blanco”, asumiendo su propia locura como semilla de una poesía innovadora y heterodoxa. El costo que sufrió por ello fue insoportable: se pasó más de media vida en el manicomio o similares, en esa institución que negaba la locura, la reducía al silencio y a la inmovilidad, convirtiendo al llamado paciente en alguien sobremedicado y catatonoide. Leopoldo María Panero, murió cuando fallaron sus órganos vitales, pero hasta el último momento conservó su lucidez y, sin embargo, fue incinerado con inusitada premura.

El autor, Enrique González Duro, ha sido psiquiatra, profesor universitario, historiador y escritor. Durante decenios ha trabajado siempre en la asistencia pública, pese a haber sido despedido en varias ocasiones. Fue uno de los líderes del movimiento anti-institucional de los años 70, en conexión con la anti-psiquiatría europea. Ese movimiento cuestionaba radicalmente la función social de la psiquiatría proponiendo alternativas teóricas y prácticas para la atención a la locura tal como emergía en la sociedad. González

Duro puso en marcha el primer hospital de día psiquiátrico existente en el país e impulsor de la reforma psiquiátrica en toda una provincia. Ha colaborado asiduamente en distintos medios de comunicación y ha publicado más de una treintena de libros, entre ellos: “Represión sexual, dominación social”; “Biografía interior de Juan Ramón Jiménez”; “Los psiquiatras de Franco. Los rojos no estaban locos”; “El miedo en la posguerra”; “Las rapadas”; “Franco, una biografía psicológica”; “Historia de la locura en España” (tres tomos); “La neurosis del ama de casa”; “Mujeres separadas”; “Biografía del miedo. Los temores en la sociedad contemporánea”; “La paranoia”; “Polanco, el señor de El País”; “Demonios en el convento: El Conde-Duque de Olivares frente a la Inquisición”; “Biografía psicológica de Felipe González”; “La máscara de los poderosos”, etc.

Ha escrito biografías de personajes variopintos como Juan Ramón Jiménez, Fernando VII, Franco, el Conde-Duque de Olivares, Felipe González o Polanco en un país poco dado a este género; no obstante la figura de Leopoldo María le ha supuesto un esfuerzo mayor, por la incesante actividad creadora del personaje, que no solo abarcó la poesía, sino el ensayo, el cuento y el trabajo periodístico. Se suma la rica peripecia vital del escritor, que si bien ya fue biografiada con brío por J. Benito Fernández, se requería de una nueva perspectiva que tratara los últimos años en el Hospital Psiquiátrico Rey Juan Carlos en Canarias, y en especial el trágico y oscuro final, lleno de anomalías, que ha contado con una investigación exhaustiva y un relato fehaciente por parte del autor. Obsérvese en la lectura de este libro, la llamativa circunstancia de que el biógrafo trató como psiquiatra al biografiado desde una praxis alternativa (antipsiquiátrica) y que sin embargo no trata en absoluto de analizar ni diagnosticar taxonómicamente el tipo de locura o de explicarla, sino de incluir dicha “locura” en su circunstancia y aprender de ella como síntoma de mal funcionamiento de una sociedad represora. La figura de Leopoldo María concita un interés intenso para el autor debido su carga de rebeldía, a la derrotada lucidez de su escritura. Esa sensibilidad que emana del sufrimiento y que se liberaba a través de la subversión y la poesía.



Críticas y alternativas en psiquiatría.

Autores: Alberto Ortiz Lobo y Rafael Huerta (Coords.).

Edita: Los libros de la Catarata • 2018

ISBN: 978-84-9097-522-0

Los que nos hemos quedado detrás del burladero contemplando con entusiasmo renovado los cambios que se están produciendo nos hemos alegrado, en primer lugar, de la publicación de Poder, Amenaza y Significado. Bajo este llamativo título, la British Psychological Society ha lanzado una nueva forma de entender el sufrimiento psíquico. Sin duda, es algo que esperábamos.

Siguiendo la estela del pasado 2018, la segunda alegría es leer y subrayar otro sugerente título, Críticas y alternativas en psiquiatría. El debate se establece incluso en el propio nombre a la hora de definir el cambio, psiquiatría crítica, antipsiquiatría, y psiquiatría alternativa, bien podríamos quedarnos postpsiquiatría. “La postpsiquiatría no pretende convertirse en una nueva forma de conceptualizar los problemas mentales, sino contextualizar y criticar esas definiciones existentes y prácticas que se derivan, para borrar toda pretensión de verdad y, por tanto, de dogmatismo en cualquiera de ellas.”

Un cambio incluso en el empleo valiente del uso del femenino en la escritura, cuestión que a algunos simplemente no nos gusta, o posiblemente necesitamos cierto tiempo de adaptación.

La obra está dividida en cuatro ensayos. El primero, de Rafael Huertas, destaca por su cuidada prosa y rigor histórico. Iván de la Mata nos ofrece un texto crítico y cargado de política que no ahorra críticas al neoliberalismo. Alberto Ortiz Lobo ya nos tiene acostumbrados a publicaciones bien tratadas, entendibles y siempre acompañadas de alguna novedad que nos hace abrir los ojos, como aquel familiar que nos trae un regalo diferente tras viajar por el extranjero. La última parte, de Vicente Ibáñez, trata sobre las alternativas y sobre el activismo. Al ser cuatro ensayos

podemos caer en la tentación de comparar a sus autores y textos, pero si las enseñanzas de este libro no han caído en balde, sabremos que lo importante no es tanto la labor de un gran erudito, figura típica de la psicología/psiquiatría.

Ahora vemos que lo importante también pasa por el grupo, la salud no es algo exclusivamente individual como nos han insistido en hacer creer hasta la saciedad; pues bien, se trata de juntar codo con codo para encontrar salidas.

Por otro lado, este libro perdería su valor si solo se centrara en las críticas que, a estas alturas, más o menos ya conocemos, aunque con tantas desavenencias siempre hay lugar para más sorpresas.

Otros libros recientemente publicados inciden en un imperdonable error; como si los ensayos fueran una vía de canalización del propio malestar personal, una irritación gástrica mal gestionada en forma de libro donde se critica a diestro y siniestro a la psiquiatría mal llamada biologicista, a la estadística, al cientificismo o al DSM. Hete aquí que no solo se trata de impugnar, y vomitar, así que, como su título indica, son críticas y también “alternativas”. Este libro es una reflexión coral sobre lo que ha ocurrido y sobre la dirección a seguir.

Una obra adecuada para seguir entendiendo el cambio que tanto necesitamos; que urge a la sociedad una psiquiatría y psicología menos individual, consciente de la historia, de las desigualdades económicas, de lo social, de la importancia de lo subjetivo sin caer en el solipsismo, en fin, una psiquiatría psicología integrada y curada en humildad. Bienvenida sea.

Fernando Pérez del Río

Agenda

- 18 de enero • Barcelona • www.fvb.cat
Homenaje al profesor José Guimón.
Organiza Fund. Vidal i Barraquer, Univ. Ramon Llull.
- 19 de enero • Bilbao • Colegio de Médicos de Bizkaia • c/ Lersundi 9 Bilbao • www.gpab.org
Comprensión y abordaje psicoanalítico de las psicosis: La psicoterapia del paciente paranoide de Meissner por Rodrigo González-Pinto.
Organiza GPAB.
- 1 de febrero • Barcelona • info@aencatalunya.cat
Jornada Associació Catalana de Professionals de Salut Mental.
“Adolescències: Atenció i cures a la salut mental d’adolescents. Serveis de salut m. públics”.
- 5 al 8 de marzo • París • <http://iawmh2019.org/>
8º Congreso Mundial de la International Association for Women Mental Health.
- 28 y 29 de marzo • Madrid • <https://amsm.es/>
XII Congreso de la Asociación Madrileña de Salud mental (AMSM).
- 4 al 7 de abril • Alcalá de Henares, Madrid • <http://septg.es/>
Feminidad, Masculinidad, Responsabilidad: invitación a explorar otras formas de convivencia.
Organiza SEPTG.
- 6 al 9 de abril • Varsovia • <https://epa-congress.org>
27º Congreso de la Asociación Europea de Psiquiatría (EPA).
- 11 al 13 de abril • Vitoria-Gasteiz • <http://www.congreso-ses.com/>
XXVII Reunión Anual de la SES. Congreso del Sueño.
- 27 de abril • Barcelona • Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya
Jornada y IV Premio Ángel Garma de la AEN /COPC y la revista Intercanvis al mejor trabajo de Psicoanálisis.
- 10 y 11 de mayo • Colegio de Médicos. Madrid • www.aen.es
XV Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la AEN.
- 10 de mayo • Donostia/San Sebastián
Symposium sobre Inmigración y Emigración en el País Vasco, una perspectiva psicológica y psicosocial.
Organizan: Facultad de Psicología de la UPV-EHU, Universidad de Reno, Red Atenea y OME-AEN.
- 20 al 22 de junio • Santiago • www.aen.es
Jornadas de la AEN. Coorganiza la AGSM (asociación galega de saúde mental).
- 21 al 24 de agosto • Lisboa
19TH WPA World Congress of Psychiatry.

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*: revistanorte@ome-aen.org

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 (videocassette). *ST. Louis (MO): Mosby-Year Book*; 1995.

- Diccionario y obra de consulta semejantes:

Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Trabajos inéditos

- En prensa

Leshner AL. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1997.

Material electrónico

- Artículo de revista en formato electrónico:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis (serial online)* 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1 (1): (24 pantallas). Accesible en:

URL: www.cdc.govncidod/EID/eid.html

Solicitud de Ingreso

Para ser miembro de una asociación autonómica, se solicita al tiempo la incorporación a la AEN/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



S.A.S.M. salud mental



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental

Asociación Castellano Manchega
de Neuropsiquiatría
y Salud Mental

Asociación Extremeña
de Neuropsiquiatría
(AExN)



ABSM ASOCIACIÓ BALEAR DE SALUT MENTAL

