



SUMARIO

EDITORIAL

ORIGINALES Y REVISIONES

Trinidad Bergero Miguel, Guadalupe Cano Oncala, Francisco Giraldo Ansio, Isabel Esteva de Antonio, María Victoria Ortega Aguilar, Marina Gómez Banovio, Isolde Gorneman Schaffer. LA TRANSEXUALIDAD: ASISTENCIA MULTIDISCIPLINAR EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD 9

Guadalupe Cano Oncala, Trinidad Bergero Miguel, Isabel Esteva de Antonio, Francisco Giraldo Ansio, Marina Gómez Banovio, Isolde Gorneman Schaffer. LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO EN PACIENTES TRANSEXUALES 21

Marcelino López Álvarez; Margarita Laviana Cuetos; Francisco Álvarez Jiménez; Sergio González Álvarez; María Fernández Doménech; María Paz Vera Peláez. ACTIVIDAD PRODUCTIVA Y EMPLEO DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO. ALGUNAS PROPUESTAS DE ACTUACIÓN BASADAS EN LA INFORMACIÓN DISPONIBLE 31

Eva Jané-Llopis, PhD. LA EFICACIA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES 67

Alfred Capellá. PENSAR LO IMPENSABLE: UNA APROXIMACIÓN A «LA PSICOSIS» 79

David Chesa Vela, María Elías Abadías, Eduard Fernández Vidal, Eulàlia Izquierdo Munuera, Montse Sitjas Carvacho. EL CRAVING, UN COMPONENTE ESENCIAL EN LA ABSTINENCIA 93

DEBATES

Javier Ramos García. FIBROMIALGIA: ¿LA HISTERIA EN EL CAPITALISMO DE FICCIÓN? 115

HISTORIA

Reyes Vallejo Orellana. HERMINE HUG-HELLMUTH, GENUINA PIONERA DEL PSICOANÁLISIS DEL NIÑO 131

INFORMES

María Alonso Suárez, Annette Hamilton. INTEGRACIÓN LABORAL EN SALUD MENTAL EN EL ÁREA DE LONDRES (II): ALGUNOS DEBATES 145

Ana-Mª Jiménez Pascual. DISPOSITIVOS DE INTERNAMIENTO TERAPÉUTICO PARA PATOLOGÍA MENTAL GRAVE DE NIÑOS Y ADOLESCENTES 167

Xavier Serrano Hortelano. IN MEMORIAM. FEDERICO NAVARRO, PIONERO DEL MOVIMIENTO POSTREICHIANO: UN MAESTRO DE LA VIDA 187

LIBROS 201

PÁGINAS DE LA ASOCIACIÓN 215



TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL

ORIGINAL PAPERS AND REVIEWS

Trinidad Bergero Miguel, Guadalupe Cano Oncala, Francisco Giraldo Ansio, Isabel Esteva de Antonio, María Victoria Ortega Aguilar, Marina Gómez Banovio, Isolde Gorneman Schaffer. TRANSSEXUALITY: MULTIDISCIPLINARY CARE UNDER THE PUBLIC HEALTH SYSTEM	9
Guadalupe Cano Oncala, Trinidad Bergero Miguel, Isabel Esteva de Antonio, Francisco Giraldo Ansio, Marina Gómez Banovio, Isolde Gorneman Schaffer. GENDER IDENTITY CONSTRUCTION IN TRANSSEXUAL PATIENTS	21
Marcelino López Álvarez; Margarita Laviana Cuetos; Francisco Álvarez Jiménez; Sergio González Álvarez; María Fernández Doménech; María Paz Vera Peláez. WORK AND EMPLOYMENT FOR PEOPLE WITH SEVERE MENTAL DISORDERS. SOME PROPOSALS BASED ON THE AVAILABLE INFORMATION	31
Eva Jané-Llopis, PhD. THE EFFICACY OF MENTAL HEALTH PROMOTION AND MENTAL DISORDER PREVENTION INTERVENTIONS	67
Alfred Capellá. THINK THE UNTHINKABLE: AN APPROACH TOWARDS PSYCHOSIS	79
David Chesa Vela, María Elías Abadías, Eduard Fernández Vidal, Eulàlia Izquierdo Munuera, Montse Sitjas Carvacho. CRAVING, AN ESSENTIAL COMPONENT IN ABSTINENCE	93
DISCUSIONS	
Javier Ramos García. FIBROMYALGIA: HYSTERIA IN FICTION CAPITALISM?	115
HISTORY	
Reyes Vallejo Orellana. HERMINE HUG-HELLMUTH, GENUINE PIONNER OF CHILD'S PSYCHOANALYSIS	131
REPORTS	
María Alonso Suárez, Annette Hamilton. MENTAL HEALTH VOCATIONAL REHABILITATION IN LONDON AREA (II): DEBATES	145
Ana-Mª Jiménez Pascual. THERAPEUTICAL INTERNMENT DEVICES FOR SERIOUS MENTAL PATHOLOGIE IN CHILDREN AND TEENAGERS	167
Xavier Serrano Hortelano. IN MEMORIAN. FEDERICO NAVARRO, PIONEER OF THE REICHIAN MOVEMENT: A TEACHER OF LIFE	187
BOOKS	201
NEWS FROM THE A.E.N.	215



EL RIESGO PSICOSOCIAL EN EL TRABAJO: UNA REALIDAD EMERGENTE

En los últimos lustros y de forma reiterada, se viene hablando de determinadas situaciones que tienen su origen en el medio laboral, y en concreto en los factores psicosociales y en las propias condiciones de la organización del trabajo y en las relaciones interpersonales entre los trabajadores.

Es indudable que han ido adquiriendo importancia términos como el estrés laboral, el síndrome de burnout, también llamado síndrome de estar quemado, o síndrome del estrés crónico laboral asistencial o síndrome del desgaste profesional y el mobbing, o también acoso psicológico en el trabajo, acoso laboral o acoso moral en el trabajo, y todo ello se demuestra con la proliferación de publicaciones y referencias bibliográficas sobre dichos temas.

Así, aunque se ha afirmado que el 30 % de los trabajadores europeos sufre estrés laboral, hay que tener en cuenta que bajo el amplio paraguas del diagnóstico de estrés laboral, no sólo se contempla el estrés laboral que surge, señala Karasek, cuando las demandas del trabajo son altas, y al mismo tiempo, la capacidad de control de la misma es baja de manera que hay un desequilibrio desfavorable para el trabajador en la interacción entre los atributos del trabajador y las condiciones del trabajo, sino que también se han cobijado durante años otras problemáticas diferentes que en los últimos años van emergiendo como entidades independientes, como el síndrome de burnout que se puede conceptuar según Freudenberguer y más tarde Maslach y Jackson como un agotamiento físico y mental (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) que se da específicamente en aquellas profesiones que mantienen un contacto constante y directo con aquellas personas que son beneficiarios del propio trabajo (docentes, sanitarios, trabajadores sociales...)» o el mobbing que ha sido definido por Leymann como el terror psicológico en el ámbito laboral producido por las conductas hostiles y sin ética, dirigidas de manera sistemática por uno o varios trabajadores contra otro, con una frecuencia de al menos una vez a la semana y durante un tiempo prologado de más de seis meses.

El síndrome de burnout ha venido adquiriendo importancia en la medida que los servicios humanos han ido tomando relieve como partícipes del bienestar individual y de la colectividad, y porque los usuarios de los servicios sanitarios, educativos y sociales manifiestan un mayor nivel de exigencia.

El mobbing, lejos de constituirse como un problema puntual de las nuevas organizaciones, se ha instaurado como un problema que afecta a miles de trabajadores, los datos europeos constatan que el 9 % de los trabajadores han manifestado sentirse afectado de acoso laboral, aunque las estadísticas sobre este problema difieren.

Pero es necesario tomar conciencia de que, a pesar de que el estrés laboral, el síndrome de burnout y el mobbing sean una realidad tangible en el mundo laboral, la ciencia no dispone de instrumentos objetivos para su evaluación; por eso el problema fundamental, a la hora de valorar los problemas psicosociales en el área laboral, es la carencia de instrumentos de evaluación, ya que no son fiables ni válidos tanto los cuestionarios de estrés laboral como los instrumentos para la evaluación del síndrome de burnout como el Inventario de Burnout de Maslach, y en el caso del mobbing ni el Inventario de Acoso Laboral de Leymann ni la versión modificada de ésta de González de Rivera pueden establecer un diagnóstico objetivo.

Por tanto, ante situaciones difíciles de identificar como de estrés laboral, de síndrome de burnout o de mobbing, conviene delimitar bien el campo que cada uno acoge bajo su radio de acción y definir y confrontar la situación, ya que se está corriendo el riesgo de que cualquier persona que tenga una exigencia laboral o un conflicto interpersonal con los compañeros de trabajo intente justificarlo como estrés laboral, burnout o mobbing y es conveniente tener en cuenta que, para la valoración del estrés laboral, hay que saber identificar los estresores del ambiente físico en el trabajo y los intraorganizacionales, y excluir los estresores extraorganizacionales; para la valoración del burnout, hay que tener en cuenta el contexto laboral, organizativo e institucional y para evaluar el mobbing la diferencia con un conflicto interpersonal que no reside tanto en el tipo de conductas que se manifiestan o en cómo se producen estas conductas, sino que fundamentalmente se trata de una cuestión de frecuencia y de duración de las conductas hostiles, que llevarán a la víctima a una situación de debilidad e impotencia y a un alto riesgo de expulsión del entorno laboral.

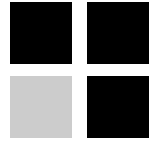
Además, es conveniente advertir que el interés creciente por los riesgos psicosociales en el trabajo ha venido acompañado de un incremento en casos de problemas ficticios o de simulación, por lo que quizá se hace imprescindible la investigación con el objetivo de establecer criterios para que el estrés laboral, el burnout y el mobbing puedan ser incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS e instrumentos de evaluación fiables y válidos de los que hoy se carece, ya que son imprecisos los frecuentes diagnósticos de «trastorno depresivo-ansioso» o «trastorno adaptativo...». Este es el único camino para que los problemas derivados

de los riesgos psicosociales en el trabajo se contemplen en el futuro en el Cuadro de Enfermedades Profesionales porque hasta ahora tanto el estrés laboral como el burnout o el mobbing suelen ser considerados como accidentes de trabajo, pero para ello hay que conseguir probar en un acto judicial la relación causal entre los trastornos y la actividad laboral, y en este trámite la opinión vertida en los informes periciales es valiosa.

Todo ello no haría sino cumplir con el Derecho a la Salud Laboral de los trabajadores emanado de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Fernando Mansilla Izquierdo

SECCIÓN



ORIGINALES Y REVISIONES



*Trinidad Bergero Miguel, Guadalupe Cano Oncala, Francisco Giraldo Ansio,
Isabel Esteva de Antonio, María Victoria Ortega Aguilar, Marina Gómez Banovio,
Isolde Gorneman Schaffer*

LA TRANSEXUALIDAD: ASISTENCIA MULTIDISCIPLINAR EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD¹

TRANSSEXUALITY: MULTIDISCIPLINARY CARE UNDER THE PUBLIC HEALTH SYSTEM¹

■ Resumen

La transexualidad constituye un importante problema de salud, que en nuestro país se ha mantenido al margen de las prestaciones sanitarias públicas hasta 1999, lo que ha dificultado la realización sistemática de estudios pormenorizados con poblaciones de transexuales españoles. En el presente trabajo se realiza de modo resumido una puesta al día de los conocimientos básicos sobre el tema, con el fin de facilitar un acercamiento al transexualismo y una mejor comprensión de esta patología.

Palabras clave: Transexualidad, Unidad de Trastornos de Identidad de Género.

■ Summary

Transsexuality represents an important health care problem. Its care was not included under the spanish public health service until 1999, thus hindering detailed systematic studies of spanish transsexuals. This report provides a summarized update of relevant basic knowledge in order to facilitate the approach to transsexualism and improve understanding of this disease.

Key words: Transsexualism, Gender Identity Disorder Unit

1. La realización de este trabajo ha contado con la ayuda FIS 01/0447
This study was supported by the grant FIS 01/0447



■ INTRODUCCIÓN

En Febrero de 1999 el Parlamento de Andalucía aprobó la prestación sanitaria a personas transexuales en el Sistema Sanitario Público Andaluz, y en Octubre de ese mismo año, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía creó, tras concurso, la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (en adelante UTIG), en el Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga. Esta unidad es la primera dentro del sistema público español para dar respuesta a la atención sanitaria de estas personas, y está compuesta por un equipo multidisciplinar, integrado por personal de los servicios de Psiquiatría, Endocrinología y Cirugía Plástica.

Desde su puesta en marcha, los profesionales que integramos la UTIG hemos tenido que trabajar no sólo con el transexualismo en sí, con su complejidad y el sufrimiento que genera en el sujeto, sino que también hemos tenido que aprender a trabajar en un marco institucional no siempre desprovisto de prejuicios y a afrontar el desafío de modificar estructuras físicas sanas por un sufrimiento psíquico constatable, pero sin una base anatómica patológica que justificara un cambio, por otro lado, irreversible.

Hemos tenido que realizar un esfuerzo común para dar una respuesta a la demanda psicológica, endocrina y quirúrgica que requieren estos pacientes, pero que también constituye el encuentro entre diferentes paradigmas y métodos que desde la colaboración, el establecimiento de objetivos comunes y el respeto a cada proceder, enriquecen el trabajo clínico y a sus componentes.

■ HISTORIA

El transexualismo representa la forma más grave de los Trastornos de la Identidad de Género (1). Desde que se inició su estudio, se han usado distintos términos y definiciones para tratar de reflejar las características del trastorno. Cauldwell en 1949, fue el primero en usar el término *Transexualismo*. Este autor expuso un caso clínico de una chica que deseaba ser chico y llamó a su estado «*Psychopathia transsexualis*».

La primera clínica de tratamiento de los trastornos de identidad de género, se fundó en la Universidad John Hopkins, en 1963 en Estados Unidos.

Harry Benjamín, endocrinólogo y sexólogo explicó en el año 1966 que «los verdaderos transexuales sienten que pertenecen a otro sexo, desean ser y funcionar como miembros del sexo opuesto y no solamente parecer como tales. Para ellos sus órganos sexuales primarios (testículos) lo mismo que los secundarios (pene y el resto) son deformidades desagradables que el bisturí del cirujano debe cambiar» (2). En la conferencia pronunciada en Junio de 1976 en Nueva York, afirmó: «Me gustaría recordar a todos un hecho importante y fundamental: la diferencia entre sexo y género. Sexo es lo que se ve. Género es lo que se siente. La armonía entre ambos es esencial para la felicidad humana.»

Robert Stoller en el año 1968 definió al transexualismo como «la convicción de un sujeto, biológicamente normal, de pertenecer al otro sexo. En el adulto, a esta creencia le acompaña en nuestros días la demanda de intervención quirúrgica y endocrinológica para modificar la apariencia anatómica en el sentido del otro sexo» (3).

En 1970, Money definió a la transexualidad como «un problema de la identidad del género en el que una persona manifiesta con convicción persistente y constante, el deseo de vivir como miembro del sexo opuesto y progresivamente enfoca sus pasos hacia una vida completa en el rol del sexo opuesto» (1).

Person y Ovesey (1974) introdujeron un concepto interesante distinguiendo entre transexualismo *primario* y *secundario*. Estos autores llamaron la atención sobre la frecuencia en que se presentan las formas mixtas y alertaron de la dificultad a la hora de lograr una distinción clara en todos los casos (4,5).

El término *Disforia de género* fue introducido por Norman Fisk en 1973 en el sentido de que el trastorno produce ansiedad asociada al conflicto entre la identidad sexual y el sexo asignado (1).

El grado de incongruencia entre la identidad sexual, el rol sexual y el sexo de nacimiento varía de unos individuos a otros, dando lugar a diferentes grados de disforia, insatisfacción y deseos de cambio de sexo (6).

Stoller intentó determinar con precisión el diagnóstico de transexualismo, tratando de diferenciarlo de otros diagnósticos como el travestismo o el homosexual afeminado. El transvestido o el homosexual se sienten pertenecientes a su sexo biológico y además, gozan de sus órganos sexuales. No existe conflicto en este sentido. Stoller además advirtió acerca de la importancia de realizar este diagnóstico diferencial con precisión (3).

Abraham en 1931 fue el primero que intentó una cirugía de reasignación de sexo. El primer caso exitoso de esta cirugía fue llevado a cabo por C. Hamburger en la década de los 50. Este autor publicó, junto con otros, la historia de la «conversión de sexo» de Georges Jorgensen realizada en Dinamarca. La intervención tuvo un importante eco en los medios de comunicación (1).

Hoy en día, los trastornos de identidad de género y la transexualidad son considerados problemas de salud graves, definidos y descritos en las clasificaciones internacionales de enfermedades (7, 8). Tienen una característica transcultural y aparecen en todas las épocas (9).

■ CONCEPTO

En 1994 el DSM-IV reemplazó el nombre de transexualismo por el de trastorno de la identidad sexual. Dependiendo de la edad de comienzo, diferenció los trastornos de la infancia, adolescencia y adultos (8). La CIE-10 continúa denominándolo transexualismo y lo incluye dentro del apartado de trastornos de la identidad sexual



(7). Ambas clasificaciones coinciden en los aspectos fundamentales, en el sentido de que se trata de una divergencia entre el desarrollo de un sexo morfoanatómico y fisiológico perteneciente a un género y la construcción de una identidad sexual de signo contrario (9).

La transexualidad está considerada un trastorno de salud mental en la medida en que produce patrones de comportamientos que conllevan un sufrimiento significativo y una gran desventaja adaptativa. Una de las dificultades más importantes es el aislamiento social (8), que repercute de una manera notable en el nivel de autoestima, ya que estos pacientes tienen que enfrentar consecuencias adversas por poseer un autoconcepto poco reforzado socialmente (10). Además contribuye a crear dificultades en la adaptación social produciendo interrupciones tempranas de la escolarización y dificultades de adaptación laboral.

El ostracismo social y las dificultades de desarrollo escolar y laboral llevan, en muchas ocasiones, a la práctica de trabajos marginales. Asimismo, la preocupación por su aspecto físico y los cambios que quieren conseguir para adaptarse al otro sexo y disminuir el malestar que les produce su sexo biológico, se convierte en una actividad absorbente que ocupa gran parte de su tiempo y que entorpece aún más la adaptación al medio (8).

Una característica generalizada de estos pacientes es su negativa a ser considerados enfermos. Los transexuales sitúan su problema sobre todo en la representación corporal. Si recurren al sistema sanitario no lo hacen porque se sientan enfermos, sino para que se les restituya su «verdadero cuerpo», para «corregir un error de la naturaleza» (1).

Las asociaciones de afectados y los estándares asistenciales advierten que el reconocimiento de la transexualidad como problema de salud mental no debe ser utilizado con fines de estigmatización. El uso de un diagnóstico oficial debe ser considerado un paso importante para garantizar la asistencia sanitaria a estas personas (11).

El sufrimiento que este trastorno produce y los intentos de los pacientes para aliviarlos, así como las dificultades que encuentran para ser tratados por el sistema sanitario, les llevan a recurrir con frecuencia al autotratamiento hormonal con graves efectos secundarios para su salud (12) y en ocasiones a autolesionarse los genitales (8,13).

■ FRECUENCIA Y ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

El estudio sistemático del TIG es reciente. Además de la limitación que supone la falta de criterios para definir los casos, la mayoría de los estudios realizados en transexuales son retrospectivos y se centran en factores endocrinos, prácticas quirúrgicas de reasignación de sexo y cambios en caracteres sexuales secundarios.

No hay estudios epidemiológicos en España que separen claramente el trastorno verdadero de los diagnósticos diferenciales, o que identifiquen los factores psicosociales, de calidad de vida, y de co-morbilidad psiquiátrica asociados a la presencia y evolución del trastorno.

Los datos de que disponemos provienen de estudios clínicos en otros países, fundamentalmente del Norte de Europa (Suecia, Holanda, Reino Unido) y de los Estados Unidos. La prevalencia del trastorno oscila entre 1/2900 y 1/100.000 en hombres (transexuales masculino, TM, de hombre a mujer), y entre 1/8300 y 1/400.000 en mujeres (transexuales femeninos, TF de mujer a hombre)(14).

Las discrepancias al calcular la prevalencia son debidas en parte a diferencias en la metodología en cada estudio, sobre todo en cuanto a definición de los casos, ya que en algunos trabajos se determina la prevalencia sólo a partir de los casos intervenidos pudiendo por tanto comprender pacientes transexuales no genuinos o transexuales secundarios.

Para algunos autores, el término transexual sólo debe reservarse a los pacientes reasignados quirúrgicamente (15). En otros estudios, como es el caso de Holanda, se ha considerado TIG a toda persona que consulta en la Unidad de referencia centralizada en Amsterdam (16).

La falta de incorporación de esta patología a la red sanitaria pública ha condicionado en gran medida la escasez de publicaciones que evalúen o comparen resultados. Asimismo, la recomendación de que la atención a estos pacientes se haga desde equipos multidisciplinarios (11) no siempre se lleva a cabo, por lo que la mayoría de los trabajos publicados no han sido realizados por equipos de diferentes profesionales que evalúen en conjunto su eficiencia diagnóstica y terapéutica.

Uno de los datos más llamativos es la discrepancia entre hombres y mujeres. La razón hombre/mujer oscila entre el 2.5/1 en Holanda y el 6.1/1 en Australia (14), siendo la media de tres hombres por cada mujer. Esta discrepancia refleja en parte el problema de definición de casos, ya que los hombres solicitan asistencia médica para reasignación de sexo con mayor frecuencia que las mujeres, y es una de las muchas razones por las que los diferentes autores plantean que el transexualismo masculino (TM, hombre a mujer) y femenino (TF mujer a hombre) son dos entidades clínicas claramente diferenciadas entre sí.

■ ETIOPATOGENIA

Las causas del trastorno no se conocen. Landén sugiere un origen neurobiológico (14), mientras que otros autores proponen factores psicosociales, entre otros, el rol de género, las pérdidas tempranas en la infancia, aspectos de la personalidad y la intensidad, rigidez y persistencia de comportamiento de género opuesto (17,18).

Las últimas aportaciones señalan una posible participación genética en el desarrollo del trastorno (19).



■ COMORBILIDAD PSÍQUICA

Muchos pacientes diagnosticados de TIG presentan un índice elevado de patología psiquiátrica asociada (13,17,20,21,22) y una mortalidad por suicidio mayor que la población general (23).

Los trastornos psiquiátricos asociados con mayor frecuencia son los trastornos de personalidad (narcisista, dependiente y límite), trastornos depresivos, trastornos neuróticos en general (17, 21), esquizofrenia (22), conductas autolesivas o suicidas (20), y abuso de sustancias psicoactivas (13).

La comorbilidad psiquiátrica es diferencial entre el sexo biológico, siendo más frecuente en hombres biológicos (22) y supone diferencias en cuanto a la evolución y pronóstico, siendo los trastornos de personalidad y la esquizofrenia diagnósticos asociados a una peor evolución del trastorno de identidad de género (22, 24).

■ CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA

La mayor parte de las consultas efectuadas por los transexuales consiste en solicitar reasignación de sexo, cambiar su aspecto físico mediante procedimientos quirúrgicos u hormonales, de forma que se correspondan con el sexo que perciben como propio. La sensación de miedo o aversión a los genitales es común a hombres y mujeres. Se debe insistir en el horror a los genitales que experimentan estas personas. Además en los TF(mujer a hombre) se aprecia el mismo rechazo a las mamas (1).

Tres o cuatro veces más hombres que mujeres solicitan el cambio de sexo, pero la bibliografía establece que se realiza genitoplastia en el mismo número de hombres que de mujeres (25).

Hay que recordar que no todos los sujetos que solicitan este cambio son transexuales. Los pacientes llegan después de haber realizado lo que la Resolución del Parlamento europeo del 12 de septiembre de 1989 llama su «autodiagnóstico» (1).

FASES DEL ABORDAJE:

Los criterios diagnósticos y terapéuticos están basados a nivel internacional en los estándares de la asociación Harry Benjamin, recomendándose la atención de estos pacientes en equipos multidisciplinarios con estrecha relación entre los diferentes profesionales que los componen (11). A continuación, exponemos un breve resumen de las fases del proceso diagnóstico y terapéutico que desarrollamos en la UTIG.

1. El proceso diagnóstico

La responsabilidad por parte de la psicóloga del equipo es máxima, ya que del diagnóstico y la valoración psicológica se deriva todo el proceso de cambio. Es imperativo hacer un buen diagnóstico del trastorno y un buen diagnóstico diferencial ya que un diagnóstico no certero es un factor predictivo de arrepentimiento después del tratamiento de re-asignación de sexo y de la evolución post-tratamiento (26).

Otros factores que predicen arrepentimiento, además del diagnóstico incorrecto, son la pérdida del soporte familiar y social, la inestabilidad personal, las escasas redes sociales, los trastornos de personalidad, y los sucesos vitales traumáticos a una edad temprana (26).

Algunos autores han estudiado la asociación entre la orientación sexual y el arrepentimiento post-intervención, encontrando que los transexuales que manifiestan orientación homosexual (en relación al sexo con el que se identifican, no al sexo biológico) tras la intervención quirúrgica, presentan en mayor proporción arrepentimiento post-intervención que aquellos que presentan orientación heterosexual (10).

Las clasificaciones internacionales establecen cuatro criterios diagnósticos (8):

- El individuo se identifica de un modo intenso y persistente con el otro sexo (no es únicamente el deseo de obtener ventajas percibidas por la posición cultural del otro sexo).
- Malestar persistente por el sexo asignado o un sentido de inadecuación con su rol de género.
- El individuo no padece una enfermedad física intersexual concurrente.
- Deben existir pruebas de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La secuencia temporal de la evaluación y tratamiento integral a pacientes transexuales no es estática sino que se flexibiliza dependiendo de cada caso, pero podría exponerse como sigue: el paciente es derivado a la UTIG por un profesional de salud mental, especialista en endocrinología, o el médico de atención primaria. La primera cita comienza en Psicología, donde se les acoge (también a la familia si le acompañan) y se les explica la ayuda que le podemos ofrecer.

La evaluación psicológica es un proceso prolongado y complejo que debe ser controlado de manera rigurosa, (20, 21) y que se realiza de forma extensiva, utilizando el tiempo que sea necesario (6) y en ella se lleva a cabo el proceso de diagnóstico de transexualismo, diagnóstico diferencial con otras patologías y comorbilidad.

Es de capital importancia efectuar un diagnóstico correcto, ya que sobre él pivota el resto del proceso. De un diagnóstico certero depende la evolución posterior del paciente (22).

2. Inicio de tratamiento hormonal

Al mismo tiempo que se efectúa la valoración psicológica, se realiza la valoración endocrinológica con el fin de estudiar desde el punto de vista hormonal, gonadal y cromosómico la situación de cada sujeto (27).

Una vez que la psicóloga establece la presencia del trastorno, se determina la idoneidad de comenzar con el tratamiento hormonal. Durante todo el proceso los profesionales de los tres servicios mantendrán una estrecha relación entre sí (28), citando a los pacientes para seguimiento.



El tratamiento hormonal es un tratamiento coadyuvante en el proceso de reasignación de sexo; no se considera curativo (23), pero contribuye en gran parte a la mejoría sintomática de la disforia de género, mejora la calidad de vida y refuerza positivamente el test de vida real (11,29).

Es frecuente en los pacientes con TIG, especialmente en los TM (hombre-a-mujer), haber utilizado durante largas etapas de su vida tratamientos hormonales sin supervisión médica ni confirmación diagnóstica (30). Esta situación impide disponer de estudios basales clínicos y analíticos que descarten otras asociaciones de patología endocrinológica o factores de riesgo que contraindiquen la terapia hormonal (25).

La elevada incidencia de efectos adversos está más en relación con las altas dosis y el largo tiempo de utilización que con el propio tratamiento en sí (12,31, 32). En el tratamiento de los TM se emplean estrógenos (etinil estradiol, 17 beta estradiol y estrógenos conjugados), antiandrógenos (acetato de ciproterona), otros bloqueantes de los receptores androgénicos como la Flutamida o inhibidores del paso de testosterona a DihidroTST como el Finasteride (32,39). Los bloqueantes de la síntesis de gonadotropinas tienen una alta capacidad de castración química (40) y su empleo en el transexualismo se limita a aquellos pacientes con diagnóstico certero en la etapa de la pubertad con el fin de evitar la aparición de caracteres sexuales secundarios que empeoren el cuadro clínico (10, 11,41).

Son muy pocos los trabajos que describen efectos secundarios del tratamiento hormonal en TF (mujer-a-hombre) (42, 43) y aunque es de esperar un incremento de riesgo cardiovascular por la androgenización, se refieren pocos efectos indeseables con el tratamiento supervisado clínicamente (23, 32).

3. Tratamiento quirúrgico

En el transcurso de un año desde el inicio del tratamiento hormonal, los pacientes transexuales mujer-a-hombre (TF) acceden a tratamiento quirúrgico de mastectomía y tras dos ó tres años, si lo solicitan, a la cirugía de genitales. En transexuales hombre-a-mujer (TM) transcurre uno o dos años hasta la operación, dependiendo de la lista de espera quirúrgica.

Tras la cirugía se inicia con los pacientes operados una fase de intervención psicológica postquirúrgica en la que se utilizan técnicas psicoeducativas en el ámbito sexual, terapia sexológica y el abordaje de los diversos problemas que puedan surgir en el ámbito familiar, laboral, de pareja, etc.

■ PRONÓSTICO Y CALIDAD DE VIDA

Los diferentes trabajos sobre pronóstico post-tratamiento del TIG varían en cuanto a indicadores para medir resultados (mejoría) y en cuanto a las dimensiones y factores estudiados. Así, los indicadores de resultados de mejoría del trastorno incluyen

grado de satisfacción con la cirugía y los resultados cosméticos, mejora en la calidad de vida, mejoras en el funcionamiento social, psicológico y psiquiátrico.

Los criterios, instrumentos y metodologías empleados no han sido uniformes. Los diferentes trabajos publicados apuntan a que la mayoría de los transexuales manifiestan estar satisfechos con los resultados de la cirugía de reasignación de sexo (44).

Algunos autores han tratado de determinar los factores de predicción de la satisfacción posquirúrgica entre los que destaca, una personalidad estable, apoyo familiar adecuado, tener menos de 30 años de edad, elevada motivación y estructura corporal adecuada para el nuevo rol (45).

En resumen, los factores predictores de mejoría post-cirugía incluyen edad, sexo biológico, resultado quirúrgico, diagnóstico certero de TIG, orientación sexual, mejor funcionamiento social y psicológico previo a la intervención y apoyo social (10,12, 44, 46,47,48,49,50,51).

El seguimiento a largo plazo de estos pacientes por parte de los profesionales intervinientes es recomendado en numerosos trabajos. Se asocia un buen resultado psicosocial con un seguimiento postquirúrgico a largo plazo (11, 44).

■ CONCLUSIONES

Los trastornos de identidad de género y la transexualidad aparecen en todas las culturas y a lo largo de la historia de la humanidad. Las formas de manifestarse han estado moduladas por el contexto social.

Se trata de un proceso de insatisfacción con las características del sexo de nacimiento y un deseo de cambiarlo y de ser reconocido social y legalmente en el género elegido. Está incluido en las clasificaciones internacionales de las enfermedades y es un problema de salud grave pero poco frecuente.

Su abordaje diagnóstico y terapéutico es de gran complejidad porque las intervenciones provienen de distintas disciplinas sanitarias y sus efectos pueden ser valorados desde diferentes perspectivas. Dadas las consecuencias irreversibles de parte de estos tratamientos, es de fundamental importancia realizar un cuidadoso diagnóstico y diagnósticos diferenciales que sólo pueden llevarse a cabo manejando una noción de proceso y realizado por profesionales altamente cualificados.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Chiland, C., *Cambiar de sexo*, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1999.
2. Benjamín, H., *The Transsexual Phenomenon*, Nueva York, Julian Press, 1966.
3. Stoller, R.J., *Sex and gender*, vol. Nueva York, Science House, 1968.
4. Person, E. y Ovesey, L., «The Transsexual Síndrome in Males. I Primary Transsexualism», *American Journal of Psychotherapy*, 1974, 28, enero.



5. Person, E. y Ovesey, L., «The Transexual Síndrome in Males. II Secondary Transsexualism», *American Journal of Psychotherapy*, 1974, 28, abril.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, «Cirugía de cambio de sexo», Madrid, *AETS-Instituto de Salud Carlos III*, diciembre de 1999.
7. OMS, *CIE-10: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic criteria for research*, 1992.
8. American Psychiatric Association, *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, DC, Fourth Ed, 1994.
9. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Consejería de Salud. Junta de Andalucía, *Informe preliminar: Problemática de salud ligada a la transexualidad en Andalucía. Posibilidades de abordaje e inclusión entre las prestaciones del sistema sanitario público de Andalucía*, Mayo de 1999.
10. Cohen Kettenis P.; Van Gooren S, »Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study», *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997, 36(2):263-276.
11. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBI-GDA), *The Standards of care for Gender Identity Disorders. (Sixth version)*, Mineapolis, HBI-GDA, 2001.
12. Blanchard R. y otros, «Pronostic factors of regret in postoperative transsexuals», *Can. J. Psychiatry*, 1989; 34(1):43-45.
13. Becerra Fernández A; De Luis Roman A; Piedrola Maroto G., «Morbilidad en pacientes transexuales con auto-tratamiento hormonal para cambio de sexo», *Medicina Clínica*, 1999; 113(13):484-487.
14. Landén M; Wålinder J; Lunström., «Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1996, 93:221-223.
15. Meyer, J y Reter, D., «Sex reassignment Follow-up», *Archives of General Psychiatry*, 36, AUG: 1010-1015.
16. Van Kesteren PJ; Gooren LJ; Megens JA., «An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands», *Arch Sex Behav*, 1996, 25:589-600.
17. Roberts JE; Gotlib IH., «Lifetime episodes of dysphoria: gender, early childhood loss and personality», *British J. Clinical Psychology*, 1997, 36:195-208.
18. Davenport, CW., «A follow-up study of 10 feminine boys», *Archives of Sexual behavior*, 1986, Dec; 15 (6): 511-7.
19. Green R; Keverne EB. »The disparate maternal aunt-uncle ratio in male transsexuals: an explanation invoking genomic imprinting», *J. of Theoretical Biolog*, 2000 Jan 7, 202(1): 55-63.
20. Cole, C.M. y otros, «Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses», *Arch Sex Behav*, 1997 Feb, 26(1): 13-26.
21. Hales RE; Yudofsky SC; Talbott JA., *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Ed. Ancora, 1996.
22. Weinrich JD y otros, » Is gender dysphoria dysphoric? Elevated depression and anxiety in gender dysphoric and nondysphoric homosexual and bisexual men in an HIV sample. HNRC Group», *Arch. Sex. Behav*, 1995, 24(1):55-72.

23. Levine, S.B., «Psychiatric diagnosis of patients requesting sex reassignment surgery», *J. Sex Marital Therapy*, 1980, Fall; 6 (3): 164-73.
24. Van Kesteren P y otros, «Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones», *Clin Endocrinol*, 1997,47(3): 337-342.
25. Bodlund O; Armelius K., «Self-image and personality traits in gender identity disorders: an empirical study», *J. Sex Marital Therapy*, 1994, 20(4): 303-17.
26. Meyer WJ y otros, «A. Physical and hormonal evaluation of transsexual patients. A longitudinal study». *Arch Sex Behav*. 15, 1986: 11-138.
27. Fabris B; Trombetta C; Belgrano E., *Il Transessualismo: identificazione di un percorso diagnostico e terapeutico*, Milano, Kurtis editrice, 1999.
28. Informe del Panel de Expertos. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Diciembre de 2001.
29. Landén M y otros, «Factors predictive of regret in sex reassignment», *Acta Psych Scandinavica*, 1998 Apr; 97(4):284-9.
30. Esteve de Antonio, I y otros, «Evaluación endocrinológica y tratamiento hormonal de la transexualidad en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género en Andalucía de Málaga», *Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana*. 2001, Vol. 27. Nº 4: 273-280 y 8,20.
31. Asscheman H; Gooren L., *Gender Dysphoria: Interdisciplinary approaches in clinical management*, New York, Bockting W, Coleman E. eds. ,Haworth Press, 1992.
32. Asscheman H; Gooren L; Eklund P., «Mortality and morbidity in transsexual patients with cross-gender hormone treatment», *Metabolism*, 1989,38(9): 869-873.
33. Spinder T. y otros, «Effects of long-term testosterone administration on gonadotropin secretion in agonadal female-to-male transsexuals compared with hipogonadal and normal women», *Journal Of Clin Endocrinol And Metabolism*, 1989, 68:200-207.
34. Damewood MD. y otros, «Exogenous estrogen effect on lipid/lipoprotein cholesterol in transsexual males», *J. Endocrinol. Invest*, 1989; 12:49-454.
35. Asscheman H. y otros, «Serum testosterone level is the major determinant of the male-female differences in serum levels of highdensity lipoprotein (HDL cholesterol and HDL2 cholesterol», *Metabolism*, 1994, 43:935-939.
36. Polderman KH. y otros, «Induction of insulin resistance by androgens and estrogens», *J. Clin. Endocrinol. Metab*, 1994, 79:265-271.
37. Polderman KH. y otros, «Influence of sex hormones on plasma endothelin levels», *Ann. Intern. Med*, 1993, 118:429-432.
38. Giltay EJ. y otros, «Visceral fat accumulation is an important determinant of PAI-1 levels in young, non obese men and women: modulation by cross-sex hormone administration», *Arterioscler Thromb Biol*, 1998, 18(11):1716-1722.
39. Barradell LB, Faulds D., «Cyproterone. A review of its pharmacology and therapeutic efficacy in prostate cancer», *Drugs and Aging*, 1994, 5:59-80.
40. Watanabe S. y otros, «Three Cases Of Hepatocellular Carcinoma Among Cyproterone



- Users. Ad Hoc Committee on Androcur users», *Lancet*, 1994, 344:1567-1568.
41. Bagatell CJ. y otros, «A comparison of the suppressive effects of testosterone and a potent new gonadotropin-releasing hormone antagonist on gonadotropin and inhibin levels in normal men», *J.Clin Endocrinol.Metab*, 1989, 69(1):43-48.
 42. Bradley S; Zucker K., «Gender Identity Disorder: A Review of the past 10 years», *J Med Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997, 36 (7):872-880.
 43. Lips P. y otros, «The effect of androgen treatment on bone metabolism in female to male transsexuals», *J.Bone Miner Res*, 1996, 11(11):1769-1773.
 44. Rehman, J. y otros, «The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients», *Arch Sex Behav*, 1999, Vol. 28, Nº 1.
 45. Lundstrom, B.; Walinder, J., «Evaluation of candidates for sex reassignment», *Nordisk Psykiatrisk*, 1985, 39:225-228.
 46. Landén M; Wålinder J; Lundström B., «Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: a descriptive study», *Acta Psych Scandinavica*, 1998, Mar, 97(3):189-194.
 47. Rakic Z. y otros, «The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patients of both sexes», *Arch Sex Behav*, 1996, Oct, 25(5): 515-25.
 48. Bodlund, Owe; Kullgren Gunnar., «Transsexualism: general outcome and pronostic factors: A five year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex», *Arch Sex Behav.*, 1996, 25(3):303.
 49. Tsoi WF. Y otros, «Follow-up study of female transsexuals», *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 1995, 24(5):664-667.
 50. Tsoi WF., «Follow up study of transsexuals after sex-reassignment surgery», *Singapore Medical Journal*, 1993, 34(6): 515-519.
 51. Lundström B; Pauly I; Walinder J., «Outcome of sex reassignment surgery», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1984, 70(4):289-294.

Trinidad Bergero Miguel, Guadalupe Cano Oncala. *Psicóloga. Servicio de Psiquiatría. Hospital Carlos Haya. Málaga*

Francisco Giraldo Ansio. *Cirujano Plástico. Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora. Hospital Carlos Haya. Málaga*

Isabel Esteva de Antonio. *Endocrinóloga. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Carlos Haya. Málaga*

María Victoria Ortega Aguilar, Marina Gómez Banovio. *Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Carlos Haya. Málaga*

La correspondencia debe dirigirse a:
 Trinidad Bergero Miguel
 C/. Las Palmeras, 4 - 29018 Málaga

Guadalupe Cano Oncala, Trinidad Bergero Miguel, Isabel Esteva de Antonio, Francisco Giraldo Ansio, Marina Gómez Banovio, Isolde Gorneman Schaffer

LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO EN PACIENTES TRANSEXUALES¹

GENDER IDENTITY CONSTRUCTION IN TRANSSEXUAL PATIENTS¹

■ RESUMEN

Se presenta un estudio de la forma de comienzo y el curso de los síntomas principales de la transexualidad en 200 pacientes pertenecientes a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del HR. Carlos Haya de Málaga (España). El análisis exhaustivo de variables psicopatológicas y sociofamiliares asociadas al trastorno así como las diferencias encontradas entre pacientes hombre-a-mujer y pacientes mujer-a-hombre en el proceso de cambio de sexo, resultan fundamentales para el correcto diagnóstico y abordaje psicoterapéutico de la transexualidad.

Palabras clave: Transexualidad, variables psicopatológicas, variables sociofamiliares, diagnóstico y abordaje psicoterapéutico.

■ SUMMARY

A study is presented of the onset and course of the main symptoms of transsexuality in 200 patients from the Gender Identity Disorder Unit of Carlos Haya hospital, Malaga, Spain. Detailed study of the psycho-pathological, social and family variables associated with the disorder is necessary. Furthermore, understanding differences between male-to-female and female-to-male patients during the course of sex change are fundamental for the correct diagnosis and psychotherapy of transsexuality.

Key words: Transsexuality. Psychopathological variables, Social variables. Family variables. Diagnosis. Psychotherapeutic approach.

1. La realización de este trabajo ha contado con la ayuda FIS 01/0447
This study was supported by the grant FIS 01/0447

■ INTRODUCCIÓN

La transexualidad es la forma de presentación más grave de los trastornos de la Identidad de género (1).

El paciente transexual sabe que biológicamente es un varón o una mujer, pero se muestra incapaz de identificarse con aquellos comportamientos, actitudes y rasgos de personalidad que la sociedad designa como masculino o femenino y que son más apropiados o más típicos del rol masculino o femenino (2).

En una sociedad que prepara a los hombres y a las mujeres para comportamientos de rol de género muy distintos y específicos, el paciente transexual ha de adquirir nuevos patrones de comportamiento diferentes más tarde en la vida (3).

La construcción de la identidad de género del otro sexo, causará a la persona transexual una profunda perturbación psicológica que en mayor o menor medida estará presente durante toda su vida.

La falta de incorporación de esta patología a la red sanitaria pública española ha condicionado en gran medida la escasez de publicaciones que evalúen o comparen resultados. Desde 1999 el Hospital Carlos Haya de Málaga cuenta con un equipo multidisciplinar que asiste a pacientes transexuales de forma pública.

El estudio exhaustivo de la forma de comienzo y el curso de los síntomas, la edad de comienzo del trastorno y las variables sociofamiliares asociadas al mismo, son fundamentales para diagnosticar y elaborar objetivos de tratamiento realistas y ajustados a las necesidades de los pacientes transexuales, que además acuden a la Unidad de Trastornos de la Identidad de Género (en adelante UTIG) de Málaga para recibir asistencia a edades cada vez más tempranas.

De particular interés ha sido encontrar diferencias entre pacientes hombre-a-mujer y pacientes mujer-a-hombre en diversas variables analizadas. Los hallazgos encontrados respecto a las diferencias en la adquisición de la identidad de género en ambos grupos de pacientes, merece ser examinada no sólo por razones teóricas, sino porque tienen importantes consecuencias para la práctica clínica.

■ MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos

El estudio está compuesto por 200 pacientes con diagnóstico clínico de transexualidad que están siendo atendidos en la UTIG del Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga. La muestra está constituida por 125 pacientes hombre-a-mujer y 75 pacientes mujer-a-hombre con edades comprendidas entre los 15 y 61 años para la muestra hombre-a-mujer y entre los 18-45 años para la muestra mujer-a-hombre.

Los criterios de exclusión para el estudio fueron 4: 1) Psicosis, 2) Trastorno de personalidad grave, 3) Adicciones y 4) Rechazo a participar en el estudio.

Procedimiento

Una vez confirmado el diagnóstico de transexualidad por la psicóloga de la UTIG, se concertó una entrevista con los pacientes en la que se informó de los objetivos del proyecto y se pidió la participación voluntaria y confidencial a través del consentimiento informado por escrito. Este documento fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Carlos Haya de Málaga.

Material

Se ha elaborado un cuestionario estructurado explorando datos del comienzo y curso de los síntomas de la transexualidad que incluye: «Pensamiento, sentimiento y deseo de pertenecer al otro sexo»; «Adopción del rol del otro sexo en la intimidad y en el entorno social»; «Comunicación de la transexualidad al entorno sociofamiliar»; «Factores de estrés percibidos» y datos que revelan la situación de sufrimiento psíquico que se traducen en: «Antecedentes de utilización de servicios de salud mental»; «Ideación e intentos autolíticos»; «Agresiones y maltrato recibidos» (5-12).

Estadística utilizada

Se han analizado los datos con pruebas de diferencias de medias T de Student para muestras independientes con $\alpha=0.05$ y Pruebas Chi-cuadrado para testar asociación entre datos cualitativos con $\alpha=0.05$.

RESULTADOS

1. Pensar, sentir y desear con intensidad pertenecer al otro sexo:

Los datos referidos al comienzo y establecimiento de los síntomas de debut de la transexualidad muestran que los 200 pacientes evaluados *pensaron* con intensidad que querían pertenecer al sexo opuesto. La edad media estimada a la que pensaron esto por primera vez es de 9.51 años ($Sx \pm 3.11$) para el grupo hombre-a-mujer y a los 8.85 años ($Sx \pm 2.43$) para el grupo mujer-a-hombre. El 100% de los pacientes refieren que este pensamiento se establece de forma permanente a los 13.46 años ($Sx \pm 3.83$) para el grupo hombre-a-mujer y a los 12.50 años ($Sx \pm 4.71$) para el grupo mujer-a-hombre.

Los 200 pacientes transexuales evaluados *sintieron* con intensidad que querían pertenecer al sexo opuesto. El grupo hombre-a-mujer sintió con intensidad que quería ser una mujer a los 10.95 años ($Sx \pm 4.31$) y se estableció de forma permanente este sentimiento con 13.97 años ($Sx \pm 3.95$). El grupo mujer-a-hombre siente que quiere ser un varón con una media de edad estimada de 10.48 años ($Sx \pm 4.07$), estableciéndose este sentimiento con 12.28 años ($Sx \pm 5.04$).

Todos los pacientes hombre-a-mujer del estudio refieren que desearon adoptar el aspecto físico de una mujer por primera vez con una media de edad estimada de

14.20 años ($Sx \pm 3.67$). Se establece de forma definitiva este deseo a los 16.27 años ($Sx \pm 3.96$). Los 73 pacientes hombre-a-mujer evaluados desearon adoptar la apariencia externa de un varón por primera vez con una media de edad estimada en 12.53 años ($Sx \pm 3.97$) y fue definitivo este deseo con una media de edad de 14.93 años ($Sx \pm 5.04$). La $P=0.08$ establece que son dos muestras independientes respecto al deseo de adoptar el aspecto físico del otro sexo.

La totalidad de los pacientes del estudio refieren que rechazan, sienten repulsión o desearían que los genitales y/o mamas según el caso, no formaran parte de su persona. La edad media estimada a la que fueron conscientes de que rechazaban sus genitales se estima en 12.53 años ($Sx \pm 4.47$) en la muestra de pacientes hombre-a-mujer y de 11.31 años ($Sx \pm 3.14$) en la muestra de pacientes mujer-a-hombre. (Hay que tener en cuenta en la muestra mujer-a-hombre que se incluye el rechazo a las mamas).

2. Adopción del rol del otro sexo en la intimidad y en el entorno social:

El 97% de los pacientes entrevistados refieren que comenzaron a poner en práctica el conjunto de conductas de rol del otro sexo, como hablar, moverse, vestirse, imaginarse situaciones, etc., primero en *la intimidad del hogar*. En el grupo de pacientes hombre-a-mujer, la edad media a la que empiezan a adoptar estas conductas en la intimidad de forma intermitente se sitúa a los 13.81 años ($Sx \pm 4.17$) y se establece como una conducta habitual para este grupo con una media de edad de 16.96 años ($Sx \pm 4.10$). El grupo de pacientes mujer-a-hombre comienza a adoptar las conductas de rol del sexo masculino en la intimidad del hogar de forma intermitente con una media de edad estimada de 11.36 años ($Sx \pm 3.73$), estableciéndose de forma definitiva con 12.95 años ($Sx \pm 4.04$).

Existen diferencias significativas entre las dos muestras de pacientes en la variable «edad a la que comienzan a adoptar las conductas de rol del otro sexo en la intimidad del hogar» y en «la edad a la que se establece este comportamiento» con una $P=0.001$.

También se objetivan diferencias significativas respecto a la edad a la que comienza cada grupo a desempeñar el comportamiento (forma de vestir, maneras, roles, etc.) del otro sexo entre familiares, amigos, y público en general y la edad a la que cada grupo establece este comportamiento. En el grupo de pacientes hombre-a-mujer la edad media a la que adoptan el comportamiento de una mujer en el contexto sociofamiliar se estima en 17.49 años ($Sx \pm 4.08$), estableciéndose de forma definitiva con una media de edad de 18.18 años ($Sx \pm 4.22$). El grupo mujer-a-hombre comienza a adoptar el comportamiento de un varón con una edad media establecida en 13.95 años ($Sx \pm 5.17$), y se establece definitivamente con 14.75 años ($Sx \pm 4.97$). La $P=0.001$ nos indica que nos encontramos con dos muestras independientes respecto a estas variables.

El grupo de pacientes hombre-a-mujer inicia y establece el rol femenino en el contexto laboral con una media de edad estimada en 18.60 años ($Sx \pm 3.81$). El grupo de pacientes mujer-a-hombre comienza y establece el rol de varón en el contexto laboral con 17.40 años ($Sx \pm 3.70$). Existen diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes con una $P=0.047$

3. Búsqueda de ayuda para cambio de sexo:

Antes de acudir a nuestra Unidad, el 56.9% de pacientes hombre-a-mujer y el 45.5% de mujer-a-hombre se había sometido a intervenciones quirúrgicas y/o seguían un tratamiento hormonal prescrito por un profesional médico. La media de edad estimada para el grupo hombre-a-mujer en tratamientos profesionales previos es de 21.81 años ($Sx \pm 5.95$) y de 26.24 años ($Sx \pm 5.51$) en el grupo mujer-a-hombre. Existen diferencias significativas entre ambas muestras de pacientes con una $P=0.001$.

Se han sometido a tratamientos estéticos y cosméticos para adquirir la apariencia externa del otro sexo el 74.1% de pacientes del grupo hombre-a-mujer y el 50% del grupo mujer-a-hombre. Las medias de edad estimadas a la que se someten a tratamientos estéticos son: 17.88 años ($Sx \pm 4.77$) para el grupo hombre-a-mujer y 17.06 ($Sx \pm 6.09$) para el grupo mujer-a-hombre.

El 47.4% del grupo hombre-a-mujer se han sometido a tratamiento hormonal por su cuenta sin control médico para adquirir la apariencia externa de una mujer. La edad media estimada para esta conducta se sitúa en los 17.52 años ($Sx \pm 3.28$). Respecto al grupo mujer-a-hombre, el 4.4% de la muestra se ha autotratado con hormonas. La media de edad a la que se someten a tratamiento hormonal sin prescripción médica se sitúa para este grupo de pacientes en los 22 años ($Sx \pm 8.48$).

4. Comunicación de la transexualidad al entorno sociofamiliar:

El grupo de pacientes hombre-a-mujer comunica por primera vez a la familia su situación personal con una media de edad estimada en 17.80 años ($Sx \pm 5.03$), el grupo mujer-a-hombre con 19.85 años ($Sx \pm 5.86$). Existen diferencias significativas entre ambas muestras de pacientes respecto a esta variable ($P=0.022$).

La edad media estimada que tenían cuando comunican a los amigos su situación es de 17.07 años ($Sx \pm 5.04$) para el grupo hombre-a-mujer y de 18.09 años ($Sx \pm 5.88$) para el grupo mujer-a-hombre.

Respecto a la edad que tenían cuando comunicaron su situación a una persona que les atraía, el grupo hombre-a-mujer tenía una media de edad de 19.08 años ($Sx \pm 4.65$) y el grupo mujer-a-hombre 18.82 años ($Sx \pm 4.80$).

5. Factores de estrés percibidos:

Las situaciones de estrés valoradas de mayor a menor preocupación/angustia por el grupo hombre-a-mujer son: «el crecimiento del vello facial; la relación diaria con

el propio cuerpo (ducharse, vestirse); presentar documentación en persona donde se identifique el nombre original; esperar la intervención quirúrgica y los trámites legales para el cambio de sexo».

Para el grupo de pacientes mujer-a-hombre las situaciones más estresantes la constituyen: «la relación diaria con el propio cuerpo; que se aprecien las mamas; esperar las intervenciones quirúrgicas; comunicar a la familia su condición transexual y presentar documentación en persona».

6. *Antecedentes de utilización de servicios de salud mental:*

69 pacientes del grupo hombre-a-mujer (57%) y 54 pacientes del grupo mujer-a-hombre (43%) han acudido alguna vez en sus vidas a servicios de salud mental. El 22% fue atendido por psiquiatras, en un 56% por psicólogos y en el 22% restante por ambos profesionales. El motivo de consulta fue en todos los casos la transexualidad. De los pacientes hombre-a-mujer que acudieron a salud mental, 40 fueron diagnosticados de transexualidad y el resto de diversas patologías, principalmente trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Respecto al grupo mujer-a-hombre, 28 pacientes recibieron el diagnóstico de transexualidad, el resto igual que en el grupo hombre-a-mujer.

7. *Ideación e intentos autolíticos:*

Los datos sobre ideación e intentos autolíticos evaluados en ambos grupos de pacientes muestran que el 59.3% de pacientes hombre-a-mujer y el 40.7% de pacientes mujer-a-hombre refieren haberse sentido tan decaídos y tan tristes que *pensaron* alguna vez en suicidarse. La media de edad que tenían cuando pensaron por primera vez en suicidarse se estima en 17.97 años ($Sx \pm 6.28$) para el grupo hombre-a-mujer y en 17.72 años ($Sx \pm 5.79$) para el grupo mujer-a-hombre. 37 pacientes hombre-a-mujer y 23 pacientes mujer-a-hombre han intentado suicidarse a lo largo de su vida. Algunos de estos pacientes, más de una vez (media estimada de intentos autolíticos 2.15 veces $Sx \pm 1.63$)

La media de edad estimada para el primer intento autolítico se establece con 20.75 años ($Sx \pm 5.65$) para pacientes hombre-a-mujer y con 19.90 años ($Sx \pm 5.65$) para pacientes mujer-a-hombre. Se refieren como causas de los intentos autolíticos: la fuerte conflictividad familiar como consecuencia de la transexualidad, la dificultad para cambiar el cuerpo, el rechazo social que sentían y por último pensar que no existía solución para su problema. Siete pacientes hombre-a-mujer y cinco pacientes mujer-a-hombre han ingresado alguna vez en su vida en unidades de agudos de Psiquiatría por intentos autolíticos.

8. Agresiones y maltrato recibidos:

El 68.1% de pacientes hombre-a-mujer refieren haber sufrido alguna vez en su vida situaciones de violencia y maltrato. Alegan haber sido maltratados principalmente a consecuencia de la transexualidad. Las agresiones procedían en primer lugar de desconocidos, en segundo lugar de conocidos y amigos del entorno y en tercer lugar del padre. Refieren la adolescencia como el período de sus vidas en el que más fueron maltratados o agredidos.

El 31.9% de pacientes mujer-a-hombre han sufrido alguna vez en su vida situaciones de agresiones o maltrato. La causa de la agresión recibida fue principalmente la transexualidad. La agresión fue llevada a cabo en primer lugar por desconocidos, en segundo lugar por el padre y en tercer lugar por parte de la pareja. Refieren la proporción más alta respecto a la frecuencia de agresiones recibidas «durante toda la vida» y en segundo lugar en «la adolescencia».

Existen diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes en la variable agresiones y maltrato recibidos ($X^2=0.020$).

■ DISCUSIÓN

Los resultados estadísticos muestran que no existen diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes en los ítems de evaluación referidos a la presencia y permanencia de pensamientos y sentimientos de inadecuación al propio género, así como los referidos al rechazo de genitales. La bibliografía es concluyente en el supuesto de que el deseo temprano y persistente de vivir plenamente en el papel del sexo opuesto permite a los pacientes transexuales una mayor facilidad para adquirir el nuevo rol e identidad sexual necesario para cumplir su deseo inicial y básico de llegar a ser una verdadera persona (3). Asimismo la sensación de miedo o aversión a los genitales es común a hombres y mujeres (5).

El grupo de pacientes mujer-a-hombre se muestra más precoz que el grupo hombre-a-mujer en el deseo de adoptar el aspecto físico de un varón e inician y establecen antes el rol masculino en la intimidad del hogar, entre familiares y amigos y en el contexto laboral.

Un aspecto importante a señalar respecto a estas importantes diferencias se refiere a las creencias sociales en torno al género. La sociedad es más tolerante hacia las mujeres que visten o se comportan como hombres que hacia hombres que se comportan como mujeres (2).

Respecto al apoyo familiar percibido por ambos grupos de pacientes durante el proceso de cambio de sexo, encontramos que la calidad de las relaciones con los padres y hermanos es mejor para el grupo mujer-a-hombre (13,14). Esto tiene consecuencias muy favorables para estos pacientes, ya que el aprendizaje de las conductas de rol masculinas son considerablemente facilitadas por el entorno sociofamiliar.

Las situaciones de agresiones y maltrato recibidas en la muestra hombre-a-mujer alertan que el entorno relacional de este grupo tiene dificultades para reconocer al paciente en su rol femenino y estas actitudes pueden tener como consecuencia que el proceso de adquisición de la identidad de género femenina sufra interrupciones y dificultades. El escaso reconocimiento y aceptación por parte de la comunidad del rol femenino que comienzan a desempeñar dificulta la construcción de su identidad como mujer.

El grupo hombre-a-mujer comienza a una edad más temprana los tratamientos hormonales y las intervenciones quirúrgicas (mamoplastia, principalmente) para conseguir la apariencia física de una mujer (15). Eliminar los caracteres secundarios del sexo masculino y adquirir los del aspecto físico femenino resulta especialmente complejo para este grupo. Una vez que se ha completado el desarrollo puberal, el tratamiento hormonal feminizante no consigue revertir el desarrollo del esqueleto, la forma de la mandíbula, el tamaño y forma de manos y pies o la estrechez de la pelvis ni siempre se alcanza el grado de desarrollo mamario deseado por la paciente (15,16). Tampoco logra la eliminación del vello facial (15,17), que constituye de forma significativa la mayor causa de sufrimiento para la paciente hombre-a-mujer, aún después de la cirugía (15). Debido a la urgente necesidad de adoptar la apariencia externa de una mujer, así como las dificultades que encuentran para ser tratadas por el sistema sanitario, recurren al autotratamiento hormonal con efectos secundarios para su salud (18).

Los tratamientos con andrógenos producen en el paciente mujer-a-hombre un completo y llamativo desarrollo masculino (16), constituyendo un aspecto fundamental en la construcción de la identidad de género de este grupo de pacientes.

Gran número de personas que demandan asistencia sanitaria por transexualidad no son correctamente diagnosticados y tratados debido a que han sido confundidos con otras condiciones como homosexualidad, transvestismo o estados intersexuales patológicos (16). Muchas formas de transexualidad mujer-a-hombre tienden a ser poco visibles culturalmente, especialmente para los servicios de salud mental (16). Asimismo la intensidad del sufrimiento del cuadro puede mantenerse oculto debido al temor a las consecuencias que pueda tener en su entorno (5).

Esta compleja situación propicia que muchos pacientes transexuales presenten una mortalidad por suicidio mayor que la población general (10,20).

■ CONCLUSION

Los resultados obtenidos confirman la precocidad en el comienzo del problema y la necesidad de que los profesionales sanitarios en general y de salud mental en particular, se encuentren atentos a estos síntomas, sobre todo los que trabajan con niños y adolescentes.

Resulta importante el diagnóstico precoz, diagnósticos diferenciales y el correcto abordaje, así como el conocimiento exhaustivo de los factores que dificultan y facilitan la adquisición del nuevo género en cada grupo transexual.

La prevención de posibles dificultades que puedan acontecer en el contexto familiar, escolar y laboral, se erigen como importantes objetivos terapéuticos de cara a paliar el elevado impacto emocional que conlleva la transexualidad para el paciente y su familia.

Los datos expuestos nos acercan a la comprensión de cómo las diferencias en la adquisición de la identidad de género entre ambos grupos de pacientes se ve facilitada por el apoyo del entorno social y los cambios físicos producidos por el tratamiento hormonal. Estas diferencias tienen implicaciones clínicas fundamentales, ya que cada grupo posee factores de riesgo y factores de protección específicos en su proceso de cambio de sexo.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Chiland, C., *Cambiar de sexo*, Madrid, Ed. Biblioteca nueva, 1999.
2. Herman,-Jeglinska, A y otros, «Masculinity, femininity, and transsexualism», *Arch-Sex-Behav*, 2002, 31(6): 527-534
3. Rehman, J y otros, «The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients», *Arch-Sex-Behav*, 1999, 28 (1): 534-572
4. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA), *The Standards of care for Gender Identity Disorders. (Sixth version)*, Mineapolis, HBIGDA, 2001.
5. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
6. OMS, *CIE-10: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic criteria for research*, 1992.
7. Hales RE; Yudofsky SC; Talbott JA., *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Ed. Ancora, 1996.
8. Roberts JE; Gotlib IH., «Lifetime episodes of dysphoria: gender, early childhood loss and personality», *British J. Clinical Psychology*, 1997, 36:195-208.
9. Weinrich, J.D. Y otros, «Is gender dysphoria dysphoric? Elevated depression and anxiety in gender dysphoric and nondysphoric homosexual and bisexual men in a HIV sample. HNRC Group», *Arch. Sex. Behav.*, 1995, 24 (1): 55-72.
10. Levine, S.B., «Psychiatric diagnosis of patients requesting sex reassignment surgery», *J. Sex Marital Therapy*, 1980, Fall, 6 (3): 164-73.
11. Cole, C.M. y otros, «Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses», *Arch-Sex-Behav*, 1997, 26(1): 13-26.
12. Becker, S. y otros, German Standards for the Treatmen and Diagnosis Assessment of Transsexuals. IJT 1998, 2(4), <http://www.symposion.com/ijt/ijt0603.htm>

13. Wolfradt, U. y Neumann, K., «Depersonalization, self-Esteem and Body Image in Male-to-Female Transsexuals compared to Male and Female controls», *Arch-Sex-Behav*, 2001, 30 (3): 301-310
14. Fabris B; Trombetta C; Belgrano E., *Il Transsexualismo: identificazione di un percorso diagnostico e terapeutico*, Milano, Kurtis editrice. 1999.
15. Esteva de Antonio, I y otros, «Evaluación endocrinológica y tratamiento hormonal de la transexualidad en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género en Andalucía de Málaga», *Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana*. 2001, Vol. 27. Nº 4 :273-280
16. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Grupo de Trabajo sobre Trastornos de la identidad de Género, «*Trastornos de la identidad de género: Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento*», Mayo 2002.
17. Meyer III, W. y otros, Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association *The Standards of care for Gender Identity Disorders- Sixth Version*. 2001, IJT 5(1), http://www.symposion.com/ijt/soc_01/index.htm
18. Blanchard, R. y otros, «Pronostic factors of regret in postoperative transsexuals», *Canadian Journal of psychiatry*, 1989, 34(1): 43-45.
19. Bergero Miguel, T. y otros, » Evaluación diagnóstica y seguimiento psicológico en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía (Málaga)», *Cir. Plást. Iberlatinamer*. 2001, Vol 27 Nº 4: 263-272.
20. Cohen Kettenis P.; Van Gooren S., »Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study», *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997, 36(2): 263-276

Guadalupe Cano Oncala, Trinidad Bergero Miguel. *Psicóloga. Servicio de Psiquiatría. Hospital Carlos Haya. Málaga*

Isabel Esteva de Antonio. *Endocrinóloga. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Carlos Haya. Málaga.*

Francisco Giraldo Ansio. *Cirujano Plástico. Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora. Hospital Carlos Haya. Málaga.*

Marina Gómez Banovio. *Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Carlos Haya. Málaga*

Isolde Gorneman Schaffer. *Epidemióloga. Responsable del Área de Proyectos. Fundación Hospital Carlos Haya. Málaga*

La correspondencia debe dirigirse a:
 Trinidad Bergero Miguel
 C/. Las Palmeras, 4 - 29018 Málaga

*López Alvarez, Marcelino; Laviana Cuetos, Margarita; Alvarez Jiménez, Francisco;
González Alvarez, Sergio; Fernández Doménech, María; Vera Peláez, María Paz*

ACTIVIDAD PRODUCTIVA Y EMPLEO DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO. ALGUNAS PROPUESTAS DE ACTUACIÓN BASADAS EN LA INFORMACIÓN DISPONIBLE

WORK AND EMPLOYMENT FOR PEOPLE WITH SEVERE MENTAL DISORDERS.
SOME PROPOSALS BASED ON THE AVAILABLE INFORMATION

■ RESUMEN

Hay un creciente interés, en el campo de la atención comunitaria a personas con trastorno mental severo, por los temas relacionados con el empleo. Tanto en Estados Unidos como en Europa se están desarrollando a la vez nuevas iniciativas y un número creciente de investigaciones que van aportando nuevo conocimiento a este importante campo de intervención, al que, con más lentitud de la debida, vamos incorporándonos también en nuestro país.

En esa situación el artículo parte de la revisión de la información disponible sobre el tema, como base para elaborar y someter a debate algunas líneas de actuación, que recogen también los aspectos más generales de nuestra experiencia en Andalucía. A ese respecto se exponen las características generales que, en nuestra opinión, debería tener un programa destinado a facilitar actividad productiva y empleo a personas con trastorno mental severo en el contexto de nuestro país.

Palabras clave: Rehabilitación vocacional, Empleo, Integración laboral, Personas con trastorno mental severo.

■ ABSTRACT

There is an increasing interest, in the field of the community care for people with severe mental illness, for vocational rehabilitation and employment topics. As much in United States as in Europe there are developing, simultaneously, new initiatives and an increasing number of research that are contributing new knowledge to this important field, to which, with some delay, we are also incorporating in our country.

In this context, the paper starts with a review of the above topic, as a basis for proposing and debating some guidelines that also takes the most general aspects from our experience in Andalusia. To this respect we expose the general characteristics that, in our opinion, should have a programme to facilitate work and employment for people with severe mental illness.

Key words: Vocational Rehabilitation, Employment, Work Integration, People with Severe Mental Disorders.

■ INTRODUCCION

El interés por el empleo de personas con enfermedades mentales graves y, especialmente, de aquellas con diagnóstico de esquizofrenia, está creciendo de manera significativa, ganando un progresivo reconocimiento profesional y ciudadano como una de las áreas a cubrir en la atención socio-sanitaria a dichas personas. Reconocimiento e interés en los que confluye una doble perspectiva (1-4), según se contemple como un derecho ciudadano o como un componente más de los programas de rehabilitación. De ahí que los programas destinados a facilitar la adquisición y mantenimiento de empleo de personas con trastorno mental severo sean, a la vez, parte de los programas de apoyo al empleo de colectivos desfavorecidos (5), y parte de los programas de atención sanitaria y social en salud mental (6,7).

En realidad esa doble perspectiva, que puede ser vista como resultado de enfoques u orientaciones diferentes (8,9) si bien no necesariamente contradictorios, debe ponerse en relación con los importantes cambios registrados en las últimas décadas, tanto en la consideración social de las personas con enfermedad mental como en la manera de organizar y desarrollar las distintas intervenciones que componen su atención (10-12). Así, tanto la preocupación por los derechos ciudadanos como la rehabilitación general y específicamente laboral, son componentes básicos de la llamada Salud Mental Comunitaria o Atención Comunitaria en Salud Mental, entendida como la orientación o «paradigma tecnológico» dominante (11,12) en la atención a personas con graves problemas de salud mental.

Dicha orientación se basa en principios de salud pública, prioriza las dimensiones de funcionalidad personal y social, así como la necesidad de redes complejas de intervenciones y servicios, basadas en el trabajo en equipo y la participación, tal y como hemos señalado en otras ocasiones (11,12). En concreto, con respecto a la atención a las personas con este tipo de problemas, defiende la necesidad de disponer, junto a intervenciones sanitarias de carácter biológico y psicosocial, de distintos tipos de dispositivos e intervenciones de apoyo social (6,7) que tienen, a pesar de su importante diversidad, algunas no menos importantes características comunes, en términos de justificación, orientación general, principios básicos de funcionamiento y mecanismos de articulación con las intervenciones más específicamente sanitarias.

Los programas de apoyo social buscan, en coordinación pero diferenciados de los servicios sanitarios, cubrir un conjunto de necesidades básicas de las personas con discapacidades derivadas de padecer graves problemas de salud mental, incluyendo fundamentalmente alojamiento, manutención y cuidados personales, actividad y empleo, relaciones sociales, apoyo personal y tutela. Programas que tienen también en conjunto una doble justificación (8,9,11-13):

- a) Por una parte pueden considerarse como complementarias de la atención sanitaria (tratamiento y rehabilitación), disponiendo de un cuerpo creciente de evi-

dencia empírica con respecto a su utilidad para mejorar la situación clínica y, sobre todo, el funcionamiento social y el grado de satisfacción (en definitiva la calidad de vida) de las personas con trastornos psicóticos y de sus familias. Y también con respecto a su contribución a disminuir el uso de recursos sanitarios, especialmente los más costosos y «traumáticos» como pueden ser los de hospitalización.

- b) Y por otra, como soporte básico para asegurar el mantenimiento en la comunidad de dichas personas, eliminando barreras y mejorando su capacidad real de ejercer derechos ciudadanos básicos. Aspecto que, en las sociedades con mayor nivel de desarrollo de políticas sociales («estado del bienestar»), tiene cada vez más importancia y justifica por sí mismo determinadas intervenciones, aunque su contribución «medible» a mejorar parámetros estrictamente clínicos sea baja o no haya podido todavía comprobarse con metodología científica.

Dentro de ellos ocupan un lugar clave, en términos tanto funcionales como históricos, los específicamente destinados a facilitar distintas formas de actividad productiva y empleo, y a ellos se dedica el presente texto. A este respecto, nuestro objetivo es hacer una revisión de los principales elementos que, en nuestra opinión, caracterizan el «estado actual» del tema en sus planteamientos teóricos, incluyendo tanto sus fundamentos como las características básicas que deberían tener los programas de intervención en este área, como base para algunas propuestas a tener en cuenta para su desarrollo en nuestro país.

■ ¿QUÉ SABEMOS HOY SOBRE LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA Y EL EMPLEO DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES SEVEROS

En una primera aproximación a la creciente literatura profesional sobre el tema, es necesario enfrentarse, como en muchos campos de la atención en salud mental (11,12), a algunos problemas «terminológicos», que esconden también en no pocas ocasiones, dimensiones «conceptuales».

Uno de ellos tiene que ver con la definición de la población destinataria de los programas. Dejando de lado el aún no resuelto problema de los «nombres» (14,15) que nos lleva a veces a verdaderos eufemismos con tal de no utilizar «palabras malditas»¹ es preciso delimitar claramente en cada caso si la información hace referencia a personas con *enfermedad mental*, a personas con *trastorno mental severo* o a personas con *Esquizofrenia* (16). Términos con diferente grado de «extensión», entre los que tenemos que elegir también cuando hacemos planteamientos de futuro sobre estos programas. En concreto, cuando se revisa bibliografía sobre el tema, se pueden producir no pocas confusiones si no se delimita, claramente y en cada caso, a qué población específica se hace referencia con algunas afirmaciones.

En nuestro caso, de lo que nos interesa hablar, en la inmensa mayoría de las ocasiones en que hacemos referencia a programas de integración laboral, es de *personas con trastorno mental severo*, ya que, aunque haya bastantes problemas de «ajuste laboral» en personas con otro tipo de problemas mentales, no parece haber un número importante de personas con patologías de las llamadas «menores» que presenten problemas de acceso y mantenimiento en el empleo, derivados específicamente de sus problemas psíquicos o que requieran un abordaje especial en razón de los mismos.

Pero, por otra parte, dentro del colectivo de personas con trastornos mentales severos, el grupo que plantea verdaderamente el mayor número de dificultades es el de las *personas con diagnóstico de esquizofrenia*. De hecho, es éste el «subgrupo» más numeroso en términos cuantitativos, así como el que se ve afectado por una mayor prevalencia de problemas de empleo: en torno al 90 % no tienen empleo en nuestras sociedades (17-19), y la mayoría de los que lo obtienen, suelen perderlo, como media, en no más de seis meses (20). Es también el que presenta mayor complejidad a la hora de plantearse maneras efectivas de ayudar a sus miembros a ser y mantenerse laboralmente activos (3,16,21). Si bien en muchas ocasiones se analizan las dificultades de las personas con este tipo de problemas como si constituyesen un colectivo homogéneo, y aunque, con una definición estricta de trastorno mental severo (22,23), sólo una parte de los diagnosticados de esquizofrenia forman parte de ese colectivo, de hecho la mayoría de los que plantean problemas de empleo pertenecen a ambos. Es por ello que, a lo largo del presente texto, haremos referencia básicamente a personas con *trastorno mental severo y diagnóstico de esquizofrenia*, si bien la mayoría de las afirmaciones que vamos a hacer se aplican sin grandes dificultades al conjunto de personas con trastornos mentales graves o «severos».

Pero, además de esa distinción, es necesario ponerse de acuerdo también en la definición de algunos términos que usamos a veces como sinónimos, a veces con diferentes sentidos no siempre coincidentes: «trabajo», «actividad», «ocupación» y «empleo». Problema que no parece que sea exclusivo de nuestro idioma (3), pero que genera entre nosotros no pocas dificultades y confusiones. Sin pretender resolver definitivamente el problema, proponemos utilizar el término «*actividad*» en su acepción más general, el de «*trabajo*» como sinónimo de «actividad productiva» (actividad organizada que da lugar a la producción de un objeto, bien o servicio, con independencia de que no se comercialice y/o retribuya, o de que la retribución no esté legalmente regulada) y el de «*empleo*» como trabajo o actividad productiva que da lugar a una retribución legalmente regulada. En este contexto reservaremos el término «ocupación» (de uso en Demografía como equivalente de «profesión») para, a través de su derivado «*ocupacional*», caracterizar actividades más o menos productivas, pero que no dan lugar a empleo en sentido estricto, diferenciándolas además de actividades de ocio o interacción social desprovistas del componente de producción de objetos o servicios.

1. *Actividad y empleo en personas con esquizofrenia: interés y dificultades*

Si consideramos, entonces, a las personas con diagnóstico de esquizofrenia, la distinción terminológica que proponemos nos ayuda a situar, en primer lugar las funciones múltiples que asume eso que llamamos «trabajo» (16,19,24-26) en la vida de todos nosotros y, especialmente, en la de las personas con esquizofrenia. En efecto, de manera resumida podemos considerar su papel en tanto que:

- a) *Actividad productiva*, que puede servir por sí misma como estímulo al desarrollo cognitivo, como elemento organizador de la vida cotidiana y como vehículo de relaciones sociales (26,28), funciones todas ellas que pueden resultar de especial importancia en la vida de estas personas;
- b) *Actividad retribuida*, que permite la autonomía económica necesaria (29,30) para desempeñar un rol social activo;
- c) *Actividad socialmente valorada*, que aumenta la autoestima a través del rol social de trabajador y del reconocimiento social que implica (19,31,32), en proporción directa a la valoración social concreta del tipo de empleo ejercido (imagen de la empresa, calidad del producto, nivel del puesto, etc (33).

Multiplicidad de funciones que permite y obliga a considerar distintas modalidades de programas de actividad productiva y empleo, que incluyan diferentes combinaciones de actividad, retribución y valoración social. Que lo deseable sea la combinación de las tres no significa que no sean útiles trabajos sin retribución o empleos de menor valoración social, cuando las combinaciones óptimas no sean alcanzables y/o sostenibles en el tiempo (26).

Por otra parte, hay suficiente evidencia acumulada en la literatura profesional (16,21,26,34-36) sobre las dificultades que una gran mayoría de estas personas presentan en este campo, dificultades de naturaleza y dimensiones múltiples, variables tanto individualmente a lo largo del tiempo, como entre unas y otras personas, y, en conjunto, bastante diferentes a las de otros colectivos con dificultades de empleo.

Dichas dificultades, que se reflejan en las elevadas cifras de desempleo que como ya se ha aludido, afectan al colectivo en diferentes lugares, resultan del encadenamiento concreto de distintos factores (24,25,37-39) que dependen fundamentalmente de:

- a) la propia enfermedad, afectando a áreas muy diversas de la persona (cognitivas, perceptivas, afectivas, relacionales, etc.), con evoluciones muy diversas y muy a menudo impredecibles (40-42).
- b) las repercusiones que la enfermedad tiene, en la historia personal de cada uno de ellos, sobre determinadas precondiciones básicas para la futura actividad laboral (37), determinando carencias educativas, ausencia de habilidades sociales y actitudes, valores y aspiraciones habitualmente inadecuadas,



- c) los efectos derivados del propio tratamiento (25,42,43), incluyendo efectos secundarios de la medicación, estrategias inadecuadas de rehabilitación, interferencias temporales entre empleo y atención sanitaria, etc.; y,
- d) el conjunto de barreras sociales desarrolladas a lo largo del tiempo y que incluyen (28) aspectos que van, desde el habitual efecto desincentivador de las pensiones (17,44,45), a todo el complejo de actitudes articulado por el estigma social y que afecta a los propios sujetos, a su familia, a los profesionales y a otros agentes sociales como empresarios, sindicatos, compañeros de trabajo, etc.(13,19,46,47).

Barreras entre las que hay que incluir el desconocimiento de las peculiaridades de este tipo de personas y que lleva a que, más allá de las buenas intenciones, determinados programas teóricamente orientados a favorecer su acceso al empleo, funcionen de nuevo como mecanismos reforzadores de la exclusión².

En conjunto, cabe afirmar que cualquier programa que pretenda incidir seriamente en el acceso y mantenimiento en el empleo de estas personas debería tener en cuenta al menos tres conceptos clave, cuyos términos van a aparecer repetidamente a lo largo del texto: la *especificidad* del colectivo, con relación a otras personas con problemas de empleo (35); la *variabilidad* individual (sincrónica y diacrónica) que lo caracteriza (48); y, la *complejidad* de actividades, dispositivos y programas que hay que poner en juego para intentar modificar positivamente las distintas variables que determinan sus dificultades en este área (11,12).

2. Evolución de los programas de empleo

En estos momentos disponemos ya de una considerable perspectiva histórica con respecto a distintos tipos de programas, utilizados a lo largo de bastantes años y en conexión con el desarrollo de diferentes modelos de atención comunitaria (28,49-52). Programas sobre cuyo mayor o menor grado de éxito, a la hora de facilitar el acceso y mantenimiento en el empleo de personas con este tipo de problemas, vamos disponiendo de un volumen creciente de datos sobre resultados (2,3,16,28,35-37,49,50,53-56).

A este respecto, el CUADRO I pretende ofrecer un resumen de las características generales, ventajas e inconvenientes de los principales modelos utilizados hasta ahora, en distintos países desarrollados. De él se desprende que los primeros modelos «ensayados» han tenido resultados más bien discutibles y presentan aspectos negativos, tal y como se han desarrollado históricamente. Lo que no significa que algunas de las actividades derivadas de ellos no sigan teniendo utilidad, en un contexto más amplio (28,57). Así, como luego veremos, algún tipo de actividad ocupacional (derivada de formas de empleo protegido) o actividades de rehabilitación vocacional (orientación, entrenamiento en búsqueda de empleo, formación profesional, empleo

de transición, etc.), que si por sí solas son insuficientes para mantenerse en un puesto de trabajo, pueden ser necesarias dentro de un abanico amplio de programas que permitan facilitar, de manera individualizada, distintas combinaciones de actividad productiva y empleo a diferentes miembros del colectivo que nos ocupa.

Parece, sin embargo, que los resultados obtenidos, por algunos de los programas de más reciente desarrollo, permiten afirmar que la consecución y mantenimiento en un empleo, por parte de personas con trastornos de tipo esquizofrénico, es posible en una proporción considerable de los casos (2,3, 35,36, 49,50, 53-56). Por su especial interés merece la pena detenerse un poco más en los dos últimos modelos de la tabla, de los que pensamos que, pese a desarrollarse en contextos sociales bastante diferentes entre sí (el primero en Estados Unidos y el segundo en Europa), pueden extraerse principios de funcionamiento útiles para la elaboración actual de programas concretos. Pasamos pues a describir con algo más de detalle, algunas de sus más importantes características, intentando hacer hincapié en lo que pueden tener de común (3,50,56), de cara a su posible inclusión en nuestras propuestas.

En primer lugar, hay que hacer referencia a los programas de «*Empleo con apoyo*» (36,53-55), desarrollados básicamente en USA y, en menor medida, en Canadá (58), que cuentan con bastantes experiencias consistentemente evaluadas (2,21,35,36,53-55) y que, a pesar de basarse en un contexto laboral y de servicios muy diferente al nuestro (2,51), muestran algunos elementos a tener en cuenta a la hora de plantearse programas en este área.

Una importante línea de investigación intenta relacionar el éxito de este tipo de programas (con resultados positivos en términos de empleo que superan en bastantes ocasiones el 50% de los participantes, manteniéndose en el tiempo, aunque en este aspecto la «evidencia» actual es menor (34) con la «fidelidad» a determinados principios específicos del modelo (55,59), tomados en conjunto, tal y como se resumen en el CUADRO II. Sin embargo, como luego veremos, parece razonable contar también con elementos concretos susceptibles de integrarse en otras aproximaciones. Así, podemos retener como factores clave los siguientes: la búsqueda y mantenimiento de empleos ordinarios³, la disponibilidad de mecanismos de apoyo individualizados, flexibles y continuados en el tiempo, con especial referencia a los derivados de la interacción cotidiana con los restantes trabajadores (60-67), y la relativa utilidad de la formación previa, si se asegura la formación y el seguimiento en el propio puesto de trabajo (68).

Factores que, junto a la atención integral de base comunitaria, las políticas de no exclusión a priori y la utilización de especialistas en empleo dentro de los servicios de salud mental, parecen ser los que mayor correlación presentan con los indicadores de éxito, en distintos estudios experimentales (59). Hay que destacar el énfasis que la mayoría de los estudios hacen en el papel múltiple y positivo que juegan los aspectos «normales» del trabajo (a diferencia de contextos clínicos,



rehabilitadores u ocupacionales) y especialmente la interacción cotidiana con personas no-enfermas sobre la base de reglas de funcionamiento comunes (61,65-67).

Y, paralelamente, hay que considerar también las experiencias de creación de «*Empresas sociales*» (3,13,17,33,52,56,69-71), en el contexto europeo, sobre la base de intentar articular lo mejor del empleo protegido (entornos específicamente adaptados y tolerantes⁴) y del empleo con apoyo (trabajo en empresas reales y con retribución de mercado). Aunque no disponemos, por el momento, de resultados derivados de evaluaciones en contextos experimentales (3,56,70), tales empresas parecen asegurar también el acceso y mantenimiento en el empleo de un número significativo de personas con graves problemas de salud mental, en sociedades que, como las europeas, tienen mercados laborales diferenciados del americano (con tasas de desempleo habitualmente superiores y pautas de empleo de mayor estabilidad, en general).

Un resumen de las características generales de este tipo de empresas puede verse en el CUADRO III. Características que adquieren peculiaridades en cada país (17,33,69-71) al tener que adaptarse a diferentes contextos y legislaciones laborales, adoptando también diferentes formas jurídicas (cooperativas, por ejemplo, como en el caso de Italia). En concreto, en el nuestro siguen viéndose obligadas a asumir la anacrónica e inadecuada figura de los «*centros especiales de empleo*». ⁵

Hay que señalar también, a pesar de diferencias conceptuales y de contexto, la existencia de distintas experiencias de desarrollo de iniciativas de autoempleo, relacionadas con el movimiento asociativo, tanto en USA como en Canadá (73,74).

Aunque falta un análisis detallado de similitudes y diferencias, así como comparaciones experimentales de sus resultados, ambos modelos constituyen en nuestra opinión las perspectivas actualmente más prometedoras, en las que, por otra parte, no resulta difícil encontrar principios comunes de utilidad para nuestro trabajo: empleos reales con responsabilidad y retribución reales, empresas competitivas, trabajadores con y sin enfermedad mental y apoyos individualizados y sostenidos en el tiempo, basados especialmente en la interacción cotidiana y la formación en el propio puesto de trabajo.

3. Factores predictivos y repercusiones

A pesar del esfuerzo realizado y tras muchos años de investigaciones sobre el tema, la búsqueda de variables «predictoras» de éxito o fracaso de los programas de empleo ha dado pocos resultados concretos. De hecho como consecuencia, probablemente inevitable, de la heterogeneidad de poblaciones, programas y metodologías de evaluación (75,76), muchos de los resultados publicados parecen en no pocas ocasiones contradictorios, por lo que resultan a menudo difíciles de tener en cuenta en la formulación de políticas y programas de intervención. Sin embargo, algunos de ellos sí pueden resultar de utilidad:

- a) Durante mucho tiempo se ha hecho hincapié en la escasa importancia del diagnóstico y/o la sintomatología a la hora de predecir las posibilidades de obtener empleo, como resultado de un programa de rehabilitación y/o integración laboral (43,49). Sin embargo, desde hace unos años, empieza a haber información de relevancia creciente sobre las mayores dificultades de personas con esquizofrenia, comparadas con las que presentan otros tipos de problemas mentales (35,77-79), y de modo especial, dentro de ese grupo diagnóstico, el de aquellas que presentan un claro predominio de sintomatología negativa y escasas habilidades sociales (78,80,81), aunque no hay concordancia absoluta entre los distintos estudios (82). Pero es, sobre todo, la asociación de malos resultados en términos de empleo con distintos tipos de alteraciones cognitivas, la que parece mostrar mayor consistencia en los estudios más recientes (78,80,83-87), con implicaciones importantes en la evaluación funcional y el desarrollo de intervenciones rehabilitadoras y de apoyo al empleo (80,88).
- b) Sigue sin haber datos concluyentes sobre la asociación del éxito o fracaso de los programas de empleo con la mayoría de las variables sociodemográficas habituales (79,80,82), aunque parece confirmarse en distintos estudios el papel de la historia laboral previa a la hora de predecir el probable éxito de aquellos (43,80). Sin embargo, al igual que sucede con el menor número y duración de episodios de hospitalización (43), no está claro si se trata de factores causales o meros indicadores de una posible «baja afectación», cuyas causas siguen siendo bastante poco conocidas.
- c) Parece mantenerse también la dificultad para obtener información útil para los programas de empleo basada en el funcionamiento en otras áreas funcionales (18,89) y, especialmente, en otros contextos como el hospitalario (43) o, por extensión, otros servicios sanitarios. Sí parece, en cambio, tener algún valor (aunque con peso variable) la adquisición y mantenimiento de algunas habilidades de ajuste laboral, antes del inicio de los programas (77).
- d) Y, finalmente, como conclusión que parecería obvia pero no siempre tenida en cuenta, diversos estudios resaltan la importancia básica del «deseo de trabajar», de que el empleo sea un objetivo real para la persona concreta que entra en el programa (35,43,53,90). Podríamos estar aquí ante un factor clave que hace perder peso al efecto de muchos de los restantes factores, cuya contribución sólo parece ser constatable una vez controlado éste (79). Lo que obligaría a prestar más atención a las dimensiones más subjetivas relacionadas con el empleo, tanto en la investigación (43,89) como en la intervención (53). Hay bastante coincidencia en distintos estudios en destacar el elevado nivel de realismo en las expectativas de las personas con enfermedad mental grave interesadas por el empleo (20,27,79,90), así como en relacionar el ajuste laboral y el mantenimiento en el empleo (dimensión diferente de la de su obtención, pero con factores no

muy distintos (62,67) con dos aspectos que tienen en común un importante componente subjetivo, como es el grado de satisfacción: la adecuación a experiencias previas y preferencias del paciente (91-93) y algunos factores estructurales no siempre bien definidos que tienen que ver también con la interacción social en el espacio de trabajo (94,95).

La conclusión general, en la que coinciden la mayoría de los expertos, es la de la inexistencia de criterios de exclusión, considerando una política de no-exclusión a priori («*zero-exclusion policy*») como uno de los componentes clave para el éxito de los programas de empleo con apoyo (59).

Para finalizar este repaso, hay también evidencia acumulada con respecto a la repercusión del empleo en determinados aspectos clínicos y de funcionamiento social, de las personas con trastornos de tipo psicótico (16). Así, parece razonable afirmar que, aunque no estén claros los efectos directos sobre la sintomatología positiva (ni mejorías ni descompensaciones) y negativa (parece haber en ocasiones ligeras mejorías), sí que se constatan repercusiones positivas en áreas como el funcionamiento social, el grado de satisfacción, la autonomía personal, la autoestima y, en definitiva, la calidad de vida (20,29,30,92,93,96).

4. *Algunas consecuencias prácticas*

Intentando sintetizar todavía más el conjunto de información que acabamos de revisar, para poder extraer de ella algunas consecuencias operativas que pudieran resultarnos útiles, a pesar de las inevitables diferencias contextuales, consideramos razonable hacer hincapié al menos en los siguientes aspectos:

- a) El colectivo de personas con trastorno mental severo y, especialmente su componente más numeroso y problemático constituido por las personas con diagnóstico de esquizofrenia, parece caracterizarse, en general y muy especialmente en el terreno del acceso a la actividad productiva y el empleo, por una considerable complejidad y variabilidad sincrónica y diacrónica (39-42). Complejidad y variabilidad que afectan a características, dificultades y factores implicados, contribuyendo a conformar, entre otras cosas, un grupo de personas muy diferente de otros colectivos con dificultades de empleo.
- b) Hacer frente a esa situación exige procesos igualmente complejos e individualizados que permitan intervenciones múltiples, dependientes de diversas agencias (sanitarias y no sanitarias), algunas de las cuales deben ser sostenidas en el tiempo y, en conjunto, bien articuladas entre sí, tanto en el diseño y desarrollo general cuanto en su aplicación a personas concretas (3,39,56,66,95,97). Procesos cuya efectividad cuenta con una creciente base experimental y para los que no parecen existir, a priori, factores de exclusión, por muy difíciles y prolongadas que parezcan las dificultades de partida de algunas personas (59).

- c) Aunque muchos aspectos distan de estar suficientemente contrastados, hay ya un acúmulo considerable de conocimientos útiles para el desarrollo de tales programas. Entre todos ellos merece la pena hacer mención al menos de los siguientes: la importancia de tener en cuenta las experiencias, deseos y preferencias del usuario (35,43,53,90), la importancia de la motivación (90-95) individual y colectiva (que puede funcionar como refuerzo a la individual) a todo lo largo del proceso, la necesidad de fijar tan pronto como se pueda objetivos claros en torno a empleos concretos (53-55,65-67), la mayor utilidad de realizar la formación en el contexto real del empleo (53-55,68), la necesidad de apoyos flexibles, individualmente adaptados y muy prolongados en el tiempo (60), y la conveniencia de partir de los contextos sociales y económicos concretos, tanto para el desarrollo de los programas como para la elección de actividades productivas y sectores de empleo cuando se pretende poner en marcha empresas sociales (33,69-71).
- d) Dado el papel múltiple que puede jugar el trabajo en la vida de estas personas y aunque el ideal sigue siendo una actividad coherente, retribuida y socialmente valorada, parece necesario disponer de alternativas graduadas que permitan una mejor adaptación a la variabilidad del colectivo (3,28,56,57). En concreto, aunque sigue habiendo controversias sobre la utilidad de espacios estrictamente ocupacionales, dada su escasa capacidad de facilitar el acceso al empleo real y su no despreciable riesgo de institucionalismo, puede ser útil disponer de ellos en el marco de un programa unificado, integrándolos como un escalón más que puede servir de paso (hacia arriba o hacia abajo), desde y hacia otros niveles (57).

Como venimos repitiendo a lo largo del texto, dichas condiciones exigen procesos complejos y de relativamente larga duración, que no parecen demasiado compatibles con los procedimientos habituales de las llamadas «agencias de empleo». Organizaciones que, por extrapolación de experiencias en otros colectivos, pretenden solucionar el problema sobre la base de distintas combinaciones de una bien intencionada y aparentemente novedosa «ideología de la integración» (con afirmaciones del tipo: «lo específico segrega en lugar de integrar», «hay que enfatizar los aspectos positivos y no los negativos», o «el principal problema es la falta de flexibilidad y adaptación al nuevo contexto laboral y tecnológico») y actividades limitadas, algunas de las cuales pueden ser útiles en un marco más amplio, pero absolutamente insuficientes separadas de éste: evaluación, orientación, formación profesional, búsqueda de empleo, trabajo en prácticas, etc.



■ CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE UN PROGRAMA OCUPACIONAL-LABORAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO. ASPECTOS ESTRUCTURALES

Sobre la base de la información que acabamos de resumir y a partir de nuestra experiencia en Andalucía (4,17,98), con utilización en ocasiones textual de parte del material escrito utilizado en ella (4), pasamos a exponer nuestras propuestas con respecto a algunos de los elementos básicos que, en nuestra opinión, deberían servir para la elaboración y desarrollo de un programa ocupacional-laboral para personas con trastorno mental severo.

Justificada en las páginas anteriores la necesidad de tal programa, considerado globalmente, parece que su objetivo general debería ser incrementar la cantidad y calidad de actividad productiva y empleo de dichas personas, mediante distintas actividades orientadas a conseguir el mantenimiento en el empleo de aquellos que lo tienen, el acceso al mismo de los que no lo tienen pero pueden llegar a tenerlo y, secundariamente, el desarrollo de actividad ocupacional para los que no pueden conseguirlo o mantenerse en él.

Sobre esta base y teniendo en cuenta que las características concretas del mismo pueden variar de manera significativa según distintos factores contextuales, hay sin embargo algunos elementos comunes sobre los que vamos a insistir a continuación.

1. Destinatarios del programa

El establecimiento de los perfiles cuantitativos del programa, lo que podemos llamar «cuantificación de necesidades», es difícil de hacer de manera rigurosa, entre otras cosas por ser, probablemente, muy variable en función del contexto socioeconómico general y de servicios (4,25) en el que pretendamos movernos. En cualquier caso, hay que tener en cuenta, dentro de la prevalencia de personas con trastornos psicóticos, la existencia de tres subpoblaciones que presentan problemáticas específicas y requieren por tanto estrategias relativamente diferenciadas:

- a) La de los pacientes con empleo (habitualmente no más de un 10-15% del total), en los que se trata de intentar impedir que lo pierdan (3) mediante un trabajo a varias bandas (paciente, familia, profesionales sanitarios y entorno laboral).
- b) La de los pacientes que tuvieron empleo pero lo han perdido a consecuencia de su enfermedad (cifra mucho más variable según el contexto socioeconómico, pero relativamente más alta de lo que en principio pudiera pensarse (99), población en principio más favorable para volver a trabajar.
- c) Y la de los pacientes que nunca tuvieron un empleo, población teóricamente con más dificultades pero que no por ello debe excluirse a priori del programa (59).

2. Intervenciones necesarias

Si tenemos en cuenta todo lo que hemos dicho anteriormente, para intentar cubrir las necesidades de actividad productiva y empleo de las distintas personas que

componen dichos colectivos, deberíamos estar en condiciones de ofrecerles un amplio abanico de intervenciones, diferenciadas pero adecuadamente integradas en programas individualizados (3,56).

Como hemos planteado ya en otras ocasiones (4,98), consideramos que una propuesta razonable debería incluir básicamente los siguientes tipos de intervenciones, que, dependiendo de los usuarios y de los contextos concretos, pueden realizarse ya sea en estructuras de tipo general, ya en estructuras específicas para personas con trastorno mental severo:

1. Un adecuado *Tratamiento sanitario*, con una orientación general que, más allá del control sintomatológico, busque favorecer, en la mayor medida posible, la permanencia en la comunidad.
2. Los programas específicos de *Rehabilitación Psicosocial*, sobre los que, aunque deberían estar incluidos en el apartado anterior (11,12), queremos insistir tanto por su importancia intrínseca y habitual «olvido», como por servir de base para las intervenciones más específicas en el área laboral.
3. La *Evaluación* de necesidades y posibilidades del usuario en el ámbito de la ocupación y el empleo, incluyendo historia laboral previa, situación actual, aspiraciones y deseos, etc., así como la elaboración de un *itinerario personalizado*.
4. Distintas actividades dirigidas a la *Orientación vocacional* de cada usuario, ayudándole a definir sus posibilidades en el contexto concreto en que se encuentra.
5. Los programas de la *Adquisición de hábitos laborales básicos*, en el mínimo indispensable para su posterior integración en actividades laborales.
6. La posibilidad de desarrollar *Actividad ocupacional*, ya sea como escalón previo, como actividad de transición en situaciones de retroceso en el proceso de integración, o, en no pocos casos, como actividad prácticamente permanente.
7. Distintas actividades y programas de *Formación básica y compensatoria*, para superar dificultades y lagunas concretas en el proceso de aprendizaje previo de algunos usuarios.
8. Los programas específicos de *Formación profesional* que correspondan en cada caso, de acuerdo al itinerario formativo definido para cada usuario.
9. La posibilidad de desarrollar distintas formas de *Trabajo supervisado*, de carácter temporal, como fase de transición entre el periodo formativo y el de empleo.
10. Distintas actividades de *Orientación y apoyo en la búsqueda de empleo*, incluyendo el desarrollo de las habilidades necesarias para ello.
11. La disponibilidad de una panoplia, lo más amplia y variada posible, de *Alternativas de empleo*, desde modalidades con distinto nivel de protección hasta al empleo ordinario en sus diversas formas (incluyendo el autoempleo).
12. Y, finalmente, distintos mecanismos de *Apoyo en el puesto de trabajo*, con intervenciones potenciales no solo sobre el paciente si no también, y según los casos, sobre el entorno familiar, profesional y laboral.

3. Dispositivos y niveles organizativos convenientes

Para el desarrollo de dichas prestaciones hay que contar con un número variable de «dispositivos», entendiéndolo por tales estructuras concretas, en las que se desarrollan funciones específicas con recursos materiales y humanos más o menos «tipificables», aunque en algunos casos (por ejemplo una Empresa Social) la utilización del término «dispositivo» no resulte del todo adecuada.

Basándonos una vez más en nuestra experiencia en Andalucía (4,98), aunque sin perder de vista la inevitable variabilidad de los mismos, en función de los diversos contextos administrativos, el CUADRO IV ofrece una visión esquemática ordenándola a efectos didácticos en cinco niveles, uno de los cuales corresponde directamente a los servicios de salud mental.

Así, el esquema contempla básicamente los siguientes «niveles» y «dispositivos» o estructuras organizativas, si bien volvemos a insistir en que, evidentemente, son perfectamente posibles otras combinaciones, tipologías y denominaciones concretas:

- a) Un *nivel sanitario*, al que, además de la atención global necesaria en cada caso, incluyendo el seguimiento individualizado a lo largo del proceso de integración laboral, le corresponden algunas funciones que podemos considerar formalmente «previas» al mismo, como son el *tratamiento comunitario*, la *rehabilitación psicosocial* y una *primera orientación vocacional*. Funciones que en nuestro modelo corresponden básicamente a los *Equipos de Salud Mental* y las *Unidades de Rehabilitación*, sobre cuya dependencia sanitaria hemos insistido en otras ocasiones (11,12)
- b) Un *nivel ocupacional – prelaboral*, al que, sin perjuicio de que algunos de los dispositivos que incluimos en él, puedan tener otras funciones en el proceso de atención comunitaria de sus usuarios, cumple también algunas específicas en el proceso de integración laboral, como son las de *evaluación y orientación*, *adquisición de hábitos básicos* y la *actividad ocupacional* (transitoria y/o alternativa). Para ello son precisos algunos dispositivos específicos del tipo de los *Talleres* y/o *Centros ocupacionales*, si bien hay que estar atentos a controlar sus riesgos de institucionalismo y desmotivación. Para intentar contrarrestarlos parecen especialmente útiles algunos mecanismos, como son la revisión periódica de su orientación y funcionamiento, la búsqueda de la mayor orientación a la producción y el mercado posibles en cada caso, así como la implicación activa de los usuarios en su desarrollo y dinámica cotidiana (50,57,61).
- c) Un *nivel formativo*, cuya función, sobre la base de un itinerario individualizado y haciendo uso tanto de recursos específicos como «normalizados», es la de completar la formación de los usuarios a través de actividades de *formación básica y compensatoria*, *formación profesional*, *trabajo supervisado* o «en prácticas» y *orientación en la búsqueda de empleo*. Actividades que pueden desarrollarse a través de *Cursos de educación general y compensatoria*, *Cursos de Formación profesional*, y distintos tipos de *Proyectos formativos* y «formativo-empresariales».⁶

- d) Un *nivel laboral*, en el que se trata de facilitar oportunidades graduadas de empleo, en sentido estricto, incluyendo *empleo de transición y en entornos protegidos, empleo apoyado y empleo ordinario*. Para ello se consideran, como «dispositivos» u organizaciones específicas, *Empresas de inserción, Empresas sociales y Equipos de Apoyo al Empleo*
- e) Y, finalmente, un *nivel de coordinación y apoyo*, en el que tienen cabida al menos dos tipos de dispositivos:
- los *Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo*, que deben permitir la coordinación y supervisión del conjunto del programa en niveles territoriales operativos (provincia, área de salud, etc.); además de actuar como «filtro» en los flujos entre sus diversos niveles, y de facilitar algunas prestaciones específicas, como son la evaluación y orientación vocacional, el diseño de itinerarios personalizados y la coordinación con el nivel sanitario⁷, y,
 - alguna *estructura específica de apoyo a las empresas sociales*,⁸ facilitando servicios de orientación, asesoría y apoyo a la gestión de las mismas.

4. Profesionales necesarios

Cuanto más compleja sea la red que integra el programa, mayor será la diversidad de perfiles profesionales implicados, la mayor parte de los cuales se diferencian claramente de los sanitarios tradicionales y requieren, además, algún tipo de entrenamiento específico para su relación con personas con trastornos mentales severos (también aquí, como en otros programas de apoyo social, los modelos basados en la psicoeducación familiar pueden ser bastante útiles). Sin olvidar que algunas actividades pueden recaer durante bastante tiempo en personal polivalente, y que distintos tipos de profesionales actuales pueden cumplir diferentes funciones de las establecidas en el programa, consideramos necesario mencionar la necesidad, al menos, de:

- a) Monitores de Talleres y Centros ocupacionales, que exigen un apoyo y orientación específicos para contrarrestar las inevitables tendencias al institucionalismo.
- b) Monitores de formación profesional, básicamente expertos en la actividad de que se trate, con sensibilidad hacia el colectivo y habilidades didácticas.
- c) Técnicos en rehabilitación vocacional, fundamentalmente Terapeutas Ocupacionales y Psicólogos.
- d) Orientadores laborales, expertos en los procesos que se dan en el mercado laboral.
- e) Gerentes o Directores de Empresas sociales, básicamente «empresarios», pero también con sensibilidad hacia este colectivo.
- f) Trabajadores de empresas sociales, que son habitualmente trabajadores del sector que corresponda, pero que asumen funciones de tutela y apoyo que pueden requerir algún tipo de entrenamiento y soporte.
- g) Y distintos tipos de Monitores de apoyo, especialmente en los programas de empleo en el mercado laboral ordinario.

5. Criterios de inclusión en el Programa

Aún defendiendo una política general de «no-exclusión» a priori para la entrada en el programa, parece necesario establecer algunos criterios que permitan regular el acceso a sus distintas actividades, con la suficiente flexibilidad para no dificultar más aún las ya de por sí difíciles situaciones de muchos usuarios. Así, partiendo de la habitual limitación de recursos existentes en nuestros contextos cotidianos, parece lógico tener en cuenta aspectos como:

- a) La gravedad del problema de salud mental en general y sus repercusiones sobre la actividad y el empleo, de cara establecer prioridades de intervención desde un programa especializado.
- b) La relación del futuro usuario con los servicios públicos de salud mental, a los que debe corresponder su evaluación inicial, la indicación técnica y la responsabilización del seguimiento sanitario (plan individualizado con componentes rehabilitadores)
- c) Y la capacidad para seguir las actuaciones específicas del programa y/o subprogramas que se determinen como más convenientes, lo que significa al menos un mínimo de motivación, la ausencia, o posibilidad de control, de manifestaciones sintomatológicas que dificulten la relación con el personal y/o los compañeros, y una razonable expectativa de desempeño de las actividades incluidas.

Es evidente que los distintos componentes que configuran este último «criterio» van a depender de manera muy marcada del nivel concreto del programa que se contemple en cada caso, siendo más complejos a medida que nos acercamos a los más estrictamente laborales. Así, por ejemplo, la participación en algunas actividades de un taller ocupacional no exige demasiados requisitos en términos de motivación o capacidad, ya que esos son aspectos trabajables a este nivel, como prolongación de su programa de rehabilitación. Sin embargo, el aprovechamiento de un curso estructurado y, en mayor medida, el acceso al empleo en un medio específico o general, van a exigir una motivación clara y un conjunto de capacidades mínimas mucho mayores, si queremos que el aprendizaje y la integración sean reales.

Por otro lado, la ausencia de manifestaciones sintomatológicas distorsionantes debe verse con carácter relativo, en la medida en que intenta eliminar interferencias en el proceso de aprendizaje o desempeño de la tarea por parte del propio usuario, a la vez que funciona como mecanismo protector de los derechos de los demás participantes. En cualquier caso tiene un carácter estrictamente temporal, implicando, lógicamente, un plan individualizado coordinado con el servicio sanitario para su control.

En resumen, aunque podríamos decir que prácticamente todas las personas con trastorno mental severo serían teóricamente susceptibles de incorporarse a un programa ocupacional-laboral, ello no significa que puedan hacerlo en cualquier mo-

mento ni en cualquiera de sus niveles, dispositivos o subprogramas. Precisamente la concepción aquí presentada, que contempla una red de servicios y actuaciones con distintos niveles e itinerarios individuales, pretende servir de base para las distintas evoluciones deseables y posibles de los usuarios. Lo que debe permitir contrapesar dos riesgos simétricos: el rechazo, por un lado, de las personas que, por tener más dificultades, más necesitan este tipo de intervenciones y apoyos; y, por otro, la mala utilización de recursos que significa situar en algunos programas a personas que no pueden beneficiarse de ellos, privando de esa posibilidad a quienes sí podrían hacerlo.

Todo ello sin olvidar que, como se ha señalado anteriormente, en la mayor parte de estos aspectos no disponemos todavía de criterios objetivos que permitan predecir de manera rigurosa las evoluciones individuales, lo que obliga a ser cautos y flexibles en la toma de decisiones sobre entradas, tiempos de permanencia, cambios internos y salidas del Programa y de cada uno de sus dispositivos.

6. Funcionamiento e integración del programa

A este respecto, hay que tener en cuenta que lo que se trata de conseguir es que, tanto el conjunto del programa como sus distintos dispositivos y actuaciones, se atengan a los objetivos generales de aquel, en la concreción correspondiente a cada nivel y usuario individual. Es decir, que, en la mayor medida posible:

- a) Cada usuario cuente con un itinerario individualizado que, en función de sus intereses y capacidades personales y de las posibilidades del medio, le permita utilizar los recursos disponibles para alcanzar el nivel más adecuado posible de integración a corto, medio y largo plazo.
- b) Cada dispositivo y/o subprograma consiga un nivel razonable de funcionamiento, maximizando su capacidad de dar respuesta a las necesidades de sus usuarios, lo que significa siempre algún grado de compromiso en cuanto al número, homogeneidad-heterogeneidad de aquellos y especificidad-polivalencia de las actuaciones.
- c) Y, en cada ámbito territorial, el conjunto de recursos funcione de manera integrada, cubriendo de la mejor manera posible las distintas necesidades del colectivo.

Para ello, además de los mecanismos de formación continuada y apoyo a los profesionales y de la relación con los servicios de salud mental (a la que haremos referencia a continuación), es esencial que haya una coordinación estricta entre los distintos componentes del programa en los ámbitos territoriales pertinentes. A este respecto, parece que los anteriormente mencionados Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo pueden ser una respuesta razonable a esta necesidad de coordinación, interviniendo tanto como supervisión y apoyo al funcionamiento de cada dispositivo y sus distintas relaciones internas y externas, como en el seguimiento individualizado de las personas que utilizan el programa.

7. *Coordinación externa*

Un aspecto clave es la coordinación con los servicios de salud mental ya que no podemos olvidar que este programa, en tanto que dirigido a facilitar la integración social de personas con trastorno mental severo, tiene sentido y posibilidades de éxito únicamente en el marco de un conjunto más amplio de políticas e intervenciones dirigidas a la atención comunitaria a estas personas (11,12).

Ello exige una vinculación estricta con los servicios de salud mental (25), vinculación que afecta a los distintos momentos en que se articula el programa, incluyendo tanto los aspectos generales de planificación y evaluación periódicas de recursos y actuaciones, cuanto las intervenciones individuales sobre los distintos usuarios, en cada uno de los dispositivos y actividades concretas. Lo que exige también, una estructura organizativa clara que facilite la coordinación, incluyendo los distintos niveles territoriales de articulación del programa, desde el más general al de cada dispositivo y usuario.

En nuestra manera de entender esta relación (4,7,25) y en lo que respecta a los distintos pasos que requieren coordinación en el seguimiento individualizado de los usuarios, hay que tener en cuenta que:

- a) Deben ser los servicios de salud mental, habitualmente a través de sus Equipos comunitarios y Unidades de Rehabilitación, los que deben establecer la indicación de entrada en el programa, sobre la base de una evaluación inicial y en el marco de una estrategia individualizada de rehabilitación.
- b) Son también ellos los que, con las modalidades y mecanismos concretos que se definan en cada caso, deben asegurar la atención sanitaria individual que corresponda.
- c) El itinerario individual previsto para cada usuario debe elaborarse contrastando esa primera indicación con la evaluación del Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo, que permite, además, la consideración de las posibilidades concretas que ofrecen los recursos disponibles.
- d) Y, a lo largo de todo el proceso (que puede incluir el paso por distintos recursos y el escalonamiento de muy diferentes intervenciones) pueden ser necesario reevaluar en más de una ocasión la situación y modificar el itinerario previsto, lo que obliga de nuevo a coordinarse para la toma de decisiones y el seguimiento de las intervenciones establecidas.

Del mismo modo, en la medida en que las actividades de integración laboral de personas con dificultades están experimentando un importante desarrollo en estos momentos, el programa debe mantener una adecuada interacción con todo ese campo, sin renunciar a contemplar la especificidad de las actuaciones necesarias para el colectivo con el que nos movemos, pero integrándose en un contexto más general.

Así, sin pretender ser exhaustivos, hay que tener en cuenta la necesidad de coordinación con las distintas estructuras administrativas con competencias sobre el

empleo (autonómicas y estatales), con organismos donde se definen y/o articulan programas de apoyo al empleo para distintos colectivos (organismos representativos tipo CERMI, organizaciones como ONCE, asociaciones de Centros Especiales de Empleo, etc.), así como con distintas organizaciones sociales implicadas (Sindicatos y organizaciones empresariales).

Todo ello sin olvidar las necesidades de coordinación con otros programas de apoyo social de dependencia no sanitaria, en temas como la residencia, ocio, asociacionismo, etc.

8. Seguimiento y evaluación de resultados⁹

La importancia de la evaluación es cada vez más evidente en distintos campos de intervención, especialmente cuando se trata de servicios que consumen recursos públicos, habitualmente escasos y susceptibles, por tanto, de usos alternativos que deben justificarse razonablemente (104). De manera especial, y como hemos hecho referencia en otras ocasiones (11,12), la atención comunitaria en salud mental se beneficiaría de una aproximación tecnológica que supere el exceso de artesanado, rutina y endeble fundamentación científica de no pocas de sus prácticas profesionales. En ese sentido, la necesidad de evaluación no deriva ni única ni principalmente del interés de los «administradores» y «políticos», responsables ante los ciudadanos a la hora de pedir cuentas de nuestro trabajo, sino que debería ser una exigencia cotidiana del conjunto de los profesionales (105). De hecho, la evaluación de nuestras intervenciones no debe verse sólo como una exigencia «externa» sobre el uso de recursos públicos, si no que, además de que tal preocupación debe ser incorporada por todos nosotros, tenemos que considerarla como un insustituible mecanismo de aprendizaje y autocorrección que debe formar parte indisoluble de todas y cada unas de nuestras actuaciones (106,107).

Sin embargo, la situación habitual está bastante alejada de estos planteamientos. Tanto en el campo de la atención en salud mental como, específicamente, el de los programas de empleo para personas con trastorno mental severo, no abundan las evaluaciones rigurosas de intervenciones, dispositivos y programas. Situación que se agrava en nuestro país, donde a las dificultades metodológicas generales se une un notable retraso en este y en otros campos de intervención sanitaria y social (108).¹⁰

Las dificultades reales no deben ser obviadas. Tanto la aplicación de la metodología general de evaluación de intervenciones y programas al campo de la salud mental (103,105,108), como el desarrollo específico de metodología en el campo del empleo, presentan problemas aún no resueltos que dificultan la fundamentación racional de no pocas intervenciones. A pesar de ellas, sin embargo, el desarrollo de la investigación relacionada con los programas de empleo de personas con distintos tipos de enfermedades y trastornos mentales graves (algunos de cuyos resultados hemos resumido en la primera parte del capítulo) ha ido creciendo en los últimos

años, sin que, sin embargo, nuestro país se haya incorporado como corresponde a esta tendencia. Lo que produce, entre otras cosas, una carencia mayor de metodología e instrumentos concretos adaptados a nuestro contexto.

Sin pretender desarrollar el tema, que exigiría al menos un artículo completo para especificar algunos de sus aspectos más relevantes, vamos a intentar solamente hacer una breve referencia a los elementos que creemos necesario tener en cuenta para enriquecer nuestro trabajo futuro.

En primer lugar parece que es preciso un esfuerzo por «desacralizar» el tema. Aunque la evaluación es un campo de desarrollo con aspectos complejos y metodológicamente sofisticados, también tiene dimensiones cotidianas compatibles con la práctica habitual de los profesionales, si se hace un pequeño esfuerzo de sensibilización y aprendizaje metodológico (103). En realidad, incluso incorporando aspectos de investigación (en definitiva, intentar dar respuesta de manera sistemática a preguntas de interés para nuestra práctica), bastantes aspectos de la evaluación de lo que hacemos deben formar parte de nuestras intervenciones y pueden cubrirse con un cierto rigor, pero no necesariamente con procedimientos excesivamente complejos (107).

En segundo lugar, habría que recordar los elementos de metodología general (104,105,108-113) que pueden sernos útiles, adaptándolos a nuestro peculiar campo de trabajo. Así parece necesario hacer referencia a algunos aspectos para evitar confusiones más frecuentes de lo deseable:

a) la diferencia entre «niveles» o «dimensiones» de la evaluación, con referencia obligada a la ya clásica formulación de estructura, proceso, resultados (110). En relación con esto, es necesario diferenciar tres aspectos:

- el seguimiento o monitorización de las actividades relevantes del programa, mediante un sistema de información que las traduzca en indicadores,
- la definición de estándares de calidad en una serie de dimensiones o criterios clave para establecer la estructura y funcionamiento deseables en distintos dispositivos e intervenciones, y,
- la evaluación de resultados propiamente dicha.

Siendo, sin embargo, este último el que puede permitir dar respuestas razonables al segundo (estableciendo estándares de calidad en función de que dan lugar a resultados útiles) y orientar el desarrollo del primero (identificando actividades e indicadores relevantes, precisamente por su contribución a obtener dichos resultados);

- b) los diferentes aspectos que cabe incluir también dentro de la evaluación de resultados, según intentemos medir por ejemplo eficacia, efectividad, eficiencia, equidad, satisfacción, etc.;
- c) los diferentes diseños metodológicos que ofrece la Epidemiología, según se trate de estudios descriptivos u observacionales, analíticos (cohortes, «casos y con-

- troles») o experimentales (ensayos controlados,), con resultados de validez creciente pero condiciones de realización más complejas;
- d) la aplicabilidad creciente de metodología denominada «cualitativa» que permite aproximaciones razonables a aspectos subjetivos y complejos no siempre fácilmente abordables con metodología cuantitativa, pero que requieren procedimientos más rigurosos que nuestra simple opinión personal;
 - e) el desarrollo de instrumentos para medir variables relevantes, entre las que se incluyen claramente algunos grupos: sociodemográficas, clínicas, habilidades personales, funcionamiento social, ajuste y rendimiento laboral, satisfacción.

Por último no habría que perder de vista la necesidad de establecer algunas prioridades en nuestro país, que, en nuestra opinión podrían ser básicamente, además de la consideración de la evaluación como un componente obligatorio de éste y otros programas, las siguientes:

- a) La elaboración e implantación de un sistema común de indicadores básicos, que permitan el seguimiento comparativo de los distintos programas, en distintos contextos territoriales incluyendo algunos estándares consensuados.
- b) La definición también consensuada de algunos criterios y estándares de calidad de distintos tipos de dispositivos y programas de intervención.
- c) El desarrollo de un paquete de instrumentos para medir algunas de las variables más relevantes, a través de la traducción y adaptación de algunos de los internacionalmente disponibles, así como la elaboración y validación de otros nuevos.
- d) La construcción de un esquema básico de evaluación del programa en su conjunto así como de sus diversas actividades.
- e) Y algún estudio multicéntrico comparativo, que incorpore a ser posible alguna evaluación, por simple que sea, de los resultados de distintos programas en diversos contextos territoriales y de servicios.

■ A MODO DE CONCLUSIONES GENERALES

Para terminar y aún a riesgo de resultar repetitivos, pensamos que puede ser útil plantear algunas consideraciones generales, a modo de resumen de los aspectos que nos parecen más importantes para ayudarnos a orientar el trabajo de los que nos movemos en este campo.

1. En primer lugar, parece que en los últimos años las personas con dificultades de empleo relacionadas con presentar graves problemas de salud mental, y muy especialmente, aquellas con diagnóstico de esquizofrenia, han avanzado bastante en el reconocimiento de su derecho a acceder a políticas públicas de apoyo en este área. Sin embargo, distintos *factores limitan* todavía de modo considerable

- el ejercicio práctico y efectivo de ese derecho, especialmente en nuestro país (aunque con marcadas diferencias entre sus distintas Comunidades Autónomas):
- a) La persistencia de importantes barreras, algunas de ellas con traducción legal, relacionadas con el estigma social hacia este tipo de personas y que afectan tanto al derecho de ciudadanía global de las mismas como, específicamente, a su acceso al empleo.
 - b) El todavía muy insuficiente desarrollo general de servicios públicos de salud mental, de base y orientación comunitaria, tanto sanitarios como de apoyo social y con capacidad real para una atención efectiva, global e individualizada y con un adecuado componente de rehabilitación (114,115).
 - c) La escasa responsabilidad que habitualmente asumen las distintas administraciones públicas en el desarrollo de programas y servicios de apoyo al empleo para este colectivo; responsabilidad que no puede ser substituida por las iniciativas del sector «no gubernamental» si no cuenta con una red más sólida y general.
 - d) Y la falta de un modelo de intervención en este campo razonablemente consensuado y apoyado en los conocimientos científico-tecnológicos hoy existentes. Este último aspecto nos preocupa especialmente ya que, como de manera insistente venimos repitiendo a lo largo del texto, un funcionamiento inadecuado (que no tenga en cuenta las peculiaridades del colectivo) no sólo no resuelve sus problemas, si no que tiene una gran probabilidad de terminar convirtiéndose en una nueva barrera.
2. Es verdad que no tenemos, a la hora de facilitar el acceso y mantenimiento en el empleo de personas con trastornos mentales graves, una *tecnología* propiamente dicha (conocimientos teóricos, procedimientos prácticos y agentes entrenados) para lograrlo. Pero sí que vamos disponiendo de elementos que nos pueden permitir avanzar un poco más en su desarrollo, a través de la difusión de información nacional e internacional, del análisis riguroso de nuestras experiencias y, sobre todo, de la discusión en común entre todos los que estamos implicados en este tipo de trabajo, desde distintas posiciones y territorios.
 3. Como elementos básicos de un modelo común razonable, que nos permitiría avanzar un poco más a todos los interesados en este campo de trabajo, pensamos que hay que incluir los siguientes:
 - a) La constatación de que el colectivo de potenciales usuarios / beneficiarios de estos programas es profundamente *heterogéneo* en varias dimensiones, como son la situación laboral en que se encuentran (en riesgo de perder el empleo, habiéndolo perdido y sin haberlo tenido nunca), las dificultades y capacidades concretas que presentan, sus aspiraciones, expectativas y deseos, así como una gran variedad de aspectos contextuales (familia, servicio, situación social, localización geográfica, etc.).

- b) La necesidad por tanto de una gran *variedad de programas, intervenciones y agentes implicados*. A este respecto, además, las necesidades concretas dividen de nuevo al colectivo entre los que pueden resolver sus problemas por sí mismos o con un «pequeño empujón», los que necesitan intervenciones básicamente compatibles con agencias generales o inespecíficas, los que necesitan intervenciones complejas y especializadas, habitualmente no disponibles en las agencias normales, y, finalmente, los que necesitan alternativas diferentes al empleo. Clasificación poco precisa en términos operativos pero que puede ser útil como orientación general.
- c) Lo mismo sucede en relación con los *tipos de empleo*, donde hay necesidad de combinar empleos en empresas «ordinarias» (sin apoyo o con apoyos puntuales, de los que el empresario y los compañeros no tienen porque enterarse), programas específicos de empleo con apoyo, empleo en empresas sociales, como transición hacia empresas «ordinarias», empleo permanente en empresas sociales y distintas modalidades de itinerarios complejos entre unas y otras, además de trabajos a tiempo parcial, en prácticas, etc.
- d) La utilidad (a falta todavía de comprobación experimental de su efectividad y eficiencia) de *procesos colectivos* de media-larga duración, que combinan de manera programada y en contextos reales de desarrollo productivo y empresarial, actividades de orientación, motivación, formación, trabajo y apoyo. Procesos que requieren, además, una buena coordinación con los servicios de salud mental y para los que algunas experiencias de creación de empresas sociales pueden ser ejemplos de interés.
- e) La conveniencia de contar, para ser capaz de abarcar razonablemente esa complejidad de necesidades e intervenciones, con algún tipo de *servicio especializado*, que trabaje con los casos más complejos y sea capaz a la vez de asesorar y apoyar a los servicios más generales en el manejo de personas que, en la mayoría de los casos, plantean dificultades bastante diferentes de las de otros colectivos.
- f) Y, por último, la urgencia de desarrollar procedimientos comunes de *seguimiento y evaluación* de las distintas actividades, dispositivos y programas, que nos permitan avanzar sobre bases científico-tecnológicas en este difícil pero interesante campo de trabajo.

CUADRO 1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS MODELOS DE PROGRAMAS DE EMPLEO

TIPO DE PROGRAMA	CARACTERÍSTICAS	VENTAJAS E INCONVENIENTES
Laborterapia institucional	Actividad laboral y pseudolaboral en las instituciones psiquiátricas	<ul style="list-style-type: none"> · Organización específica · Desvalorizada e institucionalizadora
Empleo protegido	Actividad laboral y pseudolaboral en entornos específicos	<ul style="list-style-type: none"> · Organización específica en entornos protectores · Habitualmente no laboral y con escasos resultados
Rehabilitación vocacional	Programas específicos para acceder a un empleo: <ul style="list-style-type: none"> · Orientación · Entrenamiento en búsqueda · Formación profesional · Empleos de transición 	<ul style="list-style-type: none"> · Buen resultado como entrenamiento para el acceso al empleo · Escasos resultados para mantenerlo sin apoyo prolongado
Empleo con apoyo	Empleo inmediato en «empresas normales», con formación posterior y apoyo externo continuado	<ul style="list-style-type: none"> · Resultados muy positivos (40-60%) en experiencias en USA · Dificultades en países con alto desempleo
Empresas sociales	Empleo en empresas específicas, pero que compiten en el mercado	<ul style="list-style-type: none"> · Ventajas del empleo protegido y del empleo con apoyo · Buenos resultados en Europa (Estados del bienestar) pero sin comprobación experimental

CUADRO 2. ELEMENTOS BÁSICOS DE LOS MODELOS DE EMPLEO CON APOYO («SUPPORTED EMPLOYEMENT») (53-55)

<ul style="list-style-type: none"> · Búsqueda rápida de empleo, con formación posterior en el lugar de trabajo · Empleos y retribución normales o «de mercado» · Se tiene en cuenta prioritariamente las preferencias del usuario · Sistemas flexibles de apoyo, de larga duración · Estrecha colaboración entre equipo de apoyo y equipo sanitario
--

CUADRO 3. CARACTERÍSTICAS DE UNA EMPRESA SOCIAL (14)

<ul style="list-style-type: none"> · Una empresa «normal»: <ul style="list-style-type: none"> - Competitiva en el mercado (calidad / coste) - Auto sostenible - Con reparto de puestos y retribuciones normales (no-discriminación) · Pero también una empresa «específica»: <ul style="list-style-type: none"> - Clima favorable a la integración activa de personas con dificultades - Apoyo personal interno y externo (servicios sanitarios) - Apoyos económicos (Economía social) · Con forma jurídica variable (Cooperativa, Sociedad Anónima, etc.) · Y con composición mixta: trabajadores con y sin trastornos mentales
--

CUADRO 4. NIVELES FUNCIONALES Y ORGANIZATIVOS DEL PROGRAMA

NIVELES	DISPOSITIVOS	FUNCIONES
Sanitario	Equipos / Centros de Salud Mental Unidades de Rehabilitación	Tratamiento Rehabilitación Orientación general Seguimiento continuado y apoyo
Ocupacional - prelaboral	Talleres / Centros ocupacionales	Hábitos básicos Actividad no laboral
Formativo	Proyectos /Cursos de formación	Formación básica Formación profesional
Laboral	Empresas Sociales Equipos de Apoyo al empleo	Empleo de transición Empleo
Coordinación general	Servicios de Orientación y Apoyo/ Unidades de Rehabilitación laboral	Evaluación y Orientación Apoyo Coordinación del programa

■ NOTAS

1. Con tal de no hablar de «enfermedades» o «trastornos mentales» usamos a veces expresiones que rozan el ridículo, como un «enfermo de salud mental» leído hace no mucho tiempo en un informe. Parece que utilizar la expresión «*personas con*» es un uso adecuado del «lenguaje políticamente correcto» (en el sentido de evitar el refuerzo lingüístico del estigma), así como también decir «*Salud mental*» en lugar de «Psiquiatría» para referirse al campo de los servicios (enfaticando tanto los cambios en la tipología y orientación de los mismos como su carácter multidisciplinar). Pero también hablar de «*trastornos y/o enfermedades mentales*» puede ser perfectamente adecuado y menos «circunloquial» que otras expresiones como «trastornos de salud mental». «*Problemas de salud mental*» (como concreción del más genérico «problemas de salud») podría ser otra alternativa razonable.
2. Así, por ejemplo, hay bases racionales para sospechar que la incidencia del actual programa *Equal* del Fondo Social Europeo, en el campo del empleo de personas con trastorno mental severo, va a ser notablemente inferior al que supuso el anterior programa *Horizon*, tanto en España como en otros países europeos. Y ello a pesar de que las «buenas intenciones» y el sustento ideológico del actual programa (intervenciones integradas en ámbitos territoriales definidos para todos los sectores con dificultades de integración), parecían razonables, frente a las intervenciones específicas para diferentes colectivos que eran habituales en la fase anterior.
3. «Verdaderos empleos con verdaderas retribuciones» (30).
4. Propuesta bastante similar a la que, desde una perspectiva «ecológica» y en el contexto americano, recogen Cook y Razzano en el sentido de generar a modo de «nichos ecológicos» que permitan actividad laboral real en entornos protectores (35).
5. Inadecuada tanto por el efecto estigmatizante de su propia denominación («*especial*»), como por determinadas condiciones legales que impone para tener acceso a las subvenciones previstas (70% de personas con discapacidad, exigencia que resulta, para nuestro colectivo, imposible en términos de productividad y cuando menos contradictoria en términos de integración). Figura que, por su origen y desarrollo histórico en nuestro país, incorpora además una imagen social negativa, más de empleo protegido que de actividad empresarial real, a pesar de importantes experiencias de auténticas Empresas Sociales que siguen acogándose a esta regulación jurídica a falta de otra más adecuada (17,72).
6. Proyectos orientados a la creación de empresas sociales, mediante programas formativos de media duración (17).
7. Funciones que coinciden parcialmente con las de Centros de Rehabilitación Laboral de la Comunidad de Madrid (100,101)

8. Función que en Andalucía cumple la empresa IDEA, SA (*Iniciativas De Empleo Andaluzas*), actuando como elemento regulador y supervisor de estrategias específicas para el conjunto de las empresas del grupo (4,17,102).
9. En lo que sigue utilizamos la palabra evaluación para hacer referencia a la «comparación entre lo que se hace y se debería hacer» (103), como traducción habitual del término inglés «*evaluation*», y no en el sentido de valoración o medida de determinadas dimensiones funcionales, que traduce mejor el término inglés «*assessment*». Sentidos que tienden a confundirse con cierta frecuencia, especialmente al hablar de rehabilitación, entre otras cosas porque la evaluación de resultados exige medidas precisas de determinadas variables funcionales y clínicas, antes y después de las intervenciones.
10. De hecho son escasas las investigaciones realizadas en este campo, aunque es esperanzador que empiecen a publicarse algunas (24,75,99). Por nuestra parte estamos desarrollando en la actualidad un proyecto financiado por el FIS («*Evaluación de los programas de integración laboral para personas con trastorno mental severo en Andalucía*») que esperamos nos permita avanzar en la evaluación de distintos componentes del programa, incluyendo el desarrollo, traducción y validación de un conjunto de instrumentos de previsible utilidad para el futuro. Proyecto del que forma parte la revisión bibliográfica resumida en la primera parte de este artículo.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Huxley, P.- «Work and mental health: an introduction to the special section». *Journal of Mental Health*, 2001,10,4:367-372.
2. Crowther, R. E., Marshall, M. y ots.- «Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review». *British Medical Journal*, 2001,322: 204-208.
3. Boardman, J; Grove, B y ots.- «Work and employment for people with psychiatric disabilities». *British Journal of Psychiatry*, 2003,182:467-468.
4. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.- *Criterios para el desarrollo del Programa Ocupacional-laboral*. Sevilla, FAISEM, 2000.
5. Toro, A.- «Políticas de empleo para personas con discapacidad». En Lara, L. Y López, M (Ed).- *Integración laboral de personas con trastorno mental severo*. Sevilla, FAISEM, 2003 (Edición policopiada): 65-69.
6. Lara, L y López, M.- «La provisión de recursos de apoyo social en Andalucía». En García, J, Espino, A y Lara, L – *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid, Díaz de Santos, 1998: 213-224.
7. López, M. y Lara, L.(1997).- «La coordinación intersectorial en la atención a la salud mental. Nuevas instituciones y formas de gestión». En Leal, J.- *Equipos e instituciones en salud (mental)*. *Salud (mental) de equipos e instituciones*. Madrid, AEN, 1997: 149-168.

8. Corrigan, P. W. y Penn, D. - «*Disease and Discrimination: two Paradigms that describe severe mental illness*». *Journal of Mental Health*, 1997,6, 4:355- 366.
9. Huxley, P y Thornicroft, G.- «Social inclusion, social quality and mental illness». *British Journal of Psychiatry*, 2003,182:289-298.
10. López, M.- «Bases para una nueva política en Salud Mental». En García, Espino y Lara, Op. Cit.,1998: 29-39.
11. López, M - «Rehabilitación y red asistencial. Sistemas de atención a la cronicidad en salud mental». En Verdugo, M, López, D y ots.- *Rehabilitación en Salud mental. Situación y perspectivas*. Salamanca, Amarú, 2002: 75-105.
12. López, M; Lara, L y Laviana, M.- «La formación básica en rehabilitación y apoyo social para la atención comunitaria en salud mental». En Espino, A. y Olabarría, B.- *La formación de los profesionales de la Salud Mental en España*. Madrid, AEN, 2003:269-301.
13. Saraceno, B. - *La fine dell'Intrattenimento*. Milán, Etas Libri, 1995.
14. Barker, L. T.- «Community-based models of employment services for people with psychiatric disabilities». *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1994,17, 3: 55-65.
15. Penn, D. y Nowlin-Drummond, A.- «Politically correct labels and Schizophrenia: A rose by any other name?». *Schizophrenia Bulletin*, 2001,27,2: 197-204.
16. Lehman, A. F.- «Vocational Rehabilitation in schizophrenia». *Schizophrenia Bulletin*, 1995, 21,4: 645-656.
17. López, M., Alvarez, F. y Laviana, M.- «Empresas sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1998, XVIII, 68: 735-747.
18. Mueser, K T, Salyers, M P y Mueser, P R - «A prospective analysis of work in Schizophrenia». *Schizophrenia Bulletin*, 2001, 27, 2: 282-296.
19. Perkins, R y Rinaldi, M.- « Unemployment rates among patients with long-term mental health problems. A decade of rising unemployment». *Psychiatric Bulletin*, 2002,26: 295-298.
20. Resnick, SG y Bond, G.- «The Indiana Job Satisfaction Scale: job satisfaction in vocational rehabilitation for people with severe mental illness». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, 25,1:12-19.
21. Penn, D. y Mueser, K.- «Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia». *Am. J. Psychiatry*, 1996,153: 607-617.
22. Ruggeri, M., Leese, M. y ots. - «Definition and prevalence of severe and persistent mental illness». *British Journal of Psychiatry*, 2000, 177, 149-155.
23. Shepherd, G. - «Avances recientes en Rehabilitación Psiquiátrica». En (40) Aldaz y Vázquez, 1996: 1-22.
24. García, J., Peñuelas, E. y ots.- «La formación y el empleo. Instrumentos básicos para la integración de las personas con trastornos psicóticos». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 2000, XX, 73: 9-22.

25. López, M. y Laviana, M.- «Los servicios de salud mental como apoyo a la integración laboral: condiciones funcionales y organizativas». En García y ots, 1998, Op. Cit.: 253-260.
26. Mueser, K T y Tarrier, N. - *Handbook of social functioning in Schizophrenia*. Boston, Allyn and Bacon, 1997.
27. Bond, G R, Drake, R E y Becker, D R - «The role of social functioning in vocational rehabilitation». En (18) Mueser y Tarrier, 1998.:372-390.
28. Rosen, A y Barfoot, K.- «Day care and occupation: structured rehabilitation and recovery programmes and work». En Thornikroft, G y Szmukler, G. - *Textbook of Community Psychiatry*, Oxford University Press, 2001: 295-308.
29. Bell, M D, Lysaker, P H y Milstein, R M. - «Clinical benefits of paid work activity in Schizophrenia». *Schizophrenia Bulletin*, 1996,22, 1: 51-67.
30. Bryson, G, Lysaker, P y Bell, M.- «Quality of life benefits of paid work activity in Schizophrenia». *Schizophrenia Bulletin*, 2002, 28, 2: 249-257.
31. Torrey, WC; Mueser, KT y ots.- «Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness». *Psychiatric Services*, 2000, 51, 2:229-233.
32. Shepherd, G.- «The value of work in the 1980's». *Psychiatric Bulletin*, 1989,13:231-233.
33. Goergen, R.- «Empresas y empresarios sociales en Italia: la experiencia de Trieste». En Lara y López, Op. Cit.,2003:158-200.
34. Lehman, A. F; Goldberg, R y ots. - «Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses». *Archives of General Psychiatry*, 2002,59, 2: 165-172.
35. Cook, J, y Razzano, L - «Vocational rehabilitation for persons with Schizophrenia: recent research and implications for practice». *Schizophrenia Bulletin*, 2000, 26,1: 87-103.
36. Bond, G R, Drake, R E y ots.- «An update on supported employment for people with severe mental illness». *Psychiatric Services*, 1997,48: 336-346.
37. McGurrin, M C.- «An overview of the effectiveness of traditional vocational rehabilitation services in the treatment of long term mental illness». *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1994,17,3:37-65.
38. Rutman, I D. - «How psychiatric disability expresses itself as a barrier to employment». *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1994, 17,3:15-35.
39. Peckham, J. y Muller, J. (1999).- «Employment and Schizophrenia: recommendations to improve employability for individuals with schizophrenia». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 4: 399-402.
40. Aldaz, JA y Vázquez, C.- *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid, Siglo XXI, 1996.
41. Ancil, R. J., Holliday, S. y Higgenbttam, J. (Ed.)- *Schizophrenia. Exploring the spectrum of psychosis*. Chichester, Wiley and Sons, 1994.



42. Wing, J. - «Esquizofrenia». En Watts, F y Bennet, D.- *Teoría y práctica de la rehabilitación psiquiátrica*. México, Limusa, 1992:59-77.
43. Anthony, A W.- «Characteristics of people with psychiatric disabilities that are predictive of entry into the rehabilitation process and successful employment». *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1994,17, 3: 3-13.
44. Turton, N.- «Welfare benefits and work disincentives». *Journal of Mental Health*, 2001,10,3:285-300.
45. Warner, R.- «Work disincentives in US disability pension programs». *Journal of Mental Health*, 2001,10,4:405-409.
46. Manning, C y Withe, PD.- «Attitudes of employers to the mentally ill». *Psychiatric Bulletin*, 1995,19:541-543.
47. Simmons, T J, Selleck, y ots. - «Supports and rehabilitation for employment». En Flexer, RW y Solomon, PL.- *Psychiatric Rehabilitation in practice*. Boston, Andover, 1993: 119-135.
48. Harding, C M y Zahniser, J H. - «Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment». *Acta Psychiatrica Scandinavica*,1994, 90 (Supplem. 384): 140-146.
49. Anthony, WA y Blanch, A.- «Supported employment for persons who are psychiatrically disabled : an historical and conceptual perspective». *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1987, 11:5-23.
50. O'Flynn, D y Craig, T.- «Which way to work? Occupations, vocations and opportunities for mental health service users». *Journal of Mental Health*, 2001,10,1:1-4.
51. Bond, G.- «La integración laboral de personas con trastorno mental severo en Estados Unidos». En Lara y López, Op. Cit.,2003: 103-114.
52. Grove, B.- «La integración laboral de personas con trastorno mental severo en el Reino Unido». En Lara y López, Op. Cit.,2003:137-149.
53. Bond, G R.- «Applying Psychiatric Rehabilitation principles to employment: recent findings». En (24), Ancil, R y ots, 1994:49-65.
54. Bond, G R.- «Principles of the Individual Placement and Support model: empirical support». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1998, 22: 11-23. Traducción castellana en Lara y López, Op. Cit., 2003: 115-136.
55. Bond, G. R.,, Becker, D. R. y ots.- «Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice». *Psychiatric Services*, 2001,52 (3): 313-322.
56. Shepherd, G.- «Integración laboral de personas con enfermedad mental severa. Perspectiva nacional y local». En Lara y López, Op. Cit., 2003.
57. Reker, Th., Hornung, P. y ots. - «Long-term psychiatric patients in vocational rehabilitation programmes: a naturalistic follow-up study over 3 years». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 101:457-463.

58. Latimer, EA.- «Economic impacts of supported employment for persons with severe mental illness». *Canadian Journal of Psychiatry*, 2001,46:496-505.
59. Becker, D R, Smith, J. y ots.- «Fidelity of Supported Employment Programs and employment outcomes». *Psychiatric Services*, 2001,52, 6: 834-836.
60. Marrone, J., Balzell, A. y Gold, M. (1995).- «Employment supports for people with Mental Illness». *Psychiatric Services*, 46,7: 707-711.
61. Banks, B; Charleston, S y ots.- «Workplace supports, job performance, and integration outcomes for people with psychiatric disabilities». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, 24,4:389-396.
62. Dorio, J; Guitar, A y ots.- «Differences in job retention in a supported employment program Chinook Clubhouse». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2002, 25,3: 289-298.
63. Drake, RE; McHugo, GJ y ots.- «A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with sever mental disorders». *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:627-633.
64. Henry, AD; Barreira, P y ots.- «A retrospective study of Clubhouse-based transitional employment». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, 24,4:344-354.
65. McDonald-Wilson, KL; Rogers, S y ots.- «An investigation of reasonable workplace accommodations for people with psychiatric disabilities: quantitative findings from a multi-site study». *Community Mental Health Journal*, 2002,38,1: 35-50.
66. Furlong, M; McCoy, ML y ots.- «Jobs for people with the most severe psychiatric disorders: Thresholds Bridge North Pilot». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2002, 26,1:13-22.
67. Gowdy, EL; Carlson, LS y Rapp, C A.- «Practices differentiating high-performing from low-performing supported employment programs». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2003, 26,3:232-239.
68. Wallace, C J, Tauber, R y Wilde, J. (1999).- «Teaching fundamental workplace skills to persons with Serious mental Illness». *Psychiatric Services*, 50,9:1147-1153.
69. Gallio, G. - *Nell'Impresa Sociale*. Trieste, Per la salute mentale,1987.
70. Grove, B, Freudenberg, M y ots.- *The social firm handbook*. Brighton, Pavilion, 1997.
71. Schwarz, G.- «Las empresas sociales como medio para la integración laboral de personas con trastorno mental severo en Alemania.» En Lara y López, Op. Cit.,2003: 150-157.
72. Colón, C.- «*La Fageda*: una alternativa laboral para los enfermos mentales crónicos». *Informaciones Psiquiatricas*, 1992,131: 107-108.
73. Krupa, T; Lagarde, M y Carmichael, K.- « Transforming sheltered workshops into affirmative businesses: an outcome evaluation». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2003, 26,4:359-367.

74. Manning, SS y Suire, B.- «Consumers as employees in Mental health: bridges and roadblocks». *Psychiatric Services*, 1996,47: 939-940.
75. Bedía, M., Arrieta, M. y ots.- «Rehabilitación sociolaboral de personas con esquizofrenia: variables relacionadas con el proceso de inserción». *Actas Españolas de Psiquiatría.*, 2001,29, 6: 357-367.
76. Jacobs, H E, Wissusik, D y ots (1992).- «Correlations between psychiatric disabilities and vocational outcome». *Hospital and Community Psychiatry*,43, 4: 365-369.
77. Anthony, W A, Rogers, E S y ots.- «Relationship between psychiatric symptomatology, work skills, and future vocational performance». *Psychiatric Services*, 1995,46, 4: 353-358.
78. Lysaker, P H, Bell, M D y ots. - «Social skills at work. Deficits and predictors of improvement in schizophrenia». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1995,183, 11: 688-692.
79. Lysaker, P H, Bell, M D y ots. - «Work capacity in Schizophrenia». *Hospital and Community Psychiatry*, 1993,44: 278-280.
80. Rogers, S; Anthony, WA y ots.- «Prediction of vocational outcome based on clinical and demographic indicators among vocationally ready clients». *Community Mental Health journal*, 1997,33,2: 99-112.
81. Suslow, T; Schonauer K y ots.- «Prediction of work performance by clinical symptoms and cognitive skills in schizophrenic outpatients». *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 2000,188,2: 116-118.
82. Jones, CJ; Perkins, D y Born, DL.- «Predicting work outcomes and service use in supported employment services for persons with psychiatric disabilities». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, 25,1:53-59.
83. Bell, M D y Bryson, G.- «Work rehabilitation in Schizophrenia: Does cognitive impairment limit improvement?». *Schizophrenia Bulletin*, 2001, 27 (2): 269-279.
84. Gold, J M, Goldberg, R W, y ots. - «Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness». *American Journal of Psychiatry*, 2002,159: 1395-1402.
85. Green, M F.- «What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?». *American Journal of Psychiatry*, 1996,153: 321-330.
86. Mueser, K T, Becker, D R y ots. - « Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1997,185, 7: 419-426.
87. Velligan, D I, Bow-Thomas, C C, y ots .- «Do specific neurocognitive deficits predict specific domains of community function in Schizophrenia?». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2000,188, 8: 518-524.
88. Liberman, R P y Green, M F. - «Wither cognitive-behavioral therapy for schizophrenia». *Schizophrenia Bulletin*, 1992, 18, 1: 27-35.

89. Mueser, K T, Bond, G R y Drake, R. - « Community-based treatment of Schizophrenia and other Severe Mental disorders: Treatment outcomes?». *Medscape Mental Health*, 6 (1) (En www.medscape.com). Traducción castellana en Lara y López, Op. Cit., 2003: 26-64.
90. Provencher, HL; Gregg, R y ots.- «The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2002, 26,2: 132-144.
91. Cunningham, K, Wolbert, R y Brockmeier, M B.- «Moving beyond the illness: factors contributing to gaining and maintaining employment». *American Journal of Community Psychology*, 2000,28, 4: 481-494.
92. Mueser, KT; Becker, D y Wolfe, R.- «Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction». *Journal of Mental Health*, 2001,10,4:411-417.
93. Casper, ES y Fishbein, S.- «Job satisfaction and job success as moderators of the self-esteem of people with mental illness». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2002, 26,3:33-42.
94. Rollins, AL; Mueser, KT y ots.- «Social relationships at work: does the employment model make a difference?». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2002, 26,1:51-61.
95. Kravetz, S; Dellario, D y ots.- «A two-faceted participation approach to employment and career development as applied to persons with a Psychiatric disability». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2003, 26,3:278-289.
96. Holzner, B, Kemmler, G y Meise, U.- «The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with Schizophrenia». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1998,33: 624-631.
97. Lal, S y Mercier, C.- «Thinking out of the box: an intersectorial model for vocational rehabilitation». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2002, 26,2: 145-153.
98. López, M.- «Situación actual y perspectivas del programa de integración laboral de personas con trastorno mental severo en Andalucía». *Boletín de la Asociación Madrileña de rehabilitación Psicosocial*, 2001,8,13: 51-58.
99. Hervás, A; Cuevas, C y ots.- «Estudio descriptivo de la situación laboral de la población con trastorno esquizofrénico del Area Sanitaria «Virgen del Rocío» de Sevilla». *Intervención Psicosocial*, 1997, VI,3:393-404.
100. Comunidad de Madrid.- *Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención*. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales, nº 14, 2001.
101. Rodríguez, A.- «La *experiencia* de los Centros de Rehabilitación Laboral del Programa de Atención social a personas con enfermedad mental crónica de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid». En Lara y López, Op. Cit., 2003:210-228.



102. Alvarez, F.- «Programas de integración laboral de personas con trastorno mental severo en Andalucía». En Lara y López, Op. Cit., 2003:201-209.
103. Saraceno, B., De Luca, L y Montero, F. (1992).- «Problemas metodológicos en la evaluación de un programa de rehabilitación». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1992, XII, 40: 3-8.
104. Phillips, C, Palfrey, C y Thomas, P. - *Evaluating Health and Social Care*. London, Macmillan, 1994.
105. Hollannd, W W (Ed).- *Evaluation of Health Care*. Oxford University Press, 1983.
106. WHO. - *Health Program Evaluation*. Geneva, WHO, 1981.
107. Cochrane, A L. - *Eficacia y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios*. Barcelona, Salvat, 1985.
108. Aparicio, V. (Coord.)- *Evaluación de servicios de salud mental*. Madrid, AEN, 1993.
109. Amezcua, C. y Jiménez, A. - *Evaluación de programas sociales*. Madrid, Díaz de Santos, 1996.
110. Donabedian, A.- *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. México DF, Prensa Médica Mexicana, 1984.
111. Boothroyd, R A,, Evans, M E y ots. - « Quality Assurance and Evaluation of Psychiatric rehabilitation programs». En Flexer, RW y Solomon, PL (Ed).- *Psychiatric rehabilitation in practice*. Stoneham, Andover, 1993: 211- 227.
112. Thornicroft, G y Bebbington, P. - «Quantitative methods in the evaluation of Community Mental Health Services». En Breakey, WR.- *Integrated Mental Health Services. Modern Community Psychiatry*. New York, Oxford University Press, 1996: 120-138.
113. Tsuang, M T y Tohen, M (Ed) .- *Textbook in Psychiatric Epidemiology*. 2nd. Edition, New York, Wiley-Liss, 2002.
114. Asociación Española de Neuropsiquiatría.- *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid, AEN, 2002, Cuadernos Técnicos, nº 6.
115. Salvador-Carulla, L., Bulbena, A y ots.- «La Salud Mental en España: Cenicienta en el País de las Maravillas». En *Informe SESPAS 2002. Invertir en salud. .Prioridades en Salud pública*. Valencia, EVES, 2002:301-326.

López Álvarez, Marcelino
Psiquiatra, Sociólogo. Director de programas, evaluación e investigación. FAISEM. Sevilla

Laviana Cuetos, Margarita
Psicóloga Clínica. Coordinadora de la Comunidad Terapéutica del Area de Salud Mental del Hospital «Virgen del Rocío». SAS. Sevilla

Alvarez Jiménez, Francisco
Economista. Gerente de IDEA, SA. Sevilla

González Álvarez, Sergio
Psicólogo. Técnico de FAISEM. Sevilla

Fernández Doménech, María
Terapeuta Ocupacional. Técnica de FAISEM. Sevilla

Vera Peláez, María Paz
Trabajadora Social. Técnica de IDEA, SA. Sevilla

Correspondencia:

Marcelino López Álvarez. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo mental. Avenida de las Ciencias, 27, Acceso A. 42020. Sevilla.
marcelino.lopez@juntadeandalucia.es

La revisión bibliográfica que sirve de base al artículo se ha realizado en el marco del proyecto de investigación «Evaluación de los programas de integración laboral para personas con trastorno mental severo en Andalucía», financiado por el FIS (Exp. PI021264).

Eva Jané-Llopis

LA EFICACIA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

THE EFFICACY OF MENTAL HEALTH PROMOTION AND MENTAL DISORDER PREVENTION INTERVENTIONS

■ RESUMEN

Las intervenciones de prevención y promoción en salud mental son eficaces y se han traducido en beneficios para la salud y la sociedad. Este artículo presenta la evidencia de la eficacia de estas intervenciones con ejemplos de programas efectivos y los elementos que han demostrado predecir mejores resultados en dichos programas aplicando técnicas de meta-análisis. Finalmente se presentan estrategias para mejorar la eficacia y la eficiencia de estas intervenciones enfatizando el rol de los investigadores, implementadores y asesores políticos.

Palabras clave: Promoción, prevención, salud mental, trastornos mentales, intervención

■ SUMMARY

Mental health promotion and mental disorder prevention are effective and can bring about health, social and economic development to societies. This paper presents the evidence of these interventions including some examples of effective interventions and the programme elements that have shown to predict intervention outcomes. Strategies for the improvement of programme efficacy and efficiency are presented, emphasizing the role of researchers, practitioners and policy makers.

Key words: Promotion, prevention, mental health, mental disorder, interventions

■ INTRODUCCIÓN: LA «EPIDEMIA» DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Los trastornos mentales y de conducta se dan en gentes de todas las regiones, países y sociedades. Se calcula que, en el mundo, alrededor de 450 millones de personas sufren cada año enfermedades mentales (1). Esto significa que al menos una vez en nuestra vida, uno de cada cuatro de nosotros desarrollará un problema mental o de conducta. Asimismo se estima que las enfermedades mentales continuarán aumentando. En el año 1990 se calculó que las condiciones neuropsiquiátricas explicaban el 10% de la discapacidad global. En el 2000, estos porcentajes aumentaron hasta el 13%. Si estas previsiones siguen confirmándose, para el año 2020, las enfermedades mentales explicarán el 15% de la discapacidad mundial, siendo la depresión por sí sola, la segunda causa en el mundo (2). Además de las consecuencias para la salud, los costes sociales y económicos derivados de los problemas mentales son enormes. A los costes de los servicios sanitarios, hay que sumarle los costes por desempleo y reducción de productividad, los del impacto en las familias y cuidadores, los asociados con niveles de crimen e inseguridad ciudadana, y el coste atribuido al impacto negativo de la muerte prematura. Adicionalmente, hay muchos otros costes incalculables que no se tienen en cuenta, como por ejemplo los que se derivan de las oportunidades perdidas para los individuos que sufren enfermedades mentales y sus familiares.

■ PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Tomando como base la carta de Ottawa de Promoción de la Salud (3), las actividades de promoción de la salud mental conllevan la creación de condiciones individuales, sociales y del entorno que permiten un desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo para mejorar la calidad de vida. Por su parte la prevención de los trastornos mentales, se basa en los principios de salud pública (4), y se caracteriza por su enfoque en la reducción de factores de riesgo y la promoción de factores de protección relacionados con un trastorno mental o problema de conducta, con el objetivo final de reducir su prevalencia e incidencia. La clasificación de prevención en salud pública -prevención primaria, secundaria y terciaria- ha sido adaptada por el Instituto de Medicina (IOM) (5) para la prevención de trastornos mentales. Esta nueva clasificación está compuesta por un continuo que abarca la prevención universal, selectiva e indicada, el tratamiento y la manutención. Mientras estos dos últimos corresponden respectivamente a la prevención secundaria y terciaria, la tabla 1 describe los tres tipos de prevención primaria. Aunque la prevención y promoción en salud mental se han considerado a veces como dos enfoques diferentes, los dos comparten tanto analogías estructurales como una relación funcional (6) y un objetivo común: mejorar la salud mental.

Tabla 1. Definiciones de prevención universal, selectiva e indicada (Mrazek & Haggerty, 1994)

La prevención universal se define como las intervenciones que se dirigen al público en general o a todo un grupo determinado que no ha sido identificado basándose en el riesgo.

La prevención selectiva se dirige a individuos o grupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que la media, y se evidencia por factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales.

La prevención indicada se dirige a personas identificadas como alto riesgo, con signos o síntomas de un trastorno mental, mínimos pero detectables, o marcadores biológicos indicando una predisposición para un trastorno mental, pero que no cumplen los criterios de diagnóstico para trastorno en ese momento.

Todavía hoy hay, desafortunadamente, una reserva sobre si los enfoques preventivos y de promoción pueden contribuir a una reducción en la carga y los costes de las enfermedades mentales. La competencia por los recursos ha llevado frecuentemente a una falta de acuerdo entre profesionales de la salud mental y muchos aun no están convencidos de que la prevención puede lograr beneficios parecidos o complementarios a los del tratamiento.

El argumento de este artículo es que la promoción y la prevención en salud mental proporcionan una estrategia adicional a la del tratamiento para combatir con éxito la creciente epidemia de enfermedades mentales. Dicha estrategia no sólo hace frente a los problemas de salud mental antes de que éstos aparezcan, sino que además puede ser aplicada en el ámbito comunitario. Este artículo presenta ejemplos para enfatizar la importancia y eficacia de las prácticas preventivas y de promoción; identifica las variables que actúan como predictores de la eficacia en los programas preventivos; y propone estrategias para mejorar la eficiencia de la prevención y promoción en salud mental.

■ INTERVENCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Varias publicaciones demuestran que existe suficiente evidencia de que los programas de prevención y promoción funcionan y producen beneficios importantes en la salud de los individuos y en general en toda la sociedad (7,5,8). Primeramente, existen algunos estudios controlados que han demostrado una reducción en la incidencia de trastornos mentales como la depresión o la ansiedad. Por ejemplo, un

programa escolar demostró la reducción de nuevos casos de depresión después de un año de la intervención, en el que sólo al 14.5% del grupo experimental se le diagnosticó depresión en comparación con el 25.7% de los adolescentes en el grupo control (9,10). Igualmente otro programa de prevención indicada para niños en edad escolar demostró la reducción de nuevos casos de ansiedad a los seis meses (grupo experimental 16% - grupo control 59%) (11), y a los dos años de la intervención (grupo experimental 20% - grupo control 39%) (12). Se han demostrado también reducciones en suicidios así como reducciones en el consumo del alcohol, tabaco y drogas ilícitas a través de intervenciones políticas como el incremento en las tasas del alcohol y tabaco, las restricciones en su venta u otros tipos de intervenciones comunitarias (13). En segundo lugar, igualmente otros estudios han demostrado que los programas preventivos, además de la citada reducción en incidencia, disminuyen considerablemente los síntomas de depresión, ansiedad, y aquellos relacionados con el estrés y los problemas de conducta al menos en un 25%, un impacto comparable al del tratamiento (14,15). En tercer lugar, estos programas también han logrado disminuciones en factores de riesgo como por ejemplo agresividad, problemas de aprendizaje, síntomas de interiorización, abuso de menores, así como incrementos en factores de protección como calidad de vida, competencia o autoestima y una mejor salud mental.

Un ejemplo eficaz de este tipo de intervenciones es un programa pre-natal para solteras embarazadas de bajo nivel socio-económico. Enfermeras acreditadas visitaron a las madres, durante los 24 meses de esta intervención, enseñándoles prácticas para mejorar la salud y vida de sus hijos a la vez que les ayudaron a incorporarse a la vida laboral o a encontrar mejores trabajos. El impacto de esta intervención, evaluado con varios diseños experimentales, produjo una reducción del 38% en visitas de emergencia al hospital, una reducción del 75% en partos prematuros, una reducción del 25% en tasas de tabaquismo y un aumento del 83% en tasas de empleo. Los bebés se beneficiaron de un incremento medio de peso al nacer de 400 gramos, un mayor coeficiente intelectual a los 4 años, y se comprobó que a los 15 años bajaron en un 56% los arrestos, abuso de alcohol y drogas y se redujeron las condenas por delincuencia hasta un 81% (16,17,18,19).

Igualmente intervenciones de promoción de la salud mental en los centros de enseñanza han generado efectos que incluyen un mejor ajuste psicológico, reducciones de los problemas de aprendizaje, conducta y agresión, y un mayor bienestar mental en general. El programa pre-escolar Perry (20) dirigido a niños de 3-4 años de origen afro americano y de bajo nivel socioeconómico, logró a corto plazo un mayor éxito escolar, menor retraso mental y mejor ajuste social, demostrando, después de 15 y 20 años, un aumento de la competencia social, una reducción del 40% en arrestos y contactos con la policía, un incremento del 40% en índices de alfabetización y tasas de empleo y una reducción general de problemas sociales.

Estudios de coste-beneficio han demostrado además que la promoción de la salud mental consigue también beneficios económicos y resultados rentables. Por ejemplo con el caso del Programa pre-escolar Perry, en el que se logró un beneficio neto considerable ya que cada 1000 dólares invertidos produjeron una rentabilidad de 7000 dólares. Ésto fue en parte debido al descenso de los costes en escolarización, al incremento de los impuestos pagados debido a mayores ingresos, y a una reducción de los costes del sistema judicial (20).

Los programas preventivos funcionan, pero ¿qué es lo que determina su eficacia?

Actualmente, la investigación en prevención -además de estudiar los efectos de una intervención- está empezando a centrarse en identificar cuáles son los factores o ingredientes responsables de que un programa preventivo funcione (predictores de eficacia). Se ha observado que algunas intervenciones para la salud mental han demostrado ser muy beneficiosas, mientras que otras han indicado todo lo contrario incluyendo impactos negativos para la salud. Esta variación en los resultados ha determinado el cambio desde una ciencia de la prevención con una orientación epidemiológica, de factores de riesgo y de evaluar únicamente la eficacia de las intervenciones preventivas a una ciencia de la prevención que incluye el estudio de factores, procesos y mecanismos de cambio que pueden explicar esta diferencia en la efectividad. Esto contribuye a poder mejorar los programas ineficaces y promocionar los que son extremadamente eficaces. Individualmente, ya desde los años ochenta algunas evaluaciones de programas preventivos empezaron a examinar las causas de la variación de los resultados. Por ejemplo, los efectos moderadores de la edad se encontraron ya en el «Interpersonal Cognitive Problem Solving» («Programa interpersonal cognitivo para solucionar problemas») (21). Esta intervención demostró ser mucho más efectiva para niños de 4 años que para los de 3 años, indicando la necesidad de ajustar el contenido de los programas a los estados de desarrollo cognitivo de los participantes sobre todo durante edades tempranas. Igualmente el programa JOBS para ayudar a la reinserción laboral a los desempleados, indicó el efecto moderador de los niveles de riesgo iniciales. Los participantes con síntomas depresivos o con mayor riesgo de padecerlos al comienzo de la intervención presentaron una reducción mayor en tales síntomas que el resto de los participantes (22). Ésto ha sentado las bases para que las intervenciones preventivas tengan en cuenta el riesgo inicial de los participantes y hayan desarrollado técnicas específicas dependiendo del grupo al que se dirigen.

Desafortunadamente, la evidencia de estos predictores es limitada, y aunque algunos tienen un soporte teórico (ej., factores de riesgo), otros aún no han sido investigados (ej. métodos de intervención). Por esta razón, además del estudio de los predictores de eficacia en evaluaciones de programas individuales, uno de los últimos avances en el campo de la prevención es la aplicación de técnicas de meta-análisis. El meta-análisis permite evaluar los resultados de publicaciones científicas

de forma cuantitativa así como explorar las relaciones entre moderación y mediación de eficacia.

Estudios recientes, usando técnicas meta-analíticas, empiezan a indicar qué elementos son los que determinan los resultados efectivos en los programas preventivos (14,23,24).

■ LOS INGREDIENTES QUE PREDICEN LA EFICACIA EN LOS PROGRAMAS PARA LA SALUD MENTAL

Usando meta-análisis en un grupo de 149 intervenciones se ha concluido que los programas son el doble de eficaces cuando se implementan por profesionales de la salud, lo que sugiere que la prevención debería incluirse en los sistemas de atención primaria y secundaria. Los efectos conseguidos se prolongan al menos durante un año y se recomienda que estos estudios incluyan medidas de evaluación a largo plazo (14). Estos programas pueden ser igualmente eficaces para distintas edades aunque la evidencia parece indicar una preferencia por intervenir en los principios de la edad escolar (23).

Todavía hay falta de acuerdo en el campo de la promoción de la salud mental en relación a los niveles de riesgo de la población. Algunos programas sugieren que la población que más se beneficia de las intervenciones preventivas es la que tiene un mayor riesgo de sufrir problemas mentales. Por el contrario, los enfoques de salud pública argumentan que el dirigirse al público en general puede ser beneficioso tanto para toda la población como para aquellos que tienen un mayor riesgo de enfermedad. ¿Debe dirigirse la prevención sólo a grupos de riesgo o a la población en general?. Los meta-análisis indican que la prevención es igualmente eficaz para grupos con distintos niveles de riesgo (prevención universal, selectiva e indicada). Estos resultados se confirman también comparando cambios en factores de riesgo y cambios en síntomas psiquiátricos. La combinación de enfoques universales con componentes más específicos para poblaciones de riesgo se proponen como el paso siguiente en la investigación y en la política preventiva.

En relación a los métodos de intervención y duración de programas preventivos la investigación se centra en cuestiones como: ¿Cuáles son los mejores programas, los más cortos o más largos? ¿Cuál debe ser su duración? Y, ¿cuáles son los mejores métodos a utilizar?. Las técnicas cognitivas y las que mejoran competencias y habilidades personales son las más eficaces para mejorar la salud mental. Los programas que incluyen múltiples métodos de intervención (sobre unos cuatro) son el doble de eficaces que los programas que utilizan sólo uno o dos métodos. Según la edad de los participantes la duración de las intervenciones debería ser distinta: los programas más largos y con mayor número de sesiones son los mejores para los niños, y los más cortos son los más indicados para grupos de la tercera edad. Las técnicas de modifi-

cación de conducta son las que presentan mejores resultados con adolescentes, pero son las menos indicadas para la tercera edad, mientras que las técnicas para la mejora de las competencias y habilidades personales son igualmente beneficiosas para niños y mayores (25).

Igualmente los estudios sugieren que los diseños experimentales, los procesos de implementación de mejor calidad, y la base teórica de las intervenciones preventivas son elementos cruciales para determinar si un programa es eficaz. Tanto el nivel de calidad del diseño experimental como su implementación predicen buenos resultados, siendo estos programas dos veces más efectivos que aquellos en los que la calidad es menor.

■ DE LA EFICACIA A LA EFICIENCIA

Además de la eficacia, la cuestión de la eficiencia es un tema de gran importancia en el diseño de programas preventivos. Factores genéricos tanto de riesgo como de protección, como por ejemplo el abuso sexual o físico durante la infancia o la falta de soporte psico-social, están relacionados con varios problemas mentales. Se ha argumentado que ésta podría ser una de las razones que explique la alta comorbilidad o presencia simultánea de distintos trastornos mentales (ej., depresión y ansiedad) o entre enfermedades físicas y mentales (ej., dependencia al alcohol y lesión cerebral). Una posible estrategia eficiente para mejorar la salud mental y física es el desarrollo de programas con múltiples objetivos que combinen de forma simultánea factores comunes a distintas enfermedades (14). Los dos ejemplos de programas preventivos presentados anteriormente corroboran que se pueden lograr resultados positivos comunes a distintos problemas mentales y físicos de forma simultánea. El cambio de factores de riesgo y protección genéricos constituye un primer paso hacia una estrategia de simultaneidad que mejoraría la eficiencia de los programas preventivos.

■ EL FUTURO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD ANTE EL DESAFÍO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Actualmente contamos con suficiente evidencia para demostrar que los programas que promocionan la salud mental no sólo funcionan, sino que además contribuyen a un mayor bienestar mental y aumentan la calidad de vida a nivel individual y comunitario. Aún se pueden mejorar considerablemente estas intervenciones y es necesario que estudios de investigación continúen descubriendo cuáles son los elementos que contribuyen a la eficacia de las prácticas preventivas. La integración de los resultados de varios estudios recientes revela que: la prevención es igualmente eficaz cuando es aplicada a distintas edades y grupos con niveles de riesgo diferentes; las técnicas cognitivas y las que ayudan a mejorar la competencia y habilidades

personales son las más eficaces para distintas edades y óptimas cuando se combinan en una estrategia que incluya múltiples métodos; los programas preventivos deberían ser largos para niños y cortos para la tercera edad; deberían ser implementados por profesionales de la salud; óptimamente basando las intervenciones en teorías e implementando e investigando con alta calidad. A pesar de estos resultados, es importante tener en cuenta que estos elementos sólo explican una parte de la varianza de los resultados, y que se precisan más estudios que continúen investigando qué es lo que predice la eficacia de estas intervenciones.

Desafortunadamente, los resultados de la prevención y los predictores de su eficacia no pueden generalizarse a otros problemas de salud o a otras poblaciones más que las incluidas en los programas estudiados, por lo que debemos ser cautos al, por ejemplo, generalizar estos resultados a países en vías de desarrollo o a situaciones menos experimentales que se dan en el mundo real. Otro problema característico en el campo de la prevención de los trastornos psiquiátricos es la falta de minuciosidad y homogeneidad a la hora de presentar los resultados de las evaluaciones de programas preventivos. Por ello se anima a los investigadores y a los editores de revistas científicas a prestar una mayor atención a la calidad del estudio, a su implementación, a su base teórica así como a una mayor precisión y claridad a la hora de presentar sus resultados. Instrumentos estandarizados como listas de control ayudarían a aumentar la calidad de la implementación y a mejorar la eficacia de las intervenciones. Por ejemplo, se recomienda el desarrollo de un instrumento sistemático para controlar los procesos de implementación y un registro de programas preventivos, tanto publicados como no publicados, que pondría a disposición de los investigadores, de los responsables del desarrollo de los programas y de los asesores políticos la evidencia que existe hasta el momento.

Englobando los resultados presentados en un enfoque de salud pública más amplio, es importante intentar acercar la investigación y la política, ya que la investigación, la práctica y la política tienen por igual un rol crucial que jugar. La creación de vías de colaboración entre la investigación y la práctica, y el estudio de la transferencia de programas preventivos entre distintas regiones, culturas y países podría contribuir al desarrollo de políticas e infraestructuras más sostenibles.

Es vital que reduzcamos los problemas mentales y la promoción y la prevención pueden contribuir considerablemente a esta nueva prioridad del siglo XXI. Pero sólo conseguiremos combatir esta creciente problemática si la futura política de salud mental tiene como objetivo la sostenibilidad de distintos organismos y prácticas para la salud mental, y si se dirige por igual a la prevención y al tratamiento logrando un equilibrio mejor entre los dos.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization, *The world health report 2001: New understanding, new hope*, Geneva, World Health Organization, 2001
2. Murray, C. & Lopez, A., *The Global Burden of Disease*, Harvard: Harvard University Press, 1996.
3. World Health Organization, *The Ottawa Charter for Health Promotion*, Geneva: The World Health Organisation, 1986.
4. Detels R., McEwan J., Beaglehole R., Tanaka H., *Oxford textbook of public health (fourth edition)*, Oxford: Oxford University Press, 2002.
5. Mrazek P.J., Haggerty R., *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, Washington: National Academy Press, 1994.
6. Hosman C., Conceptual clarifications on promotion and prevention, en Trent D, Reed C, (eds.), *Promotion of mental health*, Brookfield VT: Avebury/Ashgate Publishing, 1997.
7. Hosman C., Jané-Ilopis E., Political Challenges 2: Mental Health, *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe*, pp 29-41, Brussels: ECSC-EC-EAEC, 1999.
8. Mrazek P.J., Hall M., «A policy perspective on prevention», *American journal of community psychology*, 1997, Vol. 25: 221-226.
9. Clarke G., Hawkins W., Murphy M., Sheeber L., Lewinsohn P., Seeley J., «Targeted Prevention of Unipolar Depressive Disorder in an At-Risk Sample of High School Adolescents: A Randomized Trial of a Group Cognitive Intervention», *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995; 34:312-21.
10. Clarke G., Hornbrook M., Lynch F., Polen M., Gale J., Beardslee W. *et al.*, «A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents», *Archives of General Psychiatry*, 2001; 58:1127-34.
11. Dadds M., Spence S., Holland D., Barrett P., Laurens K., «Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997; Vol 65:627-35.
12. Dadds M., Holland D., Laurens K., Mullins M., Barrett P., Spence S., «Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999; Vol. 67:145-50.
13. Anderson P., Health Challenges: Tobacco, Alcohol and Drugs, *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe*, Brussels: ECSC-EC-EAEC, 1999.
14. Jané-LLopis E., *What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention programmes*, Nijmegen: Nijmegen University, 2002.
15. Greenberg M., Domitrovich C., Bumbarger B., The prevention of mental disorders



- in school-aged children: Current state of the field, *Prevention and Treatment* 2001; Vol. 4:np.
16. Olds D., The prenatal early infancy project, en Price R.H., Cowen E.L., Lorian R.P., Ramos-McKay J., (eds.), *14 ounces of prevention: a casebook for practitioners*, pp 9-23, Washington: American Psychological Association, 1988.
 17. Olds D., The Prenatal/Early Infancy Project: Fifteen years later, en Albee G.W., Gullotta T.P., (eds.), *Primary prevention works*, pp 41-67, Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc, 1997.
 18. Olds D., The prenatal early infancy project: Preventing child abuse and neglect in the context of promoting maternal and child health, en Wolfe D.A., McMahon R.J., Peters R.D., (eds.), *Child abuse: New directions in prevention and treatment across the lifespan*, pp 130-54, Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc, 1997.
 19. Olds D., «The Prenatal/Early Infancy Project: A strategy for responding to the needs of high-risk mothers and their children», *Prevention in Human Services* 1989; 7: 59-87.
 20. Schweinhart L., Weikart D., «High/Scope Perry Preschool Program effects at age twenty-seven, en Crane J.», (ed.), *Social programs that work*, pp 148-62. New York, NY, US: Russell Sage Foundation, 1998.
 21. Spivack G., Shure M.b., «Interpersonal Cognitive Problem Solving (ICPS): A competence-building primary prevention program», *Prevention in Human Services* 1989; Vol 6: 151-78.
 22. Price R.h., Van Ryn M., Vinokur A.d., «Impact of a preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed», *Journal of Health and Social Behavior* 1992; Vol. 33:158-67.
 23. Durlak J., Wells A., «Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents», *American journal of community psychology* 1998; 26: 775-802.
 24. Tobler N., Stratton H., «Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research», *Journal of Primary Prevention* 1997; Vol. 18:71-128.
 25. Jane-Ilopis, E., Hosman, C., Jenkins, R., & Anderson, P., «A meta-analysis of depression prevention programmes: What predicts effect», *British Journal of Psychiatry* (in press).

Agradecimientos

Agradezco enormemente a Consuelo Escudero Álvaro por animarme a escribir este artículo y por sus excelentes comentarios en las revisiones del manuscrito. Igualmente le agradezco enormemente a Amparo Llopis Lombart su inestimable dedicación, sugerencias e incondicional soporte en las revisiones del manuscrito.

Correspondencia a:

Eva Jané-Llopis, PhD.

Prevention Research Centre

Department of Clinical Psychology and Academic Centre for Social Sciences

Nijmegen Univeristy,

Po. Box 9104, 6500 HE Nijmegen, The Netherlands.

Email: Llopis@psych.kun.nl

Eva Jané-Llopis, PhD.

Centro de la Investigación para la Prevención, Universidad de Nijmegen, Holanda.

Po. Box 9104, 6500 HE Nijmegen. Email: Llopis@psych.kun.nl

Alfred Capellá

PENSAR LO IMPENSABLE: UNA APROXIMACIÓN A «LA PSICOSIS»¹

THINK THE UNTHINKABLE: AN APPROACH TOWARDS PSYCHOSIS

■ RESUMEN

Se aborda el trastorno psicótico en varios pasos. Primero, se delimitan las dificultades previas. Segundo, se esboza un modelo sobre la mente. Tercero, se aborda la patología mental y, a continuación, se diseña un modelo de comprensión del funcionar psicótico. Se extraen, finalmente, conclusiones.

Palabras clave: psicosis, modelos, mente, sistemas y redes, fisiología y patología, organización y desorganización, crisis, funcionamiento psicótico.

■ SUMMARY

We approach psychotic disorder in several steps. First, we outline the previous difficulties. Second, we make a model of the mind. Third, we approach at mental pathology and, then, we design a model to understanding psychotic functioning. Finally, we take the conclusions.

Keywords: Psychosis, models, mind, systems and networks, physiology and pathology, organization and disorganization, crisis, psychotic functioning

■ INTRODUCCIÓN

Pretender aportar elementos que ayuden a comprender el complejo tema del trastorno psicótico no resulta fácil, más cuando ahí convergen multiplicidad de concepciones, a menudo opuestas, y difícilmente integrables. Quizá sea ésta una dificultad característica de las teorías en el campo de la salud mental, por contraposición a las que se ocupan de lo llamado somático, de carácter más homogéneo.

De ahí el título: «Pensar lo impensable». Y por dos motivos:

Uno, por la dificultad de abordar conceptualmente un terreno caracterizado precisamente por desbordar lo «racionalizable» y donde los profesionales andamos

1. Este trabajo fue presentado, de modo resumido, en el Congreso «Pensar las psicosis» celebrado en Bruselas en el mes de Noviembre del año 2002

aún a tientas, seguramente porque nuestros medios técnicos no alcanzan aún a objetivar lo que sucede (podemos visualizar los flujos sanguíneos, la actividad bioeléctrica cerebral..., pero no lo mental propiamente dicho, salvo por medio de técnicas psicológicas siempre subjetivas). Quizá también porque muchas de nuestras teorías aún están impregnadas de aproximaciones demasiado subjetivas y parciales, de categorizaciones que a menudo resultan artificiosas y rígidas, de dualismos inconciliables (mente-cuerpo, sano-enfermo, neurótico-psicótico...), de mitos y prejuicios, etc.

Y dos, porque justamente la propia persona que padece de un trastorno psicótico, cuando está afectada, digamos incluso dominada, por el trastorno, tiene una importante dificultad en utilizar la función de pensar, función que resulta desbordada por los fenómenos que padece.

Intentaremos, sin embargo, diseñar cierto aparato conceptual para acercarnos a este fenómeno propio de la naturaleza humana (en tanto es la única especie que la padece, por lo menos en su forma característica), advirtiendo que se trata de una aproximación personal y subjetiva del autor, que seguramente resultará afectada por las mismas dificultades previamente advertidas, pese a que intentaremos sustentarla en las concepciones y hallazgos de autores y modelos más o menos reconocidos.

Otra dificultad a tener en cuenta es la difusa delimitación de aquello a lo que llamamos «psicosis», que ha ido variando a lo largo de su historia, y donde los autores y las escuelas no están ni mucho menos de acuerdo en una idea única y común, por no hablar de las concepciones procedentes de la noche de los tiempos precientífica que aún dejan sentir su influencia. Hablamos además de «la psicosis» como de una cosa en sí, clara, delimitada y precisa, cuando se trata más bien de un fenómeno heterogéneo de la clínica que no puede resumirse en una entidad única — menos en un cajón clasificatorio—, en tanto tiene numerosas conexiones con muchos cuadros clínicos (melancolía, trastorno bipolar, cuadros de despersonalización, hipocondría...). El riesgo añadido es constituir un «cajón de sastre» de la clínica donde todo tenga cabida.

Pese a lo antedicho, es cierto que hay cierto acuerdo general sobre los fenómenos sintomáticos que pueden denominarse «psicosis», aunque no tanto sobre las causas del trastorno; así, los más biólogos hablan de trastornos de los neurotransmisores cerebrales, de fallos en la capacidad moderadora de la corteza cerebral, de alteraciones a nivel del lóbulo prefrontal u otras zonas...; los de corte psicólogo mencionan la regresión a etapas primigenias, la grave fragmentación del Yo psíquico...; y los que estudian el medio, sitúan el trastorno en los sistemas comunicacionales bien de la familia, bien de lo social... (1)

Posiblemente las dificultades para abordar este trastorno tienen su raíz en las enormes diferencias sobre lo que se entiende como «mente» (concepto que incluso

algunos autores y modelos rechazan). Por ello, para iniciar nuestro trayecto, intentaremos primero definir qué entendemos como «mente» —será nuestra base de partida—, para luego procurar delimitar qué podríamos incluir bajo el término «psicosis», advirtiendo de antemano que más que de psicosis hablaremos de *funcionamiento mental psicótico*.

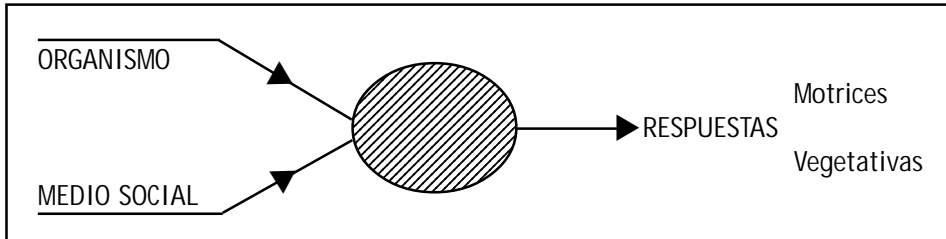
■ UNA POSIBLE CONCEPCIÓN DE LA MENTE HUMANA

El término «mente», que parece imponerse actualmente por encima de otros anteriores como «psique», «psiquismo», «aparato psíquico», «organismo mental», «espíritu» u otros, daría cuenta de la entidad que posibilita el pensamiento o, ampliando la idea, aquella que permite realizar las funciones mentales (memoria, cognición, etc.). De todos modos, aunque la consideremos una entidad, no cabe concebirla como algo dado en sí, preciso, localizable y casi inamovible; en este sentido, la lengua francesa acierta quizá al carecer de este término —a diferencia de la española (mente) o la inglesa (mind)— y hablar más bien de la «activité mentale». Lo mental se referiría, pues, a una actividad —o a procesos— en constante dinamismo.

Dada la pluralidad de concepciones existentes sobre la mente (1), necesitaremos partir de algún concepto generalmente aceptado; y nos parece hallarlo en el concepto «biopsicosocial», que da cuenta de las tres básicas dimensiones que parecen integrar la mente (si no se trata de más). A saber: la dimensión biológica, digamos el sustrato material, que describe la neurobiología; la psicológica, o sea, el mundo de representaciones mentales, que teorizan los modelos psicólogos, como el psicoanálisis, el cognitivista (aunque difieran en muchos aspectos), y otros; y la social, pues resulta inconcebible una actividad mental adecuada fuera de cualquier sistema social, lo que viene demostrado por numerosos modelos antropológicos y sociológicos. Nuestra concepción tomará, pues, elementos de todos estos modelos.

De entre ellos destacaremos tres de los modelos más recientes e innovadores: uno, el de la neurociencia (2), que aúna la dimensión neurobiológica clásica con la psicológica, al esbozar que la mente se gesta en el encéfalo, especialmente en la corteza cerebral, merced a las representaciones mentales («mapas corticales» en construcción constante) que se producen por el procesamiento de lo percibido por los sentidos (del medio interno y externo) y que dan luego lugar a respuestas motrices y neuro-vegetativas. Esa idea nos permite representar un primer esbozo de la mente (esquema A):

MENTE



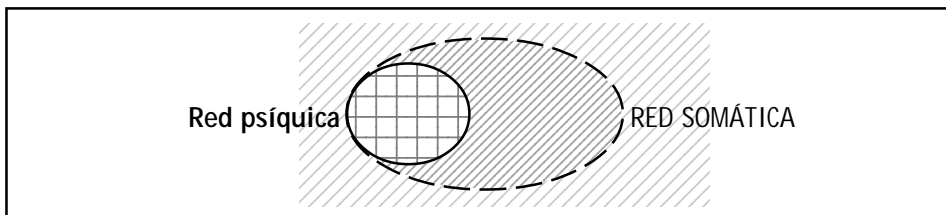
Dos, el modelo sistémico (3), que concibe la mente como un sistema abierto en constante autoorganización y que se integra en sistemas biosociales más amplios con los que mantiene un constante intercambio (4).

Y tres, los modelos en red (5), que conciben tanto la mente individual como la organización social como sistemas reticulares que integran coordinadamente numerosos y diversos elementos.

De ahí nos permitiremos definir *la actividad mental (mente) como un sistema abierto en red de triple dimensión*: la red biológica, la que constituyen los miles de millones de neuronas de muy diversas áreas del encéfalo conectadas sinápticamente de modo muy complejo (sin entrar en más detalles), y que se interconecta con los sistemas somáticos de funcionar automático del resto del organismo (por medio de diversos sistemas, como el neurovegetativo, el neuromuscular o el neuroendocrino); la red psíquica, que aúna una ingente cantidad de representaciones mentales de forma unitaria (formando el Yo y los sistemas intrapsíquicos), en gran medida inaccesibles al mundo consciente (lo inconsciente); y la red social, que no sólo intercomunica la mente con múltiples redes sociales y la integra en las representaciones simbólicas propias de la lógica común de lo social, sino que sostiene al individuo merced a la relación con los otros, sus principales referencias (en la familia, escuela, trabajo, amistades, pareja, etc). Estas tres redes no pueden diferenciarse taxativamente.

Intentemos representarlo (esquema B):

RED SOCIAL

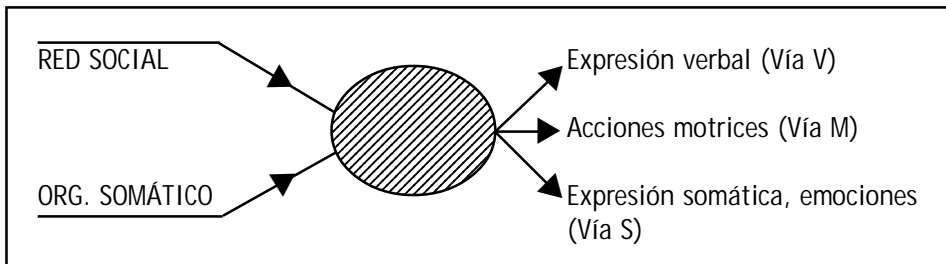


Para precisarlo aún más, diremos que *lo mental propiamente dicho está constituido por el mundo de representaciones psíquicas* (imágenes resultantes del procesamiento de lo percibido o, en otras palabras, de la mentalización: ideas, sensaciones, sentimientos, recuerdos, etc.), sustentado por la red neuronal y conectado a la red social.

Ese sistema mental (la red representacional) permite diversas funciones integradas que se ligan entre sí: la memoria simbólica; la orientación espacio-temporal; la cognición (la función de conocer); la representación del mundo interior y exterior; la construcción de la identidad y del Yo; la conciencia moral; la imprescindible elaboración mental, que permite procesar y «digerir» los impactos del mundo externo e interno; la interconexión con el organismo somático de funcionamiento automático; la regulación de la impulsividad (en especial, la agresividad y la sexualidad); los sistemas de alerta; el pensar y el sentir, que permiten, entre otras, la comunicación consigo mismo; la relación con el medio, mediante respuestas motrices (expresión verbal, conductas...) o somáticas (emociones, manifestaciones orgánicas...) que posibilitan la comunicación con la red social; etc.

En suma, concebimos *la mente como un sistema en red, que recibe estímulos tanto del medio social como del organismo, que los procesa, integra y organiza por medio de complejos sistemas y circuitos del encéfalo, y que da lugar a respuestas motrices (la de la expresión verbal es una vía psíquica directa) y respuestas somáticas de tipo neurovegetativo.*

Esa concepción intentamos plasmarla en el esquema C, el más definitivo:



¿Cómo funciona este sistema mental? Numerosos modelos, aunque con diferente perspectiva, parecen esbozar dos modos principales de funcionamiento interconectados; así, el modelo de la neurociencia (2) describe, por un lado, las funciones de tipo intelectual, verbal y racional que realiza el hemisferio izquierdo (y que tienen principal asiento en el cortex prefrontal) y, por otro, las funciones ligadas a la sensorialidad, a las emociones y a la impulsividad que realiza el hemisferio derecho (y se sustentan sobre todo en la corteza límbica); el modelo psicoanalítico (6) plantea a su vez el funcionamiento en proceso primario, cuando el aparato psí-

quico funciona con intensas energías, tiende a la expresión inmediata sin demoras y sólo se rige por una realidad interna de tipo alucinatorio, y el del proceso secundario, mediatizado por la elaboración racional y el contacto con la realidad social, que atenúa, regula e inhibe lo anterior...

Y así podríamos citar a otros autores y modelos que tienden a diferenciar lo mental de funcionamiento más instintual, ligado a lo sensorial, de lo mental racional y elaborativo, ligado al intelecto (no hay que olvidar, tampoco, la influencia de la impronta cartesiana que separaba —erróneamente, creemos— la mente, lo espiritual-racional, del cuerpo, sede de lo sensorial y las mecánicas corporales).

A partir de esta idea de cierto funcionamiento doble, plantearemos que el sistema mental se organiza en dos modalidades principales, las que usan básicamente representaciones psíquicas: el *funcionamiento sensorio-motor* y el *funcionamiento lógico-elaborativo*; sin olvidar que dicho sistema mental (mente) está absolutamente integrado con el funcionamiento de base —los automatismos neuro-vegetativos— que no alcanzan representación mental, salvo excepciones (cierta conciencia de algunos funcionamientos somáticos).

El *funcionamiento sensorio-motriz* es un funcionamiento poco elaborativo que usa representaciones sensoriales y motrices, en el cual el sistema mental tiende a expresarse de modo directo por medio de acciones inmediatas o con expresiones somáticas y emociones poco depuradas. Lo percibido, poco elaborado, usa privilegiadamente las vías motriz y somática (ver esquema C). Ejemplos claros de este modo de funcionamiento son los propios de la agresividad, la sexualidad, las vivencias emocionales, y otras.

En el *funcionamiento lógico-elaborativo* el sistema mental tiende a la lenta elaboración de lo percibido por medio de representaciones simbólicas (construyendo así el pensar y el sentir), y se expresa tanto por la vía verbal —la palabra, la escritura— como por la vía motriz -las conductas elaboradas-; la vía somática tiene menos peso. Ejemplos de este modo de funcionamiento son aquellos donde predomina la expresión del pensar, como el trabajo intelectual, y del sentir (sentimientos elaborados).

¿Cómo se produce el funcionamiento mental global? Para entenderlo, nos basta con recurrir a la observación del resto de sistemas del organismo (7), aunque el sistema mental sea, evidentemente, el sistema más diferenciado y complejo evolutivamente hablando, pues, entre otras diferencias, dicho sistema mental (mente) funciona por medio de representaciones (ideas, sensaciones...) y está mediatizado por la voluntad consciente, no sólo por automatismos.

¿Dónde estriba la similitud? Observamos que todos y cada uno de los sistemas del organismo tienen un funcionamiento autoregulado y que habitualmente sus funciones se consiguen por medio del equilibrio entre sistemas; así, la respiración (inspiración-espíración), función cardíaca (autoregulación de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca, etc.), digestión (asimilación-eliminación), etc.

En síntesis, plantearemos que, con sus muy peculiares características, *el sistema mental (mente) tiene un funcionamiento autoregulado por medio de dos modos de funcionamiento —el funcionamiento sensorio-motor y el funcionamiento lógico-elaborativo—*, dos modos que se contrabalancean habitualmente entre sí, aunque predomine más uno u otro según los casos.

Hasta ahí hemos definido el funcionamiento mental llámémosle natural o fisiológico (por no usar la connotación «normal», que se presta a ciertos deslizamientos y ambigüedades). Ahora, para entender el funcionamiento psicótico, deberemos abordar el funcionar patológico.

■ CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PATOLOGÍA

Las concepciones sobre la patología mental son muy diversas, numerosísimas, dependiendo de cada una de las escuelas y autores. Sin pretender ninguna visión de conjunto, sino tan sólo empezar desde alguna base, describiremos algunos elementos de las principales concepciones (1, 8, 9).

Quizá simplificando en exceso, podríamos considerar que clásicamente la patología mental —hablamos sobre todo de las escuelas francesa y alemana— dividía los trastornos en dos tipos básicos según su mayor o menor gravedad:

Las neurosis, con un funcionamiento mental mediatizado por el sufrimiento elaborado y que se expresa con síntomas también elaborados (fobias, obsesiones, conversión, neurastenia, etc.); y las psicosis, donde la alteración de las funciones mentales reviste mucha mayor gravedad, y que se manifestaría en dos modos principales: la esquizofrenia, cuyo rasgo diferencial sería la disgregación del mundo de representaciones mentales, con la consecuente desorganización del funcionar mental, y la psicosis sistematizada, cuyo paradigma sería la paranoia, que se caracterizaría esencialmente por el intento de reorganización mental mediante la construcción de un delirio más o menos estructurado. A la vez, también describía los trastornos afectivos (melancolía, trastorno maníaco-depresivo...), que podían situarse unas veces del lado de las neurosis y otras del de las psicosis. Y, por fin, el complejo campo de los trastornos psicósomáticos, graves trastornos somáticos que tendrían relación más o menos directa con lo psíquico.

Por otro lado, la concepción estructuralista más moderna, de raigambre psicoanalítica, ha puesto su énfasis en la idea de una estructura psíquica más o menos estable, diferenciando tres grandes tipos de estructura, la psicótica, la neurótica, y la límite (que oscilaría entre las dos primeras). Poco a poco la patología límite o *borderline* se ha ido constituyendo en un gran cajón clasificatorio que englobaría todos aquellos trastornos no incluidos en las neurosis o en las psicosis.

Esta clasificación tradicional se ha modificado en los últimos tiempos por medio de la clasificación descriptiva y fenomenológica llamada DSM (10) —de la escuela

americana— que ha fragmentado estos grandes cuadros, sobretudo las neurosis, en numerosos síndromes y apartados diferenciados (los síntomas, la personalidad, la historia somática, la historia social), aunque ha mantenido la diferenciación entre la psicosis más grave, la esquizofrenia, caracterizada por la *desorganización* del pensamiento, la comunicación y el comportamiento, y la psicosis delirante, con cierta conservación de funciones psíquicas.

Así pues, pareciera que las nosologías oscilan entre aquellas que priman el estado de la organización y el funcionamiento mentales de aquellas otras que ponen el acento en los síntomas (o en el síndrome, agrupamiento de síntomas).

¿Cuál puede ser el eje principal para el diagnóstico?

Consideraremos como eje principal de nuestra concepción (11) el de *organización*, ya que entendemos que el sistema mental (mente) tiende a cierto funcionamiento integrado —en parte autoregulado, involuntario e inconsciente, y en parte voluntario— de las diferentes funciones psíquicas a través de complejos elementos (circuitos, áreas específicas...) insuficientemente conocidos hoy por hoy.

Causas diversas, tanto interiores (genéticas, conflictos internos) como exteriores (acontecimientos vitales traumáticos, estrés, etc.) pueden producir que este funcionamiento mental organizado se altere y de lugar, con menos o más intensidad, a cierto *funcionamiento en crisis* que trastorna las funciones mentales (la memoria, el dormir, la orientación, la capacidad cognitiva) y ya produce síntomas, expresión del trastorno y del sufrimiento mental. Si las causas son muy poderosas, o se suman a lo largo del tiempo, pueden dar lugar a un funcionamiento propiamente patológico.

El funcionamiento patológico puede ser de dos tipos, básicamente. Un primer tipo es el *funcionamiento patológico de tendencia reorganizativa*, que permite elaborar en cierta medida el sufrimiento psíquico y se puede expresar con síntomas psíquicos (obsesiones, fobias), motores (conductas patológicas) o somáticos (trastornos emocionales o del estado de ánimo, síntomas de conversión).

Un segundo tipo, de mayor gravedad, es el funcionamiento patológico en el que el sistema mental se desorganiza tan gravemente en su funcionar que no puede reorganizarse ni elaborar el sufrimiento adecuadamente. Este *funcionamiento patológico de tendencia desorganizativa* tendría dos modalidades: una, aquella donde no parece afectarse el mundo de representaciones psíquicas (que puede mantener su coherencia), pero sí su integración con el sistema somático, creándose un terreno propicio a la aparición de un grave cuadro somático (por ejemplo, una úlcera de estómago); eso no supone que un cuadro psicósomático tenga en sí significación mental ni que sea una traducción directa de un trastorno mental.

El segundo tipo es aquel donde el propio entramado de representaciones psíquicas unitarias y su funcionamiento autoregulado se desorganiza muy gravemente. Ahí se entra en el funcionar psicótico.

Ahora pues, tras este largo preludeo, podemos acercarnos a las «psicosis».

■ APROXIMACIÓN AL TRASTORNO PSICÓTICO

Para abordar el trastorno psicótico partiremos de unas ideas preliminares, que no parten sólo de planteamientos éticos, sino de una búsqueda de rigor científico; a saber: que, al igual que otros trastornos del organismo, el trastorno psicótico no es algo fijo e inmutable, sino un proceso que puede darse con muchas gradaciones y afectar al sistema mental más o menos extensamente, que está sujeto a modificaciones a lo largo del tiempo y que, incluso en los casos más graves, coexiste con modos de funcionar fisiológicos («sanos») que procuran contrarrestar el trastorno; que por todo ello posee modos muy diversos de presentación según cada persona (cada caso es único, y por eso resulta simplificador decir «tiene una psicosis» o «la psicosis de este paciente...»); y que, aunque permanezca como un estado crónico, nunca puede entenderse como una esencia de la persona (ser un «psicótico»).

¿Qué podemos entender entonces como «psicosis»? Si tomamos, salvando las diferencias, el modelo de un grave trastorno somático, como lo puede ser una úlcera o un infarto, hallamos siempre dos tiempos principales que se suceden o incluso coexisten: primero, el trastorno en sí, que acostumbra, aunque no siempre, a manifestarse en forma aguda; y, segundo, el intento del organismo mediante diversas estrategias de retornar al funcionar fisiológico previo. Esta distinción es algo teórica, pues a veces estos dos tiempos se entremezclan y resultan difíciles de diferenciar.

Desde esta idea simple, plantearemos que el trastorno psicótico tiene dos fases: primera, la desorganización psicótica; y, segunda, el intento de reorganización.

La *desorganización psicótica* implica una brutal desorganización del entramado psíquico de representaciones, una verdadera escisión que altera profundamente varias o todas las funciones psíquicas: capacidad de control voluntario, construcción del Yo y de la identidad, memoria, orientación en el espacio y tiempo, hilación del pensar y el sentir, comunicación con los otros, regulación de la impulsividad y, sobre todo, la de elaboración psíquica. Ése es el trastorno primario (como en un infarto lo es la falta de riego sanguíneo y la necrosis celular, con la consecuente desorganización de las funciones del órgano cardíaco).

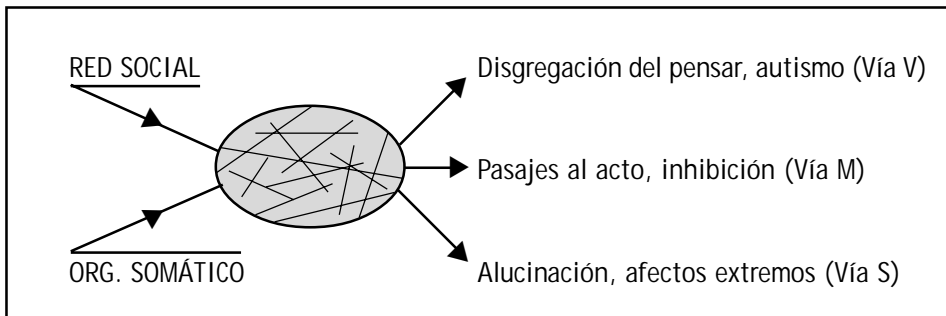
Y de ese trastorno primario del sistema mental se generan los síntomas psicóticos, fenómenos en bruto sin elaboración alguna que indican la gravedad desorganizativa y que se expresan por las tres vías: disgregación de la coherencia del discurso o ausencia autística manifiesta de éste (vía psíquica); fenómenos emocionales y sensoriales extremos, en bruto, especialmente alucinaciones (vía somática); y acciones motoras de gran impulsividad —pasajes al acto— o grave inhibición (vía motora).

Ese es el trastorno psicótico primario: grave desorganización del entramado psíquico de representaciones, y fenómenos sintomáticos en bruto. Y esa es la dificultad que tenemos por captar y comprender este trastorno, en tanto lo esencial es la afectación desorganizativa del entramado de representaciones, justamente lo que menos conocemos, lo que está más allá de nuestras técnicas, pues depende posible-

mente de circuitos sutiles y muy complejos que permiten ordenar y organizar los modos de funcionamiento mental.

El esquema D, que muestra la disgregación de la realidad psíquica (no se puede diferenciar entre los estímulos que proceden del mundo interior o del exterior), la alteración de las percepciones y los síntomas apenas mentalizados, pretende reflejar este primer tiempo del trastorno:

PRIMER TIEMPO: DESORGANIZACIÓN PSICÓTICA

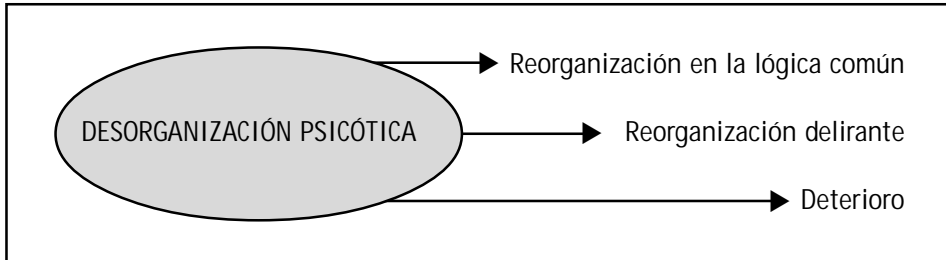


La tentativa de reorganización es un segundo tiempo en el que el sistema mental procura recuperar sus funciones y puede conseguirlo en varias maneras, que dependerán del grado de organización obtenido. Sin ningún afán totalizador, pues hay ciertamente mil y una maneras de presentarse un trastorno psicótico, los dividiremos en tres:

- Primera. Aquellos casos en que el sistema mental (mente) consigue una «restitutio ad integrum» y el entramado representacional vuelve a tramarse y ordenarse en la lógica social común. Sería el caso del trastorno psicótico breve, del trastorno de despersonalización...
- Segunda: aquellos otros donde se consigue cierta reorganización, a veces precaria, otras mejor conseguida, pero donde la fenomenología psicótica persiste todavía, bien encapsulada —se habla a veces de locura parcial—, bien englobada en una trama representacional mucho más estructurada (por ejemplo, la psicosis sistematizada). Se trata, pues, de una reorganización anómala, que sigue una lógica peculiar de tipo delirante. En estos casos las funciones mentales se mantienen relativamente, pero dificultan evidentemente las capacidades de la persona de desarrollar su vida mental.
- Tercera: aquellas otras donde no se consigue una adecuada reorganización y se propende al deterioro de las funciones mentales, quizá porque hayan quedado alterados circuitos —no siempre irreversiblemente— imprescindibles para el funcionar mental. Sería el caso de ciertos trastornos cronicados, del trastorno esquizofrénico de mala evolución...

Estas tres posibilidades de reorganización intentamos representarlas en el siguiente esquema E:

SEGUNDO TIEMPO: INTENTO DE REORGANIZACIÓN



Dentro de estas diferentes posibilidades observamos en la clínica que el trastorno psicótico tiene muy diversas formas de manifestarse y que a veces éstas pueden coexistir en una misma persona. A veces, la persona padece crisis continuas con una gran fragilidad mental intercrisis; otras, una o dos crisis con buena restitución; otras, no llega a hacer una crisis grave, pero mantiene la presencia de sintomatología psicótica; en otras, tiende al deterioro sin apenas presencia de síntomas psicóticos, etc, etc.

La causalidad misma del trastorno es muy variada (1). Unas son de tipo interno, tanto biológicas (genéticas, alteraciones bioquímicas o macroscópicas del propio encéfalo...) como psicológicas (personalidad previa, fragilidad del Yo...); y otras son de tipo externo, tanto biológicas (ingesta de drogas, estrés socio-laboral...) como sociales (alteraciones severas del sistema familiar, pérdida o duelos de cierta gravedad...).

También la evolución puede seguir muy diversos avatares, que no dependen tan solo de la «lógica interna» del trastorno, sino en gran manera también del entorno social que le rodea (las tramas sociales que le sostienen) y del abordaje terapéutico realizado.

■ A MODO DE CONCLUSIÓN

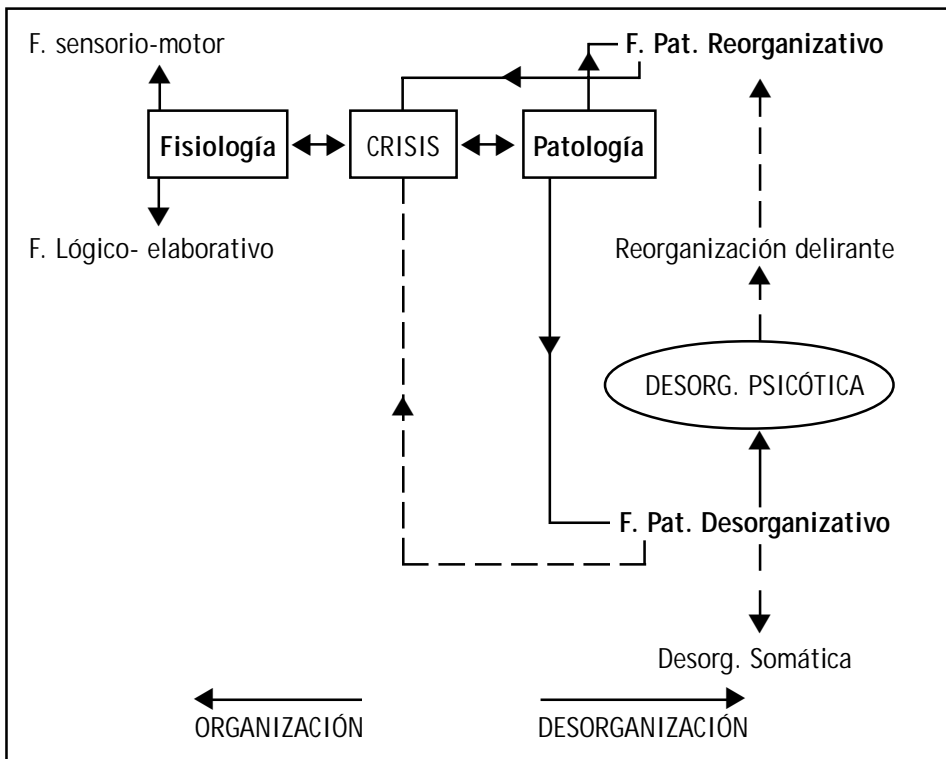
Nuestro intento de aproximación al trastorno psicótico mediante un modelo conceptual, que hemos procurado asentar en elementos de modelos reconocidos, nos ha llevado a la concepción de que *el trastorno psicótico es un modo de funcionamiento patológico gravemente desorganizativo del sistema mental que muestra dos tiempos delimitados y cuya característica primordial es la desorganización de la trama psíquica de representaciones y la aparición de síntomas psíquicos en bruto.*

A su vez, lo concebimos como *un trastorno heterogéneo, diverso en sus presentaciones y con una dinámica propia, cuya causalidad y evolución depende de múltiples factores*. Ello hace que sea de difícil aproximación con nuestras técnicas de exploración (tanto biológicas como psicológicas) y que entendemos convendría conceptualizar con modelos dinámicos, abiertos, que no fijen el trastorno —al modo de las técnicas «in vitro»—, sino que lo observen «in vivo» y en toda su heterogeneidad.

Ese debería ser nuestro afán, más cuando se trata de un trastorno que afecta a la persona en aquello que más le sirve para funcionar en el mundo social y afrontar las vicisitudes vitales, lo que hace a su «ser en el mundo».

Hasta ahí llega nuestra aproximación, quizá demasiado compendiada, a un fenómeno humano que posiblemente aún estamos lejos de comprender, y al que este trabajo ha querido aportar algunos elementos más de comprensión. Se necesitaría, claro, verificar si este modelo se adecúa a la clínica. Y faltaría, posiblemente, una continuación sobre la aplicación de este modelo a la terapéutica.

Finalmente, intentamos con el siguiente esquema mostrar la continuidad y relación entre sí de los diferentes modos de funcionamiento del sistema mental (mente) que hemos ido describiendo.



■ BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan, H, Y y Sadock, B..J., *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Ed. Salvat, 1980
2. T. M. Jesell, E. R. Kandel y J. H. Schwartz, *Neurociencia y conducta*, Prentin Hall, 1999
3. Hoffman, L., *Fundamentos de la terapia familiar, un marco conceptual para el cambio de sistemas*, Mexico, FCE, 1981
4. F. Capra, *La trama de la vida, una nueva perspectiva de los seres vivos*, Barcelona, Ed. Anagrama, 1999
5. Compilación (E. Dabas y D. Nymanovich), *Redes, el lenguaje de los vínculos*, Ed. Paidós, 1999
6. Freud, S., «Los dos principios del funcionamiento mental», «El Yo y el Ello», «La pérdida de realidad en la psicosis y en la neurosis». En: Obras completas, Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1989
7. P. Farreras y C. Rozman, *Medicina Interna*, Barcelona, Ed. Marín, 1974
8. Ey, H., *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Ed. Toray-Masson, 1980
9. Canguillem, g., *Lo normal y lo patológico*, Madrid, Siglo XXI, 1986
10. Varios autores, *DSM-IV-manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Ed. Masson, 1985
11. Capellá. A, *El psicoanálisis dialéctico*, Barcelona, Ed. Herder, 1998

Correspondencia:

Alfred Capellá

e-mail: 12287acb@comb.es

Dirección: calle Ausias Marc 144, 1º, 1ª

BARCELONA (08013)

*David Chesa Vela, María Elías Abadías, Eduard Fernández Vidal,
Eulàlia Izquierdo Munuera, Montse Sitjas Carvacho*

EL CRAVING, UN COMPONENTE ESENCIAL EN LA ABSTINENCIA

CRAVING, AN ESSENTIAL COMPONENT IN ABSTINENCE

■ RESUMEN

Esta revisión pretende definir el concepto de craving, o deseo por el consumo de drogas, como componente esencial en una dependencia y su papel en el mantenimiento de la abstinencia. Existen básicamente dos modelos para explicar este fenómeno, uno basado en mecanismos de condicionamiento clásico y otro basado en mecanismos cognitivos. Existe un tercer modelo, que sería el modelo neuroadaptativo, el cual formaría parte de los dos anteriores. Se podría afirmar que el craving forma parte de una adicción, que existe una intensificación del deseo ante señales asociadas al consumo, que este anhelo es una sensación principalmente subjetiva para cada individuo y que es importante enseñar a los pacientes a analizar, afrontar y utilizar sus deseos y a observar cómo desaparecen sin necesidad de consumo. La importancia del mejor conocimiento de este fenómeno radica en las posibilidades de medición y futuro tratamiento del mismo, mejorando de manera significativa la asistencia en las drogodependencias, con una mayor eficacia en el mantenimiento de la abstinencia.

Palabras clave: Craving. Consumo de drogas. Abstinencia. Conductas adictivas.

■ ABSTRACT

This review tries to define the concept of craving, or the desire for drug consumption, as an essential component in a drug dependence and its role in the maintenance of abstinence. Two models exist to explain this phenomenon, one based on mechanisms of classic conditioning and other based on cognitive mechanisms. There is a third model, the neuroadaptative model, which would comprise of previous both. It is possible to assert that craving is a part of an addiction, that exists an intensification of the desire in front to consumption cues, and that this desire is a sensation mainly subjective for each individual and that it is important to teach the patients to analyze, to confront and to use their desires and to observe how they disappear with no need of consumption. The importance of better knowledge of this phenomenon lies on the possibility to assessment and its future treatment, improving significantly the assistance to drug dependences, with most efficacy in the maintenance of abstinence.

Keywords: Craving. Drug consumption. Abstinence. Addictive behaviours.

■ INTRODUCCIÓN

Dentro del tratamiento integral de los trastornos por abuso y dependencia de drogas, el mantenimiento de la abstinencia para el consumo ocupa una parte muy importante de los recursos farmacológicos y clínicos destinados a la atención de las drogodependencias. La consecución del estado de no consumo en un adicto se convierte en el objetivo primero del tratamiento, y su mantenimiento se puede asemejar a la permanencia del sujeto en un extremo de una balanza, en la que a cada uno de los extremos se sitúan respectivamente la abstinencia y la recaída. En este equilibrio intervienen múltiples factores, siendo uno de ellos el llamado *craving*, que proviene del inglés «crave»: ansiar, anhelar. Existe un interés creciente en definir con exactitud las características de este concepto, su papel en una adicción y la posibilidad de modificación del mismo, en el cual radicaría el posible efecto terapéutico tan ansiado por el clínico. La importancia atribuida al craving para el consumo, viene definida por algunos autores que lo consideran como el factor más importante de abandono terapéutico y es el causante de las recaídas después de largos periodos de abstinencia, sobre todo porque reaparece durante y después del tratamiento (1). Posteriormente se ha especulado con esta última posibilidad, y se ha visto que no es el único factor determinante en el mantenimiento de la abstinencia, sino que forma parte de un conjunto de causas que predisponen al individuo con una adicción a recaer en el consumo.

En esta revisión nos proponemos actualizar la definición del craving, haciendo un pequeño recorrido por la evolución del concepto, exponer los modelos explicativos propuestos, mencionar los diferentes métodos de medición y actualizar los tratamientos farmacológicos existentes para este fenómeno.

■ EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE CRAVING

En 1948, Wikler lo definió como la urgencia intensa y agobiante para el uso de opiáceos durante la abstinencia. La Organización Mundial de la Salud, en 1955, englobó dentro del paraguas del craving las siguientes conductas: recaída, establecimiento de un uso excesivo de droga, pérdida de control y consumo diario excesivo. Así, propuso que el deseo o craving explicaba el consumo que aparecía de la necesidad psicológica y física, y de la necesidad de eliminar la abstinencia. En 1955 Isbell diferenciaba dos tipos de craving: a) el físico o no simbólico, precipitado por el síndrome de abstinencia, que aparecía en personas que habían bebido en grandes cantidades durante largos periodos de tiempo. Éste se manifestaba por síntomas de abstinencia y estaba atribuido a alteraciones fisiológicas, poniendo de manifiesto un concepto hoy estudiado, como es el hecho de si el síndrome de abstinencia contribuye a la aparición del craving; y b) el psicológico, posterior al síndrome de abstinencia, que ocurriría en personas que han estado abstinentes durante un tiempo y después de que los sínto-

mas abstinenciales desaparecieran. Más tarde, Myerson en 1957, lo incluyó como uno de los componentes mayores de la dependencia del alcohol, junto con la pérdida de control y las consecuencias físicas y psíquicas de la ingesta. Edward y Gross en 1976, lo definieron como un deseo irracional o conciencia subjetiva de compulsión, entendida como necesidad imperiosa, significando un conflicto entre el querer consumir y la abstinencia. Reconocieron la importancia de los estímulos medioambientales, el estrés y los estados afectivos como factores de influencia en el craving. Hovarth en 1988, distinguió entre craving e impulso. Así, la realización de un deseo y el paso a la consumación del mismo, dependían del acto consumatorio, del cual formarían parte el craving, como sensación subjetiva de deseo, necesidad, arousal físico y emocional para conseguir el estado psicológico inducido por las drogas, y el impulso como determinante conductual de búsqueda y consumo de la sustancia. El impulso sería la consecuencia instrumental del craving, o sea, la intención conductual de verse implicado en una conducta consumatoria. Así, el objetivo del impulso sería el de reducción del estado que lo ha instigado, es decir, el craving. Además, proponía que el craving y los impulsos tienden a ser automáticos y llegan a ser autónomos, y son capaces de continuar aunque la persona intente suprimirlos. En 1992, Pickens y Johanson, confirmaron su carácter subjetivo, reconociendo lo poco conocido hasta ese momento en lo que concernía a sus determinantes, las relaciones con el consumo y su medición (2).

Aparte de intentar definir el concepto en sí, se han intentado agrupar los diferentes tipos de respuestas que presenta el craving y desglosarlo en diferentes tipos. Así, varios autores proponen que el craving se podría dividir en cuatro tipos dependiendo de su etiología: a) como respuesta a los síntomas de abstinencia: los individuos con un consumo importante, suelen experimentar reducciones del grado de satisfacción que encuentran en el uso continuado de la droga, pero con un aumento del malestar cuando dejan de consumirla. Así, el craving adquiere la forma de «necesidad de sentirse bien de nuevo». Representaría una forma de refuerzo negativo, como alivio de los síntomas de abstinencia; b) como respuesta a la falta de placer: comprende los intentos del paciente para mejorar el estado de ánimo de la manera más rápida e intensa. Sería una forma de «automedicación», actuando como refuerzo positivo para el consumo futuro; c) como respuesta condicionada a las señales asociadas a la sustancia: la asociación de estímulos neutros con la intensa recompensa del consumo, provocaría que finalmente estos estímulos indujesen al craving de una forma automática; d) como respuesta a deseos hedónicos: así se experimenta el inicio del craving cuando se desea aumentar una experiencia positiva, que previamente se había asociado al consumo, por ejemplo la asociación de una droga determinada con el sexo, precipitándose el craving como respuesta a ese condicionamiento previo (3).

Early conceptualiza y distingue cuatro tipos de deseo o querencia de droga:

1. Por uso reforzado, que aparecería durante la fase de consumo y desaparecería al abandonar el mismo.
2. Interoceptivo: en el mes posterior al final del consumo, desencadenado por síntomas corporales o pensamientos.
3. Encubierto: hasta dos meses después del fin del consumo. Caracterizado por inquietud y un falso sentido de confianza de que ya no se desea el tóxico.
4. Condicionado a señales externas e internas: permanece hasta dos años después del inicio de la abstinencia y estaría desencadenado por estímulos externos (señales visuales, olfativas, sonidos,...) o internas (pensamientos, sensaciones,...) (4).

Aunque existen diferentes conceptualizaciones, que han ido apareciendo durante todos estos años, se podrían definir una serie de elementos comunes en las diversas definiciones del craving; así se podría afirmar que: a) el deseo o craving forma parte de la adicción, b) existe una intensificación del deseo ante señales asociadas al consumo y, c) es importante el enseñar a los pacientes a analizar, afrontar y utilizar sus deseos y, a observar cómo desaparecen sin necesidad de consumo (1).

En el momento actual todavía no se han definido claramente los mecanismos de formación del craving, ante todo porque consiste en una sensación principalmente subjetiva para cada individuo. A continuación se exponen los diferentes modelos explicativos que se han propuesto para este fenómeno.

■ MODELOS EXPLICATIVOS DEL CRAVING

Existen básicamente dos modelos, uno basado en mecanismos de condicionamiento clásico y otro basado en mecanismos cognitivos. Existe un tercer modelo, que sería el modelo neuroadaptativo, el cual formaría parte de los dos anteriores. Este modelo intentaría proporcionar una explicación del craving a partir de la neuroanatomía y de la neuroquímica cerebral. A partir de los hallazgos en modelos animales de experimentación, se sugiere que el craving puede estar asociado a ciertas regiones cerebrales y a ciertos neurotransmisores.

■ MODELO NEUROADAPTATIVO

La gradual y permanente adaptación de la función cerebral a la presencia del alcohol y otras drogas es un factor central en el desarrollo de una dependencia. Para mantener la homeostasis del cerebro, muchas células adaptan sus actividades y sus respuestas a la presencia prolongada de los tóxicos. Esta neuroadaptación o sensibilización, conduce a ciertas características de la dependencia, como son la tolerancia y la abstinencia, y también a la llamada memoria de recompensa. Este tipo de memo-

ria es inconsciente, y aporta un aumento de la atención o apetencia, denominada «saliencia» en inglés, para los estímulos ambientales que frecuentemente han estado relacionados con las drogas, por ejemplo el olor del alcohol, la visión de una droga determinada, o el consumo en sí mismo. La neuroadaptación ocurre con más intensidad o extensión y es más permanente en personas que tienen un riesgo aumentado de desarrollar una drogodependencia, así sería el caso de una determinada predisposición genética, o un aumento de susceptibilidad por la presencia de experiencias repetidas de estrés, como son algunas enfermedades mentales o determinados acontecimientos vitales estresantes (5).

Los sistemas neuroquímicos que contribuyen a la neuroadaptación son: el sistema gabaérgico, el dopaminérgico, el glutamatérgico y el opioide endógeno. El sistema gabaérgico presenta un papel en los mecanismos de sensibilización, así como en el estrés y la afectividad. La dopamina está involucrada en los mecanismos de refuerzo. El glutamato juega un papel en el proceso de sensibilización. La serotonina ha sido implicada en mecanismos afectivos y de estrés, también en la impulsividad, y en determinados mecanismos obsesivo-compulsivos. Los opiáceos endógenos actúan en mecanismos de refuerzo, mecanismos afectivos y de estrés (6).

Los usuarios de alcohol y otras drogas, en muchos casos, ignoran el proceso de adaptación que están sufriendo, especialmente aquellos que se encuentran en las primeras fases de una dependencia, y tienen tendencia a negar cualquier tipo de craving. De hecho, se ha sugerido que el craving emerge completa y únicamente cuando a una persona se le impide consumir o acceder a los tóxicos o cuando intenta conscientemente dejar los mismos.

La definición del modelo neuroadaptativo del craving por alcohol, afirma que el uso crónico de alcohol conduce finalmente a una situación de neuroadaptación del sistema nervioso. Existen diferentes mecanismos que conducen al craving durante la abstinencia inicial o durante la abstinencia prolongada. Así, durante la abstinencia, los mecanismos cerebrales que se han adaptado a la presencia crónica del alcohol, se encuentran en un estado alterado. Este desbalance lleva a una inestabilidad psicológica, definida por ansiedad, hiperactividad cardiovascular, dificultades para conciliar el sueño, depresión, falta de motivación y problemas de concentración. Estos síntomas están asociados a una sensación subjetiva de disconfort, que conduce al deseo o urgencia, o craving por consumir de nuevo, en el sentido de encontrarse «normal» otra vez. Estos mecanismos de la abstinencia inicial pueden persistir durante periodos considerables, de semanas o meses. Si la persona permanece abstinentes o consume dosis bajas de droga, los mecanismos cerebrales alterados retornan a su estado original, conduciendo a un renovado sentido de bienestar y a una disminución del craving. Las personas que se mantienen abstinentes durante muchos meses o años pueden mantener la posibilidad de recaer. Estas personas frecuentemente explican una intensa urgencia o deseo para el alcohol u otras drogas en forma de pensamien-

tos de consumo que pueden aparecer de repente o ir aumentando a lo largo de un periodo determinado de tiempo. Situaciones en las que la droga fue experimentada como placentera o en las que la droga fue útil para disminuir el estrés, activarían la memoria de recompensa, que conduciría de nuevo al craving. De hecho, los sucesos medioambientales o cambios en el estado emocional de cierta intensidad pueden activar una serie de reacciones neuroquímicas que a través de la experiencia pasada, han estado programadas para activar diversos mecanismos o sistemas cerebrales, conduciendo a la experiencia del craving (5).

Redes neuronales

El modelo neuroanatómico intenta correlacionar las características del craving con determinados sistemas neuronales específicos. Inicialmente este modelo tendría que ser considerado especulativo, pues parte de premisas experimentales. El alcohol y las otras drogas activan el núcleo accumbens, que ha sido definido como «el centro de recompensa cerebral». Estas neuronas del núcleo accumbens tienen extensiones hacia la amígdala y hacia áreas del córtex frontal. La amígdala, que está muy interconectada con regiones que controlan las emociones, como por ejemplo el sistema límbico, juega un papel en la modulación del estrés y el estado de ánimo. Las áreas del córtex frontal integran la información sensorial entrante, como por ejemplo determinados olores, visiones y sonidos. Una de estas áreas es el córtex prefrontal dorsolateral, donde los recuerdos de aspectos compensatorios o de recompensa del uso de drogas o alcohol y la atención elevada o apetencia están localizadas. Determinadas situaciones que han estado aparejadas al uso de tóxicos pueden ser recordadas con atención aumentada, porque el córtex prefrontal dorsolateral está activado por la información sensorial asociada con estas situaciones, y por la información proveniente de aquellas partes del cerebro que controlan la emoción y la recompensa, como por ejemplo la amígdala y el núcleo accumbens. El córtex prefrontal dorsolateral envía o devuelve la información hacia el núcleo accumbens, explicando por qué en drogodependientes en proceso de recuperación, la información sensorial asociada a las situaciones aparejadas con el alcohol u otras drogas estimula el córtex prefrontal dorsolateral, el cual a su vez, estimula el núcleo accumbens e induce a una activación en esta región. Las actividades del córtex prefrontal dorsolateral y otras áreas del córtex frontal están probablemente controladas por el córtex orbitofrontal, que es un área de función ejecutiva que está frente al córtex prefrontal dorsolateral y está implicada en el juicio o razonamiento, como por ejemplo en la evaluación del riesgo y la recompensa. Si el córtex orbitofrontal está dañado por alguna razón, no inhibirá al córtex prefrontal dorsolateral en la misma intensidad, conduciendo a una actividad y unos comportamientos impulsivos e incontrolados. El daño en el control orbitofrontal del córtex prefrontal dorsolateral ha estado implicado en el desarrollo de determinados estados obsesivo-compulsivos, a través de una serie de conexiones

entre el córtex prefrontal dorsolateral y los ganglios basales, que juegan su papel en pensamientos y conducta repetitivas. Así, podemos encontrar similitudes entre el craving y las manifestaciones del trastorno obsesivo compulsivo, en base a que un alcohólico puede experimentar pensamientos recurrentes e irresistibles acerca del alcohol durante el inicio de una recuperación de la dependencia.

Los ganglios basales, cuando son estimulados por un input procedente del córtex prefrontal dorsolateral o de la amígdala, pueden amplificar o mantener el fenómeno del craving. Por ejemplo, el alcohol puede ser utilizado para eliminar el estrés o el malestar afectivo, los dos activados por la amígdala, esta asociación con el alcohol y el alivio del estrés puede ser codificado por la memoria a través de las conexiones entre la amígdala, el córtex prefrontal dorsolateral y los ganglios basales, así la reducción del estrés a través del alcohol estaría asociada a un recuerdo intenso, y este refuerzo podría favorecer el ciclo adictivo. En resumen, determinadas situaciones estresantes durante la recuperación, podrían activar la amígdala, que a su vez estimularía el córtex prefrontal dorsolateral y los ganglios basales, resultando en la experiencia del craving (5).

Neuroanatómicamente está claro que el craving no es un fenómeno que puede ser definido por un mecanismo único. De hecho, el craving en diferentes personas puede ser originado por diferentes recuerdos y es activado y modulado de diversas maneras. Este modelo explica que los clínicos pueden prevenir o reducir el craving mediante diversos mecanismos. El tratamiento psicológico de tipo cognitivo conductual capitaliza una intervención para cada experiencia de craving.

■ MODELOS DE CONDICIONAMIENTO

El craving es únicamente uno de los componentes en los procesos mentales que influyen en las conductas consumatorias. Los estímulos apareados a la droga, pueden entrar en competencia dinámica entre las inclinaciones a consumir y las inclinaciones a abstenerse. Las señales relacionadas con el tóxico, que se asocian repetidamente con el consumo de la sustancia, acaban convirtiéndose en estímulos condicionados. Es decir, elicitán la misma respuesta fisiológica y psicológica que el consumo de la sustancia. Si el consumo no ocurre inmediatamente, estas respuestas resultan en craving. La lucha entre los diferentes motivos para el consumo o el no consumo es actualmente un criterio de diagnóstico DSM, especificándose como el uso de la sustancia más de lo que se propone y el deseo de la sustancia a pesar de los intentos de control para evitarlo. Esta lucha o ambivalencia constituye un elemento clave en el deseo o craving (7). Así, el comportamiento adictivo está definido, al menos en parte, por la ambivalencia que aparece asociada con el proceso de toma de decisiones (8). Las estrategias terapéuticas actuales tienden a motivar la recuperación influyendo sobre el peso relativo que los drogodependientes asignan al hecho de consumir o estar abstinentes.

El craving es únicamente un componente de un fenómeno multidimensional comprendido entre una serie de inclinaciones a consumir o a abstenerse. Los estímulos asociados al tóxico tienen una fuerza que varía y pueden fluctuar en el tiempo debido a cambios en el estado subjetivo y determinadas circunstancias experimentadas. Esta idea, en principio, se aparta de la que afirma que el craving por sí solo conduce a decisiones sobre el consumo. Partiendo de que las respuestas a estímulos condicionados son dinámicas y multifactoriales, los individuos deciden consumir basándose en las consecuencias positivas que ellos esperan de la experiencia del consumo frente a aquellas que esperan del hecho de no consumir.

Según las bases teóricas del condicionamiento, el craving es la respuesta a la exposición a estímulos o señales, que finalmente motivan el uso de tóxicos. Existen diferentes procesos de aprendizaje por los que un estímulo determinado resulta condicionado:

- por asociación de un estímulo neutro al tóxico.
- por asociación a ciertas acciones reforzadoras de las drogas que animan a futuros consumos.

- *Modelos de condicionamiento del craving:*

- *Modelo basado en la evitación del síndrome de abstinencia.*

Las señales o estímulos provocan un estado aversivo en el individuo, en forma de síntomas de abstinencia subclínicos o respuestas emocionales negativas asociadas a un estado de privación o síndrome de abstinencia, que son finalmente donde recae el deseo de consumir o craving. Las situaciones en las que tiene lugar el síndrome de abstinencia, acaban convirtiéndose en estímulos condicionados susceptibles de elicitar respuestas condicionadas, casi idénticas al síndrome de abstinencia. Así, surgiría el craving como alternativa para evitar esta sintomatología (9).

- *Modelo basado en la búsqueda de efectos positivos asociados al consumo.*

En este modelo los efectos reforzadores de las sustancias son la base del fenómeno del craving. Los estímulos asociados al consumo, y específicamente a los efectos reforzadores de las drogas, se convierten a través de procesos de condicionamiento, en desencadenantes de expectativas de los efectos reforzadores. Estas expectativas activarían el craving, como un estado emocional dirigido a la búsqueda de la sustancia (10).

Se afirma que los efectos reforzadores de las drogas no mantienen un consumo en adictos por mucho tiempo, sino que son los mecanismos de neuroadaptación que producen un estado «compulsivo» de consumo (craving) debido al uso repetido, por una neuroadaptación progresiva y persistente, con hipersensibilización de las vías dopaminérgicas implicadas en la mediación o búsqueda del deseo o craving. Estas

teorías separan el hecho de agradar, entendido como refuerzo positivo, de desear, por sensibilización a estímulos condicionados (11). En definitiva, el craving es visto como una inclusión de mecanismos bioquímicos y procesos de aprendizaje.

Para una mejor comprensión del fenómeno del craving, y por extensión de las situaciones de riesgo para una recaída, se propuso un modelo no explicativo que ayuda a entender los fenómenos de condicionamiento que aparecen en el proceso de toma de decisiones. De esta manera, en el *modelo multidimensional de las inclinaciones a beber o no beber*, aportado por Breiner y colaboradores (12), y que se podría hacer extensivo a las demás toxicomanías, se presentan y definen las relaciones entre los diferentes componentes del esquema, como son los factores históricos y los factores actuales, las expectativas, el espacio evaluativo y la decisión final de consumo o no consumo, y, también, los caminos que se siguen para llegar a esa decisión final. Este esquema incluye algunos conceptos novedosos que son importantes para poder comprender mejor la acción de tomar una decisión. En base a esto, se podría afirmar que la preferencia de alcohol está inversamente relacionada con la accesibilidad a actividades alternativas válidas a ese consumo y, lo más importante, incorpora un espacio evaluativo que representa el entrecruzamiento de vías entre consumo y abstinencia.

En el primer lugar del marco de toma de decisiones se encuentran los factores históricos. Estos factores pueden moldear las experiencias vividas por las personas y por tanto su inclinación a consumir en un futuro. Constan de factores intrínsecos al individuo, como serían determinadas características genéticas o bioquímicas, y algunos rasgos de la personalidad específicos, como el antisocial o la búsqueda de sensaciones. También están los factores externos al sujeto, como serían las normas sociales o el entorno sociocultural de la persona. Además, existen los antecedentes previos de consumo que ha experimentado el sujeto, que se concretan como una valoración de las experiencias pasadas.

Los factores actuales constituyen variables que influyen en si una persona tiene o no inclinación a consumir en un momento determinado. Éstos dependen de si la droga está o no al alcance, de si la gente anima o no al consumo y del contexto en el que se encuentra la persona en el momento de decidir si va a realizar o no un consumo. Estas tres circunstancias existentes en los factores actuales son consideradas cuando la gente se pregunta si las consecuencias de beber serán positivas o negativas, teniendo un papel importante en el proceso final de decisión. También se incluye dentro de los factores actuales la posibilidad de acceso a alternativas de comportamiento y conducta, que sean apreciadas favorablemente por el individuo. Así, si las fuentes de recompensa o alternativas son inalcanzables o limitadas, o si el acceso a éstas se retrasa o requiere más esfuerzo para la persona, se tiene más tendencia a beber o consumir (13). Habitualmente muchos de los beneficios claros de la abstinencia parecen muy distantes dentro del árbol de decisión, teniendo menos impacto en la elección final, y haciendo más difícil el mantenimiento de la abstinencia.

Estos factores mencionados anteriormente no son internamente consistentes o estáticos. Las respuestas de las personas a los estímulos, frecuentemente representan una fusión entre atracciones y repulsiones, residiendo ambas en el marco de un global de circunstancias definido a lo largo del tiempo, pudiendo contribuir así a la ambivalencia ante el consumo.

Otro de los componentes son las esperanzas o expectativas acerca del consumo, moduladas por las consecuencias positivas o negativas que una persona ha experimentado como resultado del consumo previo. Estas expectativas varían a lo largo del tiempo y del contexto. Sobre todo cuando el refuerzo se ve cercano y el castigo lejano, existiendo una tendencia al consumo. Las predicciones sobre la elección de la gente a consumir o no, incluyen las contribuciones relativas de las expectativas positivas o negativas. En principio, un drogodependiente presupone que los efectos de los tóxicos son principalmente positivos, y los potenciales resultados negativos son vistos como relativamente modestos, existiendo una tendencia mayor hacia el acercamiento al consumo que hacia la evitación del mismo. Existen investigaciones focalizadas en las expectativas negativas que explican el proceso dinámico de relación entre estas últimas y el consumo de alcohol (14). De este modo, las expectativas negativas en bebedores leves o moderados parecen estar asociadas a un menor uso de alcohol en las primeras fases, quizás indicando que las expectativas negativas promueven la evitación y la contención del consumo. Como que las expectativas negativas entre consumidores leves pueden ser relativamente suaves y tienden a mantenerse estables, las expectativas positivas pueden ir incrementando su intensidad a lo largo del tiempo, apareciendo al final como dominantes respecto a las negativas. De este modo, la gente tiene tendencia a experimentar cada vez peores consecuencias por el consumo a medida que la escalada de consumo persiste. Estos hallazgos sugieren que las expectativas negativas deben finalmente dar paso a las expectativas positivas dominantes y subsecuentemente se promueve la ambivalencia respecto al consumo. Hasta que las consecuencias negativas del consumo empiecen a afectar al comportamiento del bebedor, la persona experimentará un periodo durante el cual las expectativas positivas y el consumo se incrementarán simultáneamente.

El espacio evaluativo, dentro del esquema general de la toma de decisiones, está constituido por la relación entre las inclinaciones a consumir y las inclinaciones a no hacerlo en una relación ortogonal. Conformando un marco que engloba a las diferentes posibilidades o cuadrantes que se presentan ante la posibilidad del consumo, como serían la evitación, la ambivalencia, el acercamiento y la indiferencia. Esta relación resulta útil cuando queremos estudiar los motivos o las intenciones de consumir o no que aparecen en un sujeto dependiente a una sustancia. Se sabe que los esfuerzos por alcanzar placer o aguantar las emociones negativas se han relacionado con motivos potenciales para el uso de drogas. También, se afirma que el hecho de

beber para poder aguantar con las emociones negativas, resulta primeramente predictivo de problemas por el alcohol en adolescentes y de dependencia del alcohol para los adultos (15).

Un aspecto importante que se halla enmarcado dentro del espacio evaluativo es la ambivalencia respecto del consumo. Para bebedores problemáticos, los estímulos relacionados con el alcohol inducen a la aparición de un conflicto de acercamiento-avoidancia. El conflicto surge porque el uso previo del alcohol ha estado en ambos casos reforzado y castigado, potenciando simultáneamente estas dos respuestas antagónicas. Se ha visto que los alcohólicos en lugar de presentar ambivalencia tienden rápidamente a resolver el conflicto en la dirección del acercamiento. Su deseo por beber parece que aumenta a medida que el objetivo se acerca, mientras que la evitación de la inclinación parece que se mantiene constante o incluso declina a través de este proceso. El mecanismo que radica bajo este patrón a favor del acercamiento está relacionado con el tiempo de adicción y la naturaleza de las consecuencias asociadas con la conducta adictiva. Las consecuencias positivas reforzadoras del uso del alcohol tienden a aparecer rápidamente después del consumo, mientras que las consecuencias adversas tienden a ocurrir después de un cierto tiempo (16). Está descrito que el estímulo de acercamiento sobreviene más prevalente y gana intensidad, mientras que los estímulos relacionados con la evitación del alcohol tienden a permanecer constantes en el tiempo (17). Estas respuestas ocurren porque los estímulos de acercamiento son más reales y tienen consecuencias más inmediatas, mientras que los estímulos de evitación tienen unas contingencias más remotas o abstractas. Al respecto de este asunto, se plantean tres niveles en la adicción, desde la perspectiva de que ésta involucra tanto el acercamiento como a la evitación, que son los dos componentes que definen la ambivalencia. El primero es el deseo persistente de uso debido a las consecuencias de la recompensa del consumo. El segundo consiste en la neuroadaptación a la sustancia resultante del uso repetido de la misma y el tercero, el del patrón de aparente incapacidad de los drogodependientes a restringir la adicción, a pesar de los intentos para realizarlo (8).

La ambivalencia representa el conflicto atribuible al juego entre las neuroadaptaciones por el uso repetido y las consecuencias del uso en la evolución de cada persona. Además, ante el dilema de decidir entre una recompensa inmediata pequeña y una lejana grande, los adictos tienden a fallar repetidamente en compensar cognitivamente sus preferencias irracionales. Los adictos tienen dificultades en el hecho de basar su decisión o realizar la misma, en la anticipación de futuros resultados, que es una capacidad que generalmente tienen los humanos para ajustar su comportamiento actual en el intento de conseguir recompensas grandes a largo plazo o evitar un castigo futuro. Por estos motivos el concepto de craving se conceptualiza mejor con una perspectiva más amplia y multidimensional, y que incorpore la relativa influencia de la inclinación a no consumir. Se ha examinado las

tendencias al acercamiento o alejamiento que presenta un individuo ante la presencia de un estímulo condicionado al consumo, enmarcadas en el espacio evaluativo antes definido. De esta manera, encontramos las siguientes respuestas: ante la presencia de un craving intenso asociado a una baja aversión hacia la droga aparece un estado de acercamiento. Si ante el estímulo resulta un craving intenso y una aversión que se mantiene constante, nos hallaremos ante una posición de acercamiento-ambivalencia. Ante un craving constante y una baja aversión, las consecuencias son tanto de acercamiento como de ambivalencia. Y, por último, si aparece un craving mantenido asociado a una aversión mantenida, aparece la figura de «no respondedor» ante ese estímulo (18).

■ MODELOS COGNITIVOS

Numerosos componentes del escenario del craving, van más allá de un simple condicionamiento. La escena incluye diversos conceptos cognitivos: recuerdos acerca de la droga, expectativas positivas del uso de la misma, dificultades de concentración, decisiones de consumo, atención focalizada en los estímulos, interpretaciones de reacciones fisiológicas propias y conductas automáticas.

Se han formulado dos tipos de teorías cognitivas (19):

- a) Los modelos cognitivo-conductuales (modelos de aprendizaje social), que son los que trabajan sobre las expectativas, las atribuciones, la imitación y la autoeficacia en el control del consumo.
- b) El paradigma de la ciencia cognitiva, con una filosofía más contemporánea, donde se trabaja el procesamiento de la información, las estructuras cognitivas, la memoria y la toma de decisiones.

Existen diferencias entre el condicionamiento convencional y el modelo cognitivo:

- 1) El condicionamiento clásico atribuye al craving una condición biológicamente primaria, como aquello de índole biológica que motiva el estado de uso o motiva el uso de drogas en los adictos.
- 2) Los cognitivos consideran al craving como el producto de funciones mentales superiores. El craving no es un estado motivacional primitivo, sino complejo. Constituye un proceso multidimensional que muestra cómo la información reflejada de las drogas controla la conducta de un adicto.
- 3) Existen diferencias respecto a futuros tratamientos del craving dependiendo de la orientación. En el condicionamiento clásico debido a la atribución de un mayor componente biológico preconizaría el tratamiento farmacológico, mientras que la orientación cognitiva intentaría regular los procesos cognitivos mediante sistemas dinámicos y multidimensionales del procesamiento de la información.

- *Modelos cognitivos del craving (19):*
 - *Modelo de etiquetaje cognitivo:* el craving es una emoción generada después de la exposición a señales o estímulos relacionados con la droga que se traduce en dos tipos de respuestas, una respuesta cognitiva y una respuesta de activación fisiológica o «arousal». Esta última es la que es identificada por el individuo como craving. El alcance del craving depende del alcance de la activación a la que se llega, surgiendo el craving de la interpretación cognitiva de las reacciones condicionadas (20). Se trata de una teoría derivada de la Teoría del Arousal Cognitivo (21), en la que la experiencia emocional es la interacción entre el arousal psicológico y la interpretación cognitiva de este. Esta interpretación da un nivel de emoción que determina la calidad del estado de esa emoción, valorada como placer o displacer. Como resultado de la respuesta cognitiva, el consumidor interpreta las reacciones fisiológicas como craving: «Me siento activado y estoy en una situación en la cual yo frecuentemente consumía, así pues, este sentimiento debe de ser craving o deseo». Esta teoría actualmente no ha sido muy aceptada, ya que han sido únicamente demostradas las bases teóricas de la Teoría del Arousal mediante experimentos de laboratorio, y que además, esta teoría no explica todos los aspectos que engloba en sí mismo el concepto de craving.
 - *Modelo de las expectativas de resultado:* afirma que el craving se genera después de la exposición a señales medioambientales relacionadas con la droga, que provocan o activan expectativas positivas sobre los efectos de ésta. «Cuando veo que mis amigos beben alcohol, pienso cómo deseo los efectos del alcohol, y quiero experimentar estos deseos». Se ha de distinguir entre el craving que correspondería al deseo de los efectos positivos de la «urgencia» o impulso, los deseos activan los impulsos, en un intento de llegar al compromiso individual de uso de la droga que precipitaría el uso final. Este proceso demuestra que el craving no precipitaría por sí solo el consumo, sino que una persona puede desear pero no llegar al acto (10). Existen diversos estudios llevados a cabo para confirmar esta teoría, con resultados contradictorios. En alguno se encontró que existe relación directa entre expectativas y niveles de consumo de alcohol, asumiendo que las expectativas controlan el consumo de alcohol (22), en cambio, en otros, no se halló correlación alguna que satisficiera el modelo (23).
 - *Modelo del doble afecto:* el craving está controlado por sistemas complejos de procesamiento de la emoción, que influyen en las respuestas fisiológicas, la emoción y la conducta de búsqueda de droga. El craving está producido por un sistema emocional negativo como serían el síndrome de abstinencia,

los eventos negativos y los estados emocionales displacenteros y un sistema emocional positivo, como por ejemplo los estados emocionales satisfactorios y el consumo a dosis pequeñas de la sustancia. Los sistemas del craving están estructurados a nivel cognitivo, en redes de memoria que guardan la información sobre los estímulos que ponen en marcha el sistema de activación del craving. La red se activa, cuando los estímulos medioambientales se equiparan con la información del estímulo almacenado en esa red. La magnitud de la activación o craving, dependerá de la magnitud de la asociación de señales con la red de memoria. Los dos sistemas, el positivo y el negativo, son mutuamente inhibitorios, así la estimulación de uno inhibe la del otro, por lo tanto, este modelo asume que una persona no puede tener activados los dos sistemas a la vez. El modelo predice que el afecto negativo y el estrés podrían activar el craving más efectivamente en personas deprivadas de la droga que los no-deprivados de la misma (24).

En los últimos años se ha demostrado que existen evidencias de que las redes de memoria no estarían estructuradas tal como describe el modelo, perdiendo valor como teoría etiológica del craving (25).

- *Modelo del procesamiento cognitivo:* el craving representa un proceso no automático, al revés que otras conductas de uso de drogas que se establecen como automáticas por la repetición y el aprendizaje, ya que requiere un esfuerzo mental y estaría limitado por la capacidad cognitiva del sujeto (26). Las situaciones inductoras de craving requieren esfuerzos mentales y de procesamiento cognitivo, y pueden interferir cognitivamente con otras tareas existentes. Así, según este modelo, se puede definir al craving como un proceso cognitivo no automático que se activaría cuando la realización de las conductas automáticas de consumo fuera bloqueada de forma voluntaria, como en tratamientos de desintoxicación, o involuntaria, como en casos de inaccesibilidad a la droga. El afrontamiento del craving supone un esfuerzo mental «extra» para aquellos que quieren mantener la abstinencia, y es en estos sujetos que una situación de estrés puede hacer que se agoten o bloqueen sus recursos, siendo más probable una recaída en ese momento.

■ MEDICIÓN DEL CRAVING

La medición de este fenómeno resulta de especial interés en la investigación y en la práctica clínica diaria, porque ayuda en su correcto tratamiento y a la prevención de futuras recaídas. La gran diversidad de estímulos y de mecanismos existentes, resultan en una gran variabilidad entre sujetos en lo que respecta a las diferentes experiencias del craving. Como resultado de ello, la medición del craving es

complicada. Se describen tres tipos generales de entrevista autoadministrada utilizadas en el craving de alcohol: 1) escalas unidimensionales, frecuentemente escalas de un solo ítem, como sería una escala analógico visual, 2) cuestionarios multidimensionales de medida del craving, muchos de ellos derivados del Tiffany's Questionnaire on Smoking Urges (QSU), como son el Desires for Alcohol Questionnaire (DAQ) y el Alcohol Urges Questionnaire (AUQ), y 3) cuestionarios de sintomatología médica o psiquiátrica asociada al craving, como el Obsessive Compulsive Drinking Scale, que se modeló sobre sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo, para medir un aspecto hipotetizado sobre el craving, los pensamientos obsesivos de consumo de alcohol (27).

Las implicaciones de la evaluación del craving durante el tratamiento pueden ayudar al manejo clínico de los pacientes de muchas maneras, así una conversación previa sobre el craving con el paciente puede facilitar la comunicación entre médico y paciente. También, el resultado de repetidas evaluaciones del craving puede llevar a influir en las decisiones terapéuticas, modificando el tratamiento según las necesidades del paciente. Finalmente, se puede enseñar a los pacientes a monitorizarse a ellos mismos en relación con el craving que podría aparecer durante su tratamiento, en estos pacientes el reconocimiento de una situación de riesgo o un primer signo de craving podría prevenir de la posible recaída (5).

■ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL CRAVING

El uso de medicaciones como tratamiento adjunto en las drogodependencias está basado en la premisa de que el craving, al igual que otros mecanismos de la adicción, está mediado por mecanismos neurobiológicos. Existen diversas medicaciones aprobadas para el tratamiento de las dependencias, la mayoría para la dependencia al alcohol, en las que se describe una reducción del craving durante su uso. De las múltiples sustancias ensayadas, solamente algunas muestran este efecto, y a veces existen datos contradictorios entre los diferentes estudios, que hacen plantear dudas acerca de la eficacia de los diferentes tratamientos. A continuación se presenta una descripción de los diferentes fármacos con posible acción anticraving, de los cuales la mayoría se han utilizado para el abuso de alcohol, aunque su uso podría hacerse extensivo a las demás drogas debido al supuesto que el fenómeno del craving es único e independiente del tóxico utilizado.

Disulfiram

Este fármaco tiene su uso habitual como interdictor, pero se ha visto que asociado a psicoterapia ha manifestado efectividad en cuanto a la disminución de la cantidad de alcohol y la frecuencia de los consumos entre alcohólicos en fase de recuperación (28). Aunque este fármaco no ha sido específicamente evaluado en su papel

anticraving, se ha comprobado que interfiere el metabolismo de la dopamina, potencialmente influyente en el desarrollo del craving (29).

Naltrexona

Como se sabe que los péptidos opioides estimulan la liberación de dopamina en el núcleo accumbens, las medicaciones que bloquean la actividad opioide podrían bloquear los efectos reforzantes del alcohol y otras drogas. Usando la naltrexona como fármaco contra el craving, se ha afirmado que reduce el craving de alcohol (30), pero ésto no pudo ser replicado en un estudio siguiente llevado a cabo por el mismo grupo (31). Posteriormente otros estudios han analizado el efecto de la naltrexona mediante cuestionarios de múltiples ítems, como el Obsessive Compulsive Drinking Scale, donde se ha visto que la naltrexona reducía los pensamientos de beber así como la urgencia compulsiva de consumo de alcohol. También influye favorablemente en la subescala del factor de control o resistencia al empeoramiento, más que el placebo cuando se combina con terapia cognitivo conductual (32). En estudios más recientes, en un estudio multicéntrico en Canadá, se obtuvieron reducciones significativas de las puntuaciones de craving en la escala Obsessive Compulsive Drinking Scale en pacientes tratados con naltrexona (33). Una complicación metodológica presente en diversos estudios podría residir en que se registran conjuntamente el craving y el consumo de alcohol, resultando difícil determinar cuál de los dos aparece primero. Aún así, el problema queda resuelto porque se ha determinado que el incremento del craving precede al consumo de alcohol, pudiéndose determinar que la naltrexona reduce el craving del alcohol.

Acamprosato

Los datos más recientes sugieren que su principal efecto está en su acción sobre los receptores glutamatérgicos (34,35). Un estudio afirma que existe un descenso del craving atribuible a este fármaco, aunque refiere que existen otros estudios en los que no se demuestra eficacia frente a placebo (36). Además, en muchos ensayos clínicos sobre la eficacia de este compuesto no se evalúa directamente el craving por lo que su papel queda en un interrogante.

Antagonistas dopaminérgicos

A causa del papel de la dopamina en los mecanismos de refuerzo de la conducta de abuso, se ha planteado el uso de estos fármacos para control del fenómeno del craving. Ya en 1993, en un estudio llevado a cabo sobre pacientes alcohólicos se descubrió una menor sensación de craving y un menor consumo después de haber recibido haloperidol, reforzando la premisa anterior (37). La utilización de antipsicóticos atípicos resulta de mayor utilidad, principalmente por la menor aparición de síntomas extrapiramidales. Así, en 1998, en un estudio preliminar controlado

y a doble ciego con olanzapina sobre el craving estimulado o inducido por alcohol o reactivo a estímulos, encontró que atenuaba las medidas del craving inducidas por la sustancia y los estímulos asociados a la misma (38). Otro estudio más reciente, compara los neurolépticos típicos con la risperidona en la dependencia a la cocaína, encontrando que existe mayor reducción en las mediciones del craving con risperidona (39). En cambio, en un estudio con amisulpiride a doble ciego controlado con placebo, no encontró diferencias significativas en los cambios de las puntuaciones del craving por el alcohol respecto del placebo, incluso se detectó un aumento de las mismas en el grupo tratado con amisulpiride (40).

Medicaciones serotoninérgicas

Los agonistas serotoninérgicos inducen una disminución del consumo de alcohol en estudios de experimentación animal. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, presentan globalmente un papel de reducción del consumo de alcohol, pero particularmente en las determinaciones del craving, existen resultados contradictorios (41). Los estudios con bupirone, al igual que los ISRS presentan resultados contradictorios. Encontramos un estudio en el que se reduce la intensidad del craving en pacientes alcohólicos. Aunque se han publicado otros ensayos clínicos controlados en los que no se encuentran evidencias a favor de la bupirone (41). En un trabajo que utilizaba ondansetron frente a placebo, se encontró disminución del craving en alcohólicos de inicio temprano en el grupo tratado (42).

Gabapentina

En un trabajo en el que a una muestra de pacientes alcohólicos abstinentes, se detecta una disminución del craving medido con la escala de 14 ítems de la Alcohol Craving Scale (41). Más recientemente, también detecta una disminución del craving en pacientes dependientes a la cocaína (43).

■ DISCUSIÓN

Los mecanismos propiciadores del fenómeno del craving se encuentran en proceso de definición, con la necesidad de ampliar la investigación de laboratorio y la mejor definición de las bases neurobiológicas implicadas, lo que llevaría a un mejor conocimiento del concepto y a una mayor precisión en su medición y diagnóstico. Todos estos pasos estarían encaminados a conseguir una disminución de su aparición durante los procesos de deshabitación y a una reducción de su intensidad en caso de presentación. Todas las dificultades encontradas radicarían en un supuesto intrínseco de este fenómeno, como es que el craving es ante todo una experiencia subjetiva de cada individuo.

Las reacciones asociadas a los estímulos apareados al alcohol u otras drogas son multifactoriales y son capaces de activar un amplio rango de otros factores. El reconocimiento de estas complejidades y la consideración simultánea de la competición entre acercamiento y evitación son esenciales para el mejor entendimiento del craving.

Los clínicos pueden enseñar a los pacientes a vigilarse ellos mismos ante la presencia del deseo por consumir, ayudándolos a identificar los signos y a realizar un mejor manejo de la situación, que junto a las nuevas aportaciones en el campo de los tratamientos farmacológicos, se pretende conseguir una mayor efectividad en los tratamientos de las adicciones.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Hervás, E., y otros. «Craving y adicción a drogas». *Trastornos adictivos*, 2001;3(4):237-243.
2. Li, T. «Clinical perspectives for the study of craving and relapse in animal models». *Addiction* 2000;95 (supplement 2):S55-S60.
3. Beck, A., y otros. *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona. Ed. Paidós.1999.
4. Early,P. *The cocaine recovery book*. Londres. Sage publications.1991.
5. Anton, R.F. «What is craving?». *Alcohol Research & Health*, 1999;23:165-173.
6. Koob, G.F., Roberts, A.J. «Brain reward circuits in alcoholism». *CNS spectrums*, 1999;4:23-38.
7. Orford, J. *Excessive Appetites: a psychological view of addictions*. New York. Ed. Willey & Sons. 1985.
8. Heather, N.A.»A conceptual framework for explaining drug addiction». *Journal of Psychopharmacology*, 1998;12(1):3-7.
9. Ludwing, A.; Wikler, A. «Craving and relapse to drink». *Q J Stud Alcohol*, 1974;35:108-130.
10. Marlatt, A. *Cognitive factors in the relapse process*. En: Marlatt, A., Gordon, J. *Relapse Prevention*. New York. Guilford Press. 1985.
11. Robinson, T.E.; Berridge, K.C. «The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction». *Brain research reviews*, 1993;18:247-291.
12. Breiner, M.J., y otros. «Approaching avoidance». *Alcohol Research & Health*, 1999;23:197-206.
13. Vuchinich, R.E.; Tucker, J.A. *Choice behavioural economics, and addictive behaviour patterns*. En: Miller, W.R., Heather, N. *Treating Addictive Behaviours*. 2nd ed. New York. Ed. Plenum.1993. pp 93-104.
14. Jones, B.T.; McMahon, J. *Alcohol motivations as outcome expectancies*. En: Miller, W.R., Heather, N. *Treating Addictive Behaviours*. 2nd ed. New York. Ed. Plenum.1993. pp 75-91.

15. Cooper, M.L., y otros. «Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use». *Journal of personality and social psychology*, 1995;69:990-1005.
16. Astin, A. «Bad habits and social deviation: a proposed revision in conflict theory». *Journal of Clinical Psychology*, 1962;18:227-231.
17. Heilizer, F. «Conflict models, alcohol, and drinking patterns». *Journal of Psychology*, 1964;57:457-473.
18. Avants, K.S y otros. «Differences between responders and nonresponders to cocaine cues in the laboratory». *Addictive behaviours*, 1995;20:215-224.
19. Tiffany, S.T. «Cognitive concepts of craving». *Alcohol Research & Health*, 1999;23:215-224.
20. Melchior, C.L.; Tabakoff, B.A. *A conditioning model of alcohol tolerance*. En: Galanter, M. ed. *Recent developments in alcoholism*. Vol 2. New York. Ed. Plenum. 1984. pp. 5-16.
21. Schachter, S.; Singer, J.E. «Cognitive, social and physiological determinants of emotional state». *Psychological review*, 1962;69:379-399.
22. Goldman, M.S; Rather, B.C. *Substance use disorders: Cognitive models and architecture*. En: Dobson, K.S., Kendall, P.C., eds. *Psychopathology and cognition*. San Diego: Academic Press. 1993. pp. 245-292.
23. Cooney, N.L., y otros. «Cognitive changes after alcohol cue exposure». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987;55:150-155.
24. Baker, T.B, y otros. *The motivation to use drugs: a psychological analysis of urges*. En: Rivers, P.C., ed. *The Nebraska Symposium on Motivation: Alcohol use and abuse*. Lincoln, NE. University of Nebraska Press, 1987. pp. 257-323.
25. Tiffany, S.T.; Drobos, D.J. «The development and initial validation of questionnaire of smoking urges». *British Journal of Addiction*, 1991;86: 1467-1476.
26. Tiffany, S.T. «A cognitive model of drug urges and drug-use behaviour: role of automatic and nonautomatic processes». *Psychological review*, 1990;97: 147-168.
27. Lowman, C., y otros. «Research perspectives on alcohol craving: an overview». *Addiction*, 2000;95(supplement 2): S45-S54.
28. Chick, J., y otros. «Disulfiram treatment of alcoholism». *British Journal of Psychiatry*, 1992;161:84-89.
29. Rogers, W.K., y otros. «Effect of disulfiram on adrenergic function». *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 1979,25(4):469-477.
30. Volpicelli, J.R, y otros. «Naltrexone in the treatment of alcohol dependence». *Archives of General Psychiatry*, 1992;49:876-880.
31. Volpicelli, J.R, y otros. «Naltrexone and alcohol dependence: role of subject compliance». *Archives of General Psychiatry*, 1997;54:737-742.
32. Anton, R., y otros. «Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of outpatient alcoholics: results of placebo-controlled trial». *American Journal of Psychiatry*, 1999;156:1758-1764.

33. Romack, M.K., y otros. «Naltrexone in the treatment of alcohol dependence: A Canadian trial». *Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 2002; 9(3):130-136.
34. Littleton, J. «Acamprosate in alcohol dependence: how does it work?». *Addiction*, 1995;90:1179-1188.
35. Anton, R.F. «Pharmacologic approaches to the management of alcoholism». *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001;62 (suppl 20):11-17.
36. Pelc, I., y otros. *Acamprosate in the treatment of alcohol dependence: a 6-month postdetoxification study*. En: Sokya, M. ed. *Acamprosate in relapse prevention of alcoholism*. Berlin. Springer. 1996: 134-142.
37. Modell, J.G., y otros. «Effect of haloperidol on measures of craving and impaired control in alcoholic subjects». *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 1993;17:234-240.
38. Hutchinson, K.E., y otros. «Effects of olanzapine on cue-induced craving in moderate to heavy social drinkers». *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 1998;22(3):662A.
39. Smelson, D.A., y otros. «Risperidone decreases craving and relapses in individuals with schizophrenia and cocaine dependence». *Canadian Journal of Psychiatry*, 2002 Sep;47(7):671-675.
40. Marra, D., y otros. «Amisulpiride does not prevent relapse in primary alcohol dependence: results of a pilot randomised, placebo-controlled trial». *Alcohol Clinical Experimental Research*, 2002 Oct;26(10):1545-1552.
41. Swift, R.M. «Medications and alcohol craving». *Alcohol Research & Health*, 1999;23:207-213.
42. Johnson, B.A., y otros. «Ondansetron reduces the craving of biological predisposed alcoholics». *Psychopharmacology (Berl)*, 2002 Apr;160(4):408-413.
43. Myrick, H., y otros. «Gabapentin in the treatment of cocaine dependence: a case series». *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001;62(1):19-23.

David Chesa Vela*, María Elías Abadías**, Eduard Fernández Vidal*, Eulàlia Izquierdo Munuera**, Montse Sitjas Carvacho*.

*Médico Especialista en Formación

**Psicólogo Especialista en Formación

Hospital Psiquiàtric de Salt. Institut d'Assistència Sanitària. Girona.

Dirigirse a:

David Chesa Vela. C/. Puig i Cadafalch, 30-32, 2º 4ª

Sant Cugat del Vallès

08190 Barcelona

mailto:davidchesa@hotmail.com

SECCIÓN
DEBATES



Javier Ramos García

FIBROMIALGIA: ¿LA HISTERIA EN EL CAPITALISMO DE FICCIÓN?

FIBROMYALGIA: HYSTERIA IN FICTION CAPITALISM?

RESUMEN

Se analiza el contexto social, político, mediático y científico en el que la Fibromialgia aparece como un fenómeno de amplio impacto. Se propone una mirada desde un modelo biopsicosocial y se sugiere que este conglomerado sintomático pueda haberse constituido en el destino de la histeria en el siglo XXI.

Palabras clave. Fibromialgia, contexto político-social, modelo biopsicosocial, histeria.

SUMMARY

The social, political, media, and scientific context in which Fibromyalgia appears like a striking phenomenon is analysed. It is proposed a gaze from a biopsychosocial model and it is suggested that this syndrome can have become the destiny of the hysteria of XXI century.

Key words. Fibromyalgia, sociopolitical context, biopsychosocial model, hysteria.

«Toda sociedad tiene su régimen de verdad, su «política general» acerca de la verdad, es decir, los tipos de discurso que acepta y hace funcionar como verdad»

Michel Foucault

■ INTRODUCCIÓN

La Fibromialgia (FM) es un síndrome de dolor crónico de etiología desconocida. Su diagnóstico se basa en evaluaciones subjetivas, sin que sea posible aportar hallazgos concluyentes en las pruebas radiológicas o de laboratorio. Clínicamente se caracteriza por dolor musculoesquelético difuso. Aunque puede en principio estar localizado (habitualmente en nuca y hombros), son muchos los grupos musculares susceptibles de verse afectados. El dolor es crónico y persistente, si bien son fre-

cuentas las variaciones en la intensidad del mismo. Los pacientes se quejan habitualmente de rigidez matinal, alteraciones en el sueño y fatiga (1). El único hallazgo característico en la exploración física es el dolor a la palpación digital de una serie de puntos sensibles («tender points») próximos a las inserciones tendinosas que incluye los codos, la región cervical baja, las rodillas o el gran trocánter del fémur. Estos criterios diagnósticos fueron propuestos por el American College of Rheumatology en 1990 (2) y, si bien son en general aceptados, no escapan a la controversia ni a las críticas incluso por parte de alguno de los autores que hace poco más de una década los propugnaron (3).

La FM es diez veces más frecuente en mujeres que en hombres, y se presenta habitualmente en individuos de 30 a 55 años. La incidencia de psicopatología en los pacientes fibromiálgicos se ha señalado tradicionalmente, al tiempo que se trata de un diagnóstico frecuentemente asociado a otros cuadros de reconocido componente funcional (1).

La etiqueta diagnóstica de FM (en la que encuentran acomodo pacientes que recibieron en el pasado otras como la de reumatismo muscular o la de fibrositis) tiene hoy una presencia estruendosa a nivel asistencial, social y mediático, fenómeno ante el cual se alzan voces críticas desde diversos campos de la Medicina (4-7).

En el presente trabajo se pretende una mirada crítica acerca del contexto sociocultural, político y científico en el que triunfa un diagnóstico como el de la FM para, posteriormente, proponer una visión psicosocial que bajaría esta etiqueta como un destino favorito para la historia de nuestros días.

■ UNA SUCINTA MIRADA A NUESTRA ÉPOCA. LA CIENCIA POSITIVA EN LA SOCIEDAD POSMODERNA

Sin una pretensión de ser exhaustivo, sí existen algunos aspectos que merece la pena señalar como constitutivos del contexto económico, político, social, mediático y también científico en el que esta «enfermedad», con su nuevo y exitoso rótulo, emerge en la sociedad a lo largo de las últimas décadas. Y es que, si bien algunos autores hacen referencia a la presencia de este conglomerado sintomático ya en los textos bíblicos (8), su explosión social y relevancia en los medios se circunscribe al último cuarto del siglo XX y, con una progresión geométrica, a los primeros años del milenio recién estrenado, donde encontramos ya diagnósticos retrospectivos de personajes de la Historia (9). Se trata de un fenómeno en absoluto exclusivo de la FM, pues sobran ejemplos en una época en la que la vida se medicaliza (10). Y, sin embargo, es aquella una «enfermedad» con un presencia que apenas tiene parangón: en la última década, el número de trabajos publicados dedicados a este tema se ha quintuplicado (11).

En su estimulante propuesta sobre la vida en el capitalismo de ficción (que se inauguraría tras la caída del muro de Berlín en 1989), Verdú (12) señala cómo «renuentes a los sacrificios y la espera, exigentes del bienestar a corto plazo, familiarizados con las drogas, la nueva generación profesa lo que Lipovetsky llama una 'ética sin dolor', un quehacer que reclama satisfacciones sin entregar nada importante a cambio y menos todavía por adelantado». Y prosigue más adelante: «bajo el peso del psicoanálisis la infancia era un pozo de conflictos, pero hoy la puerilización general es el atajo democrático hacia la felicidad en masa». Efectivamente, el psicoanálisis centraba (y centra) su mirada y llamaba la atención sobre los conflictos internos y la manera de enfrentarlos. Por el contrario, en la posmoderna sociedad del capitalismo de ficción, que curiosamente encuentra en la ciencia positiva y empirista una abrumadora coartada, el conflicto, la subjetividad (y el sujeto), resultan escotomizados, y no tienen otra función que la de servir de reclamo para la venta y el enriquecimiento empresarial.

El capitalismo de ficción se acomoda en una sociedad que consume estimulada eficazmente por los medios. Que muestra una llamativa intolerancia a la frustración, el esfuerzo y el displacer. Incomodidades que, por supuesto, el mercado no pasa por alto, mostrando una fascinante presteza para la identificación (o creación, o magnificación) de necesidades que serán resueltas con rapidez (posponer gratificaciones es algo que apenas tiene ya cabida) y con un coste personal, aparte lo económico, tendente a cero. De este modo, resulta inevitable que la salud, en un sentido hipertrofiado e idealizado (12) constituya un mercado floreciente y más que interesante no sólo para la industria farmacéutica (para ésta, desde luego) (13, 14), sino también para la de la alimentación, la educativa, la del ocio o la de la estética. Industrias que no venden mensajes ligeros y carentes de fundamentación, sino con la cobertura de la «ciencia» (oficial), que respalda las comunicaciones que se vierten a los medios. Así, es preciso explorar con detenimiento los malestares de esta sociedad enferma -el paso del malestar a la enfermedad (o de las dificultades en el estudio al fracaso escolar) parece ser sólo una cuestión de tiempo-, nombrar el trastorno, generar conciencia del mismo en las comunidades médicas, científicas y ciudadanas y, rápidamente, vender la solución casi mágica que ponga fin al sufrimiento. Surgen de este modo «enfermedades por ahora poco conocidas», «mal estudiadas por el momento», «poco diagnosticadas» y, claro, «tardíamente y mal tratadas». «El mal es creciente y cada vez más preocupante». Una historia que, sin duda, será difundida con fortuna en los medios, que puede alimentar durante mucho tiempo las revistas científicas con elevado factor de impacto y los congresos de alto interés sanitario, que puede servir para hacer carrera o para crear «unidades pioneras» que incrementan el prestigio de importantes hospitales o que se constituyan en centros de referencia a nivel nacional. (Richard Smith, editor del *British Medical Journal*, comentaba en una reciente entrevista que sólo un 10% de los estudios publicados en las revistas

especializadas tenían realmente alguna utilidad para el médico en su práctica profesional (15), un dato, sin duda, para la reflexión acerca de la maquinaria editorial científica).

La enfermedad recibe una etiqueta y se postula ya como un trastorno «de pleno derecho», generador, «con toda la razón», de inquietud y alarma social. Surgen asociaciones de pacientes y de familiares de pacientes. Y, si hay suerte (tal es el caso de la FM) fundaciones con vocación de lobby (16) que no permitirán que los afectados sean desatendidos o maltratados y que suscitan y avivan la reivindicación y la demanda. (Algo que, por desgracia, no está al alcance de grupos afectados por trastornos como la esquizofrenia, con una capacidad de influencia mucho menor (17). Estamos ante un tema ya que sacude a la opinión pública. Y que el mercado, siempre atento a su negocio, no va a pasar por alto. Importante presencia en los medios, equipos de marketing trabajando a destajo y múltiples productos de todo tipo listos para vender: medicamentos, psicoterapias (cognitivo-conductuales, por supuesto), servicios sanitarios varios, servicios jurídicos que defenderán las bajas e incapacidades de los afectados. Y no porque sí, sino porque el corpus científico, implicado (muchas veces de forma interesada) en el tinglado, así lo proclama. Todo ello a mayor gloria de una sociedad ávida de nuevos diagnósticos para los malestares cotidianos (13). Y todo ello, por desgracia, a favor de los aspectos más pasivos, regresivos e infantiles de los recién constituidos como pacientes. La simbolización y la mentalización del sufrimiento, propugnada por saberes «no científicos» (y que, ciertamente, han contribuido muchas veces a su propio aislamiento (18) es esquivada limpiamente gracias a productos eficaces, rápidos, ya a la venta o prestos a salir al mercado. No hay nada que historizar. Los pacientes no tienen problemas, dificultades relacionales, sinsabores vitales o (menos aún) conflictos intrapsíquicos. Tienen síntomas descontextualizados que han de ser agrupados, recibir un código y una etiqueta diagnóstica y, a renglón seguido, una indicación de tratamiento. Todo ello, por supuesto, dentro del canon y la ortodoxia del modelo biomédico y del reduccionismo organicista que, naturalmente, es el único científico, y que encaja con interesante precisión con los modelos ¿políticos? neoliberales y con la economía de mercado (19). Sociedad posmoderna y ciencia positiva: curiosos compañeros de viaje. O no tanto, si tenemos en cuenta los procesos de objetivación, reificación y legitimación, así como los mecanismos conceptuales y la organización social para el mantenimiento de los universos conceptuales descritos por Berger y Luckmann en su ya clásico trabajo (20). «La realidad se define socialmente, pero las definiciones siempre se encarnan, vale decir, los individuos y grupos de individuos concretos sirven como definidores de la realidad. Para comprender en un momento dado el estado del universo construido socialmente o los cambios que sufre con el tiempo, es necesario comprender la organización social que permite a los definidores efectuar sus definiciones. [...]

Los expertos en estos refinados cuerpos de conocimiento reclaman un *status* nuevo; no sólo son especialistas en tal o cual sector del acopio social de conocimiento, sino que demandan jurisdicción definitiva sobre la totalidad de dicho acopio. Son expertos universales, hablando literalmente. Esto no significa que pretenden saberlo todo, sino que más bien pretenden saber la significación definitiva de lo que todos saben y hacen. Tal vez haya otros hombres que continúen jalonando sectores particulares de la realidad, pero los expertos reclaman idoneidad en las definiciones últimas de la realidad en cuanto tal».

En el campo de la Salud Mental tales definidores, poseedores del saber en cuanto a la significación definitiva de las cosas, con una incontestable presencia en los ámbitos y los medios científicos, comulgan en general con el reduccionismo organicista y con planteamientos mecanicistas, como sagazmente ha señalado Tizón, por ejemplo, (21,22,13). Y la Universidad, supuesto santuario del pensamiento y de una observación crítica e independiente tampoco parece ajena a este estado de cosas. Se han creado 700 facultades de Medicina en el mundo en los últimos siete años, pero la calidad de la formación parece cada vez más amenazada (23). Del mismo modo que se ven amenazadas todas las formas complejas y críticas de interpretar el mundo (24) como pueda ser el psicoanálisis, tenazmente excluido de los planes de estudios de las facultades de Psicología (25). Como recientemente expresaba Juan Goytisolo, «en nuestros reinos de taifa universitarios y la atmósfera de ramplón y oficial conformismo, salirse de los caminos trillados y avanzar sin anteojeras choca con los intereses creados y las jerarquías establecidas del saber. La «novedad de discurrir» es desaconsejable a quienes aspiran a hacer carrera: mejor y más provechoso serán siempre la adhesión al canon y la rutina del *magister dixit*» (26).

Parece que, una vez más, sea preciso optar entre el lugar del apocalíptico y el del integrado. Y, sin duda, frente al optimismo de este último, resulta inquietante y no demasiado cómodo el del primero (27).

■ LA FM. UNA APROXIMACIÓN BIOPSIICOSOCIAL

Desde la corrección política, al menos desde un planteamiento no estrictamente biologista, la propuesta de una perspectiva biopsicosocial resulta más o menos obligada. Ello no quiere decir, desde luego, que, una vez pronunciada o puesta por escrito la palabra mágica, sea preciso realmente profundizar, siquiera mínimamente en tan loable y tranquilizadora declaración de intenciones. Lo «multidisciplinar», lo «biopsicosocial», la «integración de conocimientos», no van más allá, en muchas ocasiones, de un «como si», de una pseudocomprensión de las cosas que, inevitablemente, se acompaña de una actuación (también en un sentido psicoanalítico) que no supone sino más de lo mismo. Fenómeno éste que, en una aparente paradoja, aparece de un modo mucho más flagrante en el campo de la Psiquiatría que en el de otras ramas de la Medicina (19).

Por desgracia, la jerarquía de lo biológico, no a nivel científico, por supuesto, sino desde un punto de vista político y de detentación de poder, no puede dar lugar, posteriormente, a la construcción de un edificio conceptual en el que no esté «cada uno en su sitio», quedando bien claro dónde están las cosas importantes y dónde las secundarias o las meramente decorativas. Resulta complicadísimo, de este modo, encontrar un solo equipo «multidisciplinar», en el que las cosas no partan de una perspectiva biológica, organicista; acomodándose posteriormente lo «psico» y lo «social» del modo más estético y aparente posible, sin necesidad de que haya un mínimo calado real de un pensamiento psicológico y social. Porque lo cierto es que, si la presencia de los psicólogos ya es mínima en esos equipos supuestamente multidisciplinarios, lo trágico es que, en muchas ocasiones, éstos están mucho más preocupados de ponerse al servicio del preponderante planteamiento biológico, de ser conquistados por esa superpotencia que son las Neurociencias (19), de demostrar su «seriedad científica» dentro de una epistemología positivista, libre de ambigüedades constructivistas o, casi peor, socioconstructivistas. De tal modo que los psiquiatras y psicólogos con un interés por lo psicológico y lo social apenas constituyen una pequeña isla en el inmenso mar de la ideología organicista. No existe apenas un pensamiento global de las cosas sino que, al servicio del mecanicismo, la operativización, los estudios aleatorizados controlados y la «ciencia de verdad», los saberes psicosociales se pliegan sumisamente o, simplemente, desaparecen (28). El aparataje de lo orgánico domina todo, y pone a su servicio, de un modo más cosmético que real a los restantes elementos de esa supuesta propuesta integradora. Lo psicológico y lo social aparecen, pero vacíos de contenido. Siguen sin estar realmente, pero en unas condiciones aún peores que si no apareciesen en absoluto. No queda siquiera la posibilidad de una reivindicación por estar presentes ya que, en apariencia, forman parte de ese tinglado científico que sigue sin tomarlos en serio.

Aspectos clave, variables fundamentales como el deseo de colocarse en el rol de paciente, el beneficio secundario, la enfermedad como identidad, el malestar social que busca una expresión en forma de enfermedad, el significado psicológico y comunicacional de la queja somática, los conflictos relacionales y, no digamos, los intrapsíquicos parecen generalmente olvidados en las tablas, las gráficas, y los miles de datos cuantificables y sometidos después a tratamiento estadístico. Algunas voces se alzan en la denuncia de este estado de cosas. En el caso de la FM es, nuevamente, la Medicina la que se muestra más audaz y, pese a que su presencia es muy minoritaria entre el aluvión de publicaciones referidas a este tema, resulta alentador leer ciertos editoriales de algunas de las más señeras revistas reumatológicas (4-7).

Intentaré aquí dar un espacio a algunos elementos que creo importantes para entender y abordar un fenómeno como el de la FM, sin pretender, en ningún momento, por ello, olvidar, ignorar o tachar de irrelevante lo biológico, sino con la intención de obtener una visión más global, de conjunto, de este conglomerado sintomático de tan importante presencia en lo asistencial y lo social.

Aspectos sociales

A los ya señalados en el apartado dedicado a la breve descripción del mundo en la posmodernidad, del espíritu de la presente época, de la poderosa influencia de los medios de información -la FM aparece, peregrinamente, en las publicaciones más variopintas (29)-, cabe añadir otros que creo especialmente relevantes.

Los síntomas somáticos constituyen la causa fundamental en la demanda de asistencia sanitaria de los consultantes recibidos en Atención Primaria. Goldberg y Huxley señalan en su clásico trabajo que, aun cuando los pacientes puedan percibir en sí mismos síntomas psicológicos, estos suelen ser interpretados en términos de enfermedad inespecífica, y efectúan en todo caso su consulta médica por los síntomas somáticos acompañantes, pensando, además, que el médico espera que presente síntomas físicos (30).

Al menos el 33% de estos síntomas somáticos carece de explicación médica. Entre un 20 y un 25% de ellos cursa de modo recurrente o crónico, y su relación con aspectos psico(pato)lógicos parece bien establecida (31).

En este panorama, la FM se sitúa en un lugar destacado. El número de pacientes que consultan por esta dolencia o que persiguen este diagnóstico resulta descomunal, los gastos directos e indirectos generados son exorbitados (32) y el crecimiento de la medicalización de la sociedad alarmante (7). Pacientes complicados, frustrantes para el médico, que se encuentra a menudo sobrepasado por una propuesta relacional compleja, ávida, demandante, irritante, desconcertante. Incomprensible si se obvian algunos elementos como los múltiples beneficios secundarios que un determinado diagnóstico puede llevar aparejados y que se unirán al poderoso objetivo (inconsciente) de ocupar el rol de enfermo (33, 34).

La FM no sólo es una de las etiquetas favoritas de aquellos que pueden pretender obtener alguna ganancia de la enfermedad (35) sino que, y sobre todo, conlleva un número tal de consecuencias que operan a favor de los aspectos más neuróticos y regresivos de los pacientes que éstos, dejando a un lado su voluntad consciente, son arrastrados a un lugar del que no resulta sencillo salir: como señala Ehrlich en un incendiario editorial, el paciente, que padece una FM desde el momento del diagnóstico (y no antes), queda avocado al papel de víctima por obra y gracia de la «industria remunerativa» (6). En lo laboral les son concedidas prebendas de discapacitados (36, 37), en lo social se les cede un lugar de privilegio (38) y en lo familiar son tratados con atenciones especiales (39). Todo ello frecuentemente sin medida, en el olvido o la ignorancia de que tales cuidados, lejos de favorecer al paciente, contribuyen a la cronicidad y a que los abordajes terapéuticos ensayados resulten infructuosos (40, 41).

Como señalaba Freud hace casi ya cien años, «la experiencia demuestra que cuando uno de tales individuos contrae una neurosis, no se deja ya sino difícilmente arrancar a ella, pues le presta grandes servicios en su lucha por la existencia y le

procura una ventaja patológica secundaria demasiado importante» (42). Propuesta aguda y de interés siempre y cuando sea posible asumir la existencia de las neurosis, su potencial patógeno y la plasticidad de sus formas de presentación.

Aspectos psicológicos. La histeria (y la muerte de la misma)

«Hay trastornos 'psíquicos' derivados de un estado de disfunción orgánica; ésto es fácilmente aceptado por cualquier médico; por el contrario, la inversa, es decir, el trastorno somático como consecuencia de un sufrimiento psíquico, puede admitirse solamente en un plano teórico, ya que en el terreno de la práctica se desencadenan los reflejos curadores del médico y se orientan hacia los trastornos orgánicos; no se reconoce que la fuerza que los ha engendrado no la disminuye el tratamiento y que por tanto hallará otras vías de manifestación, quizá más peligrosas para el sujeto. Los síntomas en cuestión suelen ser designados con un término vago, cajón de sastre más o menos satisfactorio con el que el médico se descarga de las preguntas embarazosas» (43).

La cita, está tomada del clásico trabajo de Israël «La histeria, el sexo y el médico». Escrito hace más de un cuarto de siglo, su estilo naturalista permite apreciar su soberbia agudeza clínica y su deseo de ser comprendido... por los médicos. La FM no gozaba entonces del éxito actual. Y, sin embargo, no resulta difícil pensar en ella al leer unas líneas cuyo espíritu comparten algunos de los médicos que abanderan un cierto pensamiento crítico ante este fenómeno desbordante (4-7).

Resulta indudable lo controvertido, quizás escandaloso, de una propuesta como ésta. Sugerir que la histeria pueda estar detrás de una enfermedad (o, al menos, de un diagnóstico) que aparece con sintomatología somática viene a sonar hoy, como en los setenta, tal vez como siempre, a deslegitimación del sufrimiento de los pacientes, a olvido de la realidad biológica, a prepotencia u omnipotencia de lo psicológico. O, incluso, a falta de piedad. Por varias razones. La primera, porque la histeria, como concepto teórico y clínico de enorme complejidad, cayó en desgracia ya hace décadas. Fuera de los círculos psicoanalíticos (a veces también en ellos) el campo semántico de la histeria se ha inundado de un componente peyorativo y despectivo que justifica la agresión al portador; al tiempo que ha perdido su significación clínica y psicológica. Es patrimonio del lenguaje informal o de la calle y expulsado o arrinconado (Trastorno Histriónico de la Personalidad) en las modernas nosologías atomistas (44), perdiendo su valor estructurante, integrador e iluminador de lo aparentemente incomprensible. Así, hasta la muerte de la histeria (45). Utilizarlo como parte de un discurso pretendidamente serio lo convierte a uno en sospechoso de acientificismo, esoterismo o sectarismo. Y, sin embargo, es desde la posibilidad de escuchar a la histeria que se hace (más) posible la comprensión de un conjunto de quejas somáticas que llevan al sujeto (con toda su subjetividad) a la incapacitación para una vida normal. Quejas y dolores que se inscriben en una narra-

ción biográfica, que se incluyen en un mundo relacional y que son inseparables de la vida psicológica del individuo. Las clasificaciones diagnósticas atomizadoras responden a una Medicina de idéntico talante, que conlleva tratamientos asimismo fragmentados y fragmentarios, con un más que frecuente olvido de la importancia de lo relacional y lo psicológico.

En la FM, como en la histeria, resulta esencial atender al valor simbólico y comunicacional del dolor y de la queja (46). Pero si carecemos de la complejidad conceptual que la histeria nos aporta, el sufrimiento de los afectados, el soportado por sus familiares y, especialmente, por sus parejas (47, 39) -y que, por otro lado, tampoco debería ser escuchado con ingenuidad (48)-, la crispación y frustración del médico y la desesperación y extenuación del paciente que se despliegan en el encuentro que tiene lugar en el escenario de la consulta (49-53, 46), todo aquello que debe ser escuchado y comprendido y que nos permitirá, cuando menos, no dañar, quedará entre brumas.

La sentencia de Lasègue de que «la definición de la histeria no se ha dado ni se dará nunca» es completada por Israël: «no se ha dado ni se dará nunca... por un médico». Quizás sea preciso también, para entender la FM, apartarse del modelo médico, superar el hiato cuerpo-mente (54) y tomar en cuenta ciertos aspectos psicológicos y relacionales sin renunciar a la riqueza que lo psicodinámico pueda aportar.

Hoy como ayer, en la FM como en la distonía neurovegetativa. Hoy como ayer, la imprecisión de los síntomas que no pueden ser objetivados analíticamente o radiológicamente. Lo suficientemente preocupantes como para que el entorno se interese por ellos. Hoy como ayer, el auténtico combate entre la histérica y el médico se basa en gran parte en el desconocimiento de la importancia del psiquismo para el ser humano (43).

Si las histéricas se dirigen a la Medicina no porque se supiesen enfermas sino porque no sabían a quién confiar sus penas (43), algo bastante similar sucede en las consultas médicas, psiquiátricas y psicológicas cuando -si se ofrece un espacio y se adopta una actitud que lo haga posible, esto es, si el *furor sanandi* puede ser contenido y se presta una cierta atención- se escucha a las pacientes (como en la histeria, son escasos los varones) diagnosticadas de FM. Rápidamente, los dolores pierden importancia en su discurso, al tiempo que emergen con pujanza problemáticas relacionales, frustraciones laborales, insatisfacciones vitales.

Resulta difícil establecer el modo en que un individuo sufriente elige, en su búsqueda de consuelo, a un confidente en el seno de la comunidad. Pero no es improbable que sí, como es habitual en los contextos urbanos de los países industrializados, se halla seducido por el constructo de la «Medicina científica», elija a un médico como interlocutor (7). Es muy raro que el primer médico encontrado por la histérica sea un psiquiatra. A causa del polimorfismo de las manifestaciones histé-

ricas, podrá ser solicitado en primer lugar tanto un médico de cabecera como cualquier otro especialista; y como la histeria representa un porcentaje importante de 'toda' la clientela médica, el médico se verá obligado a ocuparse de ella (43).

Las algias han sido, desde siempre, una de las quejas más presentes en el universo histérico. Y si antaño fueron las cefaleas las privilegiadas, no resulta demasiado descabellado sospechar que sea hoy la FM la elegida como ropaje con el que se viste el sufrimiento emocional para acudir a la cita con el médico (55). La evolución de los síntomas fue lo que dio lugar a la afirmación de que las histéricas seguían la moda (43). Y resulta absurdo pensar que la histérica posmoderna vaya a adoptar los disfraces de nuestras abuelas (48) cuando otros diagnósticos pueden resultar hoy mucho más favorecedores. En la era del capitalismo de ficción la FM (y otros algoritmos diagnósticos cercanos como el Síndrome de Fatiga Crónica (56)), se ofrece como un destino especialmente apetecible por su enorme capacidad para proporcionar una identidad, por un poder estructurante (57) que no aporta toda etiqueta diagnóstica. Gracias a la presión política y mediática, a la científica y social (58).

■ ¿CABE UNA REFLEXIÓN PSICOLÓGICA -Y TIENE ALGÚN FIN- EN LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA?

En tal estado de cosas y a la espera de que llegue un deslumbrante descubrimiento científico que conlleve un triunfo terapéutico y convierta en secundarias -y fatuas- reflexiones psicosociales y socioculturales como las aquí planteadas (7), ¿tiene algún sentido la denuncia de etiquetas diagnósticas que acogen el malestar psicológico y lo transmutan en enfermedad somática? ¿Supone algún beneficio cuestionar un algoritmo que resuelve inicialmente la conflictiva de los pacientes y contribuye al buen estado de salud de diferentes industrias -científica, editorial, «remunerativa», etc.- básicas en la sociedad del siglo XXI? ¿Desde qué ética se puede plantear el desmantelamiento de semejante tinglado? Freud planteaba con humildad en «La psicoterapia de la histeria» (59) que su objetivo era conseguir que la miseria histérica se llegase a convertir en infortunio corriente. Y quizás desde ahí, tal vez desde la legitimación del malestar cotidiano como un valor con el que pueda ser deseable convivir (antes que con la neurosis o con la enfermedad física), es posible que entonces pueda exigirse el abandono de diagnósticos como el de la FM (u otros) y no permitir que los «tender points» nos distraigan de los aspectos psicosociales esenciales subyacentes (3).

AGRADECIMIENTOS. Agradezco a los dres. Marian Fernández Galindo y Antonio de la Nuez su paciente escucha, sus valiosos comentarios y la lectura crítica y enriquecedora del presente trabajo.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Goldenberg DL. Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia in adults. Copyright UpToDate2003.
<http://www.utdol.com/application/topic.asp?file=rheumati/2408&type=A&selectedTitle=1-28>
2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB y otros. «The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia». *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-72.
3. Wolfe F. «Stop using the ACR criteria in the clinic» [editorial]. *J Rheumatol* 2003; 30: 1671-2.
4. Gordon DA. Fibromyalgia. «Real or imagined?» [editorial]. *J Rheumatol* 2003; 30: 1664-5.
5. Ehrlich GE. «Fibromyalgia: a virtual disease». *Clin Rheum* 2003; 22: 8-11.
6. Ehrlich GE. «Pain is real; fibromyalgia isn't» [editorial]. *J Rheumatol* 2003; 30: 1666-7.
7. Hadler NM. «Fibromyalgia» and the medicalization of misery [editorial]. *J Rheumatol* 2003; 30: 1668-70.
8. Villagrán Moreno JM, Páez Camino M, Campo Guerras F y otros. «Aspectos psicopatológicos de la fibromialgia», *Arch de Psiq* 2000; 63(2): 159-182.
9. *Diario Médico*. 25.10.2001.
10. Moynihan R, Smith R. «Too much medicine?» [editorial]. *BMJ* 2002; 324: 859-860.
11. Goldenberg D, Smith N. «Fibromyalgia, rheumatologists, and the medical literature: a shaky alliance». *J Rheumatol* 2003; 30(1): 151-3.
12. Verdú V. El estilo del mundo. La vida en el capitalismo de ficción, Barcelona, Anagrama, 2003.
13. El auge de la enfermedad imaginaria. *El País*. 2.7.2002.
14. Mata Ruiz I., Lobo Ortiz A. «Industria farmacéutica y psiquiatría». *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2003, 86: 49-71.
15. *El País*. 1.10.2002.
16. *Diario Médico*. 21.3.2003.
17. Kendell RE. «The National Health Service celebrates its 50th birthday». *Br J Psychiatry* 1998; 173: 1-3.
18. Westen D. «The language of psychoanalytic discourse». *Psychoanalytic Dialogues* 2002; 12(6): 857-898.
19. Tizón JL. «¿Por qué «Neurociencias» y no «Psicociencias?»», *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2002; 84: 67-117.
20. Berger PL, Luckmann Th. The social construction of reality, Nueva York, Doubleday & company, 1967. (Trad cast: La construcción social de la realidad, Buenos Aires, Amorrortu, 2001, decimoséptima reimpresión).

21. Tizón JL. «Investigación y docencia en Salud Mental (I). Reflexiones del clínico antes de la autoinmolación». *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2001; 77: 69-96.
22. Tizón JL. «Investigación y docencia en Salud Mental (II): ¿Queda algún futuro para la «Asistencia Centrada en el Consultante» y el pensamiento clínico?» *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2001; 78: 73-101.
23. *Diario Médico*. 18.9.2003.
24. Quintana A. «A quienes lo desacreditan». *La Vanguardia*. 28.9.2003.
25. González Requena J. «La imprescindible herramienta». *La Vanguardia*. 28.9.2003.
26. *Babelia*. 26.7.2003.
27. Eco U. Apocalípticos e integrados, Barcelona, Fábula. Editorial Lumen y Tusquets Editores, Barcelona, 2001 (cuarta edición).
28. Tizón JL. «¿A qué se puede llamar atención a la salud mental y atención psiquiátrica «basadas en la evidencia»?» *Arch de Psiq* 2002; 65(1): 5-12.
29. Moreno A. «Una enigmática enfermedad que afecta especialmente a las mujeres: la fibromialgia». *José Luis (Revista de gastronomía)* 2003; 46: 18-19.
30. Goldberg D, Huxley P. Mental Illness in the community. The pathway to psychiatric care, London, Tavistock Publications, 1980. (Trad cast: Enfermedad mental en la comunidad, Madrid, Nieva,1990).
31. Kroenke K. «Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management». *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12(1): 34-43.
32. Robinson RL y otros. «Economic cost and epidemiological characteristics of patients with fibromyalgia claims». *J Rheumatol* 2003; 30(6): 1318-25.
33. Shilling C. «Culture, the 'sick role' and the consumption of health». *Br J Sociol* 2002; 53(4): 621-38.
34. Kwan O, Friel J. «Clinical relevance of the sick role and secondary gain in the treatment of disability syndromes». *Med Hypotheses* 2002; 59(2): 129-34.
35. Mittenberg W, Patton C, Canyock EM y otros. «Base rates of malingering and symptom exaggeration». *J Clin Exp Neuropsychol* 2002; 24(8): 1094-102.
36. *Diario Médico*. 3.10.2002.
37. *Diario Médico*. 23.9.2003.
38. *Diario Médico*. 15.3.2002.
39. Paulson M, Norberg A, Soderberg S. «Living in the shadow of fibromyalgic pain: the meaning of female partners' experiences». *J Clin Nurs* 2003; 12(2): 235-43.
40. Fernández Cuadrado MV, Biurrún Unzué A, Jusué Erro G. «Dolor crónico y estatus laboral: diferencias en la intensidad del dolor tras la administración de un programa de tratamiento psicológico». *Anales de Psiquiatría* 2003; 19(5): 194-199.
41. Teasell RW. «Compensation and chronic pain». *Clin J Pain* 2001; 17(suppl. 4): 346-64.
42. Freud S. La iniciación del tratamiento, 1913. En Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.

43. Israël L. La historia, el sexo y el médico, Barcelona, Toray-Masson, 1979.
44. Maleval J-C. «Limites et dangers des DSM». *Evol Psychiatr* 2003; 68: 39-61.
45. González Duro E. «El final de la historia». *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1999; 71: 437-45.
46. Priel B, Rabinowitz B, Pels RJ. «A semiotic perspective on chronic pain: implications for the interaction between patient and physician». *Br J Med Psychol* 1991; 64: 65-71.
47. Soderberg S, Strand M, Haapala M y otros. «Living with a woman with Fibromyalgia from the perspective of the husband». *J Adv Nurs* 2003; 42(2): 143-50.
48. Perrier F. Estructura histérica y diálogo analítico. En Nasio JD (compilador). Acto psicoanalítico. Teoría y clínica, Buenos Aires, Nueva Visión, 1974.
49. Hadler NM. «The injured worker and the internist». *Annals Int Med* 1994; 120: 163-4.
50. Stone J, Wojcik W, Durrance D y otros. «What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend"». *BMJ* 2002; 325 (7378): 1449-1450.
51. Dobkin PL, De Civita M, Abrahamowicz M y otros. «Patient-physician discordance in fibromyalgia». *J Rheumatol* 2003; 30(6): 1326-34.
52. Werner A, Malterud K. «It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors». *Soc Sci Med* 2003; 57(8): 1409-19.
53. Patkar AA, Bilal L, Masand PS. «Management of fibromyalgia». *Curr Psychiatry Rep* 2003; 5(3): 218-24.
54. Bracken P, Thomas Ph. «Time to move beyond the mind-body split» [Editorial]. *BMJ* 2002; 325: 1433-1434.
55. Aaron LA, Bradley LA, Alarcón GS y otros. «Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care-seeking behavior rather than to illness». *Arthritis Rheum* 1996; 39(3):436-45.
56. Hadler NM. «Fibromyalgia, chronic fatigue, and other iatrogenic diagnostic algorithms. Do some labels escalate illness in vulnerable patients?» *Postgrad Med* 1997; 102(2): 161-2, 165-6, 171-2.
57. D'Alvia R. «Algunas vicisitudes del dolor en la teoría y en la clínica». *Revista de Psicoterapia y Psicósomática* 1999; 43: 37-45.
58. Hazemeijer I, Rasker JJ. «Fibromyalgia and the therapeutic domain. A philosophical study on the origins of fibromyalgia in a specific social setting». *Rheumatology* 2003; 42(4): 507-15.
59. Freud S. La psicoterapia de la historia, 1895. En Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.



*Psicólogo Clínico

Unidad de Psicoterapias ASISA

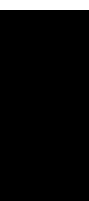
Correspondencia: Pza. de las Comendadoras, 1, 2ºG. 28035-MADRID

jramoselviajero@wanadoo.es

SECCIÓN



HISTORIA



Reyes Vallejo Orellana

HERMINE HUG-HELLMUTH, GENUINA PIONERA DEL PSICOANÁLISIS DEL NIÑO

HERMINE HUG-HELLMUTH, GENUINE PIONNER OF CHILD'S PSYCHOANALYSIS

■ RESUMEN

Hermine Hug-Hellmuth representa una referencia fundamental en la historia del psicoanálisis, pues fue quien primero se planteó la práctica analítica con los niños, aunque considerando la cara pedagógica de sus intervenciones, limitándose además a tratar chicos mayores de siete años y modificando muchos aspectos del encuadre y de las reglas técnicas, como por ejemplo no emplear el diván ni las asociaciones libres, reducir el número de sesiones, permitir el uso del juego en los casos de chicos pequeños, valerse de la colaboración de la familia, etc. Hoy puede afirmarse que su práctica, más que específicamente analítica, fue psicoterapéutica, lo que no resta su importancia clínica.

Palabras claves: Psicoanálisis del niño, juego infantil, Hug-Hellmuth.

■ ABSTRACT

Hermine Hug-Hellmuth represents a fundamental regarding in the psychoanalytic's history because she was the first one to raise the analytic practice with children, although considering the educational look of her interventions, limiting also to treat boys with more of seven years old, and she modified many aspects of setting and of the technical rules, for example not to use the couch or the free associations, permission to use the child's play, family collaboration, etc. Today we can say that her practice was psychotherapeutic, which doesn't play anything down it's clinic importance.

Key words: Child's psychoanalysis, child's play, Hug-Hellmuth.

■ INTRODUCCIÓN

Hermine Wilhelmine Ludovika von Hugenstein (1871-1924), que llegó a ser conocida a partir de 1913 como Hermine Hug-Hellmuth o Hermine von Hug-Hellmuth (en abril de 1919 se había prohibido a los ciudadanos austriacos la utilización de títulos y partículas nobiliarias, aunque ella obtuvo por decreto de 1921 la posibilidad de usar el *von* y el 14 de febrero de ese año fue autorizada a usar el nombre de Hug-Hellmuth) (1), vio la luz en Viena el 31 de agosto de 1871, en el seno de una familia noble y católica, aunque a partir de un momento dado con escasos medios económicos. Su padre, Hugo Hug, caballero von Hugenstein, había nacido en Praga y llegó a ser lugarteniente coronel en el Ministerio de la Guerra del Imperio Austro-Húngaro, perdiendo toda su fortuna tras el derrumbe de la bolsa de 1873. Su madre, Ludovika Achelpohl, era la típica señora burguesa, cultivada y políglota, que tuvo que afrontar tal crisis económica y sacar adelante a la familia soportando una grave tuberculosis que terminó acabando con su vida cuando Hermine sólo contaba doce años de edad (2). Al parecer (hay algunas aportaciones en otra línea), el padre de Hermine había tenido en 1869 una hija fuera del matrimonio, con una mujer de origen modesto, descendiente que recibió el nombre de Antonia Farmer, aunque pronto fue llamada Antonia Hug. Esta hermanastra de Hermine llegó a ser maestra y fue madre de un hijo en 1906, llamado Rudolf (*Rolf*).

La biografía de Hug-Hellmuth es oscura y confusa, siendo, como el caso de Viktor Tausk, uno de los nombres que se intentan olvidar en la historia del psicoanálisis por resultar su recuerdo incómodo a causa de su trágico final, aunque Freud la había designado como la figura oficial para representar el psicoanálisis infantil. En efecto, en las revistas *Zentralblatt für Psychoanalyse*, *Imago*, *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*, *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* y otras, su firma (en un principio con el nombre de Dr. Hellmuth y a partir de 1912 como Hermine Hug-Hellmuth o Hermine von Hug-Hellmuth) aparecía sistemáticamente como autora de los artículos dedicados al psicoanálisis de la infancia (3). Además, fue la tercera mujer, después de Margarethe Hilferding (1871-1942) y Sabina Spielrein (1885-1941) que se aceptó como miembro de la Asociación Psicoanalítica de Viena desde otoño de 1913,

El velo que cubre la historia de Hermine se ha mantenido por parte de muchos, como lo corrobora el hecho de que la primera monografía sobre su biografía data de finales de los ochenta del pasado siglo, bajo la autoría de Angela Graf-Nold (*El caso Hermine Hug-Hellmuth. Una historia temprana del psicoanálisis infantil*, 1988) (4), tras diez años de investigación. Ello en parte puede ser debido a que, en su testamento, había prohibido toda referencia a su vida y a su obra tras su muerte, incluyendo sus publicaciones psicoanalíticas (1), aunque también han debido influir las circunstancias en que perdió la vida: fue estrangulada por su sobrino Rudolf Otto Hug, el hijo de su hermanastra Antonia, la madrugada del 8 al 9 de septiembre de 1924.

Este lamentable hecho fue utilizado por parte de William Stern, Alfred Adler, Wilhelm Stekel y otros para atacar las aplicaciones terapéuticas del psicoanálisis al niño, ya que se rumoreaba que Rudolf había sido objeto de tal tratamiento por su tía Hermine y que esto había sido la última causa de los lamentables acontecimientos que ocurrieron, entendiéndose aquéllos que tal terapia no era adecuada para los chicos pequeños. De hecho, el que Melanie Klein (1882-1960) tuviera que marchar desde Berlín a Londres para establecerse vino en gran parte motivado por estos eventos y por el hecho de la muerte de Karl Abraham en 1925, que era su único protector.

■ UNA VIDA PLAGADA DE PROBLEMAS

Los años infantiles de Hermine no fueron felices por la serie de problemas económicos que tuvo que soportar la familia, el fallecimiento de su abuela paterna en 1872 y de una hermana en 1874 al poco tiempo de ver la luz. Ya un año antes de nacer Hermine, había muerto otra hermana cuando contaba quince días de vida. Y, como colofón, estaba la tuberculosis que la madre arrastraba desde 1875, que le llevaría a la muerte en 1883. Todas estas conflictivas marcaron de una u otra forma el desarrollo personal y el carácter de Hug-Hellmuth, lo que debió llevarla al diván de Sadger en un momento dado.

Hermine no fue al colegio hasta los once años de edad, como era propio de las familias burguesas de su tiempo, adquiriendo sus primeros conocimientos escolares a través de su madre. Tras finalizar la enseñanza secundaria, se hizo institutriz, una típica profesión femenina de la época, la cual ejerció durante varios años, concretamente hasta 1910. Descontenta con esta tarea, en 1897, teniendo veintiséis años de edad, se inscribió como libre oyente en la licenciatura de medicina, en la Universidad de Viena. Para poder tener algunos recursos económicos con los que sufragar sus estudios superiores, marcha a Praga a seguir ejerciendo como institutriz, lo que le permitió en 1904, contando treinta y tres años de edad, matricularse oficialmente en filosofía, carrera que finaliza en 1909, doctorándose con una tesis titulada *Investigación sobre las propiedades físicas y químicas de los depósitos radioactivos sobre el ánodo y el cátodo* (3).

El 17 de mayo de 1906 fue también una fecha significativa para la vida de esta mujer, pues nació su sobrino *Rolf*, fruto de los amores de su hermanastra con Rudolf Rossi von Lichtenfels, señor que estaba casado y que dirigía una institución escolar fundada por Antonia en 1905 en Mürzzuschlag (5). Cuando el hijo de ambos contaba dos años, abandonó a Antonia y hubo de cerrarse el colegio, por lo que a partir de entonces ésta debió seguir subsistiendo sola y sin apenas medios económicos (2).

En 1907, Isidor Sadger (1867-1942), miembro del círculo freudiano, llega a ser el médico de la familia Hug. Sadger no sólo será el analista de Hermine durante unos tres años, sino también su aval ante Freud y la Asociación Psicoanalítica de Viena, en

curiosa contradicción con su tradicional postura contraria al ingreso de mujeres en esta agrupación (2), donde sería aceptada como miembro en mayo o junio de 1913 (falta en las *Actas* el contenido de estas sesiones), pues en la asamblea del inicio del curso 1913-1914, celebrada el 8 de octubre de 1913, ya aparece como miembro en el listado de los asistentes (6).

El análisis de Hug-Hellmuth con Sadger ha sido desautorizado por Roudinesco y Plon (7), que afirman tajantemente que con semejante analista se acrecentó su patología, cargándose de dogmatismo, rigidez y sentimientos de persecución. Ciertamente Sadger no era bien visto en el círculo psicoanalítico, donde provocaba continuos escándalos con sus detalladas descripciones de las anomalías sexuales en sus patografías, así como por su actitud fanática con la doctrina psicoanalítica, que defendía como si se tratara de la Ley dada por Dios en el monte Sinaí, afirmando que los *Tres ensayos de teoría sexual* de Freud era la *Biblia* de los psicoanalistas (1).

En la reunión del 29 de octubre de ese año, Hermine presentó en dicha Asociación una conferencia titulada *Sobre algunos trabajos de Stanley Hall y su escuela, examinados desde el punto de vista psicoanalítico*, sesión en la que Freud mencionó que el juego permite al niño vivir sus pulsiones, lo que sería en un momento dado el núcleo de la teoría y la técnica kleinianas. Meses después, el 11 de febrero de 1914, Hug hablaría allí de *Juegos infantiles*, faltando en las *Actas* las notas de la comunicación y de la discusión (6).

El 2 de febrero de 1915 muere de tuberculosis en Bolzano su hermanastra Antonia, dejando a su hijo *Rolf* con nueve años de edad, el cual pasa a vivir con una serie sucesiva de amigos de la madre hasta 1917, pues ésta dejó escrito en el testamento que no deseaba que su tía Hermine se hiciese cargo del chico (8). Pero ese año se instala durante unas semanas en casa de su tía, con quien llegaría a quedarse de forma permanente a partir de un momento dado. *Rolf* presentaba una serie de graves problemas conductuales, con claras tendencias antisociales, por lo que Siegfried Bernfeld (1892-1953) intentó tratarlo, aunque sin éxito. Por otro lado, tuvo una serie de tutores, como el Dr. Schlesinger (elegido por su madre) y el Dr. Balban, el cual falleció en la Primera Guerra mundial, pasando Viktor Tausk a hacerse cargo de tal función, hasta su suicidio en julio de 1919 (aunque Marius, un hijo de Viktor, manifestó no haber tenido nunca noticias de ello), desempeñando entonces tal puesto el Dr. Sadger, que señaló la personalidad anómala de Rudolf y sus tendencias a la delincuencia, hasta el punto de haber cometido su primer robo cuando contaba cinco años de edad (1).

En cuanto al presunto tratamiento psicoanalítico por parte de Hermine a su sobrino, no hay datos que permitan asegurar que tal cosa ocurriera de manera formal, pero sin duda las observaciones de su comportamiento fueron utilizadas por ella para la elaboración de algunos de sus principales trabajos. Sea como fuere, los terribles hechos que sucedieron fueron los siguientes: la mañana del 9 de septiembre de 1924,

su asistente, la señora Magdalena Kittner, y un cerrajero, descubren el cadáver de Hermine, que yacía sobre un sofá, amordazada y estrangulada desde la noche anterior, en su domicilio ubicado en el nº 10 de Lustkandlgasse en Viena (2). Por indicación de Sadger, se sospecha inmediatamente de *Rolf*, entonces de dieciocho años de edad, que fue detenido al cabo de unas horas, cuando vagaba por la campiña llevando consigo 2.600.000 coronas y un reloj de pulsera de oro de su tía, sin que pudiera dar una explicación convincente de tales posesiones. Fue acusado de robo y asesinato y durante el proceso, que se inició el 3 de marzo de 1925, tras negar inicialmente la autoría del crimen, aceptó hablar con la condición de que le dejaran expresar todo lo que quería decir en su integridad. Dijo entonces que nunca se había planteado conscientemente cometer una acción tan grave, sino sólo quitarle a su tía dinero y algunas joyas, pero había sido sorprendido por ella cuando entraba por una ventana y, ante sus gritos, tuvo que ponerle una mordaza, lo que la asfixió. Como especie de justificación, acusó a Hermine de haber estado permanentemente interpretándole sus actos sobre la base de motivaciones sexuales reprimidas, sintiéndose como una especie de cobaya experimental sobre todo cuando su tía escribía *Sobre la vida del alma del niño*, que aseguró haber leído (1). Sadger se constituyó en testigo de cargo, refiriendo todas las anomalías y los robos que *Rolf* había acometido a lo largo de su vida y el miedo que Hermine le tenía, que intuía que algo terrible le iba a pasar con él.

Todos estos detalles del proceso fueron publicados por la prensa vienesa, para escándalo de la comunidad psicoanalítica. Rudolf fue finalmente condenado a doce años de reclusión mayor, siendo obligado a permanecer en una celda oscura cada 8 de septiembre de los ulteriores años, para que no olvidase la fecha de su incalificable delito. Sin embargo, en septiembre de 1930 le concedieron la libertad provisional. Tras salir de la cárcel, *Rolf* pidió dinero a Paul Federn (1871-1950), entonces presidente de la Asociación Psicoanalítica de Viena, como una especie de indemnización por haber sido utilizado como material para el trabajo de su tía (1). Federn lo remitió a Eduard Hitschmann (1871-1957) que recomendó un tratamiento psicoanalítico con Helene Deutsch (1884-1982). El muchacho no se presentó a ninguna sesión, aunque anduvo tras ella por las calles de Viena importunándola, hasta el punto que su marido contrató un detective privado para protegerla (9). En 1933, Rudolf desapareció en Austria, sin que se hayan tenido más noticias de él (5).

■ LOS INICIOS DEL PSICOANÁLISIS DEL NIÑO: UNA OBRA EXTENSA Y PROFUNDA

A pesar de todos sus conflictos y de su vida relativamente breve, Hermine pudo construir los pilares del análisis infantil, en una obra constituida por tres libros y una treintena de artículos, trabajos siempre marcados por la influencia de Freud, que siempre le mostró gran estima y respeto. Un hecho que expresa hasta qué punto

estaba bien considerada, es que en 1922, cuando la Asociación Psicoanalítica de Viena creó su consultorio ambulatorio, Hug-Hellmuth fue adscrita a la dirección del consejo educativo, que se creó en abril de 1923. Ya con anterioridad, en 1921, había sido solicitada por Karl Abraham (1877-1925) para que impartiese un ciclo de conferencias en la Policlínica psicoanalítica de Berlín y en 1922 se encarga de otro ciclo en el Ambulatorio vienés. En Berlín Hug-Hellmuth conoció a Karen Horney (1885-1952), a la que siempre se opuso en su concepción de la feminidad, pues Hermine siempre asumió la tesis freudiana de la envidia del pene (2).

La obra psicoanalítica de Hug-Hellmuth se publicó entre 1911 y 1924, pudiéndose tener acceso a gran parte de ella en lengua francesa (no tenemos constancia de traducciones españolas) a través de la obra *Ensayos psicoanalíticos*, texto reunido bajo la dirección de Dominique Soubrenie, que vio la luz en 1991 (10). Los trabajos recogidos aquí son: *Análisis de un sueño de un niño de cinco años y medio* (1911), *Errores de escritura y errores de lectura* (1912), *Errores del lenguaje de un pequeño escolar* (1912), *Sobre la audición coloreada* (1912), *Sobre la verdadera esencia del alma infantil* (1912), epígrafe que acogerá siete artículos de los cuales en los *Ensayos* se recogen dos: *Primeros recuerdos infantiles* (1913) y *Cartas de niños* (1914). Por otra parte, otros artículos insertos en los *Ensayos* son: *Sobre la vida del alma infantil*. *El tiempo de juego* (1913), *Prefacios* (1919, 1921, 1922) a las tres primeras ediciones del *Diario de una joven adolescente de 11 a 14 años y medio* (libro cuyo contenido no se recoge, aunque sí el extracto inédito del capítulo titulado *Tercer año*), *Recensión de Stefan Zweig* (1920), *Recensión de Lou Andreas-Salomé* (1920), *Sobre la técnica del análisis infantil* (1920), *El juego del niño* (1924), *Informaciones de cuestiones de educación*, capítulo de *Nuevas vías para la comprensión de la juventud* (1924) (libro que no se recoge en su totalidad). También puede encontrarse en francés la traducción del famoso *Diario de una joven adolescente de 11 a 14 años y medio* (1919) en la editorial Gallimard (1928) (11) y en la editorial Denoël (1975 y 1988).

En el citado trabajo *Análisis de un sueño de un niño de cinco años y medio*, que sin duda es su sobrino Rolf, Hermine no intentó ningún tipo de intervención terapéutica con el chico, sino que sólo buscaba la confirmación de las teorías freudianas, particularmente la tesis de que el contenido onírico supone la realización de deseos reprimidos, justificando la serie de interpretaciones que llevaba a cabo sobre el contenido onírico en base a que conocía todas las circunstancias del desarrollo del niño (12). En un párrafo final del trabajo, incluso llega a referirse al sobrino para dar fuerza a algunas de sus conclusiones.

En cuanto a los dos artículos de 1912 sobre los errores de lectura, escritura y lenguaje, conciernen a una contribución al análisis de *lapsus* diversos (este trabajo es el último que firma como Dr. H. Hellmuth), sobre la base de propios recuerdos y observaciones de parientes cercanos, como su sobrino. En la presentación que hizo en la revista *Imago* bajo el epígrafe *Sobre la verdadera esencia del alma infantil*, se

ocupa de mostrar el interés que tiene para el psicoanálisis la observación detallada del desarrollo infantil, siendo para ello de suma utilidad el valerse de los chicos del entorno inmediato de los psicoanalistas, yendo más allá del registro de las primeras lágrimas, la primera sonrisa, el desarrollo de la actividad de los órganos sensoriales y del vocabulario, etc., para centrarse en qué ocurre con el interés por el propio cuerpo y sus funciones, el desarrollo tras el conocimiento real del origen de los niños, las características de sus juegos como expresión de sus conflictivas psíquicas, etc. (13).

Desde 1912 a 1921, Hug-Hellmuth publicará bajo esta rúbrica los siguientes siete artículos: *El niño y sus representaciones de la muerte* (1912), *De los primeros recuerdos infantiles* (1913), comentarios del cuento de C. H. Weber titulado *Liddy* (1913), *Cartas de niños* (1914), *Amor y odio precoces* (1917), *Madre-hijo, padre-hija* (1917) y *El niño de enmedio, entre el mayor y el benjamín* (1921). Tenemos, por otra parte, el amplio trabajo dedicado a la audición en colores intitulado *Sobre la audición coloreada. Ensayo de explicación del fenómeno por el método psicoanalítico* (1912) (14), que fue alabado por Freud y denigrado por Bleuler. Se publicó en *Imago*, con un contenido de 36 páginas, en las que Hug-Hellmuth repasa los antecedentes históricos del fenómeno e incluye numerosos datos autoanalíticos para dar cuenta del significado de esta sinestesia (15). En la conclusión final mantiene Hermine que estas sinopsias (la audición de ciertos sonidos o ruidos trae consigo la paralela visión de algunos colores) aparecen siempre sobre la base de una predisposición constitucional favorable, aunque sus raíces psicológicas proceden de ciertas experiencias sexuales de la primera infancia, placenteras o displacenteras, que se vivenciaron intensamente, quedando fijadas en la memoria los eventos accesorios que las acompañaron, como las sensaciones auditivas y coloreadas, que pueden reavivarse con posterioridad por asociación (14).

En 1913, Hug-Hellmuth sigue publicando trabajos psicoanalíticos, algunos de los cuales ya hemos referido, en los que investiga acerca de los primeros recuerdos infantiles, el tema de la vivencia de la muerte para los niños, los inicios de la masturbación y el valor del juego para expresar las pulsiones. Una de las obras más importantes de este año fue *La vida psíquica del niño. Un estudio psicoanalítico*, monografía de 170 páginas, que fue acogida por el *Psychoanalytic Quarterly* en 1918 y en 1919, existiendo una segunda edición alemana de 1921, editada por Deuticke y Freud (16). La obra es una ilustración de las ideas de Freud sobre la sexualidad infantil (sentimientos edípicos, angustia de castración, problemas de masturbación y culpa, erotismo muscular como manifestación primitiva de la sexualidad, papel de los olores en la vida amorosa, coprofilia, etc.), a partir de varias observaciones suyas (donde estaban incluidas las de su sobrino *Rolf*) y de otros psicólogos ajenos al psicoanálisis (como las de los hijos de William y Clara Stern, que las habían publicado en 1907 y 1909). Hermine subraya el papel del juego en la vida del niño, aunque aún no lo define como un instrumento puramente terapéutico, lo que no aparecerá hasta 1920



en el VI Congreso Internacional de Psicoanálisis celebrado en La Haya (Holanda), al que asistió Melanie Klein.

La monografía sobre la vida psíquica del niño desde la perspectiva psicoanalítica produjo diversas reacciones negativas, entre otras las de los referidos esposos Stern, protestando William en la reunión anual de la Sociedad Alemana de Psiquiatría de 1913 sobre la inadecuada utilización que había hecho Hug-Hellmuth de las observaciones que ellos habían publicado sobre sus hijos, resaltando que el psicoanálisis construía sus teorías sobre la sexualidad infantil a partir de analogías con el adulto, lo que era incorrecto. Posteriormente editaron una queja oficial en el *Journal de Psychologie Appliquée* y en el *Journal pour l'Éducation de la Jeunesse* firmada por una serie de personalidades, profesores y médicos. Stanley Hall, por su parte, tachó la aportación de excesivamente estrecha. Sin embargo, el zuriqués Oskar Pfister (1873-1956) organizó una contraprotesta, también avalada por profesores, psicólogos (como Claparède y Flournoy) y médicos suizos, aunque unos meses después se mostró crítico con las aportaciones de Hug-Hellmuth, calificándolas de pretenciosas y ridículas (2).

En 1914, Hug-Hellmuth publica el trabajo *El psicoanálisis del niño y la pedagogía*, donde aparecen sus experiencias prácticas iniciadas en 1913, comprometiéndose con el espíritu educativo, más que terapéutico, del psicoanálisis infantil, en una línea cercana a la que más tarde seguiría Anna Freud (1895-1982). Aún así, los factores afectivos son colocados por encima de los cognitivos, concediendo al psicoanálisis el mayor conocimiento de tales componentes mentales.

En la década comprendida entre 1914 y 1924 Hermine redactará treinta y tres trabajos, la mayor parte de ellos sobre temas de psicoanálisis del niño, aunque también algunos hacen referencia a la psicología femenina, a la familia y a las neurosis de guerra. De todas las obras de estos años han de destacarse tres: *Diario de una joven adolescente de 11 a 14 años y medio* (1919), *A propósito de la técnica del análisis de los niños* (1921) y *Nuevas vías para la comprensión de la juventud* (1924).

El famoso *Diario de una joven adolescente*, aunque pretendía ser un documento escrito por una chica llamada Grete Lainer (este apellido recordaba al de la madre de Hermine, Leiner) en los mismos momentos de sus años puberales (desde los once a los catorce años y medio), verdaderamente se trataba de una reconstrucción de la propia preadolescencia de Hug-Hellmuth, lo que originó un fuerte debate en el seno de la comunidad psicoanalítica cuando ello fue descubierto, hasta el punto de que la publicación fue retirada del mercado por orden de Freud en 1927(17). El texto fue redactado durante los años 1914 y 1915, sin que pudiera publicarse hasta 1919, por coincidir con el tiempo de la Gran Guerra mundial. El prefacio contiene extractos de una carta que Freud dirigió a Hug-Hellmuth fechada el xx de abril de 1915, donde califica al manuscrito de *pequeña joya* (18):

El diario es una pequeña joya. Creo realmente que nunca, hasta ahora, se había

podido penetrar con esa claridad y esa veracidad en las mociones anímicas que caracterizan al desarrollo de la muchacha de nuestro nivel social y cultural en los años de la prepubertad. El modo en que los sentimientos crecen desde el egoísmo infantil hasta alcanzar la madurez social, el modo en que se perfilan primero las relaciones con padres y hermanos, y después poco a poco se acendran en seriedad e intimidad, el modo en que se anudan amistades y se las abandona, y cómo tantea la ternura sus primeros objetos; sobre todo, el modo en que el secreto del sexo emerge al comienzo borroso, para apoderarse luego por completo del alma infantil, y de qué manera esta niña bajo la conciencia de su secreto saber, sufre un perjuicio y gradualmente lo supera; todo esto se expresa de manera tan encantadora, tan natural y tan seria en esos bocetos hechos sin artificio, que por fuerza despertará en pedagogos y psicólogos el máximo interés (...).

La publicación del *Diario* fue acogida por una editorial subvencionada por una paciente agradecida, la Internationaler Psychoanalytischer, que era dirigida por Sándor Ferenczi (1873-1933), Otto Rank (1884-1939) y Ernest Jones (1879-1958). El *Diario* tuvo bastante éxito de venta (10.000 ejemplares la primera edición), no apareciendo el nombre de Hermine von Hug-Hellmuth como responsable del texto hasta la tercera edición alemana de 1922, sin que se señalara en ningún momento que el contenido estaba basado en hechos de su propia juventud, llegando incluso a ser negado en el prefacio de esas ediciones (2). En la primera edición inglesa (*A Young Girl's Diary*. Nueva York, Thomas Seltzer, 1921, con traducción de Eden y Cedar Paul) (19), tampoco apareció el nombre de Hermine. Uno de los principales críticos acerca de la autenticidad del contenido fue el psicólogo inglés de la educación Cyril Burt, miembro de la Sociedad Psicoanalítica Británica, que señaló que la sofisticación del texto imposibilitaba que procediera de una adolescente, pareciendo más bien una ficción escrita por una persona mayor recordando su pasado (2). Pero hubo de esperarse a las investigaciones del germano Wolfgang Huber, la suiza Angela Graf-Nold y el francés Jacques Le Rider para que finalmente se conociera la superchería en todos sus detalles (7).

En cuanto al artículo *A propósito de la técnica del análisis de los niños* (1921), su primera redacción (*Sobre la técnica del análisis infantil*) fue presentada en el VI Congreso Internacional de Psicoanálisis celebrado en La Haya (donde estaban presentes Melanie Klein, Eugénie Sokolnicka y Anna Freud), apareciendo en 1921 en el *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse* (hay una traducción en un número de 1975 de *Psychiatrie de l'Enfant*) (20). En este trabajo Hermine delimita en el análisis infantil objetivos de carácter terapéutico, como en el caso del adulto, aunque subraya que en los niños debe procurarse aportar por el analista valores morales, estéticos y sociales, dado que el paciente es un ser en desarrollo. Resalta,



en fin, Hug-Hellmuth que el análisis pedagógico y terapéutico del niño es antes que nada un análisis del carácter y un compromiso con la educación. En todo caso, no se trata ya de una pedagogía curativa, ni de consejos educativos basados en la teoría psicoanalítica, sino de análisis terapéuticos, aunque teniendo en cuenta las necesidades educativas, particularmente en los niños de menos edad. Tales cambios de objetivos venían sin duda determinados por las críticas que Hermine había recibido en 1913 respecto a las aplicaciones pedagógicas del psicoanálisis (2). La misma Melanie Klein mantuvo la opinión de que Hermine no practicaba genuinos análisis con los niños, pues según ella evitaba las interpretaciones y no trataba a chicos menores de seis o siete años (21), aunque siempre asumió que debía ser considerada como la primera que se comprometió de forma sistemática en el trabajo psicoanalítico con los niños (22), a diferencia de Anna Freud (23), que sitúa en 1926 el comienzo del análisis infantil, aunque en una carta personal a Graf-Nold de 1979 le aseguró que desde 1915 Hermine tenía, en tanto analista, una pequeña clientela de niños y adolescentes (1).

El artículo, básico en la formación de los analistas de niños, toca aspectos como las diferencias entre el análisis de los adultos y los niños (estos no acuden voluntariamente al tratamiento, sufren por sucesos del presente y no del pasado, no muestran mucho interés por cambiar), la edad adecuada para su indicación (un verdadero análisis, afirma, no debe ser emprendido más que a partir de los siete u ocho años), la primera entrevista con los padres y las sucesivas relaciones con éstos, la importancia de la primera sesión, que debe llevarse a cabo en el hogar del niño, el no seguir ninguna regla técnica con rigidez, el uso del juego en los más pequeños (lo que además de facilitar la relación, permite captar síntomas y anomalías caracteriales, subrayando que la primera información o la primera manifestación simbólica a través del juego durante la primera sesión revela habitualmente el conflicto nuclear en que se debate el paciente), la importancia de los sueños, los distintos matices de su encuadre (por ejemplo, reducción de las sesiones semanales a 3 ó 4 respetando el horario escolar, aunque extendidas durante mucho tiempo, elasticidad en la duración de la sesión y abandono del diván), la utilización oportuna de las interpretaciones (ella habla de explicaciones y no de interpretaciones), la delicadeza que es preciso poner en marcha en el análisis de las resistencias y en concreto de los fenómenos transferenciales, etc. En un punto final, Hug-Hellmuth subraya que considera imposible el analizar a los propios hijos, pues éstos no revelan jamás sus deseos y pensamientos más íntimos a los padres, que, además, se ven en el atolladero de tener que enfrentarse a diversas heridas narcisistas, recomendando que éstos deberían seguir las más de las veces un tratamiento analítico, lo que ocasionaría menos necesidad de tratamiento en los hijos (20).

El enfrentamiento entre psicoanalistas y pedagogos marcará una serie de discusiones en estos tiempos, definiendo Hug-Hellmuth aún más su posicionamiento en

su última obra de 1924, titulada *Nuevas vías para la comprensión de la juventud*. En todo caso, en el artículo sobre la técnica ya quedaba bien precisado que el psicoanálisis en la infancia es algo distinto que la mera educación bajo principios psicoanalíticos, aunque el análisis comporte en ocasiones metas educativas.

El referido trabajo póstumo llevaba por título completo el de *Nuevas vías para la comprensión de la juventud. Conferencias psicoanalíticas para padres, enseñantes, educadores, médicos escolares, profesionales de los jardines de infancia y asistentes sociales* (24), estando conformado por el material de una serie de conferencias, en las que Hermine se había empeñado en una difusión de las ideas freudianas en instituciones como la Unión para la Cultura Femenina de Viena y en el Instituto Psicoanalítico de Berlín. Los temas abordados se refieren, entre otros, a los fines y medios de la educación, a los conceptos fundamentales del psicoanálisis, a cuestiones de información sexual, a las dificultades de la educación en el medio familiar y escolar, al juego infantil como sustituto de la asociación libre, a las fantasías y sueños de niños y jóvenes, a la salud psíquica y a la consulta psicoanalítica sobre la educación.

En resumen, nadie puede negar el papel pionero que Hermine von Hug-Hellmuth ha desempeñado en el psicoanálisis del niño, tanto en su cara terapéutica como profiláctica a través de medidas psicopedagógicas, teniendo en todo caso en cuenta la teoría freudiana. Abrió así un fructífero camino para que Anna Freud y Melanie Klein, entre otras, continuaran profundizando, dejándonos además una serie de útiles enseñanzas para la práctica psicoanalítica con niños que debiéramos recuperar.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Tourne, Y. «Postface: Hermine von Hug-Hellmuth, première psychanalyste d'enfants, ou comment se déprendre de l'obéissance silencieuse». En «H. von Hug-Hellmuth», *Essais psychanalytiques*. 1991, Paris: Paidós, 263-279.
2. Appignanesi, L. y Forrester, J. *Las mujeres de Freud*. Buenos Aires: Planeta, 1996.
3. Geissmann, C. y Geissmann, P. *Histoire de la psychanalyse de l'enfant*. Paris: Bayard, 1992.
4. Graf-Nold, A. *Der Fall Hermine Hug-Hellmuth. Eine Geschichte der frühen Kinder-Psychoanalyse*. Munich-Vienne: Verlag Internationaler Psychoanalyse, 1998.
5. Soubrenie, D. «L'assassinat de Hermine von Hug-Hellmuth et le procès de Rolf Hugh». En «H. von Hug-Hellmuth», *Essais psychanalytiques*. 1991 Paris: Payot, 241-246.
6. Nunberg, H. y Federn, E. *Les premiers psychanalystes. Minutes de la Société Psychanalytique de Vienne, IV*. Paris: Gallimard, 1983.
7. Roudinesco, É y Plon, M. *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Paidós, 1998.
8. Le Rider, J. «Prefacio. En H. von Hug-Hellmuth», *Essais psychanalytiques*, 1991, Paris: Payot, 7-14.



9. Roazen, P. *Freud y sus discípulos*. Madrid: Alianza, 1978.
10. Hug-Hellmuth, H. von. *Essais psychanalytiques*. Paris: Payot, 1991.
11. Hug-Hellmuth, H. von. *Journal d'une jeune adolescente de onze à quatorze ans et demi*. Paris: Gallimard, 1928.
12. Hellmuth, H. Analyse d'un rêve d'un garçon de cinq ans et demi. En *Essais psychanalytiques*. Paris: Payot, 1991, 19-27.
13. Hug-Hellmuth, H. von. *De la véritable essence de l'âme enfantine*. Paris: Payot, 1991, 100-103.
14. Hug-Hellmuth, H. von. De l'audition colorée. En *Essais psychanalytiques*. Paris: Payot, 1991, 49-94.
15. Soubrenie, D. Prólogo a «De la audition colorée». En «H. Hug-Hellmuth», *Essais psychanalytiques*. 1991, Paris: Payot, 41-48.
16. Hug-Hellmuth, H. von. *Aus dem Seelenleben des Kindes. Eine psychoanalytische Studie*. Vienne-Leipzig: F. Deuticke und S. Freud, 1913.
17. Mühlleitner, E. «Hug-Hellmuth-Hug von Hugenstein, Hermine». En «A. de Mijolla» (dir), *Dictionnaire International de la Psychanalyse, A/L*. 2002, Paris: Calmann-Lévy, 760-761.
18. Freud, S. Carta a la doctora Hermine Hug-Hellmuth. En *Obras Completas, XIV*. Buenos Aires: Amorrortu, 1979, 543.
19. Hug-Hellmuth, H. von. *A Young Girl's Diary*. New York: T. Seltzer, 1921.
20. Hug-Hellmuth, H. von. «À propos de la technique de l'analyse des enfants». *Psychiatrie de l'Enfant, 1921, 18, 1*, 191-210.
21. Grosskurth, P. *Melanie Klein. Su mundo y su obra*. Barcelona: Paidós, 1990.
22. Klein, M. El psicoanálisis del niño. En *Obras Completas, 2*. Barcelona: Paidós, 1987, 19-290.
23. Freud, A. *Psicoanálisis del niño*. Buenos Aires: Hormé, 1980.
24. Hug-Hellmuth, H. von. *Neue Wege zum Verständnis der Jugend. Psychoanalytischen Vorlesungen für Eltern, Lehrer, Erzieher, Schulärzte, Kindergärtnerinnen und Fürsorgerinnen*. Vienne-Leipzig: F. Deuticke, 1924.

Dirección de contacto:

Reyes Vallejo Orellana

Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.

C/. Camilo José de Cela, s/n. - 41018 Sevilla

SECCIÓN

INFORMES



María Alonso Suárez, Annette Hamilton

INTEGRACIÓN LABORAL EN SALUD MENTAL EN EL ÁREA DE LONDRES (II): ALGUNOS DEBATES

MENTAL HEALTH VOCATIONAL REHABILITATION IN LONDON AREA (II): DEBATES

■ RESUMEN

Este trabajo, fruto de una estancia de cuatro meses en Londres y alrededores, pretende exponer cuál es la diversidad de modelos dirigidos a la integración laboral para personas con enfermedad mental crónica en esta área. En concreto, esta segunda parte se propone examinar las ventajas y desventajas de algunas características de los proyectos.

Palabras clave: integración laboral; enfermedad mental crónica, modelos de intervención.

■ ABSTRACT

As result of a four month stay in London and surroundings, this work pretends to review the diversity of vocational rehabilitation models for people with severe mental illness existing in United Kingdom. The porpoise of this second part is to explore the advantages and disadvantages of some characteristics of the projects.

Key words: vocational integration; severe mental illness; intervention models.

■ INTRODUCCIÓN

Aunque ya se contextualizó este trabajo en detalle en la primera parte, es importante recordar que este trabajo es fruto de una estancia de cuatro meses de la primera autora en Londres y sus alrededores durante los cuales se visitaron 21 centros dirigidos a la integración laboral de personas con enfermedad mental crónica (ver Tabla 1). Durante estas visitas se mantuvieron entrevistas con los usuarios, con los coordinadores de los centros y con los profesionales así como se observó, en algunos de ellos, el funcionamiento diario del mismo. En la primera parte se abordó la diversidad de modelos observados en rehabilitación laboral para enfermos mentales crónicos ilustrándolo con ejemplos de algunos de los centros visitados. Asimismo, se expusieron cuáles son los valores que se persiguen actualmente en este campo en Reino Unido y cómo éstos se traducen en la práctica. En esta segunda parte se

analizarán algunas variables en las que se han encontrado diferencias entre cada centro (más allá de las atribuibles a modelos concretos) y cuáles son las ventajas e inconvenientes de elegir una configuración u otra a la hora de diseñar un centro dirigido a la integración laboral de personas con enfermedad mental crónica. Este trabajo se propone estimular la reflexión en torno a las diferentes opciones existentes en este campo sin pretender establecer conclusiones acerca de la eficacia de cada modelo.

Para más información acerca de Richmond Fellowship, la organización que facilitó esta experiencia, y acerca de otras consideraciones en torno a cómo se desarrolló esta experiencia, nos remitimos a la primera parte de este trabajo. Únicamente recordar que los diferentes centros fueron seleccionados con el objetivo de poder abarcar una muestra de los diferentes modelos desarrollados en Londres y sus alrededores. Y repetir que, aunque la selección de estas visitas ha intentado ser comprehensiva, las descripciones y reflexiones están obviamente sesgadas por esta selección. Y a este sesgo se añade el de las propias autoras a la hora de integrar toda esta información y añadirle sus propias valoraciones subjetivas.

■ VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE ALGUNAS VARIABLES

En la primera parte se definieron las características de los distintos recursos a los que también se va a referir esta segunda parte y se citaron algunas referencias para profundizar en cada modelo desde la perspectiva particular de los centros visitados. Se expuso qué se considera una Empresa Social (1), un Centro de Rehabilitación Laboral (2), un programa de Empleo con Apoyo (3) o un Clubhouse (4).

Este apartado se centrará en cada una de las variables o características más significativas en las que existen diferencias entre los centros para analizar las ventajas y desventajas de cada alternativa. Por ejemplo, ¿qué consecuencias tiene que una empresa social centre sus esfuerzos en la «producción» frente al «cuidado» de sus empleados con discapacidad? o ¿qué ventajas y desventajas hay en que exista apoyo psicoterapéutico en el seno de un centro de rehabilitación laboral?

1. La financiación

Todos los centros visitados son organizaciones sin ánimo de lucro. Algunos de ellos forman parte de una organización más grande dentro del sector del voluntariado, como Richmond Fellowship o como Mind. Otros forman parte del propio sistema público de salud y otros funcionan como organismos independientes. En todos ellos se realizan conciertos con las autoridades sanitarias o de servicios sociales de forma que los usuarios acuden al centro financiados por la seguridad social (cuando no se trata de empleados de las Empresas Sociales). Los proyectos visitados varían en cuanto a las fuentes de las que obtienen financiación aunque es estrategia común recurrir a más de una fuente distinta como por ejemplo:

- Fondo Social Europeo y otros programas europeos.
- Conciertos con los servicios sociales a sanitarios locales. Frecuentemente estos servicios pagan una cantidad concreta por usuario de su área que utiliza el servicio.
- Proyecto estatal de empleo con apoyo según el cual el estado se hace cargo de parte del salario de cada empleado con discapacidad.
- Beneficios de la actividad económica desarrollada por el centro.
- Ayudas locales para el desarrollo de empleo (estable, rural, etc.).
- Ayudas para formación/educación en aquellos casos en que lo proveen.
- Otras formas de financiación de iniciativa privada o pública generales para proyectos sociales (como National Lottery).

¿Cuánto debe un proyecto dirigido a la inserción laboral depender de financiación externa o bien autofinanciarse? Obviamente, aquellos proyectos que no tienen una actividad comercial que genere beneficios dependen completamente de fuentes de financiación externas (Clubhouse, Empleo con Apoyo).

Entre aquellos que sí tienen una actividad económica hay que distinguir entre la Empresas Sociales y los Centros de Rehabilitación Laboral (con actividad comercial).

Las Empresas Sociales tienen como fin último funcionar como una empresa sin ánimo de lucro pero con beneficios para mantenerse a sí misma. Pretenden llegar a no depender de financiación externa aunque no suele ser así. El porcentaje del presupuesto de las Empresas Sociales visitadas proveniente de su negocio puede estar en torno a un 60%. Aunque pretendan funcionar sin financiación externa todas en alguna medida reciben algún tipo de ayuda como el programa estatal que subvenciona parte del salario de los empleados discapacitados, y en ocasiones complementan sus ingresos cobrando a las autoridades locales por proporcionar formación ocupacional.

Los Proyectos de Trabajo Protegido y Rehabilitación Laboral tienen una mayor vocación rehabilitadora y, a la vez, pretenden crear un entorno lo más similar a una empresa ordinaria para lo cual se marcan unos objetivos *mínimos* en cuanto presupuesto anual proveniente de los beneficios de su actividad económica que aun así les hace seguir dependiendo en gran medida de financiación externa. Así, es frecuente que el porcentaje del presupuesto proveniente del negocio esté en torno a un 20%. En algunos casos, también se marcan el *máximo* porcentaje que debe provenir de la actividad comercial para que los objetivos comerciales no interfieran con los rehabilitadores. En el caso de los proyectos de Rehabilitación Laboral de Richmond Fellowship se recomienda que no más de un 15 a un 30% de los ingresos, dependiendo de la actividad, provengan de las ventas para asegurar la provisión de una variedad suficiente de oportunidades de trabajo y para asegurar que los usuarios más productivos puedan moverse hacia el empleo ordinario si lo desean.

2. La plantilla

2.1. Número

La plantilla es mayor (menor ratio profesional/ usuario) en aquellos servicios con énfasis en la rehabilitación y el aprendizaje de nuevas habilidades, donde no pagan a los usuarios y en los que existe una mayor rotación de usuarios (Rehabilitación Laboral, Empleo con Apoyo). El servicio visitado con menor ratio profesional/ usuario es St James House, con un énfasis importante en la labor terapéutica.

Y al revés, existe una ratio mayor profesional/ usuario en las Empresas Sociales, con un mayor énfasis en funcionar como una empresa normal, donde se paga a los usuarios y donde con frecuencia los usuarios, empleados en este caso, son los mismos durante años.

2.2. Cuando ex - usuarios pasan a formar parte de la plantilla

Con frecuencia antiguos usuarios han pasado a formar parte de la plantilla.

En el caso de Richmond Fellowship, la política interna de contrataciones se rige por la voluntad de tratar de contratar, de acuerdo a sus competencias, a previos usuarios de sus servicios o en general ex-usuarios de servicios de salud mental. Es frecuente que se acojan a un programa de empleo con apoyo en el que el estado colabora con parte del salario de estos empleados.

El hecho de que las organizaciones dirigidas al apoyo de estos usuarios sean las que lideren este tipo de políticas es claramente un punto de partida hacia la integración laboral del colectivo. Sin embargo, algunas dificultades que esto puede implicar merecen ser comentadas.

Las principales dificultades surgen cuando ex-usuarios son empleados en el mismo recurso del que eran usuarios. Así, por ejemplo, puede ocurrir que aquellos usuarios que han adquirido las habilidades para ser supervisores del resto de los usuarios sean contratados para ese fin.

En este sentido, podría ser cuestionable si permanecer en el mismo centro aunque bajo un contrato supone un verdadero incremento en el nivel de autonomía y normalización en el ámbito laboral, teniendo en cuenta que siguen dentro del entorno protector en el que se sienten seguros. Se puede plantear si en estos casos no es posible un mayor grado de integración y normalización y si estos empleados son lo suficientemente alentados a utilizar sus habilidades en un entorno más integrado en la comunidad. Y al revés, es discutible que perseguir con todos los usuarios la opción del empleo ordinario sea adecuada o si trabajar en una Empresa Social o en un servicio de Rehabilitación Laboral no es ya el máximo grado de normalización e integración.

Asimismo, existe el riesgo de un cambio de actitud del resto de la plantilla así como del propio empleado hacia las dificultades de salud mental de éste. En

ocasiones, el *apoyo al usuario* pasa a ser la *supervisión al empleado*, lo cual es comprensible si no se cambia al mismo tiempo de un *modelo de discapacidad* a un *modelo de enfermedad*¹. Es decir, cuando el usuario es usuario se le presta apoyo porque se considera que tiene unas dificultades que necesitan de unas adaptaciones del entorno de trabajo para conseguir su integración. Sus problemas de rendimiento u otro tipo de conductas que interfieren en el trabajo son incorporados en su discapacidad, se comprenden y se le presta apoyo para superarlas. Sin embargo, puede ocurrir que cuando el usuario pasa a ser empleado, se le pase a considerar como un empleado más al que exigirle un rendimiento y conducta adecuada. Si esto implica retirar el apoyo que por su discapacidad se consideraba necesariamente continuado antes de ser empleado, nos estamos posicionando en la postura dicotómica de «preparado» o «no preparado» para trabajar, «curado» o «no curado» del modelo de enfermedad.

Y de forma similar puede ocurrir con la actitud hacia sí mismo del propio empleado ex-usuario, que comienza a verse a sí mismo como «curado», «preparado», con dificultades para solicitar y recibir el apoyo que antes de ser contratado recibía. En otras ocasiones puede ocurrir que a partir de esa autoconsideración sea más difícil darle feedback acerca del apoyo que el resto de la plantilla observa que pueda estar necesitando. Otra consecuencia puede ser el empeoramiento de las relaciones con el resto de usuarios. Estas dificultades se han planteado varias veces en Richmond Fellowship Workschemes donde, en ciertos casos se ha ofrecido el apoyo de un preparador laboral de otro centro para aportarle al trabajador un apoyo independiente para ayudarle a negociar sus necesidades con el que le supervisa.

2.3. La formación de la plantilla en salud mental

El tema de si la plantilla, sobre todo el director del centro, debe o no ser un profesional de la salud mental se ha resuelto en la mayoría de los centros visitados a favor del no. Se reconoce la necesidad de que la persona al frente del centro tenga unas actitudes favorables hacia este colectivo, muy buenas habilidades interpersonales y otras variables personales que faciliten sus labores de gerencia de un centro cuyos usuarios tienen problemas de salud mental.

Sin embargo, en la mayor parte de los servicios visitados que realizan algún tipo de actividad comercial los profesionales (desde el director a los supervisores) provienen del mundo empresarial/ comercial relacionado con la actividad que se lleva a cabo. Es frecuente que la organización les proporcione cursos de formación en torno a salud mental.

En algunos casos parte de la plantilla tiene experiencia en servicios sociales o ha trabajado en salud mental previamente. Y en los menos casos, algún miembro de la plantilla es terapeuta ocupacional o enfermero especializado en salud mental.

En ninguno de los centros visitados contaban en la plantilla con psicólogos o psiquiatras, salvo en St. James House y Portugal Prints, donde cuentan con psicólogos, terapeutas ocupacionales y otros profesionales con algún tipo de formación en salud mental o terapia debido a adscribirse al modelo híbrido que se ha comentado anteriormente.

En la mayor parte de los centros visitados se procura tener coordinación fluida con los servicios de salud mental aunque cuanto más énfasis pone el servicio en la producción frente a la rehabilitación (por ejemplo, Empresas Sociales) con más frecuencia se observa que no acuden a las revisiones anuales del 'plan de cuidados' (care plan). Y en algunas ocasiones, aunque no es lo general, los centros de salud mental no realizan un adecuado seguimiento de los usuarios una vez derivados a los servicios de integración laboral.

A continuación exponemos las razones más frecuentemente aludidas para la inexistencia de personal con formación en salud mental extraídas de la entrevistas mantenidas en los diversos centros:

- Pretenden ser un servicio integrado en la comunidad, no en la red de salud mental.
- Pretenden ser un servicio con vocación normalizadora, crear lo más parecido a un entorno laboral, por lo cual la relación que la plantilla establece con los usuarios ha de estar basada en el rol supervisor-trabajador, no en el rol profesional de salud mental-paciente.
- Pretenden promover autoconfianza y autoestima proporcionando la oportunidad para desarrollar un rol de 'empleado', no de 'paciente'.
- Pretenden trabajar desde las capacidades y habilidades de los usuarios. La formación previa en salud mental provee de una actitud de aproximación a los usuarios más centrada en síntomas y déficit, suelen argumentar.
- Para que los usuarios perciban un verdadero ambiente dirigido a su aceptación plena en la comunidad, a su desinstitucionalización, a su escape del círculo de la atención en salud mental, puede incluso entorpecer encontrarse delante de un profesional en el campo de la salud mental.
- Es posible contratar profesionales que trabajen en estos centros que no tienen formación específica en salud mental pero poseen una serie de habilidades transferibles útiles para desarrollar su trabajo. Por ejemplo, en los QEST (Empleo con Apoyo) parte del personal proviene del campo de la selección de personal, lo que implica un conocimiento del proceso de entrevista, de realización de un currículum, etc.

Estos argumentos son muy interesantes pero su aplicabilidad varía en función del tipo de recurso del que estemos hablando. Cuando estamos hablando de una Empresa Social es cuando más útil resulta tener personal del mundo de la empresa. Sin embargo, no dotar a un centro de Rehabilitación Laboral con ningún profesional formado en salud mental puede ser cuestionable.

Por otra parte, para justificar la ausencia de profesionales de salud mental en la plantilla se parte de algunas asunciones que no necesariamente son como se afirman. Se asume que un profesional de la salud mental va a partir de un modelo de enfermedad mientras que un no profesional va a partir de un modelo social de la discapacidad. Simplificando, se asume que un profesional de la salud mental se va a centrar excesivamente en 'problemas', 'síntomas', mientras que un no profesional se va a centrar más en 'soluciones', 'capacidades'. Y esto no ocurre así necesariamente. Son muchos los profesionales de salud mental formados desde un modelo salutogénico². Y al revés, son muchas las personas sin formación que por desconocimiento pueden ver su atención o sus valoraciones atraídas hacia lo 'problemático'.

Por último, el hecho de que contratar profesionales con formación en salud mental es más caro puede estar condicionando también este hecho.

3. El apoyo terapéutico en el seno de un proyecto de integración laboral

Obviamente la existencia o no de apoyo terapéutico va en línea con el anterior punto. Por lo general no existe un apoyo terapéutico formal, en sentido de sesiones de counselling regulares, 'tutorías' o psicoterapia.

En los servicios clasificados aquí como de Rehabilitación Laboral existe apoyo emocional³ a nivel informal y los profesionales que trabajan en estos centros son conscientes de las especiales necesidades de sus usuarios. Por lo tanto, no solo se procura adaptar el trabajo a estas necesidades sino que están abiertos a brindar apoyo emocional cuando sea necesario, y a recomendarles que contacten con los servicios de salud mental cuando las necesidades de sus usuarios sobrepasan sus conocimientos. De forma similar suele funcionar el apoyo emocional en la Empresas Sociales.

Una vez más la excepción son St. James House y Portugal Prints, que tienen establecido un sistema de sesiones semanales para cada usuario. Los conocimientos acerca de modificación de conducta y de otros modelos terapéuticos no son solo empleados en las sesiones individuales sino en la organización del trabajo en general.

En los servicios de Empleo con Apoyo el trabajo de orientación hacia el empleo se realiza generalmente a través de entrevistas individuales pero no son terapia en sentido estricto aunque se utilicen en las mismas algunas herramientas como la solución de problemas, el role-playing, o el entrenamiento en asertividad. En los servicios de Trabajo Protegido muy frecuentemente no ya la terapia, sino el apoyo emocional, es escaso.

¿Cuáles son las ventajas e inconvenientes de incluir el aspecto terapéutico en los servicios de integración laboral? En la Tabla 2 se recogen algunas.



4. *Cómo equilibrar cuidado y negocio*

En este tipo de proyectos, aunque sobre todo en el caso de las Empresas Sociales, existe un tema que para todos es difícil de resolver: cómo encontrar un adecuado equilibrio entre producción y rehabilitación. En este apartado se pretenden enumerar cuáles son las características de los servicios que fomentan rehabilitación y cuáles fomentan producción.

En el caso de los servicios que proporcionan la experiencia laboral in situ (todos menos los programas de Empleo con Apoyo y el programa de Empleo Transitorio del Clubhouse) la actividad diaria del centro, generalmente condicionada por su actividad económica/ comercial, tiene algunas características que facilitan el proceso de normalización e integración de los usuarios, su crecimiento personal o rehabilitación psicosocial, en otras palabras.

4.1. Características que fomentan rehabilitación.

Se entiende que las siguientes características de la actividad que se desarrolla en el centro tienen cualidades que fomentan el crecimiento personal de los usuarios implicados en realizarlas. Como se observará, algunas no pueden darse al mismo tiempo que otras pues dependen del modelo que se siga. En la Tabla 3 aparecen ejemplos prácticos de estas características y las ventajas que conllevan.

- Existencia de diferentes tareas en las que los usuarios pueden implicarse. Posibilidad de elección.
- Estructura lo más similar a un entorno laboral ordinario.
- La tarea implica relación con otros miembros de la comunidad sin problemas de salud mental.
- Es posible graduar las tareas en dificultad.
- Se anima a la participación de los usuarios, se atienden sus ideas e iniciativas, se refuerzan cada una de sus aportaciones. Se evalúan y utilizan las habilidades de cada usuario.
- La tarea tiene un significado, se realiza con un objetivo final, no se fabrica un producto que posteriormente no se usa o no se vende.
- La tarea depende en gran medida de recursos humanos (no de alta tecnología) para llevarla a cabo.
- Remuneración dentro del salario normal a sus trabajadores.
- La tarea provee experiencia en una tarea competitiva en el mercado.
- El centro proporciona oportunidad de obtener una formación con certificado oficial.
- Le centro proporciona un lugar donde recibir apoyo psicológico y ayuda en el aprendizaje de habilidades para afrontar síntomas de la enfermedad y otras dificultades.
- Existencia de otras actividades sociales o de otro tipo no directamente relacionadas con la actividad principal del centro.

4.2. Características que fomentan producción.

A continuación se enumeran algunas de las características que contribuyen a fomentar la producción:

- Se lleva cabo un *análisis de mercado* previo a la elección del sector de mercado en el que funcionará el centro. Así, se analizan los sectores de crecimiento a escala local y se llevan a cabo estudios acerca de la viabilidad de productos potenciales identificados.
- Se identifica un *hueco en el mercado*.
- *El producto es interesante para 'sensibilizados'* (la organización que acoge el proyecto, otras organizaciones del mundo de salud mental (profesionales, familias, usuarios), otras organizaciones del sector del voluntariado, de la universidad...). Por ejemplo, parte de los contratos de Wharf Enterprises son realizados con las autoridades de sanidad y servicios sociales de su localidad.
- Procedimientos de *control de calidad* del producto o servicio final. Por ejemplo, en Greenboro Ltd. hay un supervisor en cada equipo que va a un edificio a realizar el trabajo de limpieza para ese control de calidad.
- *El director proviene del mundo de la empresa* o del comercio relacionado con la actividad que desarrolla el centro. En casi todos los centros visitados que realizaban algún tipo de actividad comercial, incluso en aquellos con unos objetivos en cuanto ventas no tan altos como en las Empresas Sociales, el director del centro es una persona que proviene del mundo de la empresa, muy a menudo del campo específico. Por ejemplo, el director de Travel Matters tenía experiencia en gerencia de agencias de viaje o el Netherne Printing en el mundo de la imprenta. Entre las funciones del director suelen encontrarse las de: crear un plan de negocio, llevar a cabo la publicidad del negocio y la búsqueda de clientes, la contabilidad, la política de precios, el manejo de los recursos humanos (contrataciones, manejo de absentismos y otros), la coordinación con los profesionales que derivan a los usuarios.
- *Variación de clientes* que compran o utilizan los servicios que el centro o la empresa provee: no se depende en gran medida de un solo contrato. Aunque alguno de los proyectos comenzaron siendo altamente dependientes de un solo cliente, a veces su propia organización o las autoridades sanitarias, han intentado diversificar sus clientes.
- Las *fuentes de financiación* (subvenciones, ayudas y de otro tipo) al inicio son variadas y alguna de ellas a largo plazo.
- Existe un *plan de negocio*.
- Existe una *estrategia de publicidad* de los servicios. Una de las decisiones a tomar en esta área tiene que ver con revelar o no las características especiales de la empresa. En los servicios de Rehabilitación Laboral es frecuente que sí se busquen clientes revelando este particular. En aquellos con menos éxito

en el lado empresarial es frecuente el uso de este hecho para sensibilizar a los clientes que apuesten por contratar sus servicios. En el caso de las Empresas Sociales, es menos frecuente revelar su naturaleza social y sí el tratar de atraer clientes por la cualidad de los servicios ofrecidos y lo competitivo de los precios.

- Los *precios son competitivos*, no más bajos que en empresas 'normales'. En los centros de Trabajo Protegido es frecuente que ofrezcan precios por debajo del mercado para compensar el hecho de no poder cumplir con las exigencias que los clientes plantearían a otro tipo de empresa. En el resto la tendencia es a ofrecer precios competitivos, sobre todo cuantos más sistemas de control de calidad tienen funcionando.
- La *ubicación del centro* es adecuada para el desarrollo comercial de su actividad (no dentro de un complejo sanitario o no dentro de un sector industrial si es una tienda). Esto es un requisito difícil de cumplir por bastantes de los centros visitados. Portugal Prints, sin embargo, ocupa un local en pleno centro comercial y de negocios de Londres. En otros casos no es posible pagar el precio de un local céntrico y en otros, cuyos locales están en áreas industriales, su actividad ha evolucionado hacia actividades que no requieren tanto espacio o más orientada al comercio y ese tipo de local deja de ser el adecuado, como en el caso de Garth Road Enterprises.
- Los *empleados* tienen un grado de discapacidad ligero a moderado, que les permite alcanzar mayores niveles de productividad que si fuera severo. Por ejemplo, en Travel Matters los usuarios han de tener una serie de habilidades que les permita desarrollar las tareas más sencillas implicadas en una agencia de viajes. Por lo cual, usuarios con déficit cognitivos o dificultades de lectura, escritura o cálculo no pueden trabajar o realizar trabajo voluntario en Travel Matters. Y lo mismo si tienen dificultades con el transporte o el autocuidado.
- En el caso de las Empresas Sociales, la *plantilla está integrada* por personas con y sin discapacidad para equilibrar niveles de productividad entre los diferentes empleados. Así, las Empresas sociales han de tener en plantilla un 25% para ser denominadas así. Por otro lado, se suele considerar ideal no tener en plantilla más de un 50% de personas con discapacidad con el fin de asegurar ese equilibrio en la productividad pero también para no convertir la Empresa Social en un ghetto. Y muy frecuentemente se mezclan en ese 25% personas con distinto tipo de discapacidad (física, sensorial, psíquica, etc.).

Todas las Empresas Sociales coinciden en tener estos dos objetivos, el social y el económico, la rehabilitación y la producción. Sin embargo, pueden diferir en la importancia que otorgan a cada uno de ellos y en cuál antepone al otro.

Una de las opiniones más extendidas entre los directores de los centros visitados es que hay que alcanzar primero el objetivo económico para poder atender al social; que una empresa que no es viable económicamente no puede proporcionar empleo estable a las personas con discapacidad; y que una empresa con éxito, con un producto y servicio de calidad proporciona a sus empleados autoeficacia, sentimiento de utilidad y de ser parte en un proyecto digno.

En la Tabla 4 se pretenden describir algunas de las implicaciones prácticas de poner más énfasis en la producción frente a la rehabilitación y viceversa, entiéndase en los extremos de esta dimensión.

5. Objetivos a perseguir con los usuarios

Es variable el énfasis que cada centro pone en funcionar como un lugar de paso, que los usuarios utilizan para avanzar hacia otra alternativa más integrada en la comunidad. Como extremos podemos comentar que los servicios de Empleo con Apoyo se definen precisamente por eso, por ser un servicio para encontrar opciones de trabajo, voluntariado o formación en la comunidad. En el otro extremo están los centros de Trabajo Protegido, que tradicionalmente han funcionado sin la meta definida o los procedimientos instaurados dirigidos a que sus usuarios encuentren una alternativa fuera de su servicio, lo cual conlleva el riesgo de que funcionen más como centro de día indefinido.

Y en el medio, con gran variabilidad entre los diferentes centros visitados, los centros de Rehabilitación Laboral, las Empresas Sociales y los Clubhouses. Así, es frecuente que cuando un nuevo usuario o empleado llega al servicio se le explique que pretenden ser un escalón hacia otra alternativa más normalizada en la comunidad. Sin embargo, esta filosofía no está siempre detrás de las intervenciones. Y por tanto varían las acciones encaminadas a ese objetivo como el poner tiempo límite a los usuarios, coordinarse con servicios de Empleo con Apoyo, etc.

Los diferentes objetivos a perseguir pueden ser:

- *Incorporación al mercado de trabajo ordinario.* Este objetivo está detrás de la intervención con cada usuario en el caso de los servicios de Empleo con Apoyo. De hecho, en sus conciertos con las autoridades suelen marcar como meta que un tercio de los usuarios que les derivan lleguen a ese punto. Por regla general, es un objetivo realista en opinión de los profesionales que trabajan en estos centros y las memorias de resultados anuales reflejan que se alcanza este objetivo por regla general. En el resto de centros es muy variable el énfasis que ponen en funcionar como un lugar de paso hacia el empleo ordinario.
- *Incorporación a trabajo voluntario.* Exactamente igual que en el caso anterior, otro tercio de los usuarios derivados a un servicio de Empleo con Apoyo debe conseguir bien trabajo voluntario, bien acceso a formación o educación. Estas plazas de trabajo voluntario funcionan como un medio de adquirir hábitos bási-

- cos de trabajo y autoconfianza. En el caso de los programas de Empleo Transitorio de los Clubhouse tienen unas características peculiares descritas posteriormente.
- *Incorporación a alternativas de formación/ educación.* En los centros de Empleo con Apoyo ya se ha comentado que suele ser un objetivo común orientar hacia algún tipo de formación regular proporcionada en la comunidad. En los servicios de Rehabilitación Laboral también es frecuente el acceso a algún tipo de formación pero dentro del propio programa. Así, se ofrece con frecuencia la posibilidad de obtener certificados del tipo NVQ (National Vocational Qualifications), cuya peculiaridad es que certifican habilidades que el sujeto posee o en las que es entrenado de forma práctica y que son evaluadas mediante observación por un evaluador cualificado para ello en el marco de trabajo real. Por ejemplo, si el centro de Rehabilitación Laboral tiene como actividad económica un servicio de imprenta, los usuarios pueden conseguir el NVQ que certifica su competencia en las tareas implicadas en trabajar en una imprenta. En el caso de la Empresa Social Castle Project Print Finishers, aparte de sus empleados y de otros usuarios derivados para realizar trabajo voluntario, han desarrollado unos cursos de formación y reciben alumnos derivados por servicios sociales.
 - *Adquisición de habilidades básicas laborales e incremento de la confianza y autoestima.* Tanto en los centros de Rehabilitación Laboral como en los de Trabajo Protegido este es un objetivo principal, la adquisición de hábitos relacionados con la puntualidad, capacidad para admitir supervisión, hábitos básicos de higiene, la cooperación con los compañeros, etc. Y también el crecimiento personal en términos de autoestima, sentimiento de utilidad, reconocimiento de las propias competencias, etc. En los centros de Rehabilitación Laboral estas nuevas habilidades adquiridas son utilizadas para fomentar la adquisición de mayores responsabilidades o incluso para contactar con un servicio de Empleo con Apoyo y buscar alternativas más normalizadas de trabajos. Sin embargo, en el caso de los centros de Trabajo Protegido, es frecuente que los usuarios se queden estancados en un nivel de habilidades muy básico y no se pongan los medios para construir a partir de éstas.
 - *Adquisición de habilidades laborales competitivas en el mercado laboral ordinario.* Generalmente la actividad económica de los centros de Rehabilitación Laboral se elige más porque va a implicar tareas que lleven al objetivo anterior que por su capacidad para implicar a los usuarios en una tarea gracias a la cual encuentren trabajo más fácilmente en el mercado laboral ordinario. Por ejemplo, si su actividad es restauración de muebles con ello no pretenden que en un futuro los usuarios encuentren trabajo en ese campo, sino más bien que adquieran la confianza y los hábitos laborales básicos necesarios para poder plantearse su salida al mercado laboral en cualquier otro campo. Sin embargo, con frecuencia otras

tareas necesarias para que el centro funcione (recepción, administración, cantina, limpieza, cajera, atención al público) proporcionan la oportunidad de una experiencia laboral competitiva en el mercado laboral.

La Tabla 5 pretende reflejar algunas consecuencias prácticas de fijarse o no como objetivo último la incorporación al mercado laboral ordinario de un porcentaje importante de los usuarios en los proyectos que ofrecen experiencia laboral 'in situ'.

■ COMENTARIOS FINALES

Ya se comentaron en la primera parte algunos de las impresiones globales acerca de la situación en integración laboral en el área de Londres como: la multitud y diversidad de servicios existentes y las ventajas y desventajas de este aspecto; la importante información que añade el conocimiento sobre el terreno a la revisión de la literatura científica, a veces sesgada; y la necesidad de tener en cuenta la distinta situación social y económica a la hora de tratar de 'importar' modelos de otros países.

Lo expuesto es esta segunda parte pone de manifiesto algunos debates que aún están abiertos en un campo aún en pleno desarrollo, al menos en nuestro país. Por ejemplo, ¿cuánto input clínico debe haber en un dispositivo dirigido a la integración laboral?. ¿Debe haber profesionales con formación en salud mental allá donde haya pacientes trabajando por su integración laboral?. ¿El desempeño de una actividad laboral o seudo-laboral es en sí mismo rehabilitador o es necesario añadir rehabilitadores? Parece que, cuanto más input clínico, menos se parece nuestro dispositivo a un centro laboral normalizado y no podemos beneficiarnos de las ventajas que esto conlleva, como la generalización o la integración y desestigmatización. Pero también parece lógico pensar que los profesionales de la salud mental poseen una serie de habilidades que pueden contribuir a mejorar las posibilidades de integración laboral de estos pacientes en los dispositivos diseñados para ello. Probablemente no haya una respuesta única sino que ésta dependa de qué tipo de recursos estemos hablando. Así, quizá sea más útil que en una empresa social o centro especial de empleo el director no sea un profesional de la salud mental sino un empresario, pero en un centro de rehabilitación laboral o de pre-entrenamiento en habilidades laborales quizá sea más útil que parte de la plantilla sí tenga una formación específica en salud mental. Que este input clínico sea o no útil va a depender, en definitiva, de las necesidades de cada paciente, del escalón en su rehabilitación laboral en el que se encuentre y, al final, de los métodos o recursos que se consideren adecuados para dar respuesta a esas necesidades concretas.

Por ésto, porque cada paciente tiene unas necesidades, unos deseos y unas habilidades distintas, distintas metodologías y distintos recursos encuentran su sentido. Y, ¿plantearse distintos objetivos tiene también sentido o cualquier rehabilitación

laboral ha de tener como meta final un empleo ordinario?. Parece claro que el empleo ordinario es la meta más alta que un paciente puede marcarse en esta área pero ¿y los que no la alcanzan?, ¿no debería fomentarse la existencia de recursos intermedios, como los centros especiales de empleo u otras fórmulas de empleo protegido? Tener al final del camino el empleo ordinario no debería dejar en la cuneta a los que no llegan. ¿Acaso no disponemos de cada vez más recursos intermedios en otras áreas de rehabilitación? Por ejemplo, en el área residencial, desde la hospitalización indefinida hasta la vida independiente existen las mini-residencias, los pisos supervisados, la ayuda a domicilio, la convivencia con la familia, etc.

Otras preguntas pueden surgir a raíz del trabajo expuesto. Por ejemplo, en torno a cuál es la metodología más eficaz para alcanzar la rehabilitación laboral. No era el objetivo de este trabajo realizar una revisión acerca de este tema sino simplemente describir distintos recursos que, con distintos métodos, parecen estar consiguiendo resultados interesantes. Al margen de la revisión de los estudios en torno a este tema, que parecen decantarse por una mayor eficacia de metodologías centradas en el empleo con apoyo frente a las basadas en entrenamientos pre-laborales, la impresión que se tiene desde la observación directa es que, además del modelo o método general escogido, las diferencias entre recursos que se plantean los mismos métodos (diferencias en equipos y en «culturas» en esos recursos) son importantes y pueden llevar a resultados muy distintos.

Tabla 1: Relación de centros visitados

CENTRO	ORGANIZACIÓN	MODELO
Brest QEST	Richmond Fellowship	Empleo con apoyo
Cambridge QEST	Richmond Fellowship	Empleo con apoyo
Castle Project Print Finishers	Cooperativa independiente	Empresa social. Cooperativa.
Castle Projects Workshops	Richmond Fellowship	Rehabilitación laboral
Craft/ Material Matters	Surrey Oaklands NHS Trust	Trabajo protegido
Garth Road Enterprises	Richmond Fellowship	Trabajo protegido
Greenboro Ltd.	Reading Industrial Therapy Org.	Empresa social
Leatherhead Clubhouse	Mary Frances Trust	Modelo Clubhouse o Empleo Transitorio
Limited Editions	Richmond Fellowship	Rehabilitación laboral
Merton & Sutton QEST	Richmond Fellowship	Empleo con apoyo
Moxon Street Enterprises	Richmond Fellowship	Trabajo protegido
Netherne Printing	Surrey Oaklands NHS Trust	Empresa social
Pathfinder Employment Programme	South West London and St. Georges Mental Health NHS Trust	Empleo con apoyo
Peterborough QEST	Richmond Fellowship	Empleo con apoyo
Portugal Prints	Westminster Association for Mental Health. MIND	Rehabilitación laboral (modelo híbrido)
Southside Psychiatric Association	Org. sin ánimo de lucro independiente	Rehabilitación laboral
St. James House	Org. sin ánimo de lucro independiente	Rehabilitación laboral (modelo híbrido)
Street QEST	Richmond Fellowship	Empleo con apoyo
Travel Matters	Surrey Oaklands NHS Trust	Empresa social
Waltham Forest QEST	Richmond Fellowship	Empleo con apoyo
Wharf Enterprises	Richmond Fellowship	Rehabilitación laboral

Tabla 2. Ventajas y desventajas de incluir aspectos terapéuticos en un servicio de integración laboral

<i>Ventajas y desventajas de incluir aspectos terapéuticos en un servicio de integración laboral</i>	
<i>No incluirlos</i>	<i>Si incluirlos</i>
<i>Implica...</i>	<i>Implica...</i>
La plantilla es seleccionada por su experiencia en el sector comercial	La plantilla es seleccionada por su experiencia en salud mental
No se realiza evaluación de aspectos clínicos	Se incluye evaluación de aspectos clínicos
La relación es del tipo supervisor-empleado	La relación es doble, en ocasiones del tipo supervisor-empleado y con el profesional asignado del tipo terapeuta-cliente
No se establece apoyo psicológico mas allá de apoyo emocional	Se establece apoyo psicológico regular en forma de sesiones de terapia o counselling
Se asume que el trabajo y entorno es terapéutico en sí mismo insuficiente como instrumento terapéutico	Se parte de que para determinados usuarios solo el trabajo es
VENTAJAS	VENTAJAS
Entorno integrador y normalizador. El ambiente y las relaciones que se establecen son mas parecidas a las de un entorno laboral normal.	Se atiende a las necesidades especiales de los usuarios con el conocimiento y la experiencia adecuada.
Se espera que la plantilla se centre en los aspectos sanos y las capacidades del usuario	Se utilizan las habilidades de la plantilla para resolver situaciones difíciles (agresión, por ejemplo), para fomentar la autoestima, para motivar al cambio, para adaptar el entorno, para conducir grupos, para incrementar o modificar conductas etc.
Experiencia en fomentar el negocio y venderlo entre otros empresarios de la comunidad.	Experiencia en coordinación con otros profesionales implicados en la atención del usuario.
DESVENTAJAS	DESVENTAJAS
Riesgo de no atender por desconocimiento aspectos importantes de las dificultades del usuario, bien porque interfieran en su rendimiento bien porque sean un signo de recaída	Entorno en la esfera de los servicios de salud mental. No 100% desinstitucionalizador.
Riesgo de falta de fluidez en la coordinación adecuada con el resto de profesionales que atienden al usuario	Riesgo de centrar demasiado la atención en aspectos «no sanos» como sintomatología.

Tabla 3. Características de la tarea que realizan los usuarios en un proyecto de integración laboral que promueven rehabilitación

CARACTERÍSTICA	EJEMPLO	VENTAJA O RESULTADO
<i>Existencia de diferentes tareas en las que los usuarios pueden implicarse. Posibilidad de elección.</i>	En St. James House existe la oportunidad de participar en: labores administrativas, diseño gráfico de tarjetas o publicidad, elaboración de las tarjetas, enmarcación, restauración de muebles	Adaptación a las preferencias y capacidades de los usuarios. Oportunidad para evaluación de habilidades ante diferentes tareas. Oportunidad para aprendizaje de habilidades variadas.
<i>Estructura lo más similar a un entorno laboral ordinario</i>	Travel Matters es una agencia de viajes. Es una oficina donde la mayoría de las gestiones se hacen de forma telefónica pero también abierta al público. Los empleados y usuarios han de llegar puntualmente, avisar si no pueden ir, cuidar su apariencia, recibir instrucciones de un supervisor, atender al teléfono, etc.	Potencia el aprendizaje de hábitos básicos de trabajo.
<i>Implica relación con otros miembros de la comunidad sin problemas de salud mental</i>	En Castle Print Project Finishers parte de los empleados atienden al público en la tienda. En Greenboro Ltd. los empleados trabajan limpiando edificios de oficinas	Potencia habilidades de comunicación. Potencia integración y normalización.
<i>Es posible graduar las tareas en dificultad</i>	En Wharf Enterprises los usuarios pueden empezar doblando y ensobrando cartas y progresar hasta ser los encargados de vender directamente a los clientes espacio publicitario para el boletín local que editan, pasando por el manejo de la fotocopidora	Facilita un aprendizaje progresivo sin demasiada exigencia. Facilita la adaptación de los usuarios. Facilita la progresiva adquisición de responsabilidad
<i>Se anima a la participación de los usuarios, se atienden sus ideas e iniciativas, se refuerzan cada una de sus aportaciones. Se evalúan y utilizan las habilidades de cada usuario</i>	En Limited Editions todos los usuarios colaboran con sus propias ideas en el diseño de las tarjetas de navidad, en el diseño de los espejos artesanales y en la restauración de los muebles. Un usuario propuso crear una página Web y lo llevo a cabo. Otro con conocimientos de publicidad propuso encargarse de esa área y lo hizo	Fomento de la autoestima y la autoeficacia. Fomento de la creatividad. Fomento de las habilidades de solución de problemas y la iniciativa.
<i>La tarea tiene un significado, se realiza con un objetivo final, no se fabrica un producto que posteriormente no se usa o no se vende</i>	En Leatherhead Clubhouse los usuarios se implican en todas las tareas relacionadas con el funcionamiento del centro. Sin su trabajo el centro no funciona	Fomento del sentimiento de utilidad. Evita sentimiento de alienación.
<i>La tarea depende en gran medida de recursos humanos (no de alta tecnología) para llevarla a cabo</i>	Los servicios de limpieza y jardinería que ofrece Greenboro Ltd. necesitan de bastantes trabajadores para llevarlos a cabo	Oportunidad para mayor número de usuarios de ser empleados o beneficiarse de una experiencia laboral.

CARACTERÍSTICA	EJEMPLO	VENTAJA O RESULTADO
<i>Remuneración dentro del salario normal a sus trabajadores</i>	Todos los empleados de las Empresas Sociales cobran el salario mínimo dentro de su sector	Promueve normalización, inclusión en la comunidad, previene exclusión social. Fomenta sentimiento de valía, productividad y utilidad para la sociedad.
<i>Provee experiencia en una tarea competitiva en el mercado</i>	Son frecuentes los cursos de ofimática en algunos programas de Empleo con Apoyo. En Leatherhead Clubhouse es posible adquirir experiencia como recepcionista y en labores de administración	Incrementa probabilidad de encontrar trabajo en el mercado ordinario.
<i>Proporciona oportunidad de obtener una formación con certificado oficial</i>	Algunos usuarios de Garth Road Enterprises han obtenido un certificado por sus competencias en catering debido a que su supervisor estaba cualificado como evaluador para los NVQ	Incrementa probabilidad de encontrar trabajo en el mercado ordinario.
<i>Proporciona un lugar donde recibir apoyo psicológico y ayuda en el aprendizaje de habilidades para afrontar síntomas de la enfermedad y otras dificultades</i>	En Portugal Prints los usuarios tienen una sesión semanal con uno de los profesionales del centro donde puede recibir este tipo de asistencia terapéutica	Afrontamiento más adecuado de las complicaciones derivadas de sus problemas de salud mental y otras dificultades de la vida diaria
<i>Existencia de otras actividades sociales o de otro tipo no directamente relacionadas con la actividad principal del centro</i>	En Wharf Enterprises se organizan salidas y excursiones y otras actividades sociales. En algunos QUEST existe un club de trabajo, un espacio y un tiempo donde los usuarios pueden reunirse y darse mutuo apoyo en la búsqueda de empleo	Fomenta la sensación de pertenencia e identidad con el proyecto. Fomenta relaciones interpersonales.

Tabla 4. Consecuencias prácticas de poner énfasis en que el negocio sea un éxito o en que el proyecto sea rehabilitador

<i>Énfasis en la producción</i>	<i>Énfasis en la rehabilitación</i>
Actividad económica elegida en función de análisis de mercado, de existencia de clientes en la comunidad para el servicio o producto	Actividad económica elegida por reunir características que potencien su capacidad de potenciar rehabilitación psicosocial
La plantilla seleccionada por su conocimiento del mundo comercial y empresarial o de la actividad a llevar a cabo	La plantilla seleccionada por su conocimiento de la población con problemas de salud mental y sus habilidades para fomentar cambio y desarrollo en los usuarios
Se prioriza la inclusión de los usuarios más competentes y productivos, con mejor nivel de funcionamiento	Más amplio el espectro de necesidades de apoyo de los usuarios que pueden ser incluidos
Posible riesgo de presión, estrés y sobrecarga laboral debida a objetivos de rendimiento económico que el proyecto debe cumplir	Se prioriza que cada usuario trabaje a su propio ritmo y progrese según su capacidad
Cuando uno de los usuarios / empleados está preparado para dar el paso hacia el empleo ordinario resulta difícil para el proyecto animarle pues supone la pérdida de un trabajador productivo	Se tiene como objetivo último que todo aquel usuario preparado para dejar el proyecto por una opción más normalizada reciba el apoyo necesario
Menor tolerancia al absentismo, a otras conductas disruptivas o peor rendimiento	Mayor tolerancia a absentismo, conductas disruptivas y mal rendimiento. Más habilidades de la plantilla para modificarlas.
Más parecido a un entorno de trabajo completamente normalizado. Mas integrador e insertado en la comunidad.	Entorno de trabajo menos «real», mas cerca de la esfera de los servicios de salud mental y menos del mundo normal de la empresa.

Tabla 5. Consecuencias prácticas de fijarse o no como objetivo ultimo la incorporación al mercado laboral ordinario de un porcentaje importante de los usuarios en los proyectos que ofrecen experiencia laboral 'in situ'.

OBJETIVO: INCORPORACION AL MERCADO LABORAL ORDINARIO	
SÍ	NO
Un mayor número de usuarios deja el proyecto por otra opción más normalizada fuera. Vocación de dar servicio a un mayor numero de usuarios, mas 'altas' del centro, mayor rotación.	Menor número de usuarios dejará el centro. Se da servicio a un menor número de usuarios. Menor rotación de usuarios. Los mismos usuarios / empleados permanecen en el centro indefinidamente.
Menor lista de espera	Mayor lista de espera
Se trabaja con la idea de ser un lugar donde aprender unas habilidades para salir posteriormente al trabajo normalizado. Se pone un tiempo máximo de estancia de los usuarios en el centro o bien se trata de crear una cultura de temporalidad de su plaza y énfasis en la progresión.	El hecho de proporcionar un lugar de trabajo a los usuarios es un fin en sí mismo suficiente. Los usuarios pueden estar indefinidamente en el centro.
Se crean programas que faciliten el paso del centro a un trabajo ordinario (implica plantilla y recursos especializados) o bien se establecen fluida coordinación con recursos de Empleo con Apoyo	No se crean programas dirigidos a ese fin. Menos recursos necesarios.
La actividad de la empresa se elige procurando que cumpla el criterio de dotar a los usuarios tanto de hábitos laborales básicos como de una experiencia en una tarea competitiva en el mercado. Se parte de la capacidad de los usuarios de mejorar su productividad con el apoyo adecuado. No se adapta la tarea a los usuarios sino que se apoya a los usuarios para que mejoren su capacidad para afrontarla.	La actividad de la empresa no se elige necesariamente en función de su capacidad para fomentar la progresión de los usuarios. Se suele elegir en función de criterios económicos de viabilidad o en función de que los usuarios sean capaces de llevar a cabo la tarea 'a pesar' de sus déficit.
Se fomenta la progresión y el aprendizaje Va dirigido a usuarios que en ese momento encuentran muy difícil acceder al mercado ordinario, que son capaces de realizar un trabajo productivo en un entorno protegido pero que con el debido apoyo podrían estar preparados a medio/ largo plazo.	Posible riesgo de estancamiento de los usuarios Va dirigido a usuarios que en ese momento encuentran muy difícil acceder al mercado ordinario, que son capaces de realizar un trabajo productivo en un entorno protegido pero que por las características de sus dificultades tienen pocas probabilidades de integrarse en el mercado ordinario aun con el apoyo adecuado.
Pocos centros son suficientes para trabajar con un número relativamente alto de usuarios hacia su integración laboral	Para atender a la integración laboral de mayor número de usuarios es necesario mayor número de centros

■ NOTAS

1. Brevemente, la principal diferencia entre el modelo de enfermedad y el modelo de discapacidad se sitúa en que el primero considera dos estados posibles en los usuarios: «enfermo» o «recuperado» y esto conlleva que se considere que si la persona está preparada para trabajar está «sana», «recuperada» y se le trata como un ser autónomo que no necesita más apoyo que otra persona. Sin embargo, desde el modelo de la discapacidad se entiende que las personas con problemas de salud mental tienen continuas dificultades o vulnerabilidad que interactúa con el entorno y para cuyo ajuste necesitan apoyo. (Secker J. Y Membrey H. *The Support And Workplace Adjustments Required For The Success Of Open Employment For Mental Health Service Users*. Institute for Applied Health and Social Policy. King's College London.)
2. En términos de Antonovsky, se trata de fijar la atención en aquellas variables que hacen que un sujeto se mantenga sano en vez de estudiar los factores de riesgo que llevan a la enfermedad. Antonovsky, A. (1991). *The Structural Sources of Salutogenic Strengths*. *Personality and Stress: Individual Differences in the Stress Process*. C.L. Cooper y R. Payne (Eds.). John Wiley and Sons Ltd.
3. Por «apoyo emocional» entiéndase la siguiente definición de 'soporte emocional': «proveer al paciente de un espacio y un tiempo donde tenga la oportunidad de expresar sus emociones y sus preocupaciones en un contexto en el que se sienta escuchado y entendido» (Arranz, M.P. y Bayés (1998). Apoyo psicológico. En González Barón (dir.) *Oncología Clínica*. Mc Graw-Hill). Se considera que el counselling requiere de unas habilidades específicas no necesarias para dar apoyo emocional y que la psicoterapia implica un grado mayor de entrenamiento y especialización que el counselling.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Grove, B.; Freudenberg, M.; Harding, A. & O'Flynn, D. *The Social Firm Handbook*. Pavilion Publishing (Brighton) Limited, 1997.
2. Portugal Prints: Rehabilitation Workshop. «The Hybrid Model». Documento no publicado.
3. Perkins, R., Buckfield, R., y Choi, D.. Access to employment: A supported employment project to enable mental health service users to obtain jobs within mental health services, *Journal of Mental Health*, 1997, 6, (3), pp. 307-318.
4. Beard, J.H.; Propst, R.N. & Malamud, T.J. The Fountain House model of psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1982, 5, 1, 47-53.

María Alonso Suárez

Psicóloga clínica. Actualmente becaria del FIS en el SSM de Fuencarral en Madrid. Como parte de su formación PIR realizó una rotación externa en 2002 en El área de Londres de la que es fruto este trabajo.

Correspondencia:

SSM Fuencarral.

C/. Cándido Mateos, 11. 28035 Madrid

e-mail: mariaasuarez@yahoo.es

Annette Hamilton

Directora adjunta de Richmond Fellowship Employment & Training. Londres.

Ana-M^a Jiménez Pascual

DISPOSITIVOS DE INTERNAMIENTO TERAPÉUTICO PARA PATOLOGÍA MENTAL GRAVE DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

THERAPEUTICAL INTERNMENT DEVICES FOR SERIOUS MENTAL PATHOLOGIE
IN CHILDREN AND TEENAGERS

■ RESUMEN

La existencia de problemas y descompensaciones de conducta graves en niños y adolescentes debido a trastornos mentales, plantea la necesidad de dispositivos de internamiento sanitarios y socio-educativos- sanitarios, con la participación conjunta y la integración funcional de las tres instituciones implicadas.

El grupo de trabajo tras dos años de reuniones ha elaborado el siguiente documento donde se describen estos diferentes dispositivos de internamiento, pero partiendo previamente de la necesidad de la existencia de una clara y suficiente red asistencial de salud mental infanto juvenil, dando además una especial importancia a las políticas preventivas y de detección precoz.

Palabras claves: Trastornos de conducta en niños y adolescentes, dispositivos de internamiento sanitario, Unidad de hospitalización breve para niños y adolescentes, Unidades de media y larga estancia, Centros de reeducación psicosocial para niños y adolescentes.

■ ABSTRACT

The presence of serious behaviour disorders in children and teenagers due to mental illness raises the need for health and socio-educational-health devices, with joint participation and functional integration of the three implied areas.

The working party has developed over two years the following report where these several internment devices are described, with a previous statement of the need for a sufficient assistance network for children and teenagers, and paying a special attention to the preventive and early detection politics.

Keywords: Behaviour disorders in children and teenagers, health internment devices, short hospitalization units, units for medium and long stay, psychosocial re-education

■ INTRODUCCIÓN

Hace cuatro años se creó un grupo de trabajo formado por profesionales pertenecientes a dispositivos específicos para un abordaje clínico de la patología mental grave en niños y adolescentes, convocado y organizado por la Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil de la A.E.N., que elaboró un documento sobre «Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes», publicado en la revista de la AEN (1).

En ese trabajo se planteaba la necesidad de realizar una detección y abordaje precoz y específico de esta patología; fruto de ello fue la formación de otro grupo de trabajo que elaboró «Detección y Atención precoz de la patología mental en la primera infancia» (también publicado en la revista de la AEN (2)).

Así mismo se partía de la necesidad de ver y formular otros centros para patología mental grave, fundamentalmente con problemática conductual importante, donde los dispositivos ambulatorios y de hospital de día eran insuficientes para su abordaje. El actual grupo de trabajo surge ante la necesidad de definir estos últimos centros de forma integrada.

La existencia de problemáticas conductuales graves de base psicopatológica en menores, que no pueden ser atendidas en los dispositivos clínicos habituales (como los equipos ambulatorios, unidades de crisis u hospital de día psiquiátrico), unido a que ni las familias ni los tutores o acogedores de estos chicos (en caso de menores en protección) las pueden afrontar, obliga a establecer dispositivos de internamiento de corta, media y larga estancia para su atención.

Como ya se ha apuntado en otras ocasiones (3), el retraso histórico en el desarrollo de la psiquiatría, psicología y otras profesiones relacionadas con los dispositivos de Salud Mental del niño y del adolescente, marca el retraso en la aparición de dispositivos específicos desde la clínica para el abordaje de la patología mental grave en estas edades, donde los trastornos de conducta de diferente etiología adquieren un lugar especial.

El hecho de que la escolaridad sea, desde hace tiempo, obligatoria hasta una edad determinada, ha impulsado en ocasiones el desarrollo de soluciones para estas problemáticas desde el campo educativo, centrando sus intervenciones a nivel pedagógico y rehabilitador. Desde Bienestar Social, y frente a los serios trastornos de conducta que surgen en púberes y adolescentes en régimen de protección por estar en situación de riesgo y desamparo, se comienzan a crear dispositivos de internamiento, en muchos casos con una orientación también claramente terapéutica. Pero, en ninguna de las dos vías hay una política de coordinación con las otras instituciones implicadas, salvo en contadas ocasiones donde hay una participación conjunta de Educación, Bienestar Social y Salud Mental.

Todo ello nos lleva a plantear la necesidad de *dispositivos de internamiento sanitarios y socio-educativos – sanitarios*, con la participación conjunta y la integración funcional de las tres instituciones.

■ CONSIDERACIONES GENERALES

Son variadas las situaciones y las psicopatologías que conducen a trastornos graves de la conducta y deben especificarse las características diferenciales de cada cual, ya que se requieren distintos dispositivos para su abordaje terapéutico; así hay desde cuadros claramente psicopáticos graves con necesidad de un centro cerrado de media o larga estancia, a trastornos graves de conducta de origen psicótico cuyo abordaje institucional ha de ser diferente.

Si bien en la actualidad nos encontramos con jóvenes que necesitan este tipo de recursos y que ya tienen una situación cronificada a pesar de la edad, hemos de ser conscientes de que la solución idónea pasa por tener una actuación preventiva, tanto en el sentido de promoción de la salud, como en la detección y atención precoz de los problemas mentales, así como de las situaciones de riesgo psicosocial en la infancia. En este sentido, es necesario tener una actitud autocrítica de los profesionales que trabajamos con el niño y el adolescente, pero, sobre todo, de las autoridades competentes, ya que la falta de recursos, de profesionales y de una red asistencial de Salud Mental específica de niños y adolescentes, coordinada con otros dispositivos de atención a la infancia como Bienestar Social y Educación, con programas unificados para situaciones de riesgo, es en muchos casos la responsable de la situación de cronicidad.

Los trastornos generalizados del desarrollo (el autismo y otras psicosis infantiles), los cuadros de psicosis y esquizofrenia de aparición en la pubertad o adolescencia, así como las disarmonías evolutivas graves (catalogadas como diversos trastornos o retrasos en el desarrollo psicomotor, trastornos de conducta, hiperquinesia ...) conducen en casos de descompensación a alteraciones de conducta graves que requieren una intervención terapéutica, que además de otras medidas, posibiliten la contención en institución cerrada. En el origen de muchas de estas descompensaciones-cronificaciones, están situaciones de interrelación familiar muy difíciles o alteradas, así como dificultades de integración social y conflictos en el medio escolar. Toda actuación parcial que no tenga en cuenta para el abordaje de estas patologías los aspectos emocionales (incluidas las interacciones en el medio familiar), cognitivos y sociales, está contribuyendo a la cronificación de estas patologías, y en muchos casos a su descompensación.

Por otra parte, dentro de los factores de riesgo para una organización psicopática de la personalidad están muy implicados cualquier forma de violencia, maltrato, crueldad, manipulación, explotación o abuso sexual que sufra el menor, factores señalados en la Ley Orgánica 1/ 1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del menor de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (4) que obliga a comenzar una actuación preventiva.

La situación de acogimiento o adopción de un menor suele suponer un riesgo psíquico importante en muchos bebés que han sufrido previamente situaciones de

pérdida o de carencia afectiva, por lo que se debe estar muy pendiente de los posibles signos de evolución psicopatológica, en concreto hacia los Trastornos Disociales, si hay una discontinuidad en los cuidados durante los primeros años de vida.

Por todo ello es muy importante tener una política preventiva. En este sentido (2) comienza a aparecer un interés creciente y una necesidad en la detección e intervención precoz de trastornos mentales en edades tempranas, muchos de ellos con características graves como la psicosis, con tendencia a la cronicidad, y que por la precocidad del trastorno abocan a estados deficitarios que están también, insistimos, relacionados con patologías psiquiátricas de constatación posterior, como son los trastornos de la personalidad de características psicopáticas o los trastornos Borderline, cuya clínica en niños y adolescentes puede ser muy abigarrada, y que conlleva por lo general serios problemas de conducta .

Otro periodo de importante vulnerabilidad es la pubertad y la adolescencia, periodos en los que, por las características de la crisis evolutiva, debutan o se agravan las conductas alteradas, por la tendencia al *acting out*, forma de negar o afrontar la crisis de identidad y los intensos sentimientos de fragilidad narcisista y en muchos casos depresivos que se tienen, no obedeciendo siempre a un cuadro psicopatológico bien definido.

Es en estos periodos evolutivos donde mayor conflicto hay en relación con los trastornos de conducta, por lo que es importante enmarcarlos dentro de categorías diagnósticas más amplias (valorando si obedecen a una patología de base más psicótica, neurótica o disocial, o por el contrario están dentro de las manifestaciones de la crisis de esta edad), pues las alternativas terapéuticas han de ser distintas, sopena, de nuevo, de agravarlas y cronificarlas.

Ya hemos insistido en la necesidad de una actitud preventiva en la primera infancia, pero también nos parece necesario poder desarrollar trabajos en este sentido en ese otro periodo de la vida de gran dificultad.

Por todo ello, y dentro de las consideraciones generales, quisiéramos remarcar la necesidad de unas bases previas que nos permitan trabajar en otras condiciones:

A. *Una red asistencial de salud mental infanto juvenil clara y suficiente que incluya:*

1. *Equipo básico ambulatorio*, que además de atender la demanda asistencial, pueda realizar actuaciones preventivas y de formación e investigación, dentro de un marco comunitario y en coordinación con los otros dispositivos que atienden a la infancia y adolescencia.
2. *Dispositivos intermedios o de hospitalización parcial (Hospital de día)*. (1) Hospitales de Día, Centros terapéuticos de Día, otros dispositivos de tratamiento intensivo.
3. *Dispositivos de internamiento terapéutico y residenciales*

Todas estas propuestas se definirán en el siguiente apartado de este documento.

B. Desarrollo de programas de coordinación para la patología mental severa en niños y adolescentes, con la participación de Salud Mental, Educación y Bienestar Social. En el protocolo para la Detección e intervención precoz de la patología mental en la primera infancia (2) se plantea una serie de puntos para mejorar su eficacia que nos parece esencial retomar aquí:

- Compaginar dicho protocolo con otros ya existentes: «detección de alto riesgo psicosocial en el neonato», «detección precoz del niño sordo y del niño ciego»; y con los «programas de preparación al parto», «programa del niño sano».....
- Crear circuitos claros en cada área sanitaria que favorezcan las exploraciones a realizar (neuropediátricas, psíquicas, psicopedagógicas y sociales) para poder llegar a un diagnóstico lo más adecuado posible, garantizando que todo niño detectado con una posible patología mental severa, tenga este estudio diagnóstico realizado, pero asegurando que el mismo se haga sin que interfiera en la intervención precoz específica y siempre en una actuación coordinada de los diferentes especialistas.
- Formación de comisiones técnicas interprofesionales en cada zona sanitaria, con reuniones periódicas donde se debata sobre cada caso, unificando y coordinando actuaciones tanto psicoterapéuticas, como sociales, escolares y otras.

Estas comisiones técnicas han de ampliarse para los casos que nos ocupan, y en todas las edades desde el nacimiento hasta los 18 años. Es necesario que, además de las interconsultas realizadas entre los diferentes profesionales, haya un representante de cada institución en cada área sanitaria que forme esta comisión técnica y que asesore y plantee además las posibles medidas generales que habría que tomar.

- Formación continuada en estos aspectos para los distintos profesionales que atienden al niño en esta primera etapa.
- Realizar un registro especial de estos niños, que pueda valer para estudios futuros.

A estos puntos esenciales quisiéramos añadir:

- Desarrollo de programas coordinados de prevención especialmente en casos de riesgo psicosocial.
- Coordinación con los dispositivos de Justicia para la búsqueda de soluciones conjuntas en caso de niños y adolescentes con conflictos judiciales.

■ LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS DE INTERNAMIENTO TERAPÉUTICOS

Como ya se ha expuesto anteriormente, existen diferentes problemáticas psíquicas en niños y adolescentes que requieren en principio un internamiento en dispositivos distintos y específicos, y que está regulado por la Ley de Protección Jurídica del Menor y la Ley de Enjuiciamiento Civil de 2000 (El artículo 763 de la Ley 1/2000: Internamiento no voluntario por trastorno psíquico. «El internamiento de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial». Este artículo de la L.E.C. modifica al 211 del Código Civil). (5)(6)

Los diferentes dispositivos de Internamiento Terapéutico propuestos son:

A) Dispositivos Sanitarios

1. Unidad de Hospitalización Breve
2. Unidades de Media y Larga estancia (comunidades terapéuticas)

B) Dispositivos Socio-educativos-sanitarios

1. Centros de Reeducción Psicosocial
2. Centros para jóvenes con medidas judiciales y patología mental grave
3. Centros de Educación Especial para niños y adolescentes con trastorno mental severo

Por internamiento entendemos desde ingresos y/o estancias más o menos prolongadas, ya sea en servicios sanitarios, como en dispositivos del ámbito de Servicios Sociales y Educativos, hasta la ubicación del menor en residencias o internados fuera del ámbito familiar por razones terapéuticas.

Al tratarse de menores con trastornos psicopatológicos, es importante que todo dispositivo clínico y socio sanitario, salvo los de muy corta estancia (como unidades de agudos) partan de:

- Coordinación e integración funcional de salud mental y educación, donde se garantice, tanto los aspectos terapéuticos como educativos.
- Especialmente para los casos de protección o conflicto social, integración funcional de las tres áreas de Bienestar Social, Educación y Salud Mental.
- Según el dispositivo, la dependencia administrativa puede ser conjunta entre las distintas administraciones implicadas o bien que una de ellas asuma enteramente esta administración, pero en todos los casos con un funcionamiento conjunto: en instituciones creadas por Servicios Sociales o Educación es necesario incorporar, junto al equipo educativo y rehabilitador, un equipo institucional con personal sanitario-terapéutico (psiquiatra infantil, psicólogo clínico, personal de enfermería); en las de origen sanitario, junto al equipo clínico habría que añadir personal educativo, pedagógico y de trabajo social.
- Creación por parte de las instituciones implicadas (Sanidad, Servicios Sociales, Educación y Sistema Judicial) de un instrumento de coordinación inter-adminis-

trativo. Este instrumento de coordinación deberá establecer de manera específica y clara las diferentes *competencias* administrativas de los distintos dispositivos que se contemplan en este documento u otros que fuera necesario crear. Así como las cuotas de *financiación* que deberán aportar cada una de dichas administraciones (Sanidad, Servicios Sociales, Justicia).

En todos los casos, parece necesario tener *el marco común terapéutico institucional*, destacando:

- La utilización de la institución como instrumento terapéutico, a partir de la escucha y comprensión de la dinámica emocional de cada niño o adolescente, así como de la comprensión de la dinámica grupal y la del funcionamiento del propio equipo terapéutico, marcada y, en muchos casos, determinada por las psicopatologías de los chicos.
- Las reuniones de síntesis semanal por parte del equipo terapéutico, son la base fundamental de dicho planteamiento.
- Las actividades de los niños o adolescentes cuando su internamiento es prolongado, además de las pedagógicas y de las psicoterapias necesarias, han de posibilitar la participación en la vida cotidiana de la institución, dependiendo de la edad (mantenimiento, preparación de comidas...), evitando en la medida de lo posible situaciones de regresión y dependencia, y favoreciendo la vida en común; también habría que realizar actividades de ocio que posibiliten (siempre que no haya medidas judiciales especiales o situaciones de riesgo conductual) la participación en actividades dentro de la comunidad con los chicos de su edad, impulsando la integración social.

Este marco terapéutico de especial importancia en los dispositivos clínicos, también ha de ser contemplado en los que tienen un carácter más rehabilitador y psicoeducativo, no pudiendo olvidar nunca la dimensión emocional y relacional que existe en toda problemática conductual.

A- DISPOSITIVOS SANITARIOS

1. Unidad de Hospitalización breve (UHB)

Se estipula que aproximadamente entre un 15 y un 22% de niños y adolescentes presenta un trastorno mental diagnosticable, necesitando ingreso psiquiátrico entre un 1-2% de entre los que presentan dicho trastorno (6).

Se considera necesario para una población de 250.000 menores de 18 años, 2-4 camas para niños, 4-6 camas para adolescente, aunque no hay cálculos estándar del número de camas necesarias, entre otras razones porque ese número varía mucho de población en población, dependiendo de variables como la estructura familiar (y su capacidad de contención) y sobre todo de la existencia de otros recursos de hospita-

lización parcial o contención extrahospitalaria. Así, es necesario hacer unas estimaciones aproximadas de necesidades, y posteriormente, en la medida en que funcionen las unidades, hacer balance y auditoría de las necesidades cubiertas y de las carencias.

Dadas las características de la población y de cada Comunidad Autónoma, las UHB podrán ser de referencia para una o más áreas sanitarias, pero pertenecientes siempre de la red de Salud Mental para Niños y Adolescentes.

Debido a este carácter regional, *en ciertas patologías psiquiátricas de estas edades* y de acuerdo a sus características, *el ingreso se realizará preferentemente en los Servicios de Pediatría o de otras Especialidades Médicas (como medicina interna) del Hospital General de Referencia*, como puede ser el caso de niños con insomnio severo, carencias afectivas graves, ciertos trastornos de la conducta alimentaria, patologías psicósomáticas..., pudiendo intervenir el equipo de interconsulta de psiquiatría y psicología clínica de niños y adolescentes si los hubiera, o el equipo de Salud Mental Infante Juvenil del Área correspondiente. Para otras patologías (psicosis, trastornos de la personalidad con gran agresividad), la ubicación preferente será integrada (aunque separada) en los servicios de psiquiatría de adultos. La ubicación de la UHB en psiquiatría, fuera de un servicio de pediatría estándar, permite el desarrollo de dinámicas grupales e intervenciones consecuentes, lo que en un servicio pediátrico hospitalario no se puede dar de la misma manera.

Especial importancia adquieren actualmente la puesta en marcha de «*Unidades Canguro*», para la hospitalización y atención conjunta de la madre y el bebé, en aquellos casos donde se detecta una alteración en las interacciones precocísimas (perinatales) en la diada, derivados por lo general desde el embarazo (como por ejemplo en las psicosis puerperales).

- Definición

Las Unidades de Hospitalización breve para niños y adolescentes son recursos terapéuticos hospitalarios, en régimen de internamiento total, para aquellos niños de entre 6 y 11 años de edad, y adolescentes entre 12 y 17 años, cuya patología psiquiátrica ha sufrido una crisis lo suficientemente grave y perturbadora como para requerir tratamiento intensivo de esta índole.

La finalidad del ingreso es la intervención en la crisis aguda y en los factores que la han precipitado, trabajando tanto con el niño/ adolescente como con su familia, a través de un conjunto de intervenciones médicas y psicológicas integradas y coordinadas (y no solo la mera contención), preparando el tratamiento ambulatorio posterior.

La intervención terapéutica ha de utilizar coordinadamente la farmacología, los tratamientos psicoterapéuticos y la contención institucional, entre otros, en un tiempo limitado, posibilitando cierta reestructuración del cuadro clínico, lo que será favorecido por la ruptura transitoria de su medio habitual que supone el ingreso.

Así mismo, el ingreso en ocasiones tiene una finalidad fundamentalmente diagnóstica, permitiendo una observación diaria y la realización de las exploraciones psíquicas y orgánicas que se crean necesarias.

- Indicaciones

Todo niño o adolescente que presente un trastorno mental (clasificado según la CIE10, DSMIV o la Clasificación francesa de trastornos mentales de niños y adolescentes) en situación de crisis aguda, y que es susceptible de mejorar mediante tratamiento intensivo de corta duración.

- Trastornos psicóticos y Trastornos Generalizados del Desarrollo.
- Trastornos afectivos mayores.
- Descompensaciones de trastornos graves de la personalidad
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Otros trastornos del Eje I (DSMIV) descompensados
- Riesgo de auto y/o heteroagresividad.
- Para observación y valoración en casos descompensados.

- Contraindicaciones

Las siguientes patologías en sí no pueden ser motivo de ingreso, salvo en episodios agudos de agitación o descompensación psicótica (teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos hay que buscar otro tipo de soluciones, y que otras instituciones tienen también responsabilidad al respecto):

- Trastorno Disocial.
- Dependencia a drogas como primer diagnóstico.
- Deficiencias mentales.

- Vías de acceso al dispositivo

El niño o adolescente será derivado a la Unidad de Hospitalización Breve desde la *Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil* correspondiente, cuyo ingreso debe ser programado.

Aquellos casos donde la contención ambulatoria sea imposible y se necesite un ingreso urgente, la valoración la realizará así mismo, si es posible, la *Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil* correspondiente o el servicio de urgencias psiquiátricas del Hospital del Área sanitaria que corresponda, conectando telefónicamente con las urgencias del dispositivo hospitalario donde está ubicada la Unidad, para ver la posibilidad de ingreso inmediato,

- Características de funcionamiento

Puede funcionar en régimen semiabierto, con acompañamiento de un familiar, en aquellos casos donde no hay un estado de agitación o riesgo agresión y/o autoagresión.

Para los casos que sí presenten estados de agitación, de graves trastornos de conducta o de riesgo de intento de autolisis, es necesaria la hospitalización en régimen cerrado, así como para otras situaciones, como la separación de la familia, para evaluar y poder intervenir terapéuticamente, y siempre en función del criterio clínico.

La estancia por lo general es inferior a un mes, siendo uno de los objetivos generales la reintegración lo antes posible del niño/ adolescente a su medio familiar.

La UHB al estar ubicada dentro del hospital general, es el dispositivo que puede detectar en primer lugar la patología mental en niños y adolescentes en el medio hospitalario (en el caso de que no esté allí ubicada también la U.S.M.I.J), así como intervenir en los aspectos psíquicos de ciertas patologías orgánicas crónicas y/o graves.

Es imprescindible, en el momento del alta hospitalaria, la coordinación con el responsable del caso en el Área o en el equipo de salud mental Infanto Juvenil.

Recursos materiales y humanos

Se estima genéricamente que para una Unidad de 20 camas el equipo multidisciplinar sería:

- 3-4 Psiquiatras con formación infanto juvenil.
- 2 Psicólogos Clínicos
- DUE Psiquiátrico, tres en turno de mañana, dos en turno de tarde y uno en turno de noche (disminuyendo uno en el turno de mañanas, los sábados y domingos)
- 1 Trabajador Social.
- 1 Terapeuta ocupacional.
- Dos profesores de Pedagogía Terapéutica del aula hospitalaria, concertados con educación.
- Auxiliares de clínica con formación en salud mental (3 en turno de mañana y tarde, disminuyendo uno en sábados y domingo, y 2 en turno de noche).
- 1 Celador o personal similar con formación en contención (y con esta función claramente especificada).
- 1 Administrativo.

Además de la existencia de espacios de ocio, de relación..., es necesario disponer de espacios apropiados para estados o crisis de agitación.

2. Centros o Comunidades terapéuticas de media y larga estancia

En determinados casos la patología psiquiátrica tiende a la instauración más definitiva, siendo el trastorno de conducta el síntoma más relevante, de tal modo que sin una contención clara no se puede aplicar ningún tipo de terapia ya que el comportamiento está tan perturbado que es imposible que el niño o adolescente continúe en el medio familiar y/o escolar.

Las Unidades o Centros Terapéuticos de media y larga estancia han de acoger a estos niños y adolescentes con esta problemática, *sin distinguir si están en situación de tutela o con indicación judicial de «internamiento terapéutico»*, no debiendo estos estar en centros separados o específicos. En el caso de que la medida judicial no sea la de internamiento terapéutico, el menor ingresará en los centros de reeducación psicosocial explicados más adelante.

El internamiento en estos dispositivos no puede tener como objetivo único la contención, sino que tiene que ser un medio que favorezca la intervención terapéutica, basada, entre otras cosas, en la relación con una figura significativa y con el grupo, y no en medidas coercitivas.

Entendemos por *estancia media* hasta un máximo de 6 meses, considerándose la *larga estancia* a partir de este tiempo y debiéndose elegir el dispositivo en función de la fase evolutiva en la que se encuentra la patología del chico (estando mas o menos cronicada y por tanto con mayor o menor dificultad de movilizar), así como de la disponibilidad familiar y social para contener y apoyarlo; de todas formas siempre será obligatorio una revisión y evaluación de la situación de cada niño o adolescente cada 6 meses.

Estos Centros serán de régimen semi-abierto. Cuando sea necesaria una estancia en espacio cerrado, se hará integrada en el funcionamiento general, no debiendo ser un modulo independiente, salvo en el primer periodo de ingreso, en aquellos casos que así lo requieran.

La dependencia administrativa debería ser fundamentalmente Sanitaria (compartida con Educación y Bienestar Social), pero la base del funcionamiento ha de ser eminentemente clínico, integrando los aspectos psicopedagógicos y de formación profesional.

Así mismo, los dispositivos de media y larga estancia deben ser diferentes, ya que si bien el objetivo es el mismo, el trabajo terapéutico ha de llevar un ritmo distinto.

Estos dispositivos están en principio indicados fundamentalmente para una población de entre 12 a 18 años.

Para los menores de 12 años que presenten estos trastornos conductuales graves de origen psicopatológico, se optará primero por otras medidas ambulatorias, que no desarraiguen al niño de su entorno familiar, social y escolar.

Sin embargo, la experiencia clínica demuestra que alguno de estos chicos, a pesar de la edad, presentan un trastorno que sí se beneficiaría de dispositivos de media y larga estancia, empeorando la situación cuando se buscan soluciones poco realistas, siendo preferible diseñar estos dispositivos de una forma clara y bajo la filosofía de Comunidad Terapéutica, porque su ausencia propicia la aparición de dispositivos de internamiento con una orientación de «correccional», con pocos o ningún presupuesto terapéutico.

• **Indicaciones:**

A continuación se describen los dos grupos de trastornos en los que está indicado este dispositivo, aunque en la mayoría de experiencias conocidas en otros países suelen ser dispositivos monográficos para cada trastorno, siendo complicado el abordaje de las distintas patologías en el mismo centro.

- Trastornos de la personalidad descompensados, que ya se pueden empezar a perfilar con claridad en estas edades, y que provocan trastornos severos del comportamiento y cuadros de agresividad hetero y autodestructivos, que por su intensidad no pueden ser abordados ambulatoriamente o en el Hospital de Día, siendo así mismo insuficiente el ingreso en Unidad de hospitalización breve. Están especialmente indicados los trastornos de la personalidad tipo borderline y trastornos narcisistas con rasgos antisociales.

Así mismo habría que incluir otras patologías severas que en su base comportan un trastorno de personalidad:

- Trastornos de la Conducta Alimentaria con una evolución subaguda que necesiten continuos internamientos y que no requieran ser ingresados en medicina interna.
- Trastornos afectivos y cuadros depresivos relacionados tanto con fracasos en el ámbito familiar como escolar, con descompensaciones afectivas severas
- Descompensaciones psicóticas de forma prolongada y continua.

Así mismo está indicado en otros trastornos psiquiátricos descompensados tales como: Síndrome de la Tourett, Trastornos compulsivos obsesivos graves...

• **Contraindicaciones:**

- Trastornos de conducta con organización más claramente psicopática y que superen la capacidad de contención del recurso, aunque, teniendo en cuenta que en estas edades sí puede haber una cierta capacidad de cambio, deberá evaluarse la posibilidad del beneficio de este dispositivo (sobre todo en los menores de 12 años)
- Deficientes severos con trastornos graves de conducta. Consumo de drogas como primer diagnóstico o cuyo consumo no puede ser contenido en el dispositivo.
- Trastornos Generalizados del Desarrollo y otros trastornos psicóticos con grave deterioro cognitivo que son menos movilizables.
- Trastornos de alimentación que requieran internamiento en unidad especializada.

Personal (cuyo número dependerá del número de plazas, pero con un ratio de al menos 2:1)

Se estipula un equipo para un grupo de 10- 15 chicos.

- Psiquiatra infanto juvenil.
- Psicólogo clínico.
- Personal de enfermería.
- Docentes entre los que se encuentran maestros especialistas en pedagogía terapéutica, de educación física...
- Trabajador social.
- Personal de mantenimiento y recursos.

Es importante para su contratación que, además de su perfil y formación profesional, se tenga en cuenta el interés para trabajar en este tipo de dispositivos, así como una disposición abierta y empática ante las emociones de las demás personas, y la capacidad de trabajar en grupo.

Debido al trabajo específico que se hace en estos centros, en el que una base esencial del tratamiento es la relación interpersonal que se establece, es necesario que haya una continuidad en el personal, que debe ser lo más estable posible.

Así mismo es imprescindible que estén claramente especificadas las funciones de cada miembro del equipo, y la autoridad de cada cual definida claramente.

• *Características de funcionamiento*

Han de funcionar abarcando tanto una dimensión terapéutica como pedagógica, y en el caso de adolescentes, con orientación prelaboral y orientación vocacional.

La base fundamental del cambio en estos niños y adolescentes va a ser posibilitada por la relación estable y duradera que van a poder establecer con el personal (cuidadores, maestros, terapeutas), quienes tienen, por una parte, la capacidad de contener tanto física, como emocionalmente sus agresiones y pasajes al acto, pero manteniendo, por otra parte, la disposición afectiva y profesional constante (7).

Frente a los trastornos de conducta que estos chicos tienden a repetir, la respuesta es la contención (y no ya castigos o abandonos como en otras ocasiones), unida a una buena disposición del adulto, permitiendo experiencias de satisfacción en otros campos. Esto posibilita que poco a poco el educador se convierta en una persona importante para el niño y el adolescente, con posibilidad de identificación con él, pero también con deseos de ser querido por él.

A la vez es necesario que la institución y el grupo pueda tolerar ciertas formas de agresividad y ver la posibilidad de dar salida de alguna manera a la misma. Una de las posibilidades de mejora de estos chicos es la capacidad del grupo (en este caso la institución de internamiento) para resolver la crisis que provoca y en la que está inmerso a la vez.

Los dispositivos que funcionan en un orden basado en el autoritarismo han demostrado no ser muy eficaces, provocando sumisión e identificación con el agresor,

perpetuándolo, o una seudo adaptación que interfiere el desarrollo emocional de estos chicos (8).

En este sentido se propone para los centros el funcionamiento en *Comunidad Terapéutica*, (8) lo que, resumiendo, implica:

- Un proceso de tratamiento especializado que utiliza los fenómenos del funcionamiento de grupos, tanto a nivel psíquico como sociológico (Whiteley y Gordon).
- Donde el personal y los pacientes, funcionen como una comunidad organizada, en la que un objetivo importante es que el chico pueda funcionar bien dentro de la misma, antes de poder salir a la comunidad externa.
- Comprender la función de las conductas en el «aquí y el ahora» y que se exploren conductas alternativas nuevas
- Facilitar la comunicación a través de funcionamiento en grupos de distinta índole, tanto de psicoterapia, como de organización de las relaciones y actividades sociales en la institución.
- Encontrarse dentro de una estructura claramente organizada, donde las decisiones compartidas favorezcan la autoestima del chico y la honestidad en sus comunicaciones, ayudando a su crecimiento y maduración personal.
- Que se introduzca como algo fundamental la realización de psicoterapia de grupo y, en el momento oportuno, de psicoterapia individual.

El trabajo con la familia es esencial, no solo porque la familia sigue siendo importante para estos chicos, sino, además, porque por lo general han de volver a ellas. Suelen ser familias con graves conflictos relacionales y socioeconómicos, por lo que en muchos casos es imprescindible la intervención del Trabajador/a Social. La intervención irá encaminada a evitar el rechazo que suelen sentir hacia el niño/ adolescente (debido a su sintomatología), mejorando las condiciones para que puedan controlar las actuaciones del mismo y puedan volver a realizar su labor como padres.

Para todo ello es necesario que el equipo funcione como tal, con *la comprensión de cada caso*, de sus actuaciones, de las situaciones difíciles familiares, pero también y, sobre todo, de las situaciones institucionales, tanto las creadas por el mismo chico, como entre el propio personal, debiendo estar muy al tanto para no actuar a su vez los conflictos. Esto se realiza a través de las reuniones periódicas del equipo.

Los diferentes profesionales que integran el equipo han de realizar diferentes tareas, pero todas ellas correspondientes a aspectos de *la adaptación a la realidad*. En términos generales se proponen las siguientes:

- Función de dirección, coordinando la actuación del resto del equipo; el profesional que desempeñe esta función ha de tener una clara formación en psicopatología, más específicamente del niño y adolescente, así como manejar bien las psicoterapias y los fenómenos psicológicos de tipo dinámica de grupo, tanto pequeños, como grandes.

- Psicoterapia, tanto grupal como individual, que debe ser llevada por diferentes especialistas que garanticen la confidencialidad. Las posibilidades de psicoterapia han de ser variadas, pudiendo elegir la modalidad más apropiada dependiendo del periodo evolutivo del trastorno, pero permitiendo en todo caso la elaboración de los conflictos intrapsíquicos
- Actividades de talleres terapéuticos (pedagógica, ocupacional, artística, recreativa...), que reproduzcan las áreas de trabajo y tiempo libre que se dan normalmente en toda colectividad.
- La función del personal de enfermería sería colaborar en las tareas terapéuticas y crear, junto al resto del personal, un ambiente acogedor.
- La función del trabajador social debería ser la de valer de puente entre la institución y el exterior, especialmente con las familias.

La decisión del ingreso será siempre por criterio clínico, contando con la USMIJ correspondiente y con la información de los equipos de Educación y Bienestar Social. Es imprescindible que esta decisión de ingreso esté dentro de un plan integrado de actuaciones a diferentes niveles.

Cada chico que ingrese ha de tener una persona del equipo responsable del mismo, encargado de unificar los objetivos terapéuticos, tomar las decisiones terapéuticas oportunas, así como de las intervenciones administrativas y legales correspondientes.

En el momento del alta en el dispositivo, es necesario contar con un *Programa ambulatorio específico de seguimiento* en aquellos chicos que así lo requieran y en todos los casos con una continuidad mayor de atención, vinculado a la USMIJ. Esta ha de ser programada con mucha antelación, asegurando el acogimiento residencial o familiar del niño o adolescente, la continuidad del tratamiento psíquico de forma ambulatoria si procede, así como actividades de inserción socio-laboral.

B. DISPOSITIVOS SOCIO- EDUCATIVOS-SANITARIOS

1. Centros de reeducación psicosocial

Aunque es difícil hacer una línea divisoria clara entre los trastornos de conducta grave antisocial con posibilidad de tratamiento clínico y las psicopatías más estructuradas donde las capacidades evolutivas están más comprometidas, sí parece que haya que admitir ciertos casos cuya evolución ha sido muy desfavorable, que han tenido una conducta psicopática grave y que han requerido centros específicos diferenciados de régimen cerrado para su abordaje terapéutico y resocializador.

Sin embargo, es importante partir de que nos referimos a adolescentes aún con posibilidades de cambios en su funcionamiento mental.

Por ello, defendemos que las instituciones que los atiendan han de basarse en los mismos parámetros descritos anteriormente como Comunidades Terapéuticas.



Características generales (10)

Se plantea el dispositivo para adolescentes entre los 14 y los 18 años con procedimientos judiciales abiertos y con medidas de internamiento judicial.

Cuando se detecte patología psiquiátrica compatible con la estancia en el dispositivo, se derivará a los equipos de Salud Mental correspondiente. En caso de que dicha patología desborde las posibilidades de funcionamiento del dispositivo, aquellos no podrán ser admitidos.

La atención ha de centrarse fundamentalmente en la reeducación y la resocialización del joven.

Las actividades reeducativas se enmarcarán en un tiempo muy estructurado, dedicando una parte a la actividad pedagógica, en la que es importante la formación profesional, así como a talleres de distinto tipo, todo ello garantizando una estricta y continuada contención física y psíquica, con un programa terapéutico individualizado.

El personal será similar al de los centros de larga estancia descritos anteriormente (aunque no parece necesario un psiquiatra), debiendo incorporar aquí con mayor claridad educadores y personal de seguridad: vigilantes jurados (uniformados y sin armas).

Las relaciones con otras instituciones son imprescindibles, tanto con las judiciales, con competencia en menores, como con los servicios educativos, sociales y laborales para la realización de actividades fuera del marco institucional en los casos en que se pueda y que esté indicado en el proyecto terapéutico-educativo individual, y con los servicios médicos correspondientes.

2. Centro para jóvenes con medidas judiciales y patología mental grave.

Debe ser de ámbito nacional, debiendo incorporar personal clínico psiquiátrico.

3. Centros de educación especial para niños y adolescentes con trastorno mental severo.

Para muchos niños y adolescentes con requerimientos educativos especiales, que además presentan un trastorno mental severo, son necesarios dispositivos con la participación conjunta de Educación y Salud Mental Infanto Juvenil, pues es importante la coordinación con Bienestar Social para el abordaje de ciertas situaciones familiares, así como para favorecer la integración social de estos niños, y adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Pascual, A. (coordinadora). Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. Revista Asociación española de Neuropsiquiatría, 2001, vol XXI, nº 77, pp. 115- 124.
2. Jiménez Pascual, A. Coordinadora del grupo trabajo. Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002, vol XXII, nº 82, pp. 115- 126.
3. Jiménez Pascual, Ana M^a. Estructuras clínicas intermedias en la psicosis infantil. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1999, vol XIX, nº 69, pp. 151- 159.
4. «Protección del menor». Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Ed. Civitas. Madrid, 1996.
5. Ley 1/2000 de 7 de Enero, de Enjuiciamiento Civil. (BOE 8 de enero de 2000, Corrección de errores BOE 14-04-2000, y BOE 28-07-2001.)
6. «Ley reguladora de la responsabilidad penal de los menores». Ley Orgánica 5/ 2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. Ed. Comares. Granada, 2000.
7. Tomas Vilaltella, Joseph, en Psicopatología del niño y adolescente, tomo II, pp. 1.163- 1175. Jaime Rodríguez Sacristán (ed.). Universidad de Sevilla, 2000.
4. Diatkine, G. Las transformaciones de la psicopatía. Tecnipublicaciones, S.A. 1986.
5. Winnicott, D.W. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Editorial Laia. 1979.
6. Kernberg, O.F. Trastornos graves de la personalidad. Ed. Manual Moderno. 1999.
7. Prego Dorca, R. Centro de rehabilitación psico- social infanto- juvenil. Memoria técnica. Fundación Obra san Martín. Colegio de educación especial P. Apolinar (trabajo no publicado).

Ana María Jiménez Pascual

**Psiquiatra. Responsable de la Unidad de Salud Mental Infanto- Juvenil del Área Mancha Centro.*

Coordinadora del grupo de trabajo del presente artículo.

Correspondencia:

Ana María Jiménez Pascual

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

C/. Irlanda nº 7. 13600 Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

Telf: 926 541 750. E-mail: usmas@telefonica.net

LISTA COMPONENTES GRUPO DE TRABAJO

Roque Prego Dorca
Centro Salud Mental Infantil
SANTANDER
Email: roquepd@eresmas.com

Carmen Otero
Serv .planificación. Consejería de Educación
Comunidad de Madrid
Email: carmen.otero@madrid.org

María Ger Martos
Coord. Prot. De Menores JCCM
Consejería B. Social
TOLEDO
Email: mger@jccm.es

Cristina Molins Garrido
Coordinadora Prog. Inf.Juvenil AREA 9
C.S.M. Fuenlabrada

Mara Parellada Redondo
Unidad Adolescentes Hosp. G. Marañón.
MADRID
Email: parellada@psiq.hggm.es

Ana-M^a Jiménez Pascual
Unidad S.Mental Infanto-Juvenil
ALCAZAR DE S. JUAN
Email: usmas@telefonica.net

Amparo Carrillo del Amo
Serv. Planificación Deleg. Prov. JCCM
CIUDAD REAL
Email: rosarioo@jccm.es

Carmen González Noguera
Hosp. Insular de Gran Canarias
LAS PALMAS DE G.CANARIA

Email: cgonnog@gobiernodecanarias.org

Elena Cortés Rabal
U.S.M.
LAS PALMAS
Email: ecortes@correo.cop.es

Lucía Álvarez Buylla
CSM CIUDAD LINEAL
MADRID
Email: lbuylla@arrakis.es

Teresa Armas Falcón
U.S.M. LASSO
LAS PALMAS
Email: tarmas@correo.cop.es

Begoña Solana Azurmendi
Centro de Día Educativo terapéutico
Bilbao
Email: pchicharro@clientes.euskaltel.es

Lourdes Sánchez García
Hosp. Valme . U.S.M.I.J.
Ctra. Cádiz, Sn.
41014 - SEVILLA
psilsg@valme.sas.junta-andalucia.es

Flor Morillo
Consejería Sanidad JCCM.
TOLEDO
Tel. 925 267197
Email: psiquiatica@jccm.es

Carmen Alriols Fornes
Sev. educación especial y orientación psicopedagógico
Comunidad de Madrid.
Email: carmen.alriols@madrid.org



Josefina Mateo Mateo

Trabajadora Social de la Unidad de Adolescentes del Hosp. G. Marañón. Madrid.

Tfno : 91- 5868230

E-mail: Jmmt@hotmail.com

Xavier Serrano Hortelano

IN MEMORIAM FEDERICO NAVARRO, PIONERO DEL MOVIMIENTO POSTREICHIANO: UN MAESTRO DE LA VIDA

IN MEMORIAN

FEDERICO NAVARRO, PIONEER OF THE REICHIAN MOVEMENT: A TEACHER OF LIFE

■ RESUMEN

El autor muestra algunos retazos de la vida del Neurosiquiatra Federico Navarro (1925-2002), exdirector del hospital psiquiátrico de Nápoles, ex-psicoanalista (analista freudiano con L. Bianchini y miembro de la A.P.I.) simpatizante de Jung (análisis personal con A. Carotenuto) y pionero del movimiento reichiano (análisis personal con O. Raknes, discípulo de w. Reich) en Europa y Latinoamérica elaborando una sistemática de la Vegetoterapia caracteroanalítica, autor de varios libros clínicos- fallecido en Octubre del pasado año. Asimismo aporta datos de su relación profesional y personal con él y expone una síntesis de sus aportaciones científicas más importantes.

Palabras clave: Psiquiatra, psicoanalista, analista jungiano, antipsiquiatra, movimiento postreichiano

■ SUMMARY

The author shows to some pieces of the life of the Italian Neurosiquiatris Federico Navarro (1925-2002), ex-Director of Psychiatric hospital of Napoly, ex-psychoanalyst (freudian analysis with L. Bianchini and member of the A.P.I.) supporter of Jung (personal analysis with A. Carotenuto) and a pioneer of the reichian movement (personal vegetotherapy with O. Raknes, direct disciple of W. Reich) in Europe and Latin America processing a systematics of the characteroanalytic vegetotherapy and author of several clinical books passed away in October of the last year. Also contributes data of his professional and personal relation with him and exposes a synthesis of his more important scientific contributions.

Key words: Psychiatrist, psychoanalyst, jungian analyst, antipsychiatry, postreichian-movement.

■ ESBOZOS BIOGRÁFICOS

Federico Navarro nació el 16 de Junio de 1924, en Nápoles. Su padre tenía una modesta empresa de transportes, y su madre se dedicaba a las tareas del hogar. La relación con sus padres nunca fue muy afectiva, y, como recuerda en una entrevista, *«la figura que ejercía de autoridad represora realmente era mi madre, la cual me hablaba de la importancia del estudio, porque mi padre no llegó a ser licenciado. Mi madre solía decirme: «Es importante que estudies, para no ser como tu padre, un ignorante». Este comportamiento castrador de mi madre me influyó mucho. Recuerdo que mi madre insistía en decir que la primera cosa mas importante era el deber y después podía venir el placer»*.

En 1940 estalló la guerra y todavía estaba en el instituto. Su padre era un antifascista pasivo. Por el contrario, el hermano de su padre, ingeniero, era un antifascista, socialista, realmente comprometido y que fue uno de sus principales modelos de referencia. Navarro en ese período participó en la resistencia contra los nazis y junto a la mayoría de napolitanos asistió a la rebelión de la ciudad cuando los nazis necesitaban huir porque los americanos estaban en Salerno. En una ocasión un amigo suyo fue asesinado junto a él, hecho que le produjo un gran impacto y que recordaría siempre con mucha tristeza.

Cuando los Americanos ocuparon temporalmente el gobierno de Nápoles, se unió a otros jóvenes antifascistas de la época y formó parte de la inteligencia napolitana. Eran, entre otros, Francisco Rosi, -que después se convirtió en un médico de familia-, Giorgio Napolitano, ex ministro del interior, Raffaele La Capria, Antonio Ghirelli, y Enrico Cernia. Asimismo colaboró en Radio Nápoles en programas científicos.

En 1942 se inscribió en la Universidad. Su padre le obligó a matricularse en la carrera de leyes, pero su tía le animó para que estudiara Medicina como él quería, cosa que realizó a pesar de la oposición de su padre que dejó de apoyarlo económicamente.

Se licenció en 1948, a los 24 años, comenzando la primera de sus especialidades, la de medicina forense para tener la posibilidad de ganar un poco de dinero con autopsias, peritajes, etc. Al año siguiente se inscribió como médico naval y lo destinaron a Australia, donde conoció a F. Leboyer, que era Médico de la ONU. Pero cuando llegó a Australia después de 26 días de travesía le diagnosticaron tuberculosis, y tuvo que estar de baja y de tratamiento durante unos meses. Posteriormente trabajó en el instituto del cáncer de Nápoles, mientras -terminada ya su primera especialidad- continuaba sus estudios en anatomía patológica.

Se casó con Anna María en 1946 y tuvieron a su primer hijo, Diego, en 1953. Dos años antes, en 1951, el director de la cátedra de Antropología le anunció que había un concurso del Ministerio de Justicia para ser Médico en un manicomio judicial. No era psiquiatra pero como tenía el título de especialista en Medicina Legal era válido para el Ministerio de Justicia. Se presentó a las oposiciones y las ganó y por coherencia comenzó la especialidad de neuropsiquiatría en Florencia, lo que combinaba son

su trabajo. También empezó a psicoanalizarse con Musatti pensando en continuar la formación posteriormente

En Noviembre de 1954 el Ministerio preguntó si había un psiquiatra dispuesto a ir a Somalia, a Mogadiscio, para organizar un centro de reeducación de menores en colaboración con la ONU. Federico se ofreció y fue elegido para esa labor. Así describió esa experiencia:

«La administración de Somalia gobernada por la ONU era muy diligente y muy bien organizada. Cada día me llevaban al ambulatorio que estaba en un barrio somalés. Una vez se produjo una rebelión contra la administración italiana y me dijeron que no fuera al ambulatorio pues podían matarme. Pero no hice caso. Recuerdo que tranquilamente cuando llegué a ese barrio me dijeron que aquella era mi casa, que siempre podía estar allí».

Fue un período muy bello. Estuve un año, hasta finales de Octubre. En 1955 yo había organizado todo el centro de educación pero necesitaba material de la administración italiana para poder enseñar cosas a los chavales, ayudarles a trabajar, pero este material no llegaba nunca. A finales de Octubre pedí una audiencia pero el administrador general me dijo que había pedido material para poder trabajar con los niños del centro y que este material no llegaba. Cuando me hizo entrar me dijo: «Usted, aparte de la paga del ministerio recibe una por la misión?»

«Si»

«Y cuando usted vino la Administración le dio una casa?»

«Si»

«Le han dado un jeep?»

«Si»

«Le han atendido bien?»

«Si»

«Qué más quiere?»

«Cómo que qué más quiero? Quiero trabajar, yo he venido a trabajar!»

«Pero qué está diciendo? Nosotros estamos aquí en Somalia solamente para demostrar a las Naciones Unidas que somos capaces de administrar, pero en realidad no nos interesa para nada Somalia»

Me entró mucha rabia y le dije: «Excelencia, yo he venido pensando trabajar en un campo específico. Si esto no es posible y piensa que soy un exaltado o un loco, me puede hacer la cortesía de pedirme un sitio en el próximo avión para Italia? Yo no he venido por dinero, porque si quiero dinero puedo trabajar en Italia. He venido para ayudar a Somalia. Adiós».

Me levanté y lo dejé como un cretino. La semana siguiente volví a Italia.

Antes de regresar a Nápoles, Anna, que estaba de nuevo embarazada, pasó unos meses con su hijo Diego y su marido en Somalia hasta el parto de Fausta, su segunda hija, en 1954 en Mogadiscio Después volvió a Nápoles con sus hijos, permaneciendo Navarro todavía unos meses en Somalia.



A su regreso a Nápoles continuó su trabajo en el psiquiátrico judicial donde llegó a ser nombrado Director, y continuó su formación en psicoanálisis con Levi-Bianchini.

Durante la década de los 60 el espíritu contracultural y revolucionario llegó también a Italia y a Navarro le influyó mucho en toda su vida. En su actividad política abandonó el partido socialista, -donde había llegado a ser miembro de la directiva de la Federación de Nápoles, y el único representante de la corriente de Pertini-, cuando entró en el poder creando el primer gobierno de centro izquierda, porque consideraba que se estaba burocratizando y sus dirigentes estaban cada vez más separados de la realidad de los militantes y del pueblo. En el terreno profesional esta influencia le llevó a formar parte del movimiento antisiquiátrico con G. Jervis y otros colegas, llevando a cabo reformas muy radicales en el centro que dirigía. Pero la administración tomó medidas y empezó a boicotearlo con medidas muy severas, como la de no facilitarle los medicamentos para los epilépticos, con lo que finalmente tuvo que dimitir. Como había terminado su formación en psicoanálisis comenzó a ejercer la práctica privada como neuropsiquiatra y como psicoanalista. Perrotti era su supervisor y posteriormente lo fue Matte blanco, formando parte de la Asociación psicoanalítica Internacional varios años, dentro del sector más crítico.

Su dinámica personal también se veía condicionada. La relación con su mujer empezó a resultar difícil, planteándose la separación. En 1958 conoce a una turista Suiza, de la que se enamora y conviven juntos naciendo su tercer hijo, Cristiano en 1960. Pero la relación no funciona y su mujer regresa a Suiza con su hijo. En 1965 conoce a Roberta, una médico Belga con quien se casaría unos meses después.

A partir de estos conflictos personales se siente insatisfecho y comienza un análisis jungiano con Aldo Carotenuto que terminó en 1966, realizando en Roma con Bernard el control para entrar en la Sociedad de Psicología Analítica.

Pero ese verano Federico se fue de vacaciones a Strómboli y entre sus libros de lectura figuraba una antología de textos de W. Reich recopilados por Luigi De Marchi, titulada «La teoría del orgasmo» y que era una novedad editorial. Federico recordaba en una entrevista esa lectura:

«Y en Stromboli descubrí a Reich. Informé de este descubrimiento a algunos amigos y colegas y reunidos en 1966 encontramos muy interesante su discurso. Empezamos a reunirnos una vez a la semana, un grupo de estudio para leer su obra, y llegamos a la conclusión de que queríamos hacer una formación reichiana»

El único discípulo de Reich vivo en Europa era Ola Raknes, que vivía en Oslo. Pensamos que uno de nosotros podía ir a Oslo a hacer la formación y volver a Italia para hacerla con los demás, pero había un problema de trabajo, dejarlo todo, y así pensamos proponer a Raknes que viniera a pasar tres meses del verano con nosotros, como invitado, y durante ese tiempo podríamos hacer terapia intensiva y él estar en una ciudad de veraneo.

Raknes aceptó, y vino a Nápoles durante el verano tres años. Hizo terapia a unas cinco personas, algunos neuropsiquiatras. Entre ellos me encontraba yo. Contemporáneamente organizamos cursos donde él participaba y poco a poco se fue desarrollando el movimiento reichiano.»

Su experiencia con O. Raknes fue muy rica tanto a niveles personales como profesionales.

Se encontró con un hombre viejo (ya octogenario) pero joven espiritualmente y lleno de vitalidad y de ternura. Con una intuición clínica exquisita que le permitió superar dinámicas personales que no pudo hacer con sus anteriores análisis, y encontró en su buen hacer el reflejo fiel del trabajo de W. Reich constatando la diferencia con la «Terapia Bioenergética» de A. Lowen a quién había conocido unos meses antes.

Siempre que recordaba a Raknes insistía en una de sus facetas, de esta forma:» *todo terapeuta debe tener la capacidad de mantener un buen «contacto» energético, una empatía, con el paciente, poder abrir el campo, estar receptivo y poder sentir al otro. Esta capacidad me la ha transmitido Ola Raknes, él la desarrollaba permanentemente. Era una persona que tranquilizaba mucho. Ilse Ollendorf lo definía como «aceite en un mar en tempestad». Así era realmente Ola Raknes».*

La formación con O. Raknes motivó la creación del Centro W. Reich con una amplia actividad cultural y psicosocial, hasta que en 1974 con algunos colegas psiquiatras, entre ellos Piero Borrelli, funda la «Società Italiana di Ricerche y terapia Orgonómica» (Sirto) que culminó en 1979 con la creación de la «Scuola Europea di Orgonoterapia (SEOR), que aglutinaba a discípulos de Raknes y del propio Navarro, diseminados por Europa encontrándose entre sus objetivos el de la formación estructurada en la clínica postreichiana.

Su identificación profesional como orgonoterapeuta le sumerge en una actividad intensa con el fin de difundir la obra de W. Reich, y en particular su praxis clínica, la vegetoterapia caracteroanalítica u orgonoterapia. Navarro se definía como Orgonoterapeuta siguiendo la tradición de O. Raknes y del propio Reich, que significa, «terapeuta de la energía vital» e «investigador de la vida». W. Reich describe a la energía vital, «orgón» . Esto implica una posición holística frente a la salud, en cuanto que el objetivo terapéutico es el de restablecer la pulsación esencial de lo vivo, la capacidad de regular y de distribuir adecuadamente la energía vital, alterada por los impactos traumáticos y por la dinámica de estrés permanente al que se ve sometido el niño en las dinámicas cotidianas de las mayorías de las familias patriarcales. Pero seguía definiendo su praxis clínica como Vegetoterapia caracteroanalítica porque pensaba que la aplicación de las leyes del orgón al campo clínico era un tema muy novedoso y poco investigado, mientras que la experiencia clínica con la vegetoterapia databa de 1939, año en que Reich la difundiera, y contaba con una sistemática muy elaborada -que el propio Navarro desarrollaría bajo el auspicio de Raknes-,



que podía alcanzar los mismos objetivos que los de la orgonterapia de una forma efectiva y fiable.

El término no era muy comprensible porque su primera asociación es con el mundo vegetal, pero era coherente con su marco teórico. En realidad hace referencia al sistema nervioso vegetativo o autónomo, que es en esa década cuando empieza a conocerse más a partir del manual de Muller, internista alemán y de su equipo de colaboradores. La relación entre emoción y músculo, ya se había estudiado a partir de las técnicas de relajación y los libros de Jacobson y de Schultz, pero se empieza a nutrir de argumentos científicos cuando se va desvelando el funcionamiento del sistema nervioso autónomo, conociéndose la relación entre el funcionamiento de los órganos, las respuestas emocionales y la tensión muscular. Y cómo era el sistema neuromuscular quién intentaba proteger, con tensiones crónicas -que Reich describiría como una coraza corporal- a los órganos vitales de los impactos emocionales, pero con consecuencias patógenas psicosomáticas a corto y a largo plazo. Asimismo el psicoanálisis en general y W. Reich, en particular, vieron la vinculación que existía entre las actitudes caracteriales y las respuestas musculares y corporales. De ahí ese complejo y complicado término -vegetoterapia caracterioanalítica- cuyo objetivo era evitar esa rigidez muscular crónica, liberando las emociones y los recuerdos síquicos que los acompañaban para permitir el adecuado funcionamiento del sistema neurovegetativo y por tanto del sistema vital.

Estas hipótesis, junto con la conciencia de la importancia de la respiración tuvieron una gran influencia en la medicina psicosomática, en la psicomotricidad, y en las llamadas psicoterapias corporales, y actualmente están respaldadas, entre otros, por los descubrimientos dentro de la psiconeuroinmunología, a través de los estudios sobre el estrés postraumático y en las aplicaciones de la física cuántica al campo biológico y médico. Era, por tanto una terapéutica vanguardista y revolucionaria que introducía las variables somáticas en el diván analítico, pudiendo entender el inconsciente y la libido como elementos concretos apoyados en bases neurofisiológicas.

El redescubrimiento parcial de la obra de W. Reich en Europa a través de la recuperación de muchas de sus tesis libertarias psicosexopolíticas por el movimiento cultural del 68 y de la divulgación también parcial y confusa de algunas de sus técnicas clínicas a través de libros que llegaban de Estados Unidos de terapia bioenergética y de otras terapias corporales, ocasionó que Navarro desarrollara durante esos años una gran actividad profesional. Artículos, libros, conferencias y cursos en Italia, Francia, España y muy pronto en Latinoamérica que le llevarían a ser un referente del movimiento postreichiano internacional y de la psicoterapia en general.

Se cohesionan la actividad clínica y docente de la S.E.Or. en diversos países de Europa, entre ellos España que fundó su sección en 1984, perteneciendo yo mismo como miembro individual desde 1981, y empiezan a surgir las primeras promociones de orgonterapeutas y de clínicos postreichianos con una formación estructurada (aná-

lisis personal; de control; supervisiones; cursos teórico-clínicos...). En los encuentros anuales íbamos profundizando en la praxis clínica y preventiva y se empezó a editar la revista «Energía, carácter y sociedad» en el 1980 en Italia y en España, retomando el nombre de la revista inglesa de D. Boadella «Energy and Character», añadiendo la palabra «sociedad», reflejando así el espíritu biopsicosocial del pensamiento reichiano.

Por ello fueron tiempos de una gran expansión docente, donde Navarro participó activamente tanto en Europa como en Latinoamérica, especialmente en Brasil, que se desarrolla a partir de fijar allá su residencia como consecuencia fundamentalmente de los conflictos personales en ese período de su vida. Se divorcia de Roberta e inicia una relación amorosa con Nicole en París, que le llevará a convivir con ella unos años. Fue una relación apasionada inicialmente, pero tortuosa en su última etapa que culminó en la separación. A los pocos meses de este episodio unos alumnos brasileños que estaban haciendo la formación en París (Emilio y Felipe) le invitan a dar unas conferencias en Río de Janeiro. Allí conoce a una colega, Cibele, comenzando una intensa relación amorosa que le estimula a dejar París, y seguir su vida en Brasil, en 1987. En este país se desarrolló un amplio movimiento con la ayuda de algunos colegas, entre los que se encontraba un colega Italiano residente en Sao Paulo, Humberto Liberati; Enrique, Felipe y Beatriz de Paula de Río de Janeiro; la Dra. Zena en Natal y de la mía propia con mis viajes desde España.

Pero esto no le impide a Navarro seguir con sus proyectos y su presencia en Europa. Viajaba tres veces al año fundamentalmente a París, Valencia y Nápoles. Mantenía su docencia, realizaba supervisiones, sesiones de terapia de «mantenimiento» o «ad-vitam» con algunos orgonterapeutas de la S.E.Or y visitaba a amigos, hijos y familiares.

Al mismo tiempo se van produciendo algunos cambios institucionales. Uno de los más importantes fue la transformación de la S.E.Or en I.F.O.C. «International Federation Orgonomic College's», -siendo Navarro el Presidente Honorario, Jean Loic Albina el secretario, y yo el Presidente -, con el objetivo de aglutinar asociaciones postreichianas de todo el mundo, y no sólo Europeas, y donde se pudiera desarrollar un trabajo científico y de divulgación dentro de los principios federativos del respeto y del apoyo mutuo. Pero esta decisión asamblearia no fue del agrado de todos y algunos colegas dimitieron, entre ellos Gino Ferri con quien Federico tenía muy buena relación, sintiendo mucho esta decisión. Años después Ferri volvería a participar en la IFOC con una escuela propia.

También en Brasil se producen algunos conflictos institucionales que le afectaron a nivel personal, como le afectó la separación con Cibele en 1996 con quien mantuvo una buena amistad siempre.

A pesar de su edad él decía que» *se sentía un «célibe disponible»*, pero a pesar de su disponibilidad ya no volvería a convivir con otra mujer.



El nacimiento de su nieto Federico, hijo de Cristiano, en Milán, las demandas de sus amigos y colegas de volver a Europa y el asentamiento del movimiento reichiano en Brasil son factores que le estimulan a plantearse el regreso a Nápoles. De hecho, en uno de sus viajes es elegido Director Científico del Instituto de Orgonomía que llevaría su nombre, «Federico Navarro», en Nápoles, fundado por unos antiguos alumnos, siguiendo el modelo del Instituto Navarro de París y el de Natal en Brasil. Pero mientras maduraba esta decisión, la muerte de su íntimo amigo y colega Piero Borrelli en Nápoles le hace tomar contacto con una dura realidad: la mayor parte de amigos y colegas suyos han muerto. Y se encuentra sólo en su propia ciudad. Evidentemente estaba rodeado de alumnos y de personas que le admiraban y le querían pero se sentía solo afectivamente y decide seguir en Río, donde vivía en una bonita casa en la Lagoa y había establecido una vida personal y profesional satisfactoria rodeado siempre de profesionales y alumnos-as jóvenes que le mostraba su afecto y admiración.

Será en 1998, con 74 años, ya enfermo y debilitado por un cáncer de pulmón, cuando empieza a plantearse seriamente volver a Nápoles y empezar una vida más tranquila., lo cual realiza definitivamente en el año 2000. El último viaje a Brasil lo hace en Junio del 2002, viaje que aprovechó para visitar Santiago de Chile donde todavía participó como profesor invitado en la formación que impartíamos a un grupo de profesionales profesores de la ESter y de otras escuelas de la IFOC, y dónde dio una conferencia en la Universidad.

Cuando regresa a Nápoles en agosto está agotado y tiene que dejar su actividad cotidiana. Su enfermedad se hace fuerte y empieza a asumir la realidad: le queda poco tiempo de vida. No queriendo ingresar en un hospital, se refugia en su casa, cuidado por su hijo Diego, -médico-, por Rosella, -una colega que compartía la casa, y por sus amigos más próximos hasta su muerte por una insuficiencia renal el 9 de octubre de ese mismo año.

Junto con unos colegas españoles, Taire y Nacho, lo pude visitar quince días antes de su muerte. Estaba agotado pero no quería ninguna ayuda «médica», porque él sabía que estaba muriendo y quería morir en paz, siguiendo el modelo de su maestro O. Raknes. Paliaba sus dolores y su estado general con homeopatía, oligoelementos y una fuerte dieta naturista. Pudo elegir su muerte, aunque había una fuerte tristeza en su mirada porque no quería dejar la vida. De esta forma tuve la oportunidad de despedirme de él, como lo hicieron sus hijos y tantos otros colegas y amigos, con el corazón encogido, las lágrimas mojando mis mejillas, y reconociéndolo, una vez más, como un maestro de la Vida.

Recuerdo algunas de las cosas que pensaba sobre la muerte:

«Honestamente, lo que puedo decir es que soy muy agnóstico. No creo en nada relacionado con el después de la vida, ni con la reencarnación. Estoy de acuerdo con que la energía de nuestros átomos continúa en el universo, pero no como un yo. Creo

en la vida. La muerte, en esencia, no existe, porque como decían los griegos: «cuando la muerte es yo ya no existo». Yo, Federico, me voy mañana y después todo termina. El concepto de la inmortalidad está ligado -esto no lo digo yo, lo decía Tolstoi, pero estoy de acuerdo- al recuerdo que nosotros podemos dejar. Confrontando la muerte, me preocupa un hecho: las cosas que todavía me gustaría hacer y no voy a poder hacer y también los lazos afectivos que siguen vivos y que cuando muera desaparecerán. Pero la muerte en sí misma es una curiosidad, una experiencia.»

■ ALGUNOS MOMENTOS COMPARTIDOS

Personalmente lo conocí en Barcelona en un taller que realizaba sobre vegetoterapia en 1979. En aquella época, terminando mi carrera de psicología, sabía que quería trabajar en la línea de W. Reich. Había estado formándome en bionérgica en París, y en psicodrama en Barcelona, pero en ese espacio de un fin de semana con Navarro, sentí que estaba conociendo la práctica clínica reichiana. Esas horas docentes junto a Navarro marcó definitivamente una identidad profesional que sentía pero no tenía elaborada. La coherencia de su discurso, actualizando el paradigma reichiano y dotando a esa praxis clínica, excesivamente intuitiva y poco estructurada, de un esqueleto teórico y empírico que permitía una línea clara de trabajo y de investigación y profundización impulsó mi deseo de especializarme en ese modelo postreichiano. Siguiendo la sugerencia de Navarro marché a Nápoles para realizar mi análisis y formación en vegetoterapia caracteroanalítica con la recién nacida Scuola Europea Di Ogonoterapia (SEOR) que presidía el propio Federico.

Cuando terminé en 1982 mi análisis individual y el análisis didáctico o de control que realicé con Piero Borrelli que fue también mi terapeuta de grupo, fui admitido en la S.E.Or como orgonoterapeuta y empecé a trabajar supervisando durante años con F. Navarro en París. Él fue mi didacta principal y mi terapeuta de mantenimiento o «ad vitam» hasta su muerte en octubre del 2002. Y también, poco a poco nos convertimos en colegas y en amigos. Hemos compartido muchos espacios profesionales. Cursos y congresos donde hemos convivido durante varios días en países muy diferentes como Venecia, Viena o Boston. Hemos participado juntos en Asociaciones internacionales como la «International Association of Somatotherapy», la «European Association of Body Psychotherapy», o el «Comité científico Internacional de terapia psicocorporal», y nos vimos sumergidos en la aventura de la IFOC, la cual continúa vinculando colegas de diversos países Europeos y latinoamericanos. Y también hemos compartido muchos espacios personales, tanto en sus lugares de residencia como en mi casa, donde se estuvo quedando durante años las veces que nos visitaba. Ahí hablábamos de nuestras cosas, compartíamos sus chistes con mi familia, y veía crecer a mis hijos Iris y Daniel- a los que siempre les traía un juguete - y planificábamos las actividades y los próximos encuentros, apuntándose las citas en un planing francés de gran



tamaño que siempre llevaba consigo. Incluso en sus últimos viajes pudo llegar a conocer a mi nueva compañera, Roxana, y a nuestra hija Andrea que tenía algo más de un mes de vida en el congreso de la IFOC de París.

Esos espacios compartidos a lo largo de veinte años me ha permitido conocer la relación que llevó con algunas de sus compañeras, la que tenía con sus hijos. Hemos podido hablar, compartir tiempos, y desde siempre ha habido una gran intimidad, una gran aproximación, una sensación de comprensión y de comunicación. Cierto es que en los últimos años Federico iba cerrándose poco a poco. Al mismo tiempo que avanzaba su sordera, se iba cerrando al mundo exterior y le era más difícil comunicar, siendo mucho más concreto. En muchas ocasiones se limitaba a comentar aspectos prácticos y era muy difícil escucharle dinámicas emocionales. Pero hemos compartido también momentos afectivos en estos últimos años donde él se sentía un poco decepcionado y cansado por circunstancias personales y profesionales. En la Es.Te.R. siempre lo hemos recibido como un invitado y como la referencia didáctica y profesional que era (y lo sigue siendo) en nuestra institución. Ha sido nuestro mayor y mejor colaborador, nuestro mayor y mejor maestro, y un amigo para todos los que hemos podido convivir con él durante estos encuentros tan esperados y que también servían de justificación para compartir momentos lúdicos y expansivos: las paellas en el palmar, las tapas -que le encantaban- en el «barrio del Carmen», las comidas en el jardín de la casa de Manolo y María, las veladas acompañados de la guitarra de Joan con poemas de Maite y de Calixto, y tantos otros recuerdos que me acompañan. Venía prácticamente tres veces al año a España y realizaba terapia de mantenimiento, análisis de control, supervisiones, cursos y conferencias, principalmente en Valencia, pero también en S. Sebastián, Barcelona, y Madrid. Se interesaba por nuestras dinámicas internas pero no cuestionaba su movimiento ni la organización, y siempre nos transmitió su parecer de encontrar en nuestro colectivo una coherencia en su desarrollo, y yo diría que, hasta tímidamente una cierta admiración. Asimismo siempre intentamos que se sintiera lo que realmente era para nosotros, un didacta especial de nuestra modesta escuela, y una persona muy especial para todos-as nosotros-as.

■ APORTACIONES PROFESIONALES

Como terapeuta, como clínico, creo que ha sido formidable. Con una intuición excelente, con una capacidad de análisis de lo concreto fuera de lo corriente, aunque por su caracterialidad tenía una mayor dificultad con los pacientes más primitivos, más nucleares. Como profesor, sus conocimientos eran enormes tanto en el campo médico como en el biológico, en el simbólico, en el sociológico y en el antropológico. Su capacidad de transmisión era muy humana, profunda, directa, y se le notaba una preparación científica fuera de lo corriente, si bien es cierto que a la hora de escribir, utilizaba un lenguaje excesivamente críptico existiendo detrás de cada frase un con-

tenido enorme que hay que descifrar para descubrir cada vez un conocimiento más profundo.

Su legado profesional es muy rico, y siguiendo la tradición reichiana ortodoxa, desarrolla su saber en tres grandes campos: el de la biología y la investigación esencial, energética, el de la clínica y la psicoterapia, y el de la prevención y la educación.

En el campo de la investigación y de la biología, desarrolló un profundo análisis de la etiología y terapéutica de las enfermedades funcionales degenerativas, ya definidas por Reich, como biopatías (el cáncer, la diabetes, la hipertensión, la artritis...) tanto desde el aspecto somatoscodinámico como desde la perspectiva del desequilibrio energético y del «miedo celular». Aportando la terapéutica combinada de la psicoterapia (vegetoterapia) con dietas, oligoelementos, homeopatía y el acumulador de orgón (Or.Ac) para poder abordar coherentemente estas enfermedades multisistémicas. Insistía en que la base de toda patología es el miedo, y se apoyaba en estudios científicos como los experimentos realizados hace unos años en la universidad de Boulder (colorado) donde se observó la contracción de las células ante situaciones adversas. A este respecto escribió: *«La emoción primaria negativa es el miedo, que está en la base de toda patología como elemento determinante y/o desencadenante de la condición de contracción, como mecanismo de defensa.»* (Ver sus libros: «La somatoscodinámica» y «las Biopatías»).

En el terreno de la psicoterapia elaboró una sistemática neuromuscular para el uso de la vegetoterapia caracteroanalítica tomando como referencia el proceso de evolución y desarrollo del mamífero humano (ontogénesis) asentando unas bases empíricas y científicas al trabajo clínico de W. Reich, enriqueciendo sobremedida esta psicoterapia profunda. Así se refería a su trabajo:

«La vegetoterapia caracteroanalítica es una metodología terapéutica con implicaciones socioculturales, esto es, políticas (no partidistas), cuyo objetivo es contribuir de modo gradual y progresivo al cambio de la actual condición de nuestra sociedad (causa de la psicopatología colectiva en la que vivimos).

Esta metodología utiliza técnicas, pero no es una técnica de liberación emocional, sino una terapia. Vegetoterapia supone un trabajo terapéutico sobre el sistema neurovegetativo, y caracteroanalítica implica un trabajo de transformación de una caracterialidad por un carácter genital maduro... «La vegetoterapia buscar curar al paciente a través de «particulares» intervenciones corporales (actings) que provocan reacciones neurovegetativas emocionales y musculares capaces de reestructurar una sana psicoafectividad que ha sido puesta en conflicto desde el nacimiento del individuo.» (Ver sus libros: «Caracterología postreichiana» y «La metodología de la vegetoterapia caracteroanalítica»)

Y por último en el campo de la asistencia preventiva y la educación apoyó el concepto de «autorregulación» de Reich y A. Neill, respetando los ritmos de la natu-



raleza, y dando prioridad a la calidad de la relación en el sistema familiar. Así por ejemplo escribía.

«La frecuencia y los horarios rígidos de las tetadas no tienen ningún sentido... el niño debería poder mamar cuando lo desee... El destete debería ser muy gradual y poder ser dejado a la libre elección del niño sin ser impuesto por la madre o cualquier otra persona...

Tampoco el bebe debería ser apremiado en cuanto a las funciones de evacuación, ni a caminar..

No olvidar jamás que un bebé que llora es un bebé desdichado y que siempre se debe aliviar su sufrimiento para que no acumule estrés y por tanto impronta de tensión muscular...

El padre ante la posible ansiedad de la madre nutricia debe tomar un papel activo tomando parte en las diferentes y nuevas tareas que incumben a la célula familiar»...

Federico Navarro potencialmente tenía todavía mucho por vivir y dejó muchas cosas por hacer. Pero su vida fue intensa y sus aportaciones enriquecen a la humanidad.

Con su recuerdo continuamos nuestra vida y nuestro trabajo.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. M. Consuelo Pugi/M. Gambardella (2002) «Federico Navarro. L'energía de una vida» Edit. particular. Roma
2. Navarro, F., (1987) « La vegetoterapia»: Apuntes autobiograficos». Conferencias realizadas en La sede de la ESTER.
3. (1989a). «La Somatopsicodinámica». Publicaciones Orgón. Valencia, 1989.
4. (1989b) «La vegetoterapia caracteroanalítica» Revista Somathotherapies et Somatologie Strasbourg, 1989.
5. (1990). «Metodología de la Vegetoterapia Caracteroanalítica a partir de Wilhelm Reich». Publicaciones Orgón, Valencia,1993.
6. (1991) «La caratterología Post-reichiana». Edit. Nuova Ipsa. Italia (1996) «La somatopsicopatología». Edit. Summus. Brasil
7. (1997) «La somatopsicodinámica de las biopatías» Publicaciones Orgón. Valencia, 1997.
8. Raknes, O (1950,) «An traitement brief with orgonterapy». Orgone Energy Bulletin,vol,2,nº1.Maine.publicado en el volumen 3, nº1 I(1985) en la revista E.C.S.en Español. Publicaciones orgon.Valencia.
9. (1970) «W. Reich y la orgonomía» Publicaciones Orgón. Valencia, 1991.
10. Redon, M., (1987) «Génesis de la biopatía carcinomatosa» ECS, Vol. 6, nº 2.
11. Reich, E., (1983) «Primeros auxilios emocionales» ECS Vol. 1. nº 1. 1983.
12. (1983) «Infancia y prevención de la neurosis» ECS (Vol. 1, nº 2. 1983).

13. Reich, W., (1934) «Psicología de masas del fascismo» Edición íntegra de Editorial Bruguera, colección Pensadores y temas de hoy, de la tercera edición inglesa N.Y. 1946. Barcelona, 1974.
14. (1934b) «The orgasm as an Electrophysiological discharge» in Pulse of the planet, Journal of the Orgone Biophysical Research Laboratory. Oregon, 1993. Translated from «Der Orgasmus als Elektrophysiologische Entladung» Zeitschrift für Politische Psychologie und Sexualökonomie, I, 1934.
15. (1937) «Experimental Investigation of the electrical function of sexuality and anxiety» in Pulse of the planet, Journal of the Orgone Biophysical Research Laboratory. Oregon, 1993. Translated from Experimentelle Ergebnisse über die elektrische Funktion von Sexualität und Angst, Sexpol Press, Copenhagen, 1937.
16. (1945) «La función el orgasmo. El descubrimiento del orgón» Vol. 1. Editorial Paidós. Barcelona, 1977. Traducción de The discovery of the Orgon. The function of the orgasm, Vol. 1. Orgone Institute press, N.Y.
17. (1946) «Psicología de masas del fascismo.» Editorial Bruguera, 1980.
18. (1948) «La biopatía del cáncer: El descubrimiento del orgón» Vol. 2 Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, 1985. Traducción The cancer biopathy The discovery of the Orgon. Vol. 2. Orgone Institute press, N.Y.
19. (1949a) «Análisis del carácter», de la Tercera edición en inglés. Editorial Paidós. Barcelona, 1980.
20. (1949b) Children of the nature. On the prevention of sexual pathology, Nueva York, Farrar, Straus & Giroux, 1989.*
21. (1949c) «Ether, God and Devil» Orgone Institute Press. Rangeley Maine. Incluido en Ether, God and Devil and Cosmic Superimposition, Farrar Straus & Giroux. N.Y. 1973.*
22. (1951b) «The Orgonic Energy Accumulator» Institute Press. Rangeley (Maine).
23. (1952a) «Reich habla de Freud» Editorial Anagrama, 1970.
24. Serrano, Xavier (1986) «La Vegetoterapia y las disfunciones sexuales» Revista Energía, carácter y sociedad, Vol. 4, nº 1 y 2. Publicaciones Orgón. Valencia, 1986.
25. (1990) «El diagnóstico inicial-diferencial en la Orgonterapiadesde una perspectiva postreichiana». ECS Vol. 8, nº 2. Publicaciones Orgón. Valencia, 1990.
26. (1994) «Contacto-vínculo-separación, sexualidad y autonomía yoica». Publicacions Orgón. Valencia, 1994.
27. (1997) «La psicoterapia corporal y la clínica postreichiana». Capítulo del libro «Cien años de W. Reich». Recopilado por el autor. Publicaciones orgón. Valencia 1997
28. (1997b) «Ecología infantil y maduración humana» en colaboración con M.S. Pinuaga. Publicaciones Orgón. Valencia, 1997.
29. (2000) «Al alba del siglo XXI». Ensayos ecológicos postreichianos». Publicaciones orgon. Valencia



30. Video sobre Federico Navarro por el colectivo Ifen de Natal (Brasil).
31. E.C.S.: Revista Energía, Carácter y Sociedad». La actualidad del paradigma postreichiano.Publicaciones Orgon. Valencia.
32. Web Ester y publicaciones orgón: www.esternet.org
33. Web Xavier Serrano: www.cop.es/colegiados/PV00141

Xavier Serrano Hortelano

Psicólogo clínico.

Psicoterapeuta caracteranalítico especializado en sistemas humanos y en sexología.

Orgonoterapeuta trainer en Vegetoterapia caracteranalítica.

Director de la Escuela Española de Terapia Reichiana (ES.TEr.)

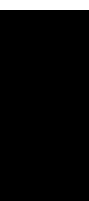
www.cop.es/colegiados/PV00141/

e-mail: xserrano@correo.cop.es

SECCIÓN



LIBROS



B. Llopis.

LA PSICOSIS ÚNICA. ESCRITOS ESCOGIDOS.

Triacastela. Madrid 2003. 340 pgs.

Constituye un acierto de la editorial Triacastela la recuperación para el público de habla española de buena parte de la obra de una de las figuras más destacadas del panorama psiquiátrico español del siglo XX, Bartolomé Llopis Lloret (1905-1966). De él estaban más o menos accesibles, ambos en la editorial Morata, su *Introducción dialéctica a la psicopatología*, libro póstumo que debido a su inesperada muerte dejó inconcluso, y *Sobre la delusión y la paranoia*, publicado en primer lugar en Archivos de Neurobiología -revista que, como es sabido, fundaron Ortega y Gasset, Sacristán y Lafora, estos dos últimos, junto con Sanchís Banús, maestros de Llopis- y que más tarde constituyó el prólogo del texto de E. Bleuler *Afectividad, sugestibilidad, paranoia*, publicado en español en 1969. El resto de la obra de Llopis se hallaba dispersa en revistas, sobre todo en la citada Archivos, y en libros colectivos. La presente edición es responsabilidad de José Lázaro, a quien se debe asimismo un extenso y bien documentado estudio introductorio.

Pienso que la lectura del texto que estamos comentando viene bien, particularmente le viene bien a los integrantes de las nuevas generaciones de psiquiatras, formados en muchos casos sin una orientación teórica definida, siempre bajo el imperio de las sucesivas revisiones del DSM y ajenos por lo tanto a la discusión nosológica a la que se entregó la psiquiatría europea hasta no hace mucho.

El libro recoge trabajos de muy diversa índole. Tras la citada introducción de Lázaro, el volumen consta de dos partes; la primera y fundamental, pues contiene las aportaciones más originales de Llopis, se titula *El concepto de psicosis única*; la segunda, titulada *Otros escritos psiquiátricos*, es una miscelánea. Pero si bien en esta segunda parte existen trabajos que aún hoy día pueden suscitar interés, como por ejemplo el titulado *Sobre las reacciones paranoides de los sordos*, que fue su primera publicación, de 1933, o este otro, titulado *El delirio de infidelidad conyugal múltiple*, de 1948, modalidad peculiar de delirium tremens descrita por Llopis, es en la primera parte, como he dicho, donde se hallan las aportaciones más originales, fundamentalmente aquella en la que se expone la tesis de la psicosis única.

Básicamente expuesta, esta tesis consiste en lo siguiente. Como es sabido, en la práctica clínica rara vez encontramos cuadros «puros» de las entidades clínicas que se recogen en las distintas clasificaciones al uso, sino que lo más usual es que un mismo paciente ostente síntomas correspondientes a diferentes entidades o, también, que un cuadro clínico evolucione adquiriendo las características de otro distinto. Esto fue ya visto por Pinel en 1801, quien en su *Tratado médico-filosófico de la enagenación mental o manía* dice: «Por lo general las diversas especies de enagenación



no son siempre invariablemente las mismas, quiero decir, que una enagenación, cuya especie se ha determinado ya, puede transformarse en otra durante el curso de la vida, de suerte que se haya de colocar en otra especie diferente: así es que hay melancólicos que se vuelven locos, y locos que caen en la demencia ó el idiotismo; y algunas veces, aunque es muy raro, hay idiotas que por una causa accidental vuelven á caer en un acceso pasajero de manía después de recobrar enteramente el uso de la razón.» (Madrid. Nieva, 1988: 164. Traducción de Luis Guarnerio y Allavena, de 1804). Este hecho, que todos los que nos dedicamos a la clínica hemos podido constatar, para Llopis podría deberse a que las distintas enfermedades mentales no serían más que manifestaciones o fases de un único trastorno fundamental, al que denomina «síndrome axil común a todas las psicosis»; de este modo, las distintas psicosis no serían más que síndromes diferentes, aunque con transiciones entre ellos, todos inespecíficos con respecto a no importan cuáles sean las causas que los provoquen.

El trabajo seminal de Llopis, que dio lugar su teoría de la psicosis única, es el titulado *La psicosis pelagrosa, la psicopatología general y la nosología psiquiátrica*, de 1940. El denominado «síndrome axil común a todas las psicosis» fue observado en el estudio de 118 casos de pelagra que atendió durante la guerra civil española: «Los distintos estados psíquicos no se presentan en la pelagra de un modo arbitrario, sin conexión recíproca, sino que se pasa por transiciones insensibles de unos a otros en un orden determinado, que corresponde a la mayor o menor gravedad del proceso. En los casos leves durante todo el curso y en los más graves al comienzo o en momentos de mejoría, se observan estados psíquicos neurasténicos. A mayores grados en la intensidad del proceso corresponden, sucesivamente, estados maníacos o depresivos, estados esquizofrénicos, estados de enturbiamiento onírico de la conciencia y, finalmente, estados de obnubilación profunda. Vemos, pues, que no sólo son esencialmente inespecíficos todos los estados psíquicos, sean endógenos o exógenos, sino que existen entre ellos transiciones insensibles, cuantitativas, en relación con la gravedad del proceso causal.» (p. 56). Es decir, los diferentes cuadros psicóticos no serían más que fases distintas en el curso de un solo trastorno fundamental. Pero el trabajo *princeps* sobre el tema es el titulado *La psicosis única*, de 1954, en el que Llopis da respuesta a la siguiente pregunta: «...los síntomas psíquicos, ¿son producidos y configurados, en cada caso, por la causa patogénica correspondiente o no representan más que posibilidades de reacción preexistentes, que pueden ponerse de manifiesto por las causas más diversas?». Y añade: Esta cuestión ha sido y sigue siendo el problema crucial de la psiquiatría». (p. 85).

Las tesis sobre la psicosis única son por lo tanto contrapuestas a las tesis nosológicas, iniciadas por Kahlbaum y desarrolladas por Kraepelin. Para Kraepelin, el establecimiento de una entidad nosológica exige que a una etiología le corresponda una sintomatología, un curso siempre igual, una forma de final y una anatomía patológica; en resumen, para cada etiología, un síndrome específico. Este postulado,

al que el mismo Kraepelin renunció al final de su vida, fue pronto cuestionado por Bonhoeffer con sus «tipos de reacción exógena», esto es, el síndrome confusional o delirium, que mostró la monotonía de la respuesta del cerebro ante no importa qué agentes patógenos actúen de forma aguda sobre él.

Su tesis sobre la psicosis única obligó a Llopis a revisar muchos de los conceptos de la psicopatología. (Es lo que pretendió con su Introducción dialéctica a la psicopatología que, como hemos dicho, dejó sin terminar). Así, por ejemplo, el concepto de psicosis es para él sinónimo de «cuadro psíquico patológico», o sea, debido a una enfermedad orgánica. Todas las «psicosis» serían por lo tanto sintomáticas de una enfermedad cerebral, en muchos casos todavía desconocida. En esto se muestra Llopis claramente biologicista, aceptando el axioma de Griesinger «Las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro».

El síndrome axil común a todas las psicosis estaría determinado por un trastorno de la conciencia, entendiendo por tal la «capacidad de conocer», esto es, de discriminar. Todo acto psíquico es (implica) un acto de conocimiento, constituyendo la conciencia y la actividad psíquica una misma cosa. Llopis destaca dos tipos de síndromes: los síndromes del estado o del nivel de la conciencia y los síndromes del contenido de la conciencia; solo los primeros constituyen una perturbación de la actividad psíquica, suponiendo los segundos únicamente una configuración patoplástica de los primeros.

A cada grado de enturbiamiento de la conciencia le correspondería un cuadro diferente del síndrome axil: «El síndrome axil no es, en definitiva, más que la suma en el tiempo de estos síndromes parciales.» (p. 64). Esta concepción nos recuerda la de H. Ey sobre las enfermedades mentales agudas, que para este autor son producto de la desestructuración del campo de la conciencia (las crónicas constituirían un trastorno de la personalidad). Asimismo, coincide con las tesis de E. Bleuler sobre el trastorno elemental de la esquizofrenia, consistente en una «disminución de la tensión asociativa». Acerca de esta cuestión Llopis replica: «Esto me parece exacto, pero no solo para la esquizofrenia, sino para toda perturbación psíquica. La claridad de la conciencia, la capacidad de conocer, depende fundamentalmente de la aptitud para integrar en una vivencia el mayor número posible de asociaciones (...) El descenso del nivel de la conciencia, que yo considero como síndrome axil común a todas las psicosis, no sería, en definitiva, otra cosa que la disminución cada vez mayor de la tensión asociativa o, si se quiere hablar como Pierre Janet, de la 'tensión psicológica'». (p. 200. Subr. en el texto).

Todos los trabajos recogidos en el texto que estamos comentando contienen pasajes sugerentes. Por citar algún otro, transcribiré éste acerca de la génesis del delirio -delusión en la terminología de Llopis, para diferenciarlo del término delirio, que correspondería al delirium-, tomado del trabajo titulado Sobre la delusión y la paranoia: «Es preciso que se añada un trastorno de la actividad psíquica, del estado



de la conciencia, es decir, en esencia, de la capacidad de diferenciar, para que, confundiendo lo interno y lo externo al yo, lo imaginativo y lo real, vivan los pacientes aquellas representaciones como si fueran interpretaciones objetivas de la realidad externa.» (p. 208. Subr. en el texto).

La tesis de la psicosis única ha ofrecido numerosas variantes a lo largo de la historia de la psiquiatría. Para los interesados en el tema, aparte del estudio introductorio ya citado de J. Lázaro, que aporta además una cuantiosa bibliografía, y del asimismo citado trabajo de Llopis sobre el tema, debe leerse el capítulo dos de la primera parte de *Introducción dialéctica a la psicopatología*, también de Llopis, y, en este mismo volumen, el excelente capítulo de L. Valenciano titulado La psicosis única en la actualidad. Sobre los postulados contrarios a los de la psicosis única, los nosológicos, sugiero leer, de C. Castilla del Pino, El punto de vista clínico en la sistemática psiquiátrica actual: Teoría nosológica, en *Cuarenta años de psiquiatría* (Madrid. Alianza, 1987), publicado originalmente en 1954, en las Actas del IV Congreso Nacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

A. Díez Patricio
Córdoba

Montiel, Luis y Gonzalez De Pablo, Ángel (coords.)

EN NINGÚN LUGAR, EN PARTE ALGUNA.

Estudios sobre la historia del magnetismo animal y del hipnotismo.

Frenia S. C. Madrid, 2003 (324 páginas)

Lo primero que llama la atención del lector es el título de esta interesante obra -EN NINGÚN LUGAR, EN PARTE ALGUNA-. Sus autores ponen de manifiesto así la marginalidad y el olvido a los que han sido sometidos el magnetismo animal y el hipnotismo; al mismo tiempo, reivindican el reconocimiento de otra concepción de la medicina que debería ocupar un lugar importante en la historia de la psicología y de la psiquiatría.

El magnetismo animal, descubierto por el médico vienés Franz Antón Mesmer (1734-1815), es un método curativo que intenta extraer del individuo aspectos escondidos de su sufrimiento, difícilmente captables por las terapias tradicionales. La relevancia del magnetismo animal y del hipnotismo reside fundamentalmente en el descubrimiento del «inconsciente» y de la «palabra» como elementos decisivos en la psicoterapia, que se convierte en un proceso de curación en el que la relación entre paciente y médico resulta vital; el enfermo es considerado como un ser único, no intercambiable.

En 1779, Mesmer introdujo en Francia el magnetismo animal a través de su obra *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal* en la que resumía los principios teóricos y las aplicaciones terapéuticas de su método. Defendió la existencia de un fluido magnético universal que podía ser movilizad hacia el cuerpo de los seres humanos; su éxito fue indiscutible pero no consiguió la aprobación de las instituciones oficiales y su sistema fue desacreditándose paulatinamente.

El marqués de Puysegur (1751-1825) desarrolló el magnetismo de Mesmer descubriendo el sonambulismo artificial o sueño magnético; se trata de una forma de hipnosis bastante completa que se extendió por toda Europa a finales del siglo XVIII, sobre todo por Francia y Alemania.

El conocido neurólogo francés Charcot (1825-1893) se centró en la investigación de los fenómenos de la sugestión y de la hipnosis en los que veía un elemento físico, un determinismo somático; él mismo inició a Freud en el conocimiento de estas materias. El magnetismo animal y el hipnotismo precedieron y prepararon el psicoanálisis de Freud, que tradujo y prologó conocidas obras de Charcot y Berheim; asimismo, recomendó y utilizó la sugestión hipnótica desde el año 1887. Sin embargo, más adelante, él mismo llegaría a distanciarse de las influencias anteriores.

En este recorrido por la historia del magnetismo animal y del hipnotismo, hay también claros testimonios del gran triunfo que consiguieron estas psicoterapias en el Romanticismo, movimiento con el que compartían el sentido de la libertad y la



concepción del ser humano como algo singular; del mismo modo, es evidente su influencia en la medicina española del siglo XIX en la que despertó gran interés, siendo exponentes del mismo Ramón y Cajal y Juan Giné. Sin embargo, hay un notorio declive del hipnotismo médico y psicológico en nuestro país en la primera mitad del siglo XX, cuyas causas están minuciosamente analizadas en el capítulo de González de Pablo «El hipnotismo en la España del primer tercio del siglo XX».

Por otra parte, queremos resaltar que el libro que nos ocupa resulta muy atractivo por los testimonios tan sugerentes y peculiares que presenta y que responden a la originalidad misma del magnetismo animal. Nos referimos tanto al relato de la terapia magnética del doctor Klein, acaecida en el Romanticismo alemán, como a la variada crónica de sucesos de magnetizadores. Entre ellos, cabe destacar el proceso judicial de Mme. Frigard, recogido en «Le Figaro» del 14 de agosto de 1867. Asimismo, también despierta nuestra curiosidad el copioso y detallado número de ejemplos en los que se relaciona el magnetismo animal y el hipnotismo con la literatura y el cine, como los relatos publicados por Edgar Allan Poe en 1884 con el título «Revelación mesmérica» o la película de Woody Allen «La maldición del escorpión de Jade» en donde se trata el tema de la hipnosis.

Es importante subrayar que los autores de esta obra no sólo han querido rescatar al magnetismo animal y al hipnotismo de su inmerecido lugar, sino que nos recuerdan que desde 1958 existe un resurgimiento de la hipnosis en España gracias a la iniciativa de la cátedra de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona; su labor propició que en 1960 el médico colombiano Alfonso Caycedo, miembro de la cátedra de psiquiatría de la Universidad Complutense, fundara la sociedad española de hipnosis clínica y experimental, iniciando una nueva y esperanzadora etapa.

Finalmente, reflexionemos, haciéndonos la misma pregunta que se hace Jean Pierre Peter en el capítulo titulado «Lo que los magnetizadores nos han enseñado»: ¿Qué es, pues, en verdad, esta experiencia singular, qué este otro dispositivo de sí mismo que reajusta la conciencia y la identidad sobre un plano diferente de la norma admitida, que modifica el funcionamiento del cuerpo y lleva consigo una relación con el otro completamente nueva, más directa, que actúa más en reciprocidad, pasando por otros planos? Y todo esto, ¿qué lo provoca? ¿El azar (enfermedad, accidente), la afectividad (deseo, fascinación), la voluntad (sugestión, autosugestión), la disciplina (ejercicios, ritos), la fe (mística)? ¿Cuál es, para terminar, la relación de todo esto con lo religioso?».

Ana Salinas Moya
Córdoba

Sintes Raúl

POR AMOR AL ARTE

Entre el Teatro Espontáneo y la Multiplicación Dramática, Buenos Aires
México, Lumen, 2002. (P. 170)

Definir un libro como murga, ya es un avance de humor en los tiempos que corren. La foto de la portada con el autor y la compañía disfrazados es un preludio de lo que se va a encontrar.

Nacido desde la amplitud de miras que representan los encuentros iberoamericanos, e hijo de su tiempo, donde cada vez se utilizan más las comunicaciones por Internet, es un libro coral, caótico al inicio, como todo caldeamiento grupal, que muestra el nacimiento del Teatro Espontáneo (TE) en Uruguay, para extenderse a las preocupaciones de la humanidad.

Preñado de una visión actualizada y revisada del freudomarxismo, no desdeña ir a las raíces morenianas del teatro y a los movimientos teatrales más innovadores del siglo XX.

El Teatro Espontáneo es un locus creativo que desde la escena representada se extiende a las de los participantes y a las de la sociedad. Nada mejor que las adicciones ó entrega a una sustancias ó las a-dicciones, forzada etimología de lo no dicho y si consumido, ó a la negación de las dos.

TE y Psicodrama, que fue una deriva del primero, son comentados a la luz de Moisés Aguiar, promotor brasileño del primero y autor de un magnífico libro al respecto.

Sobre la Escena, resulta muy estimulante la comparación con la pintura medieval, recuerdo yo los Beatos, donde los personajes forman una unión con un mundo estructurado en colores planos desde lo terrenal a lo celestial, pero son parte del mundo, y el Renacimiento, donde la perspectiva dibuja primero el espacio e inserta en ellos los personajes, siendo el espectador un ente ajeno. Metáfora crítica a la separación Cuerpo/Mente, o Observador/Observado que persiste obstinadamente en los criterios científicos actuales. La borradura entre actores y público es lo que separa el TE del Teatro, ya que en el segundo el público mira la teoría que los actores representan, siendo ambos ajenos a la creación.

Pasar del TE a la psicoterapia como Obra Abierta es un avance en consonancia con las actuales corrientes psicoterapéuticas, donde el terapeuta muestra los cauces del agua de la montaña y es el agua la que elige por donde correr.

Las comunicaciones por Internet comienzan por una poesía, para reflexionar sobre la alegría, que induce a la acción, y la tristeza que detiene ó paraliza, según Spinoza en las lúcidas palabras de Unzaga.

Recoge la Multiplicación Dramática de Frydlewsky, Kesselman y Pavlovsky, que en su proceso creativo es propia del TE y que el autor continúa después de la dramatización para ampliarla con sus múltiples sentidos.

Acaba Dotta con un capítulo dedicado a Psicodrama y Literatura., que es atravesado por el TE y el Carnaval.

Es preciso leer el libro como un Carnaval, esbozar sonrisas con lo que resuena, ponerse la máscara y actuar. Entrar en el caos, sin dejar de disfrutar. Más que un libro al uso, es un calidoscopio de pensamientos y sentimientos, que cuando te atrapan no dejas hasta haber llegado al final. Cuando acabas, deseas volver a empezar.

José Antonio Espina Barrio

NOTA DE PRENSA

LA CARA OCULTA DE SALVADOR DALÍ

Luis-Salvador López Herrero

A lo largo de este año en que se conmemora el centenario del nacimiento de Salvador Dalí, mucho se va a hablar acerca de este personaje tan controvertido. Su biografía, sus anécdotas más carismáticas, su histrionismo o sus comportamientos y relaciones sociales paradójicas van a ir configurando todo un marco desde donde se abordará la imagen más conocida y espectacular de Dalí. Sin embargo, ¿cabían otras opciones?, se pregunta acertadamente el médico y psicoanalista López Herrero.

En este sentido, *La cara oculta de Salvador Dalí* no es un escrito más acerca de este personaje singular que cautivó a todo un siglo sediento de mitos, sino que es éste un trabajo peculiar, diferente y, en cierta forma, novedoso. Su singularidad radica en tratar de construir, a través de las palabras y de los textos dalinianos más relevantes -entre otros, *El mito trágico del «Ángelus»* de Millet y *Vida Secreta de Salvador Dalí*-, la lógica de un personaje -el divino Dalí- que, con su conducta hechizante, nos obligó a preguntarnos qué se ocultaba tras su máscara megalomaniaca, qué encubría ese comportamiento tildado, en ocasiones, de cínico, cuál era, en verdad, el rostro oculto de Dalí.

Ahora bien: aun cuando el motivo central del estudio es la captura de la lógica del personaje daliniano para asentar así, de manera transparente, que Dalí, en verdad, era un loco que no lo estuvo más que en momentos muy concretos de su vida -como él mismo muy bien se encargó de señalar¹, el libro también persigue de manera insistente otros puntos de interés. De esta forma, el texto nos muestra diferentes aperturas o líneas de trabajo que invitan a pensar, claramente, la relación, por un lado, entre el psicoanálisis y el surrealismo a principios de siglo, así como la influencia que el autor detecta entre ambos movimientos a través del encuentro de tres de sus figuras estelares: Freud, Dalí y Lacan. No hay que olvidar que, si bien siempre se había reconocido la necesidad que el movimiento surrealista había tenido del psicoanálisis para su desarrollo inicial, permanecía, sin embargo, demasiado escondida la influencia que el propio movimiento surrealista y sus poetas admirados (Rimbaud, entre otros) habían ejercido en el desarrollo de este movimiento psicoanalítico que pretende sistemáticamente desubicar a la conciencia (al yo) de su papel estelar en el campo de la conducta humana. En este sentido, tal como señala López Herrero, los surrealistas, siguiendo fielmente los primeros textos de Freud, servirán de antorcha y

1. Recordemos su conocida frase: «La única diferencia entre un loco y yo es que yo no estoy loco». Si esta era la única diferencia, entonces en qué radicaba el punto de similitud con la locura. Sin duda, Dalí era un loco que se resguardó muy bien para no estarlo, gracias a la creatividad de su método paranoico-crítico, así como a esa función de sostén ejercida por Gala, y también a la construcción de su personaje: el divino Dalí.

guiarán el futuro devenir lacaniano: «el inconsciente está estructurado como un lenguaje».

Es, precisamente, esta influencia inicial entre ambos movimientos, lo que permite que su autor persiga ahora, a través del método paranoico-crítico de Dalí, los puntos de conexión y el enriquecimiento surgido entre el surrealismo y el psicoanálisis. El encuentro de Dalí con Lacan, a propósito de la tesis doctoral de éste acerca de la paranoia, y el método paranoico crítico daliniano como elemento creativo y estabilizador de su locura, dará pie en el texto a todo un hipotético viaje de encuentros e influencias entre ambos autores. Sin embargo, y a pesar de mostrar todos estos puntos de influencia teórica y práctica entre ellos, López Herrero no persevera en su intento de revelarnos el rostro oculto de Dalí bajo el espectro del hermano muerto. El capítulo dedicado al Otro Dalí es un intento por señalar las consecuencias de su nacimiento especial -nueve meses después del fallecimiento del hermano- y de la inscripción de un nombre -Salvador- que vela tanto la tragedia familiar -el abuelo paranoico que se suicidó- como el nombre de su hermano muerto. Y es que «un nombre es siempre una elección del Otro; es un significante que viene del Otro, de ese Otro que preexiste al sujeto. Ahora bien: es necesario plantear que este nombre que espera la llegada del futuro niño, no es escogido por azar, sino que remite a un deseo inconsciente. ¿Qué deseo estaba en juego en los padres, y concretamente, en la madre en esa elección?».

No obstante, el libro no sólo interroga las coordenadas subjetivas que esperaban a Dalí a su llegada al mundo, sino que también responde, desde una concepción psicoanalítica, esa peculiar salida megalomaniaca que Dalí tendrá que ejercitar «inconscientemente» para tratar de salvarse del enigma de una locura que sistemáticamente le acecha. Y, evidentemente, así hay que entender, como tempranamente intuyó André Breton, la aplicación del método paranoico-crítico a lo largo de su trabajo acerca del Ángelus de Millet. De esta forma, y siguiendo fielmente el propio texto daliniano, el médico y psicoanalista López Herrero nos muestra a continuación, de manera rigurosa, la influencia oculta que ejerció en Dalí la obra de Freud, a través de su conocido ensayo Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci, así como también ese carácter propiamente innovador que el propio trabajo daliniano promueve. Porque, ¿qué sentido encierra, a la luz del texto de Dalí, ese aparente encuentro apacible y bucólico de campesinos en el albor del amanecer? ¿Cómo fundamentar esa percepción trágica alucinatoria², acerca del Ángelus, que Dalí va a insistir en revelarnos a lo largo del texto? El lienzo del Ángelus nos revela, bajo la aparente imagen insípida y estereotipada de campesinos, «la variante maternal del mito inmenso y atroz de Saturno, de Abraham, del Padre eterno con Jesucristo y del mismo Guillermo Tell devorando a sus propios hijos».

2. La madre que devora a su propio hijo.

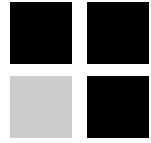
Ahora bien: si Dalí nos ha ofrecido su versión del mito trágico de Millet, que para él encubre claramente las inquietudes del propio pintor bucólico realista, lo que «desconoce», en verdad, es que, bajo su intuición y certeza, de quien verdaderamente nos ha estado hablando todo el tiempo es de él mismo. Y éste es, al hilo del propio texto daliniano, el trabajo interpretativo que realiza el médico y psicoanalista afincado en León.

Finalmente, y a lo largo de la última parte de su libro -El personaje daliniano-, el autor profundiza y resignifica, definitivamente, lo ya señalado a lo largo del texto, a través de la configuración de ese marco estructural que define lo más íntimo de nuestro pintor Salvador Dalí: la psicosis. Es decir, ¿por qué Dalí era un loco?, ¿cuándo se desencadenó?, ¿cómo llegó a estabilizarse?, ¿qué función tuvo Gala, en su vida y en su obra? Son preguntas que su autor nos irá desvelando a partir del relato de uno de los textos más esenciales de la obra daliniana: Vida secreta de Salvador Dalí.

Para concluir, y a modo de reflexión, López Herrero se adentra en el drama final daliniano. «La vida es siempre un misterio difícil de descifrar. El enloquecimiento tardío de Dalí, a través de un estado de estupor melancólico, así como su soledad y el aislamiento final al que fue condenado, no fueron más que el encuentro con una verdad aplazada que hizo acto de presencia cuando el telón ficticio de voces e imágenes que le habían arropado a lo largo de su vida cayó definitivamente. Si Dalí vivió combatiendo el acecho de la locura, ésta asomó funestamente su rostro oculto una vez que Gala, su método, su obra y el personaje que había creado -y que tanto había mimado- desaparecieron de la escena».

Nos encontramos, así, ante un trabajo metódico, riguroso y novedoso en la manera de abordar el enigma daliniano, cuyas fuentes hay que buscar, como muy bien nos indica su propio autor, en una serie de encuentros acontecidos con el pintor y Gala, durante el verano del 78. «Este trabajo de interpretación acerca de la cara oculta de Salvador Dalí y su conexión enriquecedora con el psicoanálisis es, en buena medida, resultado de mi aventura surrealista; de mis encuentros con Dalí y Gala, y de mi experiencia psicoanalítica».

SECCIÓN



PÁGINAS DE LA ASOCIACIÓN





Información y actividades de la Junta de la AEN, enero-marzo 2004

■ JUNTA DIRECTIVA. ACTIVIDAD DE LA JUNTA Y TEMAS DISCUTIDOS POR E-MAIL

- Información sobre la marcha de la Escuela de Salud Mental de la AEN: Actualización del proyecto, estatutos, relación de tareas en marcha, propuesta de carta a las personas a las que les vamos a pedir que actúen de evaluadores y formularios de solicitud de cursos y de evaluación de las propuestas de actividades de formación continuada. Se está discutiendo sobre la mejor manera de conseguir el dinero necesario para el capital fundacional.
- Actualización de los e-mail, tanto de la junta, como de las personas que representan a la AEN en algún foro. Puede accederse a la información en: <http://www.pulso.com/aen/2.htm>
- Actualización cuotas MIR, PIR y EIR que hayan dejado de serlo. Se acuerda enviar a cada autonómica la base de datos con estos socios para que la actualicen y reenvíen a secretaría aen@pulso.com con objeto de actualizar las cuotas cuando sea oportuno.
- Se solicita de cada asociación autonómica información sobre si están dadas de alta en el registro de asociaciones, si tiene NIF y si pagan algún impuesto a Hacienda. Han contestado todas las asociaciones. La información se solicitó desde una asesoría con la que hemos contactado para poner en orden las cuentas de la AEN. Tanto los estatutos de la AEN como los de todas las asociaciones autonómicas deberán modificarse para adecuarse a la nueva ley de asociaciones. Será uno de los puntos del orden del día de la asamblea extraordinaria a celebrar en Barcelona.
- Se informa por parte de Alberto Fernández Liria acerca de diversas acciones para la constitución y puesta en marcha del banco de datos/biblioteca virtual.
- Antonio Escudero remitió el comunicado de prensa que está elaborando la Comisión Prosalud Mental sobre la situación del CRPS de Torrelodones. Tras algunas sugerencias, nos adherimos al comunicado.
- Debate sobre la financiación de las Jornadas de Barcelona, especialmente en lo que concierne a la participación de la industria farmacéutica. Se debate acerca de las relaciones con la Industria Farmacéutica, concretamente en lo que está relacionado con la captación de fondos para la escuela de salud mental, la página Web, la organización de congresos y jornadas, etc. Se trató en la junta de febrero.
- En relación también con las Jornadas de Barcelona, se han elegido los simposium: «Observatorio de Salud Mental» (Isabel Salvador); «Los centros de salud mental

- hace quince años y ahora» (Kiko Montilla) y «Diversidad e integración de abordajes en la esquizofrenia» (Forum Salud Mental).
- El nuevo presidente de la Asociación Aragonesa es Mariano Sanjuán. Su dirección e-mail: msanjuan@salud.aragob.es
 - Se han cruzado varios correos acerca del grupo de trabajo de enfermería. Los interesados pueden ponerse en contacto con M^a Eugenia Díez eugenia.diez@sespa.princast.es .
 - Propuesta de grupo de trabajo conjunto con la Sociedad de Sanidad Penitenciaria. Dado que es una propuesta concreta al grupo que trabajó en la ponencia, se recoge la información para difundirla al resto de la junta
 - Información del cese de Fermín Pérez, al parecer «por disentir en foros internos de discusión del decreto de ordenación de servicios de salud mental que se está preparando en Andalucía». Se ha contactado con la Asociación Andaluza y ofrecido apoyo a las acciones que propongan. Carta de Paco Chicharro al Consejero de Sanidad.
 - El «ciberdebate» acerca del tratamiento ambulatorio forzoso o involuntario ha sido uno de los temas estrella y que más correos, y más extensos, ha cruzado entre miembros de la junta. Parece claro que no hay una postura común y que existen muchos matices y puntos de vista al respecto. Además se han aportado documentos y opiniones «externas» a la junta, incluyendo la de la Fundació CCSM o la de miembros del Comité de Bioética de Salud Mental de Álava. En lo que sí parece existir un acuerdo es en las carencias actuales de recursos de tratamiento comunitario de alta intensidad para los pacientes posibles candidatos. En la reunión de la junta de febrero de 2004 se distribuyó un documento conteniendo un resumen de las opiniones emitidas y se ha propuesto incluirlo como punto del orden del día de la próxima reunión de la junta.
 - Otro de los asuntos tratados con cierta extensión ha sido el del Real Decreto sobre Autorización de Centros Sanitarios (REAL DECRETO 1277/2003, de 10 de octubre). Tras diversos cruces de información, hay acuerdo en que ni se contempla la rehabilitación psicosocial ni están recogidas en condiciones las competencias de los psicólogos. En la reunión de la junta se tomó la decisión de escribir una carta de protesta dirigida a la ministra y estudiar la posibilidad de interponer un recurso.
 - Alfred Capellà envió el programa de las XIX Jornadas de la AEN para posibles correcciones o sugerencias. Se hacen algunas sugerencias de modificación y algunas propuestas para facilitar la distribución. El programa definitivo ya está disponible.
 - Paco Chicharro informa de la revisión de los reglamentos de las Secciones y Organización de Jornadas y Congresos, con vistas a incluirlos en el CD para repartir a los socios (junto con el Directorio de Socios, los Estatutos, y los números de



la revista 2003). Se ha modificado la aportación económica a la secciones, que cambia de 100.000 pesetas a 1.000 euros (o sea, el mismo camino que han seguido otros «bienes de consumo» tras la llegada del euro: 1 euro=100 pts.)

■ DOCUMENTACIÓN RECIBIDA

- Acta de la Comisión Nacional de Psiquiatría.
- Estatuto Marco del Personal Sanitario.
- Documento/Informe con un resumen de la actividad de la comisión nacional de psicología clínica (CNEPC) e información específica sobre homologación de títulos de la especialidad enviado por Begoña Olabarría.
- Versión preliminar del Plan Integral del Cáncer, del Ministerio de Sanidad y Consumo Beatriz Rodríguez Vega ha participado como representante de la AEN en el grupo de trabajo del ministerio que lo ha elaborado.
- Documento-Resumen de correos con el debate sobre el tratamiento ambulatorio forzoso o involuntario.
- Documento CCSM sobre el tema
- Documento-Nota de Prensa acerca del «Caso Torrelodones»
- Informe de la Asociación Andaluza de Salud Mental sobre la Salud Mental en Andalucía
- Informe de la Asociación Balear
- Memoria de la Asociación Asturiana
- Informe de Gestión de la Asociación Valenciana
- Documento-Presentación Observatorio de Salud Mental (enviado por Isabel Salvador)
- Documento Plan d'actions pour le developpement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale en Francia
- Comunicado Oficial de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) sobre el Proyecto de Programa de la Especialidad de Psicología Clínica.
- Posición de la AEN sobre el Proyecto de Real Decreto por el que se modifican las disposiciones transitorias del Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el Título Oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica y se abre un nuevo plazo para solicitar dicho título.
- Posición de la AEN sobre el Real Decreto 1277/2003, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios
- Documento acerca de la consideración de la Rehabilitación Psicosocial como prestación sanitaria.

■ RELACIONES CON OTRAS ASOCIACIONES

Información procedente de la WPA:

- La WPA informó de la creación del World Psychiatric Association Young Psychiatrist Council (WPA-YPC) con el objetivo de promover el desarrollo profesional de los psiquiatras jóvenes (menores de 40 años). Solicitaron un psiquiatra menor de 40 años como representante de la AEN. Se propuso y se aceptó a Miguel Etxebarria Martínez de Bujo (Baleares) como representante de la AEN en el Consejo de Psiquiatras Jóvenes de la Asociación Mundial de Psiquiatría para el periodo 2003-2005.
- Se recibió información de la solicitud de esponsorización de la WPA por parte del VIII Congreso Nacional organizado por la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Bilbao, 26-30 octubre de 2004. No objetamos.
- Se puede solicitar la esponsorización de la WPA para las actividades de la asociación. La tramitación se realiza a través de Pedro Ruiz: Pedro.Ruiz@uth.tmc.edu Se envió información a Alfred Capella por si consideraban de interés hacer la solicitud para las Jornadas de Barcelona.
- 4th Meeting of Leaders of European Psychiatry. Geneva, 14 de abril 2004. El tema del encuentro es: Psychiatric services focused on a community: challenges for the training of future psychiatrists. Organizado por la WPA, UEMS, OMS y AEP
- XIII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY CAIRO 2005 5,000 Years of Science and Care: Building the Future of Psychiatry. El Cairo, 10-15 de setiembre de 2005. <http://www.wpa-cairo2005.com>
- WPA General Survey. John Cox envía una encuesta preguntando opiniones sobre las actividades de la WPA
- La WPA ha enviado un pequeño cuestionario sobre sociedades con intereses y actividad en el campo de la Psicogeriatría.

■ INFORMACIÓN PROCEDENTE DE SALUD MENTAL EUROPA

- La MDAC (Mental Disability Advocacy Center) informaba acerca del uso de las llamadas camas-jaula como medida de contención en varios países de centro Europa y Europa del este (como República Checa, Hungría, Eslovaquia y Eslovenia) y solicitaban la participación en diversas acciones de condena a dicha práctica, incluyendo el envío de una carta-modelo a los representantes políticos de los países afectados. Se redactaron y enviaron cartas de protesta -solicitando que se dejen de utilizar estos artilugios- a los presidentes y ministros de sanidad de esos países (República Checa, Hungría, Eslovaquia y Eslovenia), con copia a MDAC, cartas que esta asociación ha incluido en su página Web (previa petición por su parte de autorización, que por supuesto dimos). Nos Informan también de su nuevo boletín disponible en <http://www.mdac.info/>



- Salud Mental Europa está promoviendo una campaña de reclutamiento de socios. Solicitan direcciones de instituciones, servicios, asociaciones que pudieran estar interesados.
- Informan sobre Conferencia en Nova Gorica, Eslovenia, el 27 y 28 de mayo de 2004, con el título «Education for Change»
- Elección de Junta Directiva de SME. Candidaturas hasta el 18 de febrero de 2004. Se confirma el interés y se propone a Víctor Aparicio como candidato a representante de la AEN en dicha junta.
- EUROPEAN CONFERENCE «Harassment and discrimination faced by people with a psychosocial disability in health services : a European survey» BRUSSELS, 23 de abril de 2004.

■ UNIÓN EUROPEA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

- Se informa de la creación de un grupo de trabajo AEP, UEMS, WHO and WPA para la acreditación internacional de cursos y eventos de psiquiatría que tengan lugar en Europa. Se trata de establecer criterios de calidad europeos para que las actividades que se organicen sean reconocidas por esas asociaciones y los gobiernos. Se recibió una carta de Mario Maj solicitando apoyo a este proyecto (la JD acordó apoyarlo). Se contestó, adhiriéndonos al proyecto.

■ ASOCIACIONES AUTONÓMICAS

- Alicia González remite información acerca de la Asociación Balear, incluyendo:
 - Junta Directiva: Nueva Junta Directiva 2003:
 - Presidenta: Alicia González (Psiquiatra)
 - Secretario: Pedro Pizá (Trabajador Social)
 - Tesorera: Francisca Tur (Monitora Psicossocial)
 - Vocal Ibiza: María José Maicas (Psiquiatra)
 - Vocal Menorca: Joan Llorens (Psicólogo)
 - Vocal Menorca: Antonio Liñana (Psiquiatra)
 - Vocal Mallorca: Cristina Iglesias (Enfermera)
 - Vocal Mallorca: Guillermo Larraz (Psicólogo)
 - Vocal Mallorca: Mar Rojas (Psiquiatra)
 - Vocal Mallorca: Pilar Risco (Psicóloga)
- OME-Asociación de Salud Mental (País Vasco y Navarra) remite su nueva dirección postal: Apdo. de Correos 27648991-Algorta. Bizkaia. Psiquiatría Insólita es el título de una nueva columna, escrita por el Dr. Juan Medrano, muy recomendable. Desde la página de OME puedes suscribirte si deseas recibir la columna en tu correo: <http://www.ome-aen.org/>

- Desde la Asociación Vasca de Salud Mental-OME nos informan de la celebración (23/01/04) de la conferencia del Dr. Guy Briole: «Como cura la psiquiatría y como cura el psicoanálisis: perspectivas para este siglo». Organizado en colaboración con el Seminario del Campo Freudiano en Bilbao, el texto está previsto publicarlo próximamente en la revista Norte de Salud Mental. Pueden verse algunas fotos en: <http://www.ome-aen.org/soloomo/fotos/2004/Briole230104/index.html>. Siguen publicando la magnífica serie «Psiquiatría Insólita», elaborada semanalmente por el Dr. Juan Medrano.
- Amalia Tesoro remite un informe de la Asociación Andaluza de Salud Mental sobre la Salud Mental en Andalucía. Pendiente, al igual de otros documentos, de colgar en la página Web. Con posterioridad se recibe la información de que la Asociación Andaluza ha firmado un convenio con la Consejería de Sanidad, con fecha 25 de febrero, con el siguiente contenido:

PRIMERO

«La Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud se comprometen a desarrollar los contenidos del Plan Integral de Salud Mental, 2003-2007, dotando al Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) de los instrumentos necesarios para alcanzar los objetivos fijados en el mismo.

SEGUNDO

La Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría se compromete a colaborar activamente con el SSPA en el desarrollo del citado Plan Integral, participando en cuantas actuaciones se promuevan para la mejora de la calidad de la atención en Salud Mental.

TERCERO

Para el seguimiento y evaluación del presente Convenio, se creará una Comisión de Seguimiento, que velará por el cumplimiento del mismo. Estará constituida por seis miembros, tres en representación del SSPA y tres en representación de la AAN. Tendrá como funciones informar sobre el cumplimiento del Convenio, interpretarlo cuando fuere necesario y proponer su revisión, prórroga o cancelación. Dicha Comisión se reunirá periódicamente, al menos, una vez cada seis meses. Las decisiones de este órgano se adoptarán por acuerdo de ambas partes.

CUARTO:

El presente Convenio entrará en vigor una vez firmado por ambas partes y tendrá una duración de un año, prorrogable automáticamente a su vencimiento por idénticos periodos. Igualmente, podrá ser denunciado debiendo ser notificado a la otra parte con dos meses de antelación.

QUINTO:

Las partes podrán desarrollar los acuerdos de este Convenio, incorporando al mismo, como anexos, aspectos concretos no previstos en él»



- Se han recibido, asimismo:
- Informe de la Asociación Balear
- Memoria de la Asociación Asturiana
- Informe de Gestión de la Asociación Valenciana
- Se Informa del nuevo presidente de la Asociación Canaria: José Luis Hernández Fleta. jherfle@gobiernodecanarias.org jherfle@wanadoo.es

■ OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL

- Isabel Salvador remite información actualizada sobre el observatorio para su inclusión en la página Web y difusión. Se incluye la relación de los componentes del grupo, coordinadores en cada autonomía, y los objetivos.

Aragón

Alvaro Monzón Montes

Andalucía

Fermín Pérez

Asturias

Cesar Sanz de la Garza

Baleares

Laura de la Fuente

Canarias

Cecilio Hernández de Sotomayor

Cantabria

Oscar Vallina

Castilla León

Pilar de la Viña

Castilla La Mancha

M^a del Mar Soler

Cataluña

Belen Díaz Mújica

Cristina Gisbert

Ceuta:

Luisa Gotón, Carolina Biondi, Maite Medina

País Vasco y Navarra

Ander Retolaza

Extremadura

Margarita Silvestre García

Galicia

Fernando Márquez Gallego

La Rioja
Carmen Merina Díaz
Madrid
Ivan de la Mata
Melilla
Joaquín López de Guevara
Rosa Clarés
Valencia
Manuel Gómez Beneyto

Isabel Salvador envió una presentación del Observatorio para la Web (se colgará en cuanto estemos operativos). Informa asimismo del envío a todas las asociaciones autonómicas del nuevo cuestionario, y está a la espera de recibir los datos revisados y actualizados. Hasta el momento solo dispone de los datos de Murcia, Asturias y Baleares, y solicita se recuerde el asunto en la reunión de la Junta. Están en marcha los preparativos para exponer dichos datos en el Congreso de Barcelona. Sugiere que Paco Chicharro introduzca dicha presentación, con una pequeña exposición de la razón de ser y objetivos del Observatorio.

■ SECCIONES

- Liana Vehil, Secretaria de la flamante Sección de Rehabilitación, envía una ficha para los nuevos miembros de la sección, una relación provisional de miembros, y un resumen de los proyectos de actividades. Por diversas razones, que esperamos resolver en breve, no ha sido posible colgar actualizada dicha información en la Web.

■ PUBLICACIONES

- Se han recibido en formato electrónico los números de la revista de la AEN publicados en 2003. La idea es incluirlos en el CD con el directorio de socios, y en cuanto sea posible, colgarlos en la Web.

■ CONGRESOS, JORNADAS, CURSOS

- Congreso sobre el Sueño Erótico, en Lérida, 16-18 de diciembre de 2004.
- Información sobre el XIII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY. Cairo 10th-15th September, 2005. www.wpa-cairo2005.com.
- 18th PanHellenic Congress of Psychiatry, en la isla de Kos, Grecia, del 14 al 18 Mayo 2004. La temática del congreso parece relacionada fundamentalmente con la Historia de la Psiquiatría. Contacto diastasi@diastasitravel.gr



- «El médico y la sanidad española» organizado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en Madrid del 28 al 30 de abril de 2004.
- «Guías Terapéuticas en las CC.AA.» (Madrid, 28 de enero). Asisten Eudoxia Gay y Víctor Aparicio, como representantes de la AEN.
- Como se ha comentado en el apartado de información acerca de SME, se celebra en Eslovenia, el 27 y 28 de mayo, la Conferencia «Education for Change». Según el programa se refiere a la educación en salud mental en todos los ámbitos, a profesionales, usuarios y público en general. Los temas a tratar en los tres días son:
 - día 1º - «Educando al público y actividad antiestigma»
 - día 2º - «Como prevenir abusos y asegurar la calidad. Educando a los profesionales de salud mental y a usuarios de los servicios de salud mental»
 - día 3º - «¿Responde la educación a las necesidades de los usuarios de los servicios de salud mental?»

El precio, para los miembros de SME es de 135 euros si la inscripción es antes del 29 de Febrero.

- XV Symposium Internacional de la ISPS (www.isps.org, www.ispsmadrid.com) y a organizar y presidir una de las sesiones. Madrid, 13 al 16 de junio de 2006. Los temas son:
 - «Global Views & Integrated Therapies»
 - «A Hundred Years of Schizophrenia Psychotherapy .50th ISPS Anniversary «Improving Services, Helping Persons and Families with Psychotic Problems»
- Congreso de Historia de la Medicina, Albacete 2005. Se solicita un representante de la AEN para participar en la mesa de clausura. Se propone a Antonio Rey, como presidente de la sección de Historia, para participar en dicha mesa.
- Conferencia sobre «Salud y Bienestar de los Profesionales Sanitarios», organizado por la Fundación Galatea (fundación creada por los colegios catalanes de médicos, tiene entre sus objetivos la prevención del desgaste profesional y la mejora de la calidad de vida del colectivo sanitario promoviendo programas que ayuden a su salud y bienestar físico y mental. Por el momento, la fundación cuenta con ocho programas, entre los que están los dedicados a la salud de los estudiantes de Medicina, la de los MIR, la preparación del médico ante la jubilación y el síndrome de burn-out) y la Organización Médica Colegial. (27-1-04)
- Psychiatry, Law and Ethics. 23-25 de Marzo de 2004. Eilat, Israel www.isas.co.il/

■ Página Web

- Se han cruzado diversos correos informando sobre las gestiones y proyectos relacionados con la página Web, que más o menos se resumen en:
- El registro del dominio aen.es está en marcha, y en breve estará activo. Esto incluye también el próximo cambio de la dirección de correo de la secretaría a la de aen@aen.es

- Ya se ha podido acceder a los contenidos de la Web alojada en pulso, y se volcarán a la nueva página, que se está actualmente rediseñando. Los criterios básicos de dicho nuevo diseño incluyen:
- Hacer un apartado único que contenga la definición y objetivos, los estatutos, la composición de la junta, y un apartado con las actas y documentación asociativa interna.
- Suprimir el actual el apartado «enlaces».
- Juntar en un punto las secciones y grupos de trabajo (que se desdoblarían después en dos enlaces diferentes)
- Quitar el apartado noticias, y poner en su lugar un apartado llamado «boletín», en este caso con información abierta a todos los socios.
- Añadir un apartado para el observatorio.
- Establecer un formulario de registro, para que los socios puedan introducir sus datos y obtener un password, con el que acceder a información no pública (como por ejemplo el listado de socios); habrá también otro área restringida a la junta, para acceder a las actas, documentación interna, etc., también mediante password y nombre de usuario. Esto servirá también para actualizar datos y obtener direcciones de correo electrónico actualizadas, donde después poder enviar un futuro boletín electrónico para los socios y otras informaciones que se generen de interés general. Va a habilitarse la posibilidad de inscribirse en la asociación on-line, mediante formulario.
- La introducción y albergue de los datos de los socios e información sensible queda protegida por un certificado de seguridad que se está gestionando.
- La idea es hacer una página lo más limpia y clara posible, y que todas las páginas sean fácilmente identificables como de la AEN, con un estilo corporativo. En la página inicial solo saldrían los menús, y la información nueva que quisiéramos destacar

■ OTROS

- Se recibe una encuesta de un grupo de alumnos de 5º de Psicología sobre el conflicto del CRPS de Torrelodones. Contesta Antonio Escudero
- Alberto Fdez Liria envía el Plan d'actions pour le developpement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale en Francia. Conviene leerlo porque, entre otras cosas, hace referencia la regulación de las psicoterapias y está levantando ampollas.
- Antonio Escudero envía la redacción final del comunicado de prensa sobre la no apertura del CRPS de Torrelodones. Informa igualmente de una visita oficial a la Unidad de Deficientes del HPM.



- Se recibe documento de la Fundación Congreso Catalán de Salud Mental con reflexiones y propuestas sobre el Tratamiento Ambulatorio Obligatorio. Se difunde a la junta y se abre un debate (ver sección de la Junta).
- Se ha recibido una petición de un grupo de estudiantes de psicología para reunirse con un representante de la AEN e informarse de las repercusiones de la LOPS para la psicología clínica. La reunión se concretará en breve.
- Víctor Aparicio envía una carta de Amnistía Internacional sobre la situación del Poiana Mare Hospital, en Rumania. Se envía una carta de protesta a las autoridades.
- Escrito de la Subsecretaría General Técnica del M^o de Sanidad y Consumo solicitando informe sobre el proyecto de real decreto por el que se modifican las disposiciones transitorias del Real decreto 2490/1998 por el que se crea y regula el título de especialista en Psicología Clínica y se abre un nuevo plazo para solicitar dicho título. María Eugenia Díez elaboró un escrito «Comunicado Oficial de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) sobre el Proyecto de programa de la Especialidad de Psicología Clínica»
- Víctor Aparicio informa acerca de la propuesta de veto por parte de EE.UU. a la publicación de artículos científicos procedentes de Cuba, Irán, Libia y Sudan, y propone expresar una protesta oficial de la AEN, en la línea de lo ya hecho por revistas científicas como Science. Se redacta y envía carta de protesta

Informe de la AEN sobre las actividades desarrolladas por la nueva Junta Directiva en relación a la especialidad de Psicología Clínica. Marzo de 2004

1. Proyecto de nuevo Programa de formación de especialistas en Psicología Clínica.
2. Acerca de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS
3. Acerca del Real Decreto 1277 por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
4. Valoración y actuaciones sobre la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)
5. Valoración del Proyecto de Real Decreto de ampliación de plazos para homologación de títulos de especialista en Psicología Clínica
6. Sobre la retirada del representante del Colegio Oficial de Psicólogos de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica

1. PROYECTO DE PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

En el anterior número de la Revista de la AEN se publicaba el nuevo Programa de Formación de la especialidad de Psicología Clínica, aprobado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica (CNEPC) en marzo de 2003 y que se encuentra actualmente a la espera de ser valorado por la Administración. Recientemente, desde la Junta de la AEN, nos hemos dirigido a los Ministerios de Educación y Sanidad para expresarles nuestro absoluto respaldo y apoyo al mismo, al tiempo que instamos a su pronta aprobación. Además hemos elaborado un comunicado oficial sobre este Programa que recoge la valoración de nuestra Asociación al respecto y que reproducimos a continuación.

«La Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría desea hacer expresión pública de su respaldo y apoyo al nuevo Programa de Formación de la Especialidad de Psicología Clínica, actualmente en fase de Proyecto, cuyo texto se presenta a continuación y que fue aprobado por unanimidad por la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica (CNEPC) en marzo de 2003, encontrándose actualmente a la espera de ser valorado por la Administración.

Los esfuerzos de los miembros de la CNEPC en la elaboración de este Programa, han dado como resultado poder contar con un Proyecto Programa de Formación que sin duda viene a subsanar las limitaciones y coerciones establecidas en el texto del Programa de Formación vigente, que fue elaborado por la Comisión Nacional Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica en 1994, aprobado por la misma Comisión en 1995 y publicado en la «Guía de Especialidades» del Ministerio de Sanidad en 1996.

El vigente Programa fue entonces un hito en la medida que representaba un paso más en el camino hacia la consecución de la Especialidad, que se alcanza en diciem-



bre de 1998 con la publicación del R.D. 2490/98. Quedó, pues, aprobado el Programa de Formación de Especialistas en Psicología Clínica años antes de la creación de la Especialidad y como elemento clave para su consecución.

Este Programa, que aportaba elementos fundamentales provenientes y desarrollados en los primeros Programas PIR autonómicos durante los años 80 (1983: Asturias; 1986: Andalucía; 1987: Navarra; 1989: Madrid; 1990: Galicia)¹, muy novedosos en su día, como la definición de una formación de residentes con circuito de rotación constituido por servicios especializados de Salud Mental diversificados y territorializados, con equipos multidisciplinares, con tutorías, etc., representó no sólo un avance para la Psicología Clínica en cuanto a su oficialización -como antes quedó dicho-, sino también una referencia por la bondad tanto de su concepción y diseño como de algunos de sus instrumentos.

No obstante, consideramos preciso recordar que este Programa nació con contenidos recortados respecto a lo planteado en su elaboración (al aprobarse quedaron disminuidos: la duración del Programa -tres años- o los objetivos y actividades previstos, por ejemplo) generadores de insuficiencias aceptadas por ser «subsanales» en el futuro.

Sin duda, el futuro de entonces es presente ya: El tiempo de corregir las insuficiencias mencionadas es ahora. Para ello la CNEPC estableció, desde su creación al finalizar 1999 y como una de sus prioridades, la elaboración de un nuevo Programa, abriendo inmediatamente el proceso de elaboración, dedicando a ello notable tiempo y notables esfuerzos y alcanzando unanimidad en el consenso establecido.

La AEN, con el respaldo a este Proyecto de Programa de Formación de Especialistas en Psicología Clínica pretende contribuir a consolidar esta Especialidad, corregir insuficiencias y, en definitiva, mejorar esta formación.

Publicar el Proyecto de Programa es también aportar una primicia y favorecer la toma en consideración del rigor y exhaustividad en su elaboración y diseño. Junto a sus novedades y aportaciones (cuatro años, mejora en la definición del circuito de rotación, incorporación de nuevos objetivos y actividades en nuevos servicios y programas, nuevo Programa Teórico, ajustes en los tiempos, definición del número y niveles de responsabilidad en la ejecución en las actividades previstas, etc.) cabe destacar la potencialidad del mismo como herramienta facilitadora de la necesaria evaluación en distintos niveles, que da cuenta de la complejidad contemplada junto a la sencillez formal expuesta.

1 Con el apoyo para su puesta en marcha de compañeros de la AEN que ocupaban entonces cargos de responsabilidad en las Consejerías de Salud: José García González, Ladislao Lara, Javier Pérez Montoto, Fernando Lamata, Fernando Márquez. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA Profesionales de la Salud Mental Miembro de la World Psychiatric Association, de la World Federation For Mental Health y de Mental Health Europe Villanueva 11, 3º - 28001 MADRID Tel y fax 34 91 4314911 email: aen@pulso.com Pág Web: www.pulso.com/aen/index.htm

Los esfuerzos aportados en el trabajo de elaboración alcanzan este producto que debe configurarse como Programa Oficial, convirtiéndose así en referencia obligada para la acreditación, organización y planificación en las Unidades Docentes, que redundará en la mejor formación de especialistas en Psicología Clínica en los servicios sanitarios multidisciplinarios acreditados del Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, la Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría quiere reconocer y agradecer el excelente trabajo desarrollado por la CNEPC y, muy especialmente, el de su Presidenta, Dña Begoña Olabarría, en todo el proceso de oficialización y puesta en valor de la Especialidad de Psicología Clínica».

2. ACERCA DE LA LEY DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SNS

Esta Ley, aprobada en mayo 2003, se ocupa entre otros ámbitos de las prestaciones en salud pública, atención primaria, atención especializada y dentro de ella de la Salud Mental; así como la definición de la Cartera de Servicios del SNS. Regula la nueva Comisión de Recursos Humanos, en la que participan entre otros organismos, las Comisiones Nacionales de las diferentes especialidades sanitarias, si bien la CNEPC no se encuentra incluida. Dicha Comisión de RRHH tendrá entre otras funciones, la supervisión de los Programas de Formación de Especialistas propuestos por las Comisiones Nacionales específicas, así como la supervisión del número de profesionales necesarios en cada convocatoria anual de plazas de formación. La Junta Directiva anterior, valorado positivamente de manera global el Proyecto de Ley, y en continuidad con dicha posición esta Junta solicitó al Ministerio de Sanidad la incorporación de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica en dicha Comisión de RRHH, así como en todas las estructuras docentes ministeriales y la participación en todos los temas vinculados a la formación de especialistas, formación continuada y planificación de RRHH del SNS.

3. ACERCA DEL REAL DECRETO 1277/2003, POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS BASES GENERALES SOBRE AUTORIZACIÓN DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

Nuestra Asociación tomó posición sobre este Real Decreto tras su publicación en BOE, dado que no tuvo conocimiento de su existencia como proyecto con anterioridad. Este RD es desarrollo de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Se acordó por unanimidad mostrar el desacuerdo con los contenidos por considerarlos lesivos a profesionales no médicos, así como por contener carencias en desarrollos diversos como los referidos a la rehabilitación en Salud Mental. Hemos propuesto al Ministerio que estudiase los procedimientos que permitieran modificarlos y su sustitución por los que se citan a continuación:

U.70 Psicología Clínica: unidad asistencial en la que un Psicólogo Especialista en Psicología Clínica es responsable de realizar diagnósticos, evaluaciones y trata-

mientos de carácter psicológico de los trastornos mentales y de aquellos fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en el proceso salud/enfermedad de los seres humanos y en su calidad de vida.

Esta propuesta de nueva definición elimina la expresión «...dentro del campo de su titulación...», afirmación que consideramos innecesaria por evidente, como lo muestra el hecho de que no ha sido incorporada en las definiciones del resto de las Unidades Asistenciales. Sin duda lo que es más importante es que la definición establecida en el RD 1277/03 en esta materia no se adecua a lo planteado en Real Decreto 2490/1998, por el que se crea y regula el título de Psicólogo especialista en Psicología Clínica, ni a los argumentos establecidos en las sentencias del Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección: Cuarta) de octubre 2002 dictadas en relación a los Recursos Contencioso Administrativos interpuestos en su día contra el RD 2490/98 de creación de la Especialidad de Psicología Clínica. Antes bien, la definición establecida en este RD 1277/03 sobre autorización de Centros en lo que se refiere al apartado U.70 Psicología Clínica, resulta ser sorprendentemente seguidora de los argumentos establecidos por quienes en su día interpusieron dichos Recursos Contencioso Administrativos, que perdieron.

Además, solicitamos la modificación (en el sentido de su apertura) de los aspectos que consideramos más cerrados del RD porque se encuentran más anclados en concepciones que consideramos obsoletas y básicamente superadas. Señalamos a continuación los ítems cuya modificación en esta materia solicitamos y las propuestas de modificación en sus textos:

C.2.5.10 Centros de reconocimiento médico-psicológico: centros sanitarios donde se efectúan las revisiones medico-psicológicas e informes...

C.2.5.11 Centros de Salud Mental: centros sanitarios en los que se realiza el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación psicosocial en régimen ambulatorio de los trastornos y las enfermedades mentales...

U.36 Tratamiento del dolor: unidad asistencial en la que un especialista sanitario es responsable de aplicar...

U.65 Hospital de día: unidad asistencial donde, bajo la supervisión o indicación de un especialista sanitario se lleve a cabo... métodos de tratamiento que requieran durante unas horas atención continuada sanitaria pero no el internamiento en el hospital.

4. VALORACIÓN Y ACTUACIONES SOBRE LA LEY DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS (LOPS)

En los últimos meses se está produciendo en nuestro país un intenso debate y tomas de posición de las diferentes organizaciones de la Psicología en torno a las implicaciones de la LOPS y otros desarrollos normativos en el ejercicio de la Psicol-

gía y la Psicología Clínica. Nuestra Asociación, asumiendo su responsabilidad como asociación científica, ha contribuido con sus propuestas a la incorporación de la especialidad de Psicología Clínica en la LOPS. En este sentido, hay que recordar que en el Anteproyecto de esta Ley excluía de hecho a la Psicología Clínica de las Profesiones Sanitarias.

Esta Ley, aprobada en noviembre de 2003, ha sido objeto de análisis y discusión en diferentes momentos en nuestra Asociación, desde el primer Proyecto de que tuvimos conocimiento. La AEN consideraba de enorme trascendencia la LOPS, junto a la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, por cuanto regula aspectos básicos de las profesiones sanitarias, la estructura general de la formación de los profesionales, su desarrollo profesional y su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias.

En Febrero de 2004, y como primer inicio en el desarrollo de esta Ley, nuestra Asociación tuvo conocimiento de que la Administración Sanitaria comenzaba el proceso administrativo y la tramitación para la constitución del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, demandado reiteradamente por esta Asociación a la Administración, por lo que solicitó la inmediata inclusión en el mismo de la totalidad de las Comisiones Nacionales de especialidades sanitarias y entre ellas de manera relevante, la Psicología Clínica. No conocemos que hasta la fecha se haya producido.

En otros aspectos, esta Ley, que no ha sido objeto de consenso político, resulta restrictiva y en los aspectos que se reseñan más adelante, hemos hecho críticas y propuestas tanto a la Administración como a los grupos parlamentarios.

En este sentido, solicitamos la inclusión de la especialidad de Psicología Clínica como especialidad en el S.N.S. por cuanto reunía todos los requisitos para ello, valorando al mismo tiempo la inclusión de la licenciatura en Psicología, a partir de la consideración de que se abriese un proceso de cambio en las facultades respecto a los planes de estudio, las materias, y los pesos de las materias más vinculadas a la Psicología Clínica, que justificase esta solicitud de incorporación. No obstante, consideramos que lo anterior constituía un ámbito de decisión que sobrepasa el del Ministerio de Sanidad (y por tanto el de la LOPS) para situarse en el de las Facultades, Ministerio de Educación y el de la comunidad científico-profesional de la Psicología en su conjunto, dado que un cambio de este calado podría afectar al ejercicio profesional en otros campos de intervención (Psicología del Trabajo, Recursos Humanos, Psicología de la Educación, Orientación escolar, etc.).

Nuestra Asociación fue consciente de que la solicitud de inclusión de la licenciatura en la LOPS requería como paso previo e imprescindible la salida de la licenciatura del Área de Ciencias Sociales y Jurídicas y su incorporación al Área de Ciencias de la Salud, paso éste que corresponde solicitar a las facultades de Psicología y cuya decisión es competencia del Ministerio de Educación, no del de Sanidad. Además,



considera que la definición sanitaria de la licenciatura habría de afectar (en objetivos, actuaciones, conocimientos, deontología, etc.) los contenidos del ejercicio de la Psicología en otros campos de intervención que no son sanitarios, como pueden los antes mencionados. Y que, si bien todas ellas pueden contribuir a la calidad de vida y de forma más o menos directa a la salud, ello no debe confundirse con tener como objetivo central y primordial la salud de aquellos sobre quienes se realiza la intervención, cuestión ésta que contiene importantes implicaciones deontológicas y de derechos de los pacientes o usuarios, así como repercusiones diferenciales en el ejercicio profesional de la Psicología.

Por todo ello, la AEN considera que es preciso que este debate se abra en diferentes instancias y organizaciones y desde la reflexión de lo que aportaría la incorporación de la licenciatura en Psicología a las profesiones sanitarias: Aumento de conocimientos entre los psicólogos -fundamentalmente en psicopatología-, técnicas básicas de tratamientos y de entrevista en el campo de la salud, etc., su correlato en la modificación de los planes de estudio, el debate acerca de la actual dispersión de perfiles formativos, las implicaciones técnicas, deontológicas y de derechos de los pacientes/usuarios para los profesionales en ejercicio en campos no sanitarios, etc.

Por otra parte, cabe reseñar que nuestra Asociación recibió en diferentes momentos información referente a que la LOPS no podía inhabilitar el ejercicio profesional con el título de la licenciatura de Psicología en todos sus campos de intervención. En este sentido tanto la carta de la ministra de Sanidad de tres de marzo como la carta del Director General de RRHH del mismo Ministerio explícitamente expresan que «el título de licenciado en Psicología sigue habilitando como es lógico, para el ejercicio de la profesión de Psicólogo por cuenta propia y ajena».

5. Valoración del Proyecto de Real Decreto por el que se modifican las disposiciones transitorias del Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el Título Oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica y se abre un nuevo plazo para solicitar dicho título, la Asociación Española de Neuropsiquiatría, tras su análisis emitió el siguiente informe que hemos trasladado a la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, que lo solicitó.

1º. El Proyecto de Real Decreto resuelve acertadamente uno de los problemas detectados desde que se ha iniciado el proceso de homologación de título de especialista en Psicología Clínica, y que afectaba a un pequeño número de nuestros socios: «la existencia de un significativo número de estos licenciados que habiendo iniciado su ejercicio profesional en el ámbito de la Psicología Clínica antes de la entrada en vigor del RD 2490/1998 sin embargo han completado el período de ejercicio profesional requerido en cada caso, con posterioridad a dicha fecha, impidiéndoles acceder al título de psicólogo especialista en Psicología Clínica al amparo de las disposiciones transitorias antes mencionadas, aún cuando siguieran ejerciendo su profesión en dicho ámbito»

- 2º. Apoyamos las modificaciones propuestas sobre este Real Decreto por la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica, en orden a solucionar «el acceso al título de un pequeño número de académicos y profesionales de la Psicología que iniciaron su ejercicio académico y profesional en los albores de la Psicología científica en nuestro país con una titulación superior de acceso no coincidente con la recogida en el RD 2490/98» para lo que proponen «ampliar en esta materia a una titulación universitaria superior anterior a 1974 y haber sido aceptada su colegiación profesional en el marco de la Ley de creación del COP».
- 3º. En consecuencia informamos favorablemente dicho Proyecto de Real Decreto y esperamos que el nuevo proceso que se abre con el mismo se realice con la misma eficacia y rigor con el que se viene desarrollando el proceso de homologación de títulos de Especialista en Psicología Clínica seguido hasta la fecha.

6. SOBRE LA RETIRADA DEL REPRESENTANTE DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

En la última reunión de la CNEPC celebrada el 5 de marzo, el representante del COP, D. Manuel Berdullas, hace entrega a su Presidenta, Dña. Begoña Olabarría de un escrito remitido por el Decano del Colegio Oficial de Psicólogos, D. Francisco Santolaya al Director General de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad, D. Jaime Aubiá. En dicho escrito el COP anuncia que retira a su representante, expresa su pérdida de confianza en el funcionamiento de la Comisión, y vierte valoraciones descalificantes sobre los miembros de esta Comisión y, especialmente, sobre su Presidenta.

Esta Junta Directiva, al tener conocimiento de ese escrito, acuerda enviar la siguiente carta expresando nuestro respaldo, apoyo, respeto y confianza a la labor realizada por los miembros de la Comisión Nacional y, específicamente a la llevada a cabo por nuestra representante en la Comisión Nacional, Dña. Begoña Olabarría, a los Directores y Subdirectores Generales de los Ministerios de Sanidad y Educación con responsabilidad directa sobre las Comisiones Nacionales.

«En primer lugar, manifestamos nuestra más absoluta sorpresa por el hecho de que el COP decida retirar a su representante, D. Manuel Berdullas de la CNEPC, como medida de presión para obtener lo que denominan requerimiento involucrando directamente a otras Asociaciones, entre las cuales está la nuestra, y colectivos presentes en la Comisión Nacional, además de la Administración. Todo ello además con expresión de un inadecuado deseo de presión tanto sobre la Administración como sobre la CNEPC, al declarar su consideración de ilegítimas a las actuaciones o decisiones que venga a desempeñar la CNEPC en el desarrollo de sus cometidos.

No podemos ni entramos a entender, cómo en dicho escrito critican acuerdos tomados unánimemente por la Comisión Nacional cuando entre sus miembros figuraba su propio representante que ha venido colaborando en plena sintonía durante todo el proceso, y prueba de ello tenemos en las actas de las reuniones de la Comi-



sión Nacional. Por ejemplo, y por citar alguna de las más recientes, en el acta del 12 de diciembre de 2003, tras analizar y valorar el trabajo seguido en el proceso de homologación, todos los miembros de la Comisión Nacional, incluido el representante del COP, respaldan el proceso seguido y «expresan su satisfacción y acuerdo en los procedimientos establecidos y criterios adoptados internamente para el estudio y valoración de los expedientes».

Es más, en la reunión del 31 de octubre de 2003 y, como figura en acta, acudió D. Manuel Mariano Vera, en su calidad de secretario General del COP, quien en presencia de todos los miembros de la Comisión y de los Dres. D^ª Emilia Sánchez-Chamorro y D. Marc Soler, agradeció en su nombre y en el del COP el trabajo que venía realizando la Comisión Nacional, calificándolo de ingente, riguroso y satisfactorio.

En segundo lugar, le trasladamos nuestra profunda indignación y rechazo por las valoraciones descalificatorias que en el escrito firmado por el Decano del COP se formulan sobre la Presidenta de la Comisión Nacional, D^{ña}. Begoña Olabarría, que es además nuestra representante en dicha Comisión, y por el cuando menos sorprendente rechazo hacia el conjunto de la Comisión Nacional y sus trabajos.

D^{ña}. Begoña Olabarría, representante de esta Asociación, ya fue elegida por unanimidad presidenta en la Comisión Promotora de la Especialidad y, así mismo, en noviembre de 1999, volvió a ser elegida por unanimidad presidenta de la entonces recién creada Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica. Desde ahí ha venido a jugar un papel de extraordinaria importancia en el proceso de oficialización de la especialidad de Psicología Clínica. Sin duda, ha impulsado y coordinado de forma inteligente, responsable y honesta múltiples estrategias y acciones todas ellas encaminadas a consolidar esta especialidad y, en definitiva, a contribuir a la mejora de la excelencia profesional y a la mejor asistencia y atención integral en el Sistema Nacional de Salud y en general en la intervención sanitaria.

Entre éstas, y por mencionar las últimas, cabe destacar la elaboración del Libro del Residente, la elaboración del nuevo Programa de la Especialidad, sobre el que esta Asociación se ha pronunciado recientemente, expresando nuestro absoluto respaldo y apoyo al mismo, la revisión de los criterios y anexos para la acreditación de unidades docentes, y el impulso de las auditorias, como instrumento de calidad docente. Todo ello, junto al proceso responsablemente riguroso, eficaz, equitativo y transparente seguido en el proceso de homologación de títulos de especialistas en Psicología Clínica. El estilo y dinámica llevado ha primado la responsabilidad y el consenso entre los miembros de la CNEPC estableciéndose un clima favorecedor del impulso del trabajo y la reflexión y tomas de decisión responsables.

Por todo ello, expresamos nuestro apoyo y respaldo a todas las actuaciones llevadas a cabo por la Comisión Nacional y, específicamente, las desarrolladas por su Presidenta, D^{ña}. Begoña Olabarría, al tiempo que les trasladamos nuestro reconocimiento y agradecimiento por el riguroso trabajo realizado».

Hasta el momento de cerrar estas páginas, esta Asociación ha recibido copias de escritos similares a los Ministerios implicados y remitidos, entre otras, por las Asociaciones Autonómicas, la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP), el Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental (COPA), la Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes (ANPIR) y numerosos profesionales tanto de los Servicios Públicos, como de la práctica privada y profesionales del ámbito académico.

Francisco Chicharro Lezcano
Presidente AEN
Profesionales de la Salud Mental

M^a Eugenia Díez Fernández
Vicepresidenta AEN
Profesionales de la Salud Mental



Declaración de la AEN-Profesionales de Salud Mental ante los atentados en Madrid

Los profesionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría queremos manifestar nuestra rotunda condena por los brutales e inconcebibles atentados perpetrados en Madrid el 11 de marzo. Asimismo, mostramos nuestra solidaridad con las víctimas y sus allegados, aunque sepamos que nada ni nadie puede aliviarles de su sufrimiento en estos momentos.

En este día de rabia y dolor, el pueblo de Madrid ha dado una vez más muestra de su entereza y solidaridad, colaborando de forma espontánea en los primeros auxilios, traslado de heridos a los hospitales, etc. Igualmente se ha puesto de manifiesto la capacidad de respuesta ante una catástrofe de magnitud desconocida hasta ahora en nuestro medio: servicios de urgencias, bomberos, fuerzas de seguridad, etc., han funcionado de forma sincronizada y ejemplar, sobreponiéndose al horror, y paliando en lo posible el sufrimiento de los afectados. Dentro de lo terrible de lo sucedido, abre un espacio a la esperanza su ejemplo, al sacar lo mejor de sí mismos en situaciones absolutamente trágicas y extremas.

También queremos hacer constar la solidaridad expresada por los profesionales residentes en otras comunidades, habiéndose ofrecido a acudir a Madrid si se consideraba necesario.

Nos resulta imposible imaginar el odio y el fanatismo que subyacen a hechos como este, pero queremos pensar que algún día será posible compartir un mundo tolerante, solidario y cooperador, respetuoso con las diferentes culturas, donde tengan cabida las opiniones sin arriesgar la vida, y en el que el hecho diferencial no separe sino que enriquezca.

Asociación Española de Neuropsiquiatría
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
Miembro de la World Psychiatric Association y de la World Federation For Mental Health

Villanueva, 11
Tel. y Fax: 914 31 49 11
28001 MADRID



LIBROS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Distribución: La Torre Literaria)

1. Estudios.
1. M. GONZÁLEZ DE CHAVEZ (ed.), La transformación de la asistencia psiquiátrica, 1980.
2. A. PORTERA, F. BERMEJO (eds), Paradigma sistémico y terapia familiar, 1983 (agotado).
3. S. MASCARELL (eds), Aproximación a la histeria, 1980.
4. T. SUÁREZ, C. F. Rojero (eds.), Paradigma sistémico y terapia familiar, 1983 (agotado).
5. V. GORCES (ED.), Aproximación dinámica de la psicosis, 1983.
6. J. ESPINOSA (ed), Cronicidad en psiquiátrica, 1986.
7. J. L. PEDREIRA MASSA (ed), Gravedad psíquica en la infancia, 1988 (agotado).
8. J. A. FERNÁNDEZ SANABRIA, J. MAURA ABRIL, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ (eds), I Jornadas de la Sección De Psicoanálisis de la A.E.N., «El malestar en la cultura», 1992.
9. R. INGLOTT (ED), El que hacer en salud mental, 1989 (agotado)
10. C. CASTILLA DEL PINO (ed), Criterios de objetivación en sicopatología, 1989.
11. A. BAULEO, J.C. DURO, R. VIGNALE (eds), La concepción operativa de grupo, 1990.
12. R. FERNÁNDEZ, M.A. GARCÍA CARBAJOSA, J.L. PEDREIRA MASSA (eds), La contención, 1990.
13. M. DESVIAT (ed), Epistemología psiquiátrica, 1990.
14. A. INGALAR, R. GÓMEZ ESTEBAN, J. FRERE, A. GONZÁLEZ GUILLÉN (eds), II y I Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N., «El malestar en la cultura», 1992.
15. P. SAN ROMAN VILLALÓN (ed), Jornadas sobre salud mental y ley: Malos tratos a menores, malos tratos a mujeres, separaciones y divorcios, 1993.
16. C. F. ROJERO, T. SUÁREZ (eds) Psicosis de la infancia y de la adolescencia, 1993.
17. V. APARICIO BASAURI (ed), Evaluación de servicios en salud mental, 1993.
18. J. MAS HESSE, A. TESORO AMATE (eds) Mujer y salud mental. Mitos y realidades, 1993.
19. A. FERNÁNDEZ LIRIA, M. HERNÁNDEZ MONSALVE, B. RODRÍGUEZ VEGA (eds), Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración, 1997.
20. R. GÓMEZ ESTEBAN (ed), Grupos terapéuticos y asistencia pública, 1997
21. J. LEAL RUBIO (ed), Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones, 1997
22. C. POLO, Crónica del Manicomio, 1999
23. F. SANTANDER, Ética y praxis psiquiátrica, 2000
24. F. RIVAS (ed), La Psicosis en la Comunidad, 2000
25. E. GONZÁLEZ, J.M. COMELLES (eds.), Psiquiatría transcultural, 2000
26. FCO. CARLES, I. MUÑOZ, C. LLOR, P. MARSET, Psicoanálisis en España, (1893-1968), 2000.
27. T. ANGOSTO, A. RODRÍGUEZ, D. SIMÓN (compiladores). Sesenta y cinco años de historia de la Psiquiatría (1924-1999). Editan: Asociación Española de Neuropsiquiatría y Asociación de Galera de Saude Mental, 1999.
28. CRISTINA GISBERT AGUILAR (Coordinadora). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo, 2003
29. ANTONIO ESPINO Y BEGOÑA OLABARRÍA (Coordinadores). La formación de los profesionales de la salud mental en España. Estado actual y perspectivas, 2003.
30. MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE Y RAFAEL HERRERA VALENCIA (Coordinadores). La atención a la salud mental de la población reclusa, 2003.
31. R. ESTEBAN, J. M^a ALVAREZ. Crimen y locura. 2004

LIBROS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Distribución: La Torre Literaria)

Historia.

1. JACQUES FERRAND. Melancolía erótica, 1996
2. ROBERT BURTON, Anatomía de la melancolía I, 1997
3. ANSELM VON FEUERBACH, Gaspar Hauser, 1997
4. ROBERT BURTON, Anatomía de la melancolía II, 1998
5. ROBERT GAUPP, El caso Wagner, 1998
6. GEROLAMO CARDANO, El libro de los sueños, 1999
7. EMIL KRAEPELIN, Cine años de Psiquiatría, 1999
8. ETIENNE ESQUIROL, Sobre las pasiones, Joseph Daquin, Filosofía de la locura, 2000
9. TOMASO GARZÓN, El teatro de los cerebros. El hospital de los locos incurables, 2000
Traducción Mariano Villanueva Salas.
10. JUANA DE LOS ANGELES, Autobiografía. Madrid, AEN, 2001
11. FRANCOIS LEURET. El tratamiento moral de la locura, 2001
12. ROBERT BURTON, Anatomía de la melancolía III, 2002
13. LAURENT JOUBERT, Tratado de la risa, 2002
14. SAMUEL AUGUSTE TISSOT, El onanismo, 2003
15. DANIEL P. SCHREBER, Sucesos memorias de un enfermo de los nervios, 2003
16. RAIMOND QUENEAU, Los locos literarios, 2004

CRITERIOS PARA LA ACEPTACIÓN DE ORIGINALES

1. Los trabajos deberán ser inéditos, mecanografiados a doble espacio en panel de tamaño folio o DIN A-4, que se considerará, en cualquier caso, como el original. Se enviarán cuatro copias de éste a la Redacción.
2. La primera página debe incluir el título y un brevísimo resumen de 20 palabras acompañado de tres a cinco palabras clave para índices: todo ello, en castellano e inglés.
3. En página final, se incluirán: 1) Nombre y apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. 2) Nombre de los departamentos e instituciones a los que debe atribuirse el trabajo. 3) Renuncias, si existen. 4) Nombre y dirección del autor al que debe dirigirse la correspondencia sobre el manuscrito.
4. Cuando sea posible, el texto se adaptará a los apartados clásicos de Introducción (con explicación de los objetivos del artículo), Métodos, Resultados y Discusión.
5. La bibliografía se identificará en el texto mediante número arábigos (entre paréntesis) y las citas se numerarán consecutivamente por el orden en que se citen por primera vez en el texto y se reunirán en páginas separadas al final del manuscrito. En el caso de los libros se especificará por este orden: autor, título (subrayado o en cursiva), lugar de la edición, editorial y año. En el caso de las revistas, por este orden: autor, título del artículo (entrecorinado), título de la revista (subrayado o en cursiva), año, volumen, número y páginas. Cada una de las especificaciones, en ambos casos, tiene que ir entre comas*.
6. Si apareciesen dos o tres autores, se escribirían separados mediante punto y coma. Si hubiese más de tres, sólo se escribiría el primero, seguido de: y otros.
7. Las tablas se mecanografiarán en hoja distinta para cada una, a doble espacio, irán numeradas consecutivamente y las abreviaturas empleadas irán explicadas a pie de página.
8. En caso de presentar, además, los originales en soporte informático, se ruega usar con preferencia Word 97, o posteriores (indicándose en el disco la versión empleada).
En este caso, tecléese el texto con la máxima austeridad: a) no emplear nunca negritas (sólo se admiten redondas o cursivas), ni tipos de letra de distinto tamaño; b) no dividir nunca las palabras con guión, al final de línea; y no dejar líneas en blanco; c) no imitar formatos de edición (doble columnas, centrados, sangrados, distintos al usado tras un punto y aparte). Por otro lado, las notas deberán ir siempre al final del texto.

El Consejo de Redacción se rige por las siguientes directrices:

1. Se acusará recibo de todo artículo remitido a la *Revista*.
2. Los manuscritos serán revisados anónimamente por expertos en el tema tratado, quienes informarán sobre la conveniencia de introducir modificaciones o, en su caso, de publicarlo sin modificar el mismo, correspondiente en último extremo esta decisión al Consejo de Redacción.
3. La Responsabilidad de la decisión de publicar o no un original así como determinar la fecha oportuna corresponde al Consejo de Redacción y, en última instancia, al Director.

*Ejemplos: Morris, T.E.; Alonso, M., *What is identity?*. Nueva York, Columbia University, 1979.
Morris, T.E., «Trastornos de identidad», *Rev. Esp. Psq.*, 1979, XL, pp. 194-206



SOLICITUD DE INGRESO EN LA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
(Y en la Asociación integrada en la A.E.N. de la Autonomía correspondiente)

D.
profesional de la Salud Mental, con título de
que desempeña en (Centro de trabajo)
y con domicilio en
Población D.P. Provincia
Teléfono:

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A.E.N. de la Autonomía correspondiente, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D.
D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha:...../...../.....

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación.
La suscripción de la *Revista* está incluida en la cuota de Asociado.

Nombre:
Dirección:
BANCO/CAJA DE AHORROS
Sucursal:
Cuenta n.º:
Población:

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi: *Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros*
n.º el importe de la suscripción anual a la *Revista de la Asociación*
Española de Neuropsiquiatría

Firma:

BANCO/CAJA DE AHORROS
Sucursal:
Cuenta n.º:
Población:

Muy Sres. míos: Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente Libreta de Ahorros n.º el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Población día mes año

Firma,

