

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

60



VOCES DE LA PSIQUIATRÍA EN ESPAÑA

*Achotegui / Aragonés Viñes / Barenblit /
Capellá / Inchauspe / Leal Rubio / Molto*

Director:
Juan Carlos Stagnaro
Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetcovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, M. A. Matterazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke. **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADA:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Baremlit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, J. Pérez. **PERU:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Aníbal Goldchluk, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Fabián Triskier, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Matta (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CORDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, H. López, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RIO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMAN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artiles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erasquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

Informes y correspondencia:
VERTEX, Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 – 54(11)4382-4181
E-mail: editorial@polemos.com.ar
www.editorialpolemos.com.ar

En Europa: Correspondencia
Informes y Suscripciones
Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
Fax.: (33-1) 43.43.24.64
E-mail: wintreb@easynet.fr

Diseño
Coordinación y Corrección:
Mabel Penette

Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina

Impreso en:
Sol Print. Salmun Feijóo 1035. Buenos Aires

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: N° 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XVI N° 60, MARZO- ABRIL 2005

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

* Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

SUMARIO

Vertex
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
bimestral.

Indizada en el
acopio bibliográfico
"Literatura
Latinoamericana en
Ciencias de la
Salud" (LILACS) y
MEDLINE.

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com

*Ilustración de tapa
Alicia García
"El Matadero"
70 x 50 cm
Acrílico
1992*

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- Psicoeducación y esquizofrenia: fracaso de una propedéutica, S. Abbadi pág. **85**
- Escala de temperamento de Memphis, Pisa, París y San Diego autoaplicada, versión argentina (TEMPS-A Buenos Aires), G. H. Vázquez, H. S. Akiskal pág. **89**
- Formación de la identidad en la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar, A. Heerlein L. pág. **95**

DOSSIER

VOCES DE LA PSIQUIATRIA EN ESPAÑA

- Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises), J. Achotegui pág. **105**
- Salud Mental y diversidad(es): trabajar en red, J. Leal Rubio pág. **114**
- Nuevos roles en la familia, T. Aragonés Viñes pág. **123**
- Libertad de prescripción en España, J. Molto, J. A. Inchauspe pág. **130**
- Pensar lo impensable: una aproximación a "la psicosis", A. Capellá pág. **133**
- Tendiendo puentes. Entrevista a Valentín Barenblit, J. C. Stagnaro pág. **139**

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- Ensayo psicológico acerca del dolor, por Emilio Mira y López pág. **142**

CONFRONTACIONES

- Primero no dañar: el rol de la psiquiatría en la Alemania nazi, P. Pieczanski, M. F. Blanco, A. Ragusa, D. Matusevich, C. Finkelsztejn pág. **151**

LECTURAS Y SEÑALES

- Lecturas pág. **155**
- Señales, La amistad, el saber... Entrevista a Jean Garrabé pág. **156**

EDITORIAL

R

ecientemente se dieron a conocer las cifras de deserción entre los estudiantes universitarios en nuestro país. Según la última estadística del Sistema de Información Universitario, en el 2003 se matricularon en el sistema universitario público y privado 369.000 estudiantes y egresaron sólo 74.000, apenas el 20%. Es decir, que ocho de cada diez quedaron en el camino. En países como Colombia o Chile culminan sus estudios entre el 30 y el 40% de los estudiantes. La tasa de egreso (número de estudiantes que llegan a obtener su diploma) es una de las variables que miden mejor la eficiencia de las universidades. Los especialistas argentinos en la materia plantean tres tipos de causas para que se produzca este grave fenómeno: déficits académicos a la salida de la escuela secundaria, aislamiento de la Universidad del resto del sistema educativo y productivo –lo cual se pone en evidencia por la carencia de ofertas alternativas que no sean las extensas carreras tradicionales– y dificultades materiales (obligación de estudiar y trabajar, imposibilidad de compra de libros, etc.) de los estudiantes con escasos recursos económicos. El resultado es el de una competencia desigual en el marco de un “darwinismo social” que otorga muchísimas más posibilidades a los que atravesaron una buena escuela secundaria y son apoyados por familias de medianos y altos ingresos (6 de cada 10 egresados son hijos de profesionales y sólo un 5% de los que ingresan a la Universidad en nuestro país pertenece a la quinta parte más pobre de la sociedad). A pesar de lo que se dice, con insistencia, las Universidades argentinas no son equitativas. El talento y la inteligencia quedan, muchas veces, en un segundo plano ante las adversidades materiales y los orígenes de clase social.

En Medicina la tasa de egreso es algo mayor que la media nacional, a expensas de las universidades privadas: hay 75.000 estudiantes en la carrera, se inscriben 14.000 cada año y se reciben algo más de 5.000. Los estudios se realizan en 24 casas de altos estudios: 10 estatales que concentran el 87,5% del total de alumnos y 14 privadas que forman al 12,5% restante.

Las cifras antes detalladas invitan a la reflexión. En un mundo en el que el desarrollo económico y cultural está directamente ligado a la masa de técnicos y profesionales del más alto nivel, la Argentina se encuentra retrasada sensiblemente.

Pero hay también otras consideraciones que deben hacerse en relación a la calidad de vida de nuestros jóvenes universitarios. Se verifica que la deserción de los estudios terciarios no es una vicisitud sin consecuencias. Efectivamente, muchos de los que ven truncadas sus aspiraciones enfrentan sentimientos de frustración y duelo intensos difíciles de remontar. Como tantas otras situaciones traumáticas de nuestro entorno social, el fracaso en los estudios universitarios queda, muchas veces, “explicado” por incapacidad personal o familiar, es decir, “privatizado” o generando malestar ante la injusticia sufrida. Los jóvenes más resistentes a esa experiencia frustrante intentan reorientarse como mejor pueden en el mundo laboral, pero la deuda con ellos mismos y con su entorno queda marcando destinos ■

J. C. Stagnaro – D. Wintrebert

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría. Moreno 1785, 5° piso (C1093ABG) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y presentados en diskette (en Microsoft Word o Word Office) acompañado de su respectiva copia en papel por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal, teléfono, fax y E-mail. Deberá acompañarse, en hoja aparte, de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño carta, dactilografiadas a doble espacio a razón de 28 líneas por página, lo cual equivale aproximadamente a 1620 caracteres por página, tipografía Arial, cuerpo 12, en caso de utilizar procesador de texto.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej.:
Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).
Bibliografía: 1. Adams, J., ...
4. De López, P., ...
 - a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
 - b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediata siguiente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 9) Todo artículo aceptado por la Redacción debe ser original y no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

INSTRUCTIONS FOR PUBLICATION

- 1) Articles for publication must be sent to **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría, Moreno 1785, 5° piso, (C1093ABG), Buenos Aires, Argentina.
- 2) Articles submitted for publication must be original material. The author must send to the attention of the Editorial Board three printed copies of the article and one copy in PC, 3.5" DS/HD diskette, indicating the software program used and the file name of the document. The title of submitted article must be short and precise and must include the following: author/s name/s, academic titles, institutional position titles and affiliations, postal address, telephone and facsimile number and electronic mail address (e-mail). The article must be accompanied by a one page summary with the title in English. This summary must be written in Spanish and English languages, and consists of up to 150 words and should include 4/5 key words. The text itself must have a length of up to 15 pages, (approx. 1620 characters each page).
- 3) Bibliographical references shall be listed in alphabetical order and with ascending numbers at the end of the article. The corresponding number of each references must be included in the text. Example:
Text: "The work on schizophrenia in young people (4) has been reviewed by others authors (1).
Bibliography: 1. Adams, J., ...
4. De López, P.,

- a) Journals and Periodicals publications: author/s surname name/s, initials of first and second name/e, title, name and year of publication, indicating volume number, issue number, and first and last page of the article.
 - b) Books: surname of author/s, initials of first and second name/s, title of the book, city of edition, editor's name, year of publication.
- 4) Other notes (explicative, etc.) must be indicated with an asterisk in the text and must be presented in only one page.
 - 5) Tables and graphics shall be presented each in a single page including its corresponding text and must be carefully numbered. They would be presented in such a way to allow print reduction if necessary.
 - 6) At list two members of the Scientific Committee, that will remain anonymous, must read the article for reviewing purposes. The author shall remain anonymous to them. Reviewers must inform the Editorial Board about the convenience or not of publishing the article and, should it be deemed advisable, they will suggest changes in order to publish the article.
 - 7) The views expressed by the authors are not necessarily endorsed by the Editors, neither the opinions of persons expressed in interviews.
 - 8) The Editorial Board will not return the printed articles.
 - 9) All articles accepted by the Editorial Board cannot be reproduced in other magazine or publication without the authorization of Vertex editorship.

RÈGLEMENT DE PUBLICATIONS

- 1) Les articles doivent être adressés à la rédaction: **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría. Moreno 1785, 5° piso (C1093ABG) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Les articles doivent être originaux. Ils doivent être présentés sur disquette (préciser le logiciel et la version utilisée, le nom du document) et accompagnés d'une version papier en 3 exemplaires. Le titre doit être court et précis. Les articles comportent, les noms et prénoms des auteurs, la profession, si cela est le cas, les fonctions institutionnelles, l'adresse, les numéros de téléphone et de fax, le courrier électronique. Sur une feuille à part, doivent figurer : 4 ou 5 mots-clé, les résumés, en espagnol et en anglais, qui ne peuvent excéder 150 mots, le titre de l'article en anglais. Le texte complet de l'article ne doit pas dépasser 12 à 15 pages (format 21X29,7), et comprendre approximativement 1620 signes par pages.
- 3) Les références bibliographiques sont classées par ordre alphabétique en fin de texte, puis numérotées par ordre croissant. C'est le numéro qui correspond à chaque référence qui sera indiqué entre parenthèses dans le texte. Exemple :
Texte : le travail qui mentionne la schizophrénie chez les jeunes(4) a été revu par des auteurs postérieurs(1).
Bibliographie: 1. Adams, J.,...
4. De López, P.,...
 - a) s'il s'agit d'un article, citer : les noms et les initiales des prénoms des auteurs, le titre de l'article, le nom de la revue, l'année de parution, le volume, le numéro, la pagination, première et dernière page.
 - b) S'il s'agit d'un livre : noms et initiales des prénoms des auteurs, le titre du livre, la ville d'implantation de l'éditeur, le nom de l'éditeur, l'année de parution.
- 4) Les notes en bas de page sont signalées dans le texte par un astérisque* et consignées sur une feuille à part, qui suit immédiatement la page du texte auquel se réfère la note.
- 5) Les graphiques et les tableaux sont référencés dans le texte, présentés en annexe et soigneusement numérotés afin de faciliter une éventuelle réduction.
- 6) L'article sera lu par, au moins, deux membres du Comité scientifique – sous couvert de l'anonymat des auteurs et des lecteurs. Ces derniers informeront le Comité de rédaction de leur décision : article accepté ou refusé, demande de changements.
- 7) La revue n'est pas tenue pour responsable du contenu et des opinions énoncées dans les articles signés, qui n'engagent que leurs auteurs.
- 8) Les exemplaires des articles reçus par Vertex, ne sont pas restitués.
- 9) Les auteurs s'engagent à ne publier, dans une autre revue ou publication, un article accepté qu'après accord du Comité de rédaction.

Psicoeducación y esquizofrenia: fracaso de una propedéutica

Saliha Abbadi

Psiquiatra, Hospital del Vallon, Martigues, Francia. E-mail: SASaliha@aol.com

Introducción

Ya sean mentales o somáticas, las enfermedades crónicas le cuestan muy caras a la sociedad. Por un lado hay un costo directo debido al tratamiento a largo plazo, a las recaídas, a las complicaciones y, en especial, a las re-hospitalizaciones; por otro lado, hay un costo indirecto debido a la falta de productividad y a la repercusión de la enfermedad en los familiares. Uno de los elementos de buen pronóstico y de menor costo es la adherencia al tratamiento. Esto favorece una buena evolución, menos recaídas y un posible retorno a la productividad. En las enfermedades somáticas crónicas co-

mo la diabetes, la hipertensión, etc., la adherencia al tratamiento de los pacientes varía, según los estudios, entre un 24 y un 37%. En las esquizofrenias, se la evalúa, según estudios realizados, en un 50% aproximadamente durante el primer año que sigue a una hospitalización. Luego cae a alrededor de un 25%, según los estudios realizados durante un tratamiento más prolongado(5). Durante largo tiempo esta no adherencia al tratamiento se atribuyó a los efectos secundarios de los medicamentos. Sin embargo, la aparición de nuevos medicamentos mejor tolerados no influyó de manera particular en ese fenómeno(23). Hasta donde sabemos, no existen estudios clínicos que exploren en detalle el mo-

Resumen

Las enfermedades mentales crónicas tienen un alto costo económico directo e indirecto para la sociedad. Uno de los elementos de buen pronóstico y de menor costo es la adherencia al tratamiento. Desde hace décadas se registra un gran entusiasmo por los métodos educativos. Su costo es bajo, son limitados en el tiempo, se los puede evaluar y pueden ser aplicados por un personal que se forma rápidamente. En el área de la esquizofrenia existen varios programas psicoeducativos. En este trabajo se estudian, de manera naturalista, las reacciones de los pacientes y el impacto del programa PACT en pacientes esquizofrénicos en un hospital de día

Palabras clave: Psicoeducación – Rehabilitación psiquiátrica – Adherencia

PSYCHOEDUCATION AND SCHIZOPHRENIA: FAILURE OF A PROPAEDEUTIC

Summary

Since two decades, psychoeducation knows a great emphasize over up psychiatry because it is economically attractive. But, what about its efficacy? It is a naturalistic study of subjective attitudes and responses towards psychoeducation of 17 schizophrenics' patients currently undergoing treatment in a daily hospital. It shows that psychoeducationnal tools activate defensive avoidance and interfere with therapeutic alliance. They seem to enhance mistrust, suspicion, pretence and false self. However, the literature review supports that those approaches had no impact on insight, compliance with treatment, decreasing relapse and symptomatology. Our study suggests that psychoeducation is harmful because, over it is inefficacy, it compromise therapeutic alliance and increase patients' isolation.

Key words: Psychoeducation – Psychiatric rehabilitation – Adherence

mento y las circunstancias de interrupción de un tratamiento aceptado por el paciente durante un episodio agudo o inmediatamente después.

La psicoeducación

Desde hace décadas se registra un gran entusiasmo por los métodos educativos(2, 3, 6, 14). Estos métodos, utilizados en un primer momento para las enfermedades somáticas, se fueron generalizando también en la psiquiatría. El hecho de que cuesten poco los vuelve atractivos. Son limitados en el tiempo, se los puede evaluar y pueden ser aplicados por un personal que se forma rápidamente. En el área de la esquizofrenia existen varios programas psicoeducativos –PACT (“Psicosis, ayudar, comprender, tratar”) de los laboratorios Janssen, “Soleduc” de los laboratorios Synthelabo, “Conocimiento de la enfermedad” de los laboratorios Eli Lilly, etc.– implementados por la industria farmacéutica e inspirados ampliamente en los métodos cognitivo-comportamentalistas de R. P. Liberman. Este último, pionero de la rehabilitación psicosocial de los esquizofrénicos, implementó ya en los años '80 toda una metodología y un manual de educación de los psicóticos crónicos(12, 13, 14, 16).

Sin embargo, a pesar del atractivo económico de estos métodos, aún nos seguimos planteando si realmente son eficaces ¿Logran aumentar la observancia? ¿Logran cambiar la mirada del paciente respecto de su patología? ¿Logran mejorar el *insight*?

Dentro de la práctica clínica del servicio del Hospital de Martigues, debimos ocuparnos de un grupo de pacientes esquizofrénicos en un hospital de día. El equipo de enfermería ya conocía el programa PACT. Por lo tanto, decidimos emplearlo para informar y educar a los pacientes respecto de su patología y, sobre todo, para estudiar de manera naturalista las reacciones de los pacientes y el impacto del programa. Para las evaluaciones más experimentales, nos remitiremos a una revisión de la bibliografía.

Una experiencia de tratamiento psicoeducativo con pacientes esquizofrénicos

Se debe aclarar que el presente trabajo no es un estudio experimental para evaluar el efecto de módulos psicoeducativos, ya que no hubo ni randomización ni grupo control. Este estudio se propone describir la actitud y las respuestas de los pacientes que participaron en nuestra experiencia psicoeducativa. Los mismos eran seguidos en las condiciones habituales de un tratamiento de servicio psiquiátrico. Este trabajo también se propone compartir una experiencia clínica.

En el marco de un hospital de día, a lo largo de dos años, se implementaron dos sesiones de PACT. Las sesiones estuvieron a cargo de enfermeros entrenados en este programa. Al finalizar la visualización de cada una de las video-filmaciones, que incluye el método, se organizó una reunión con los pacientes en la que participaron los médicos del Servicio. Los objetivos eran los siguientes: retomar y discutir la información que había sido suministrada durante las sesiones, responder a las preguntas que habían quedado en suspenso y recabar impresiones y críticas de los pacientes. Todos los pacientes volvían a ser vistos por sus médicos tratantes en una entrevista individual.

Todos los pacientes conocían su diagnóstico, que le había sido comunicado por su médico tratante.

Diez y siete pacientes esquizofrénicos, 70% de los cuales eran de sexo masculino, participaron en una sesión, y a veces en las dos. Tenían entre 20 y 52 años, con un promedio de 36 años de edad. Todos los pacientes eran solteros o divorciados, y vivían solos (65%) o con sus padres (35%). Sólo el 12% tenía una actividad profesional. La duración de la evolución de la enfermedad era de 11,6 años en promedio (4 a 19). La muestra estudiada presentó características socio-demográficas equivalentes a las estudiadas en diferentes publicaciones internacionales (1,19). Ocho pacientes fueron re-hospitalizados: tres por una recaída tras romper la observancia del tratamiento, y seis por agravamiento de la sintomatología, a pesar de mantener o, incluso, de haber aumentado los psicotrópicos en forma ambulatoria y de ser seguidos en hospital de día. Otros pacientes (siete), no re-hospitalizados, presentaron en un momento u otro del tratamiento un agravamiento de la sintomatología, a pesar de mantener una buena adherencia al tratamiento. Estos episodios fueron controlados mediante un aumento de las dosis de medicación y/o mediante apoyo psicoterapéutico.

Observaciones realizadas

1. Durante las reuniones de grupo

Una de nuestras grandes sorpresas fue la aplicación de los pacientes y su interés por los términos médicos que usaban con cierto placer y expectativa de gratificación. Algunos pacientes hablaban de sus viejos delirios criticándolos. Otros bromeaban sobre los delirios de los demás. Un paciente lamentaba que le hubieran hablado de depresión y no de la *spaltung*. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por ser simples y claros, a menudo los términos médicos eran desviados de su sentido original. Algunos pacientes podían emplear, por ejemplo, el término “alucinación” para hablar de conflicto o de fenómenos interpretativos o de un hecho real incomprensible. Entonces había que pasar a la exploración detallada, invitando al paciente a describir con otras palabras lo que sentía, lo cual permitía comprender su discurso pseudocientífico.

2. Durante las entrevistas individuales

En esta instancia, a diferencia de lo que ocurría en las reuniones de grupo, vimos que se instalaba una reticencia a exponer los delirios y las manifestaciones psicóticas. Al médico se le presentaba un discurso normativo. Las sucesivas entrevistas nos permitieron superar esto y obtuvimos así testimonios inesperados: algunos pacientes expresaron su temor de que los tomaran por “locos”, como en los videos del programa PACT. Otros declararon su escepticismo respecto de ser comprendidos, ya que lo que ellos vivían era “verdad” mientras que sus médicos consideraban en forma diferente sus experiencias delirantes. Varias entrevistas comenzaban con frases del tipo: “Ya sé que para usted es un delirio, pero para mí es verdad”. Los pacientes utilizaban el diagnóstico como una nueva identidad normativa que les permitía ser aceptados por el equipo, pero que parecía no tener ninguna aceptación real de la enfermedad, ni una elaboración real de las implicaciones y repercusiones del diagnóstico. El discurso era fáctico y artificial. Empleaban el lenguaje de los profesionales porque ellos recha-

zaban el suyo. El discurso, que el paciente retomaba superficialmente, no le servía más que para fabricar apariencias. Peor aún, podía llegar a obstaculizar el establecimiento de una relación de confianza con el terapeuta y dejar al paciente solo en su "tierra de nadie". El paciente que había hablado de *spaltung* estaba en tratamiento desde hacía 18 años por esquizofrenia, y desde hacía 4 años lo trataba el mismo psiquiatra, a quien le ocultaba la persistencia de ideas delirantes megalománicas, ideas de persecución y rituales invalidantes. Un joven paciente de 24 años, tratado en el hospital de día durante algunos meses tras una primera hospitalización y que había participado en el PACT, esperó tres meses antes de confesar la persistencia de una convicción delirante inquebrantable. Sin embargo, esta última no le impidió insertarse profesionalmente en la sociedad.

Una vez que se superaba la reticencia, los pacientes decían estar aliviados al poder compartir sus vivencias con personas que respetaban su posición. Un paciente en su entrevista individual planteó su preocupación por el secreto profesional: efectivamente, dado que el programa estaba indicado en las esquizofrenias, los demás pacientes podían deducir fácilmente que él formaba parte de esa categoría diagnóstica. Muchos pacientes evocaron su angustia durante las sesiones y después de ellas, así como conflictos intrapsíquicos entre nuestros dichos y sus creencias. La manera tan positiva en que se presentaron los programas influyó insidiosamente y dificultó el libre arbitrio de pacientes que no se atrevían a negarse a participar. Algunos pacientes evocaron su dificultad para negarse a participar en los programas, pues se sentían en deuda con la institución. De este modo, el Sr. B. fue a consultar a otro colega para que lo dispensara de los programas psicoeducativos. Otro paciente no quiso oír hablar más de la enfermedad y prefirió olvidar los momentos difíciles de su episodio agudo. Una paciente muy disociada y extremadamente delirante, incorporó elementos del programa psicoeducativo a su delirio.

La información brindada a los pacientes no tuvo impacto alguno en la sintomatología y no modificó en nada su convicción, en cambio, introdujo desconfianza y reticencia en la relación entre pacientes y terapeutas.

Discusión

Un estudio reciente(15) destaca el hecho de que entre las razones subjetivas que favorecen la adherencia al tratamiento, el efecto del medicamento en la prevención de las recaídas ocupa el primer lugar. Para los pacientes, la necesidad de esta prevención es más importante que el bienestar cotidiano. Este estudio puso de manifiesto que la relación con el médico que receta los antipsicóticos es la segunda razón más ligada a la adherencia al tratamiento: una especie de verificación experimental de que el médico no sólo receta moléculas, sino que se receta a sí mismo. La alianza terapéutica es un elemento determinante

en la actitud del paciente respecto de los medicamentos. Por el contrario, una alianza terapéutica débil suele estar ligada a una mala adherencia al tratamiento(9, 10). Una determinación mayor de esta alianza reside en el lugar dejado a las propias construcciones del paciente.

Varios estudios muestran el estrecho vínculo entre *insight* y adherencia al tratamiento. Sin embargo, estudios recientes mostraron la ineficacia de los programas psicoeducativos respecto del *insight*. Un estudio publicado en la base de datos de la "Cochrane" (www.cochrane.org, organización independiente sin fines de lucro, dedicada a la actualización y a la información sobre la atención médica, que reúne varias bases de datos que cuentan con estudios críticos (*reviews*) para el conjunto de las especialidades médicas en el marco de la medicina basada en evidencias [*Evidence Based Medicine*]), muestra que ningún tipo de intervención psicoeducativa logró disminuir significativamente las recaídas o las rehospitalizaciones a lo largo de 9 a 18 meses de estudio. No se verificó ningún impacto sobre el *insight* ni sobre la adherencia a los tratamientos(17). Los módulos psicoeducativos familiares suelen ser ineficientes cuando se trata de mejorar la adherencia(24). Es interesante destacar que en el área de la medicina somática, el impacto de las intervenciones educativas sobre la adherencia a los tratamientos no es más alentador, tal como lo muestran los estudios en el tratamiento hipolipidémico(20) para que los pacientes cardiovasculares dejen de fumar(22) o para la prevención de las complicaciones en los diabéticos(21); lo mismo sucede también en otras áreas como la prevención de accidentes viales mediante la educación después de obtener el permiso de conducir(11), o bien en la prevención del abuso de alcohol en los menores de edad(8). De este modo, se comprueba que en el ámbito de la medicina somática, al igual que en psiquiatría, la alianza terapéutica y la calidad de la relación con el clínico están estrechamente vinculadas con la observancia del tratamiento, como lo muestra un estudio reciente de pacientes diabéticos(7).

Conclusiones

Podemos sacar dos conclusiones principales de este estudio clínico, así como de la revisión bibliográfica. La primera concierne a la ineficacia de los programas psicoeducativos para influir en la adherencia al tratamiento y en la sintomatología. La segunda, es que estos programas influyen de manera negativa en la alianza terapéutica, ya que la palabra del paciente resulta suplantada por el saber médico, lo que deriva en una separación y una relación de desconfianza. Y, si bien es cierto que todo paciente tiene derecho a que se le dé una información clara sobre su patología, ¿qué pasa con su derecho a no saber, si así lo desea? Para algunos pacientes, una información excesiva sobre su enfermedad, sobre el tratamiento y sobre sus efectos secundarios podría resultar nefasta(16).

La adherencia al tratamiento, cualquiera fuera la patología, y con más razón en el campo de la psiquiatría, está ligada sobre todo a la relación con el terapeuta. Por lo tanto, los programas psicoeducativos podrían ser un factor que disminuyera la adherencia. Informar al paciente de su enfermedad y del tratamiento siempre es importante. Sin embargo, esto sólo puede tener sentido e impacto en el marco de una relación terapéutica en la que el profesional respete el deseo del paciente, la evolución de la patología y el desarrollo de esa relación privilegiada. De este modo, nos parece hallar una vez más aquí la noción intuitiva de un fracaso seguro de cualquier propedéutica ("enseñanza preparatoria para el estudio de una disciplina", según el Diccionario de la Real Academia Española) en estas cuestiones vitales, incluso la idea de que podría perjudicar la misión que se propone cumplir.

Al comienzo de este trabajo partimos de la idea de que los programas psicoeducativos podrían ser útiles para los pacientes. Habíamos notado el interés de los enfermeros por manejar estas herramientas. Sin embargo, con el correr del tiempo, nos dimos cuenta de que estas herramientas formateadas dan la ilusión de poseer un conocimiento y evitan toda implicación personal de los enfermeros y de los psiquiatras. El paciente se llena con información y consejos, más normativos unos que otros, que lo remiten a toda su miseria e incapacidad. El fundamento de la psiquiatría es la palabra del paciente. ¿Qué sería de una psiquiatría en la que fuera el paciente quien lanzara la ya mítica frase: ¡Lo escucho!? ■

Referencias bibliográficas

1. Awad AG, Voruganti LNP, Hesgrave RJ. Measuring quality of life in patients with schizophrenia. *Pharmacoeconomics* (1997). 11 (1), 32-47.
2. Basan A, Pitschel-Walz G, Bauml J. Psychoeducational intervention for schizophrenic patients and subsequent long-term treatment: a 4-year follow-up study. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 2000; 68:537-545.
3. Birchwood M, McGorry P, Jackson H. Early intervention in schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 1997; 170: 2-5.
4. Davies L, Drummond MF. The cost of schizophrenia: first workshop on costs and assessment in psychiatry. *Venice-Abstract*. (1990). 29.
5. Di Matteo MR. Variations in patient's adherence to medical recommendations. A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 2004; 42; 3: 200-209.
6. Falloon IRH, Held T, Roncone R et al. Optimal treatment strategies to enhance recovery from schizophrenia. *Australian and New Zealand J of Psychiatry*, 1998; 32: 4349.
7. Franciosi M, Pellegrini F, Berardis G et al. Correlates of satisfaction for the relationship with their physician in type 2 diabetic patients. *Diabetes Res Clin Pract*. 2004, 66(3): 277-86.
8. Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Long-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*. 2003, 98(4): 397-411.
9. Kemp R, Haward P, Applewhaite G et al. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *Br Med J*, 1996, 372: 345-349.
10. Kemp R, Kirov G, Haward P, David A. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial 18 month follow-up. *Br J Psychiatry*. 1998, 172: 413-419.
11. Ker K, Roberts I, Collier T, Renton F, Bunn F. Post licence driver education for the prevention of road traffic crashes. *Cochrane Database Syst Rev* 2003 (3): CD003734.
12. Liberman RP, Bryan E 3rd. Behavior therapy in a community mental health center. *Am J Psychiatry*. 1977, 134(4): 401-6.
13. Liberman RP, Fearn CH, DeRisi W, Roberts J, Carmona M. The Credit-Incentive system: motivating the participation of patients in a day Hospital. *Br J Soc Clin Psychol*. 1977, 16(1):85-94.
14. Liberman RP, Evans CC. Behavioral rehabilitation for chronic mental patients. *J Clin Psychopharmacol*. 1985, 5(3 Suppl):8S-14S.
15. Löffler W, Killian R, Toumi M, Angermeyer MC. Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and non-compliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry* 2003, 36:105-112.
16. Lukoff D, Wallace CJ, Liberman RP, Burke K. A holistic program for chronic schizophrenic patients. *Schizophr Bull*. 1986, 12(2): 274-82.
17. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000 (4): CD002831. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2002 (2): CD002831.
18. Perkins RE, Repper JM. Compliance or conformed choice. *Br J Ment Health*. 1999, 117-129.
19. Pinkney AA, Gerber G J, Lafave HG. Quality of life after psychiatric rehabilitation: the clients'perspective. *Acta Psychiatr Scand* (1991). 83: 86-91.
20. Schedlbauer A, Schoroeder K, Peters T, Fahey T. Interventions to improve adherence to lipid lowering medication. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct; 18(4): CD004371.
21. Valk GD, Kriegsman DM, Assendelft WJ. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. A systematic review. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2002, 31(3): 633-58.
22. Wiggers LC, Smets EM, de Haes JC et al. Smoking cessation interventions in cardiovascular patients. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2003, 26(5): 467-75.
23. Young JL, Spitz RT, Hillbrand M, Daneri G. Medication adherence failure in schizophrenia: a forensic review of rates, reasons, treatments and prospects. *J Am Acad Psychiatry Law*. 1999, 27: 426-29.
24. Zygumnt A, Olfsón M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2002, 159: 1653-1664.

Escala de temperamento de Memphis, Pisa, París y San Diego autoaplicada, versión argentina (TEMPS-A Buenos Aires)

Gustavo H. Vázquez

Departamento de Neurociencias, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina. Mario Bravo 1259. Buenos Aires, Argentina; Tel/Fax: 0054-11-4826-0770; E-mail: gvazquez@palermo.edu

Hagop S. Akiskal

International Mood Center, Department of Psychiatry, University of California at San Diego and Veterans Administration Hospital, San Diego, CA, USA.

1. Introducción

Los manuales oficiales de diagnóstico en psiquiatría han denominado como trastorno bipolar a la entidad clínica que había sido conocida durante la mayor parte del siglo pasado como psicosis maníaco depresiva. Sin embargo Kraepelin(21) había incluido bajo ese mismo rubro a los cuadros depresivos recurrentes que presentaban episodios alternantes de exaltación de menor intensidad (hipomanía), aquellos que mostraban temperamentos de tipo ciclotímico, irritable o maníaco (o hipertímico) o, incluso, aquellos pacientes depresivos con antecedentes familiares de enfermedad maníaco depresiva.

La definición actual del trastorno bipolar brindada por el DSM-IV(7) y el ICD-10(30) es bastante más estrecha que el concepto original de la entidad descrita por Kraepelin. La importancia de la detección de un episo-

dio maníaco agudo, generalmente con síntomas psicóticos, en el curso de una enfermedad con episodios depresivos, es fácilmente compartida por los especialistas como la piedra fundamental para el diagnóstico del trastorno bipolar I. Aunque también la hipomanía es reconocida como un cuadro determinante para el diagnóstico de bipolaridad (en este caso trastorno bipolar II) muchos autores(6, 9, 10, 19) consideran que el umbral diagnóstico para esta entidad particular es demasiado alto y que, además, tiene muchos criterios de exclusión. Por tal motivo, las publicaciones sobre trastornos afectivos que se generan con la utilización de instrumentos o a partir de investigaciones con estos criterios conservativos estiman que la bipolaridad está presente en el 1% de la población, y que sólo representa el 10 al 15% de todos los trastornos del ánimo(28).

En las últimas dos décadas, la importancia del trastorno bipolar ha ido creciendo a instancias de un con-

Resumen

Uno de los mayores puntos de interés en el estudio de los temperamentos afectivos lo constituye la posibilidad de explorar la importancia clínica de los rasgos subafectivos como predictores del desarrollo y manifestaciones interepisódicas de los trastornos anímicos recurrentes presentes en el ámbito del espectro bipolar. La TEMPS-A es un cuestionario de autoevaluación que permite mensurar la presencia de los cuatro temperamentos afectivos fundamentales (hipertímico, depresivo, ciclotímico e irritable) y el temperamento ansioso. *Método:* La versión del cuestionario TEMPS-A que incluye 110 preguntas se ha adaptado localmente de la versión española, que siguiendo la metodología de traducción-retrotraducción, había logrado una versión satisfactoria en el idioma castellano. Sobre esta primera versión lograda en España se realizó una adaptación idiomática local y posterior traducción por un traductor inglés bilingüe. *Resultados:* Se obtuvo una adaptación satisfactoria de la traducción española, confirmada por la retro-traducción al inglés y posterior aprobación por los autores de la escala. *Conclusiones:* La TEMPS-A, versión argentina, es un cuestionario de autoevaluación de los temperamentos afectivos que puede considerarse equiparable a la versión original, y que constituye una herramienta potencialmente útil para la investigación clínica de los trastornos afectivos en nuestro país.

Palabras clave: Espectro Bipolar – TEMPS-A – Evaluación – Temperamentos afectivos

THE TEMPERAMENT EVALUATION OF THE MEMPHIS, PISA, PARIS, AND SAN DIEGO AUTOQUESTIONNAIRE, ARGENTINE VERSION (TEMPS-A BUENOS AIRES)

Summary

One of the major points of interest in the study of affective temperaments is the possibility of exploring the clinical significance of sub-affective traits as predictors of the development and inter-episodic manifestation of recurrent mood disorders within the bipolar illness spectrum. The TEMPS-A scale is a self-evaluation questionnaire used worldwide to assess the four basic affective temperaments (hyperthymic, depressive, cyclothymic, and irritable), and the anxious temperament. *Method:* The TEMPS-A questionnaire version that includes 110 items has been locally adapted from the version used in Spain, which in turn was produced by following the translation / retro-translation method. A locally-adapted version was produced from the version used in Spain. This local version was subsequently translated into English by a bilingual translator. *Results:* A satisfactory adaptation of the version used in Spain was achieved, as confirmed by the retro-translation into English, and its subsequent approval by the authors of the scale. *Conclusions:* The Argentine version of the TEMPS-A self-evaluation questionnaire for the assessment of affective temperaments can be considered equivalent to the original version, and used as an important instrument for the clinical investigation of affective disorders in our country.

Key words: Bipolar spectrum – TEMPS-A – Evaluation – Affective Temperaments

cepto clínico más amplio de la enfermedad, conocido con el nombre de "espectro bipolar". El mismo abarca, entre otros, a los cuadros depresivos con hipomanías de muy corta duración, los episodios depresivos recurrentes breves de curso cíclico y los episodios depresivos disforicos (entendidos como cuadros mixtos), entre otros.

El rápido reconocimiento de las manifestaciones sintomatológicas subafectivas premórbidas (e.g., temperamento distímico, ciclotímico e hipertímico) del espectro bipolar no sólo no debería ser tomado como un preciosismo diagnóstico sino que constituye un problema sanitario mayor. Los temperamentos clásicos nunca habían sido sometidos hasta ahora a pruebas estrictas y fidedignas; sin embargo, distintos trabajos con la TEMPS-A, desarrollada por Hagop y Kareen Akiskal, en conjunto con un grupo de colaboradores internacional, han sido publicados recientemente en una edición especial del *Journal of Affective Disorders*(4).

A pesar de contar con nuevos y mejores tratamientos, el subdiagnóstico y la demora en el diagnóstico definitivo son tan habituales en nuestro medio como en los países más avanzados(27). La evaluación de las características temperamentales a través de herramientas confiables y de sencilla aplicación, como la escala de temperamentos en su versión autoaplicada (TEMPS-A) constituye un avance para la detección temprana de rasgos premórbidos de los trastornos afectivos.

2. Reseña histórica

A pesar de que la conexión entre melancolía y manía había sido observada por los griegos hace 2000 años atrás, los primeros en documentar la enfermedad bipolar completamente fueron los alienistas franceses Baillarger(12) y Falret(18) durante el siglo XIX. El psiquiatra alemán Emil Kraepelin nos brindó descripciones completas y detalladas de las formas depresivas que alternaban con las excitaciones maníacas, en algunos casos psicóticas y en otros más atenuadas. La distinción entre enfermedad unipolar y bipolar, propuesta por Angst y Winokur(8, 29) fue muy útil para la investigación clínica, pero dejó muchas condiciones afectivas sin definir en el medio de los dos constructos. Sobre la base de las observaciones clínicas y los estudios familiares se logró estimar que alrededor del 5% de la población general pertenecía a un espectro bipolar donde predominaba la sintomatología depresiva con excitaciones menores que la manía e incluía las depresiones cíclicas(2).

En el año 1976, Dunner(16) identifica estos cuadros de excitación leve que no necesitan ser hospitalizados como bipolares II y reserva el término de bipolar I para los pacientes cuyos estados de euforia eran de tal gravedad que requerían de una internación especializada. A pesar de que el argumento de la internación es un criterio artificial para la clasificación del estado maníaco, representa un importante avance para el reconocimiento de la gran población de pacientes que se mantienen ambulatorios durante los períodos de euforia.

3. Temperamento y espectro bipolar

El espectro bipolar *soft* ("leve" o "suave") es el término más amplio de los trastornos bipolares, y más allá de

la manía clásica, modifica los conceptos actuales de trastorno bipolar II ya que incluye las depresiones con episodios hipomaniacos breves, con rasgos hipertímicos y ciclotímicos, con historia familiar de bipolaridad, y con períodos de hipomanía inducida por farmacoterapia (bipolar III)(1).

El concepto de espectro bipolar se ha visto enriquecido por los estudios epidemiológicos de Angst(10), quien demostró la alta prevalencia de episodios hipomaniacos que duraban menos que los 4 días requeridos por el DSM-IV para ese diagnóstico particular. En la actualidad las entidades clínicas postuladas para conformar el llamado espectro bipolar incluyen el trastorno esquizo-bipolar, la manía, los estados mixtos, las depresiones con hipomanías (indistintamente de su duración), las hipomanías inducidas farmacológicamente (antidepresivos o drogas de abuso), depresiones recurrentes con historia familiar de bipolaridad o respondedoras al litio (y por extensión a los demás estabilizantes del ánimo) y depresiones instaladas sobre temperamentos ciclotímicos e hipertímicos (bipolar IV). Algunos estudios han confirmado que los temperamentos afectivos amplían aún más las fronteras del espectro bipolar. Por ejemplo, se ha demostrado que en la depresión unipolar con temperamento hipertímico, la historia familiar y la distribución por sexo tienen un mayor parecido a la encontrada en los pacientes con trastorno bipolar tipo I y II que en las poblaciones de pacientes depresivos unipolares puros (es decir, sin temperamento hipertímico)(14).

Las tasas elevadas para el espectro bipolar en los estudios realizados con la comunidad están en consonancia con los conceptos clásicos de la enfermedad bipolar derivados de los trabajos de Kraepelin(21) y Kretschmer(22), quienes pensaron las enfermedades afectivas como una amplia gama de estados diversos, que van desde los más severos a los más leves, para entrar sin un límite muy preciso en el terreno de la predisposición personal o temperamento. Ambos autores describieron a los individuos con ciclotimia como sujetos que padecían manifestaciones afectivas de baja intensidad que oscilaban habitualmente desde los estados subdepresivos a la hipomanía a lo largo de todas sus vidas. Mientras que en la literatura clásica, especialmente alemana(25), la ciclotimia se refiere a todas las manifestaciones del espectro maníaco depresivo, en su concepción actual está limitada a las condiciones bipolares más leves, que podemos considerar a nivel del temperamento.

En un estudio italiano, Placidi et al(23) detectaron que el 6,3% de una población de más de 1000 estudiantes sanos poseía un temperamento ciclotímico, es decir que oscilaba entre períodos subdepresivos e hipomaniacos, representando un grupo de alto riesgo para el desarrollo de enfermedades afectivas mayores. Otro estudio americano, desarrollado en estudiantes de Nueva York(20), detectó un 4 a 6% de sujetos que cumplían con los criterios de ciclotimia. Además de que la ciclotimia está presente de manera significativa en los descendientes de los pacientes bipolares, en comparación con los sujetos control sin antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, es importante destacar que este estudio, de manera prospectiva, determinó la tendencia de la mayoría de los estudiantes con ciclotimia a desarrollar episodios depresivos y/o intentos de suicidio así como abuso de sustancias, apuntando esta población en la dirección del espectro bipolar.

Otro de los temperamentos fundamentales, el hipertímico, también ha sido vinculado estrechamente con el trastorno bipolar. Eckblad y Chapman(17) estudiaron una población de estudiantes de la Universidad de Wisconsin donde detectaron que el 6% presentaba criterios permanentes de tendencias hipomaniacas, y que muchos de estos casos se asociaban con depresiones muy breves. En el estudio colaborativo de Pisa y San Diego(3), también desarrollado entre estudiantes, el 8% pudo ser categorizado como hipertímico sobre la base de siete rasgos hipomaniacos permanentes (como por ejemplo la extroversión, la desinhibición, o la grandiosidad). Estos rasgos establecidos psicométricamente y replicados actualmente en casi todo el mundo, están validados sobre la base de una historia familiar positiva de bipolaridad significativamente mayor que la de los pacientes unipolares sin estas características temperamentales, y que son prácticamente indistinguibles de los pacientes bipolares II(15).

La inclusión de estos pacientes "hipertímicos que se deprimen" dentro del espectro bipolar reduciría la unipolaridad en un 10 a 20%(15). Los datos actuales son inciertos en cuanto a la frontera real entre el temperamento hipertímico y la normalidad; sin embargo este temperamento debería ser considerado "anormal" sólo si se aparece un cuadro depresivo.

4. El cuestionario TEMPS-A como medida para temperamento

Las investigaciones clínicas sobre trastornos afectivos a nivel mundial exigen el empleo de herramientas confiables y extrapolables de una región a la otra, teniendo en cuenta no sólo los aspectos culturales sino también las características idiomáticas propias. La creación de una nueva escala de evaluación a partir de la adaptación de la versión original en idiomas y culturas distintas precisa una metodología homogénea, a fin de poder alcanzar versiones equiparables(13).

El TEMPS-A permite la evaluación de los cuatro temperamentos afectivos fundamentales y el temperamento ansioso(5) a través de la versión del cuestionario autoadministrado de Memphis, de Pisa, de París y de San Diego. La TEMPS-A consiste en 110 ítems, de fácil lectura y comprensión tanto para los pacientes como para la población general. Las subescalas posibilitan registrar los ritmos anímicos, cognitivos, psicomotores y circadianos que pueden predisponer a los trastornos afectivos mayores.

El Centro Internacional de Trastornos Afectivos de San Diego ha validado la TEMPS-A en una investigación en la población norteamericana, además ha colaborado con la versión alemana (versión de Münster) que la validó a su vez en una población de estudiantes, con la versión japonesa y turca, todas ellas adaptadas a los idiomas locales. En la actualidad, las versiones francesas e italianas ya están adaptadas y validadas; y están adaptadas pero en proceso de validación

las versiones árabe, danesa, griega, húngara, polaca, portuguesa, española y sueca. En total, contando las versiones italiana y francesa, la TEMPS-A existe en 12 idiomas además del inglés norteamericano (para una revisión completa del estado actual de la TEMPS véase 1a). En nuestro país, y a partir de la adaptación que se presenta en este artículo, se ha iniciado el proyecto de validación.

La intención de este trabajo es presentar la adaptación al castellano que se habla en Argentina de la Escala de Temperamento de Memphis, Pisa, París y San Diego (TEMPS-A). La traducción-retrotraducción fue la metodología usada por el grupo de Sánchez-Moreno(24) para realizar la adaptación semántica y cultural del TEMPS-A en su versión española, siguiendo las directrices de diversos autores(13, 11, 26).

Se hicieron dos traducciones al castellano que se habla en España de la versión original en inglés del cuestionario TEMPS-A. Las dos traducciones fueron realizadas por profesionales de la salud con gran experiencia en trastornos afectivos y muy buen manejo de la lengua anglosajona. Para constatar la adecuación de estas traducciones, las mismas fueron revisadas en conjunto por otro profesional de la salud y el equipo investigador, obteniéndose la versión consensuada de la escala en español(24). Esta versión consensuada fue retro-traducida al idioma inglés por un traductor bilingüe que no conocía la versión original. A partir de la retrotraducción del cuestionario, se realizó la clasificación de cada uno de los ítems del cuestionario según la equivalencia conceptual y semántica comparada con la versión original en inglés. El grado de equivalencia reveló que 37 de los 110 ítems del cuestionario (33,6%) fueron clasificados como ítems con una equivalencia A (equivalencia conceptual y semántica perfecta con versión original o paralelismo semántico idéntico a la versión original). El equipo investigador y los traductores generaron diferentes alternativas para los ítems clasificados con una equivalencia B (equivalencia conceptual satisfactoria pero difiere en una o más palabras de la versión original) y C (conserva el significado del original pero no presenta una equivalencia conceptual satisfactoria).

Los ítems que requirieron variaciones, fueron sometidos a una última retrotraducción por un traductor independiente. Finalmente, se realizó una evaluación de la equivalencia entre la versión original y la española para verificar que se había producido una mejora de la equivalencia, donde todos los ítems mostraron una equivalencia perfecta (equivalencia A) o equivalencia satisfactoria (equivalencia B)(24).

A partir de esta primera versión realizada en España, se logró la adaptación al idioma castellano que se habla en la Argentina por parte de un investigador en trastornos afectivos y conocimiento de la lengua inglesa.

La versión argentina fue retrotraducida al inglés por un traductor inglés bilingüe independiente que desconocía la versión original del cuestionario, y enviada posteriormente a los au-

tores originales de la escala para su revisión y aprobación definitiva (Hagop y Kareen Akiskal).

5. Conclusiones.

Las investigaciones epidemiológicas más recientes sobre trastornos afectivos demuestran que el trastorno bipolar tiene una prevalencia mucho mayor del 1% de la población que se cita clásicamente. Si tomamos en cuenta el concepto de espectro bipolar, esta cifra supera holgadamente el 5%. Los estudios clínicos indican que los trastornos bipolares podrían llegar a ser casi tan frecuentes como la depresión unipolar. El moderno espectro bipolar, impulsado por Akiskal y Angst entre otros, está en con-

cordancia con la postura de Kraepelin, quién propuso una enfermedad maniaco depresiva que en un extremo se tocaba con la psicosis y en el otro se sumergía en los temperamentos afectivos. En el presente artículo se presenta la versión argentina del cuestionario TEMPS-A, que constituye una herramienta de probada eficacia en otros países para la evaluación de los distintos temperamentos que podrían constituir los cimientos sobre los que se levantan los trastornos afectivos mayores. Esta versión adaptada al castellano que se habla en nuestro país constituye el punto de partida para su posterior validación nacional y la posibilidad de poder llevar a cabo con ella los más diversos estudios dirigidos a investigar los diferentes aspectos neurobiológicos, hereditarios, familiares y terapéuticos particulares asociados a los temperamentos ■

Apéndice

Escala de temperamento de Memphis, Pisa, París y San Diego autoaplicada, versión argentina (TEMPS-A Buenos Aires)

Nombre: _____ Fecha: _____ Sexo: M F _____ Edad: _____

Escala de temperamento de Memphis, Pisa, París y San Diego autoaplicada, versión argentina (TEMPS-A Buenos Aires)

Marque V (Verdadero) en todas las frases que sean aplicables a usted durante la mayor parte de su vida.
Marque F (Falso) para todo el resto de las frases que no sean aplicables a usted la mayor parte de su vida.

1. V F Soy una persona triste, infeliz.
2. V F La gente me dice que soy incapaz de ver el lado bueno de las cosas.
3. V F He sufrido mucho en la vida.
4. V F Pienso que a menudo las cosas salen mal / peor.
5. V F Abandono fácilmente.
6. V F Desde siempre me he sentido un/a fracasado/a.
7. V F Siempre me he sentido culpable por cosas que los demás considerarían poco importantes.
8. V F No tengo tanta energía como otras personas.
9. V F Soy la clase de persona a quién no le gustan demasiado los cambios.
10. V F Cuando estoy en grupo prefiero escuchar a los demás.
11. V F A menudo cedo ante los demás.
12. V F Me siento muy inseguro/a al conocer gente nueva.
13. V F Me siento fácilmente herido por las críticas o el rechazo.
14. V F Soy el tipo de persona con la que siempre se puede contar.
15. V F Pongo las necesidades de los demás por encima de las mías.
16. V F Soy una persona muy trabajadora.
17. V F Preferiría trabajar para otra persona que ser el jefe.
18. V F Es natural en mí ser pulcro/a y organizado/a.
19. V F Soy el tipo de persona que duda de todo.
20. V F Mi deseo sexual ha sido siempre bajo.
21. V F Normalmente necesito dormir más de 9 horas.
22. V F A menudo me siento cansado/a sin motivo.
23. V F Tengo cambios repentinos de humor y energía.
24. V F Mi ánimo y energía son altos o bajos, raramente entre esos dos extremos.
25. V F Mi habilidad para pensar varía mucho, pasando de ser aguda a torpe sin ningún motivo aparente.
26. V F Puedo pasar de que alguien me guste mucho a perder totalmente el interés en esa persona.

27. V F A menudo exploto con la gente y luego me siento culpable.
28. V F A menudo empiezo cosas perdiendo el interés antes de acabarlas.
29. V F Mi estado de ánimo cambia a menudo sin ningún motivo.
30. V F Paso constantemente de ser vital a estar perezoso/a.
31. V F A veces me voy a la cama triste pero me levanto por la mañana sintiéndome fantástico/a.
32. V F A veces me voy a la cama sintiéndome genial y me levanto por la mañana sintiendo que no vale la pena vivir.
33. V F Me dicen que a menudo me pongo pesimista y que olvido los tiempos felices del pasado.
34. V F Paso de tener mucha confianza en mí mismo/a a sentirme inseguro/a.
35. V F Paso de ser abierto/a a ser retraído/a con los demás.
36. V F Siento todas las emociones intensamente.
37. V F Mi necesidad de dormir cambia mucho, pasando de necesitar unas pocas horas de sueño a más de 9 horas.
38. V F La manera en que veo las cosas es a veces intensa pero otras veces apagada.
39. V F Soy el tipo de persona que puede estar triste o contenta a la vez.
40. V F Muy a menudo sueño despierto/a cosas que otras personas consideran imposibles de conseguir.
41. V F A menudo tengo un fuerte impulso por hacer cosas escandalosas.
42. V F Soy el tipo de persona que se enamora y se desenamora fácilmente.
43. V F Mi estado de ánimo es generalmente optimista y alegre.
44. V F La vida es una fiesta que disfruto al máximo.
45. V F Me gusta contar chistes, la gente dice que soy divertido/a.
46. V F Soy el tipo de persona que cree que finalmente todo saldrá bien.
47. V F Tengo gran confianza en mí mismo/a.
48. V F A menudo tengo ideas brillantes.
49. V F Estoy siempre muy activo/a.
50. V F Puedo hacer muchas cosas sin cansarme.
51. V F Tengo un don para el habla, convengo e inspiro a los demás.
52. V F Me gusta emprender nuevos proyectos, aunque sean arriesgados.
53. V F Una vez decido hacer algo nada puede detenerme.
54. V F Me siento totalmente cómodo/a incluso estando con personas que apenas conozco.
55. V F Me encanta estar con mucha gente.
56. V F La gente me dice que a menudo meto la nariz en los asuntos de los demás.
57. V F La gente me considera una persona generosa, que gasta mucho dinero en los demás.
58. V F Tengo habilidades y conocimientos en muchas áreas.
59. V F Siento que tengo el derecho y el privilegio de hacer lo que quiera.
60. V F Soy el tipo de persona a quién le gusta ser el jefe.
61. V F Cuando no estoy de acuerdo con alguien puedo meterme en una discusión acalorada.
62. V F Mi deseo sexual es siempre alto.
63. V F Normalmente puedo pasar con menos de 6 horas de sueño.
64. V F Soy una persona malhumorada (irritable).
65. V F Soy una persona insatisfecha por naturaleza.
66. V F Me quejo mucho.
67. V F Soy muy crítico/a con los demás.
68. V F A menudo me siento impaciente.
69. V F A menudo me siento tenso/a.
70. V F Me siento impulsado por una inquietud desagradable que no comprendo.
71. V F A menudo me enfado tanto que lo destrozaría todo.
72. V F Cuando estoy de malhumor podría meterme en una pelea.
73. V F La gente me dice que exploto por nada.
74. V F Cuando me enojo respondo bruscamente.
75. V F Me gusta tomarle el pelo a la gente, incluso a la que apenas conozco.
76. V F Mi humor ácido me ha metido en problemas.
77. V F Puedo ponerme tan furioso/a que podría herir a alguien.
78. V F Soy tan celoso de mi esposo/a (o amante) que no puedo soportarlo.
79. V F La gente dice que insulto mucho.
80. V F Me han dicho que me pongo violento/a con sólo unos tragos.
81. V F Soy una persona muy escéptica.
82. V F Podría ser un/a revolucionario/a.
83. V F Mi deseo sexual es a menudo tan intenso que llega a ser realmente desagradable.
84. V F (Mujeres solo): Tengo ataques incontrolables de ira antes de la menstruación.
85. V F Que yo recuerde siempre he sido una persona aprensiva.
86. V F Me preocupo siempre por una cosa u otra.
87. V F Me siguen preocupando cosas cotidianas que los demás consideran poco importantes.
88. V F No puedo hacer nada para dejar de preocuparme.
89. V F Mucha gente me ha dicho que no me preocupe tanto.
90. V F Cuando estoy estresado/a, a menudo mi mente se queda en blanco.
91. V F Soy incapaz de relajarme.
92. V F A menudo me siento muy inquieto/a por dentro.
93. V F Cuando estoy estresado/a, a menudo me tiemblan las manos.

- | | | | |
|------|---|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 94. | V | F | A menudo tengo molestias en el estómago. |
| 95. | V | F | Cuando estoy nervioso/a, puedo tener diarrea. |
| 96. | V | F | Cuando estoy nervioso/a a menudo tengo náuseas. |
| 97. | V | F | Cuando estoy nervioso/a, tengo que ir con frecuencia al baño. |
| 98. | V | F | Cuando alguien tarda en volver a casa temo que haya tenido un accidente. |
| 99. | V | F | A menudo temo que alguien de mi familia contraiga una enfermedad grave. |
| 100. | V | F | Siempre estoy pensando que alguien pueda darme malas noticias sobre un miembro de mi familia. |
| 101. | V | F | Mi sueño no es descansado. |
| 102. | V | F | Frecuentemente tengo dificultad para dormir. |
| 103. | V | F | Soy, por naturaleza, una persona muy cautelosa. |
| 104. | V | F | A menudo me despierto por la noche asustado/a pensando si hay ladrones en la casa. |
| 105. | V | F | Cuando estoy estresado/a, fácilmente sufro dolores de cabeza. |
| 106. | V | F | Cuando estoy estresado/a siento una sensación desagradable en el pecho. |
| 107. | V | F | Soy una persona insegura. |
| 108. | V | F | Incluso pequeños cambios en la rutina me estresan mucho. |
| 109. | V | F | Cuando manejo, incluso aunque no he hecho nada incorrecto, tengo miedo de que la policía pueda pararme. |
| 110. | V | F | Los ruidos inesperados me sobresaltan fácilmente. |

Referencias bibliográficas

- Akiskal HS. 1996. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol* 17 (Suppl 3), 117-122.
- Akiskal HS, Akiskal K, Haykal, R, Manning, J.S., Connor, P.D. 2005. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *J Affect Disord* 85, 3-16.
- Akiskal HS, Mallya G. 1987. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull.* 23, 68-73.
- Akiskal HS, Placidi GF, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, Maremmani I. et al. 1998. TEMPS-I. delineating the most discriminant traits of cyclothymic, depressive, irritable, and hyperthymic temperaments in a non patient population. *J Affect. Disord.* 51, 7-19.
- Akiskal HS, Akiskal KK. (Eds) 2005: The Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego. *J Affect Disord.* 85 (1-2) 1-242.
- Akiskal HS, Akiskal K, Haykal R, Manning JS, Connor P. 2005. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire. *J. Affect. Disord.* 85, 3-16
- Akiskal HS, Pinto O. 1999. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am.* 22, 517-534.
- American Psychiatric Association, 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition. APA Press, Washington DC.
- Angst J. 1966/1973. The etiology and nosology of endogenous depressive psychoses. *Foreign Psychiatry* 2.
- Angst J. Merikangas, K. 1997. The depressive spectrum: diagnostic classification and course. *J Affect Disord* 45, 31-40.
- Angst J. 1998. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 50, 143-151.
- Badia X, Alonso J. 1994. Adaptation of a measure of dysfunction-related illness: the Spanish version of Sickness Impact Profile. *Med Clin (Barc).* 102:90-5.
- Baillarger J. 1854. De la folie á double forme. *Ann Med Psychol (Paris)* 6, 367-391
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. 2000. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 25:3186-91.
- Cassano GB, Akiskal HS, Musetti L, Perugi G, Soriani A, Mignani V. 1989. Psychopathology, temperament, and past course in primary major depressions. *Psychopathology* 22, 278-288.
- Cassano GB, Akiskal HS, Savino M, Musetti L, Perugi G, Soriani A. 1992. Proposed subtypes of bipolar II and related disorders: With hypomanic episodes (or cyclothymia) and with hyperthymic temperament. *J Affect Disord* 26, 127-140.
- Dunner DL, Gershon ES, Goodwin FK. 1976. Heritable factors in the severity of affective illness. *Biol Psychiatry* 11, 31-42.
- Eckblad M, Chapman U. 1986. Development and validation of a scale for hypomanic personality. *J Abnorm Psychol* 95, 214-222.
- Falret JP. 1854. Memoire sur la folie circulaire. *Bull Acad Natl Med.* 19, 382-415.
- Hirschfeld RMA, Keller MB, Panico S, Arons BS. et al. 1997. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *J. Am. Med Assoc* 277, 333-340.
- Klein DN, Depue RA, Slater JF. 1986. Inventory identification of cyclothymia. IX. Validation in offspring of bipolar I patients. *Arch Gen Psychiatry* 43, 441-445.
- Kraepelin E. 1996. "La locura maniaco-depresiva". En *La locura maniaco-depresiva, La catatonía, La hebefrenia*. Ed Polemos. Buenos Aires. Argentina.
- Kretschmer E. 1936. *Physique and Character*. Kegan Paul, Trench, Trubner, London.
- Placidi GF, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, Maremmani I, Akiskal HS. 1998. The Semi-Structured Affective Temperament Interview (TEMPS-I): Reliability and psychometric properties in 1010 14-26 year students. *J Affect Disord* 47, 1-10.
- Sanchez-Moreno J, Barrantes-Vidal N, Vieta E, Martinez-Aran A, Saiz-Ruiz J, Montes JM, Akiskal HS. 2004. *Proceso de adaptación al español de la escala de temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego – versión autoaplicada (TEMPS-A)*. Actas Españolas de Psiquiatría (en prensa)
- Schneider K. 1959. *Clinical Psychopathology*. Grune and Stratton, New York.
- Serra-Sutton V, Herdman M, Rajmil L, Santed R, Ferrer M, Simeoni MC, Auquier P. 2002. Cross-cultural adaptation to Spanish of the Vecu et Sante Percue de l'Adolescent (VSP-A): a generic measure of the quality of life of adolescents. *Rev Esp Salud Pública.* 76:701-12.
- Strejilevich S, Retamal Carrasco P. 2003. Perception of the impact of Bipolar Disorder and its diagnosis in health centers in Argentina and Chile. *Vertex* (54): 245-252
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C. et al. 1996. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *J Am Med Assoc* 276, 293-299.
- Winokur G, Clayton PJ, Reich T. 1969. *Manic depressive illness*. CV Mosby. St Louis.
- World Health Organization. 1992. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders*. WHO, Geneva, Switzerland.

Formación de la identidad en la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar

Andrés Heerlein L.

Médico-Psiquiatra. Doctor en Psiquiatría, Universidad de Heidelberg. Profesor Asociado, Depto. de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Chile. Vicepresidente Asocimed Chile. E-mail: aheerlein@entelchile.net

Introducción

Desde la introducción del concepto "Identidad" en Psicología y Psiquiatría la evolución de este término ha tenido un destino difuso. Identidad se refiere originalmente a una particular relación entre dos objetos, de modo tal que, vistos desde una perspectiva, ambos son iguales, mientras que vistos desde una perspectiva diferente, son de-

siguales. En ciencias sociales y filosofía este concepto ha sido utilizado generalmente en relación a la forma como algo es en esencia, o bien, a la forma como uno se percibe a sí mismo. La Psicología, el Psicoanálisis y la Psicopatología han empleado este término en diferentes contextos y con definiciones disímiles, no siempre respetando su naturaleza biopsico-social. Paralelamente, el concepto de "Identidad" ha sido frecuentemente simplificado o distor-

Resumen

Introducción: Numerosos autores han sugerido que la identidad y la formación de ésta son conceptos importantes para el diagnóstico diferencial y la comprensión de los trastornos psiquiátricos. Este estudio intenta demostrar los beneficios del análisis de la formación de la identidad desde una perspectiva clínico-empírica. Estos beneficios incluyen el esclarecimiento de complejos temas teóricos, el delineamiento de líneas de investigación y el enriquecimiento del diagnóstico y la comprensión psicopatológica. **Método:** 45 pacientes hospitalizados por un síndrome psicótico agudo en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile fueron diagnosticados de acuerdo a los criterios del DSM IV y de la CIE 10. Todos los pacientes eran varones jóvenes padeciendo su primer episodio psicótico, y todos fueron entrevistados por el mismo evaluador durante la primera semana de tratamiento. 26 pacientes recibieron el diagnóstico de un trastorno bipolar y 19 de un trastorno esquizofreniforme. Pacientes con comorbilidad en los ejes I, II y III del DSM IV fueron excluidos. Los pacientes fueron sometidos a una entrevista clínica semi-estandarizada dirigida a evaluar el contenido de las alucinaciones auditivas y los contactos sociales premórbidos. El nivel de formación de identidad fue evaluado de acuerdo a descripciones fenomenológicas y a las etapas de E. Ericsson. **Resultados:** Los pacientes con trastorno esquizofreniforme revelan significativamente menos contactos heterosexuales premórbidos al compararlos con los sujetos bipolares, refiriendo con mayor frecuencia contenidos alucinatorios de tipo homosexual. El grupo de pacientes con trastorno esquizofreniforme expresaron mayor preocupación por su identidad sexual, exhibiendo un menor desarrollo de la identidad. **Discusión:** La identidad y el nivel de formación de identidad pueden ser elementos importantes para la comprensión clínica y teórica de diferentes trastornos psiquiátricos. Los pacientes bipolares y esquizofreniformes en su primer episodio psicótico exhiben diferencias significativas cuando se les analiza desde la perspectiva de la formación de su identidad. Estos hallazgos pueden mejorar la comprensión de la psicopatología de diferentes trastornos psiquiátricos como así también enriquecer el trabajo clínico y psicoterapéutico con nuestros pacientes psiquiátricos.

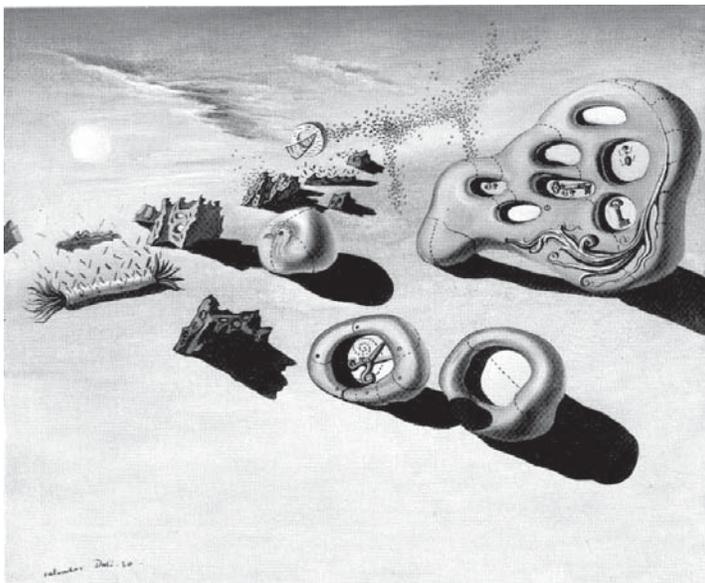
Palabras clave: Identidad – Identidad y Esquizofrenia – Identidad y Trastorno Bipolar

IDENTITY FORMATION IN SCHIZOPHRENIA AND BIPOLAR DISORDER

Summary

Introduction: Different authors have suggested that identity and identity formation are important concepts for the comprehension and management of psychiatric disorders. This paper seeks to demonstrate significant benefits when identity formation is analyzed from an empirical-clinical perspective. These benefits include clarification of difficult theoretical issues, delineation of specific research directions and enrichment of diagnosis and psychopathological understanding. **Method:** 45 inpatients with an acute psychotic syndrome of the Psychiatric Clinic of the University of Chile were diagnosed according to DSM IV and ICD 10 criteria. All patients were young males suffering their first psychotic episode. All of them were interviewed by the same researcher during the first week of hospitalization. 26 patients received the diagnosis of a bipolar disorder and 19 patients of a schizophreniform disorder. Patients with comorbidity on axes I, II or III of DSM-IV were excluded. A semi-standardized clinical interview focused on the content of the auditory hallucinations and premorbid social contacts was performed. The level of identity-formation was assessed according to phenomenological descriptions and E. Erikson's development concepts. **Results:** Patients with a schizophreniform disorder reported significant less premorbid sexual contacts as compared to bipolars, and significant more acoustic hallucinations with homosexual content. The group of patients with a schizophreniform disorder expressed more preoccupations about their own sexual identity and exhibit a lower identity development when compared with bipolar patients. **Discussion:** Identity and the level of identity formation can be important concepts for the theoretical and clinical understanding of different psychiatric disorders. In their first psychotic episode bipolars and schizophrenic patients show significant differences when analyzed from the perspective of their identity formation. These findings can be very helpful in clinical and theoretical work on psychiatric disorders.

Key Words: Identity – Identity and schizophrenia – Identity and bipolar disorders



sionado, intentando adaptarlo a corrientes específicas de pensamiento. Así, por ejemplo, en lugar de tener en consideración su condición interaccional entre el individuo y su entorno, el concepto de identidad ha sido frecuentemente operacionalizado como una cosa o un simple objeto, de carácter unidimensional. Todo ello ha conducido a frecuentes errores y a un progresivo abandono de este concepto en la literatura psiquiátrica y de investigación psico-social.

Desde el inicio del siglo XX diferentes autores de los ámbitos académicos de la Psicología, el Psicoanálisis y la Psicopatología, intentaron realizar una diferenciación científica entre los conceptos de identidad, yo, *self*, autoconciencia o sentimiento de yo. Posteriormente se propusieron términos como "vivencia de yo", "conciencia de yo" o "identidad de yo", en los que incluso se distinguirían ciertos "límites de la identidad"(1, 2). Tal vez haya sido este cúmulo de conceptos mal definidos y estrechamente relacionados, la causa por la que hoy en día la investigación clínica, diagnóstica y psicopatológica, ha intentado evitar deliberadamente el concepto de identidad en sus discusiones académicas. No obstante, el constructo "Identidad" constituye una valiosa herramienta clínica y de investigación, que no debería ser ignorada. Identidad es un concepto multidimensional de incuestionable valor científico y filosófico, que ofrece grandes posibilidades para el desarrollo de la psicopatología diferencial, del diagnóstico psiquiátrico, de la psicoterapia y de la investigación psicológica y psicopatológica, siempre y cuando se tenga en consideración que no se trata de un concepto sencillo, susceptible de definir en una sola frase.

Hoy en día, se acepta que la identidad es un concepto multidimensional, constituido por una suma de elementos diferentes, tanto sociales como individuales, en continua interacción entre sí. Para efectos del presente trabajo, nos apoyaremos en la defini-

ción de Akhtar y Samuel(3). Según estos autores, identidad es:

"Percepción (del yo y de los otros) de una imagen corporal realista, mantención continua de una conciencia de sí mismo, cierta consistencia en las actitudes y conductas, continuidad temporal de la experiencia, genuinidad y autenticidad, claridad en relación al propio género, solidaridad interna con el grupo histórico de pertenencia, con la cultura y los propios ideales, y una conciencia bien internalizada".

Para efectos prácticos podemos afirmar que la identidad humana adulta se compone de, por lo menos, los siguientes 14 elementos: edad, raza, género, país de origen, educación, religión, estatus socio-económico, educación, lenguaje, hábitos y tradiciones, aculturación y conducta sanitaria. Observamos entonces que "identidad" es un concepto relativamente sencillo de definir desde la perspectiva sociológica,

tal como lo plantean Akhtar y Samuel(3). Sin embargo, la definición de identidad puede ser más compleja cuando el concepto es abordado desde la perspectiva de la psicología individual o desde la psicopatología. Así por ejemplo, Gallagher distingue entre una identidad situacional y una identidad personal o narrativa(4). Este autor propone una aproximación filosófico-cognitiva al problema del yo, dividiéndolo en dos instancias: un "yo minimal" y un "yo narrativo", más ligado a la identidad personal y a la continuidad a través del tiempo(4).

Paul Federn, un representante de la psicología del yo, describe a la identidad como una vivencia caracterizada por los sentimientos del yo, estableciendo una relación estrecha con sus fortalezas, los constituyentes del yo(1). En este modelo el yo es un elemento dinámico, con límites flexibles y cambiantes, que funcionan como un órgano de los sentidos, y que es ocupado por los contenidos, percepciones e impresiones que ingresan a la conciencia del yo. Esto permite distinguir entre una identidad interna y una externa, o bien entre una identidad individual y una social(1).

Karl Jaspers habla de una conciencia de yo al referirse a la identidad del yo(2). Con ello Jaspers comprende a la forma como el yo adquiere conciencia de sí mismo. Jaspers distingue cuatro características formales: 1) las sensaciones activas, una forma de conciencia del ser activo; 2) una conciencia de simpleza: yo soy el mismo en todo momento; 3) una conciencia de identidad: yo soy el mismo desde siempre; 4) la conciencia del yo en contraposición al mundo externo y a los otros. Jaspers comprende esta conciencia de yo casi anatómicamente, en oposición a la conciencia de los objetos externos, pudiendo estar alterada en múltiples procesos patológicos como la esquizofrenia, la depresión, la histeria o la despersonalización. Asimismo, en Jaspers la dicotomía entre el "ser" y el "parecer" (*Sein und Schein*) está planteada de tal modo que sugiere que el ser huma-

no no tuviera necesidad del "parecer", que la identidad social no tuviese existencia real. Observamos aquí un distanciamiento con las posturas psicológicas y sociológicas previamente descritas, que dificultan la elaboración de teorías comunes en relación a este concepto(2).

Uno de los principales problemas que ha enfrentado la investigación científica en el ámbito de la identidad y del yo es la dificultad de encontrar consensos conceptuales. Los trabajos de Kraus y de Erikson logran establecer importantes nexos entre las diferentes perspectivas que abordan el problema de la identidad humana(5, 6). Ambos autores, desde fuentes teóricas muy diferentes, postulan los conceptos de estructura de identidad y desarrollo de identidad respectivamente, y que alcanzan un alto grado de relevancia en la investigación psicopatológica. Para ejemplificar de qué modo se entrelazan los elementos de identidad y psicopatología, Kraus ha optado por incursionar en el ámbito de la sociología y la antropología, analizando la identidad de rol y el problema de la sobreidentificación(5). Erikson, por su parte, fue el primero en utilizar el concepto de desarrollo de la identidad como base de análisis sistemático de la vida de los humanos en determinado contexto social(6). Basado en observaciones clínicas, psicodinámicas, etológicas y antropológicas, Erikson describió un verdadero itinerario de las diferentes etapas del desarrollo de la identidad humana, en sus distintos niveles evolutivos. La Tabla 1 resume los ocho niveles evolutivos descritos por este autor.

Para efectos del presente trabajo, quisiéramos concentrarnos en las fases 5 y 6 del desarrollo humano descrito por Erikson. Según este autor, la quinta fase comenzaría así:

"...La niñez llega a su término, y con la llegada de la pubertad se comienza a consolidar la etapa juvenil. Los sentimientos de igualdad comienzan a ser cuestionados, a desvanecerse. Las rápidas transformaciones en el tamaño corporal y la aparición de los caracteres sexuales secundarios no permiten que uno continúe sintiéndose el mismo que antes fue. Junto con la pregunta del ¿Quién soy yo? Aparece asociada la pregunta ¿Cómo me perciben los otros? Esta pregunta reviste particular importancia para los púberes masculinos, donde la desvinculación familiar junto con la búsqueda de la identidad sexual constituye un desafío de particular complejidad. Aquellos jóvenes que tienen aptitudes sociales o tolerancia grupal pueden sortear más fácilmente esta difícil etapa del desarrollo. Gracias a una buena adaptación social, a amistades o a "pololeos", es posible ahuyentar el fantasma del "ser diferente", del ser inferior a sus pares. Gracias a estas relaciones se logra superar con éxito esta etapa, y la identidad logra acceder al siguiente nivel de desarrollo. No obstante, aquellos individuos que no poseen destrezas sociales, que son particularmente sensibles o introvertidos, y que presentan un mayor temor a la diferencia o

Tabla 1
Las ocho fases según E. Erikson
en el desarrollo humano

1. Confianza versus desconfianza básica.
2. Autonomía en oposición a vergüenza e inseguridad.
3. Iniciativa en oposición a sentimientos de culpa.
4. Rendimiento en oposición a sentimientos de inferioridad.
5. Identidad en oposición a inseguridad de rol.
6. Intimidad en oposición al aislamiento.
7. Capacidad de producir en oposición al estancamiento.
8. Integridad de Yo en oposición a la desesperanza.

al rechazo de los otros, especialmente en el plano de la identidad sexual donde se presenta el riesgo de una pérdida de yo, no logran superar exitosamente esta fase y pueden presentar posteriores descarrilamientos psicóticos..."

En cambio, la fase 6 de Erikson se iniciaría de la siguiente forma:

"... Una vez que el joven adulto ha logrado consolidar un sentimiento de identidad fuerte, está en condiciones de fundir su identidad con la de otra persona... Recién ahora puede abocarse plenamente a tener una vida sexual o íntima, ya que mucho del juego sexual que antecede a una relación sentimental pertenece al ámbito de la búsqueda de la propia identidad... Donde la capacidad de intimidad no ha logrado desarrollarse se llegará frecuentemente a aislamientos, que pueden conducir a trastornos psíquicos..."

Observamos entonces que, de acuerdo con Erikson, ambas fases del desarrollo se relacionan estrechamente con la consolidación de la identidad psicológica, y que estas fases son de alto riesgo para el desencadenamiento de un proceso psicótico endógeno.

Identidad en las Psicosis Endógenas

Mediante el término "esquizofrénico" E. Bleuler intentó describir lo esencial de dicha patología, vale decir, la dispersión (*Spaltung*) de diferentes funciones psíquicas que corresponden a funciones propias del yo, o sea, de la identidad propiamente tal(7). Jaspers realizó un intento serio por diferenciar psicopatológicamente a las esquizofrenias de otras formas de psicosis. Para ello este autor puso énfasis en las alteraciones yoicas propias de la esquizofrenia, así como la especial forma de vida psíquica que tienen estos pacientes, muy diferente a la vida psíquica normal(2). De Bonis y cols. demuestran empíricamente deficiencias específicas en la identidad y otros aspectos del yo en pacientes esquizofrénicos, incluso al compararlos con pacientes limítrofes(8).

Winkler acuña el concepto de la *Ich-Anakorese* o "anacoresis del yo", refiriéndose al proceso intrapsíquico propio del comienzo de los síntomas esquizofrénicos, donde se plantea

Tabla 2
Características clínicas y demográficas de ambos grupos

Diagnóstico DSM-IV e ICD-10	Trastorno Esquizofreniforme	Trastorno Bipolar S
N	19	26
Edad	17.3	18.4
Síntomas alucinatorios	16	18
Semanas de enfermedad previa	3.6	2.3

un distanciamiento del "yo" de todos los contenidos de la conciencia, ya que dada su incompatibilidad no pueden ser asimilados por el yo(9). Teniendo en consideración la importancia de los factores culturales y las migraciones en el desencadenamiento de la psicosis Bhugra apoya empíricamente la noción de que la identidad juega un rol central en la esquizofrenia(10, 11).

En relación al inicio de los síntomas esquizofrénicos, numerosos estudios casuísticos demuestran que en las psicosis incipientes es frecuente observar cómo un determinado desarrollo personal de la vida incursiona en el contenido de la psicosis, modelando parte de sus síntomas(12 y 13, 14). Diferentes temas vitales o situaciones y problemas vitales específicos, vistos especialmente desde la perspectiva del enfermo, pueden parecer a veces desde el exterior como irrelevantes, pero pueden tener una contribución significativa en el desenlace y la evolución de un episodio psicótico. En el mismo sentido, Bleuler comprendía al delirio y a las alucinaciones como derivados mentales o intentos de adaptación fallidos, asociándolos con complejos psíquicos cargados de afecto(7). S. Freud reconoció precozmente una asociación entre el contenido del delirio y el desarrollo de la personalidad(15). Esto queda aún mas claro en la cita "... el delirio no sólo posee método sino una buena proporción de verdad histórica...". No obstante, Freud, lamentablemente, no reveló un mayor interés por las disquisiciones diagnósticas en Psiquiatría, limitándose a diferenciaciones gruesas entre psicosis y neurosis(15).

Paul Federn, el representante de la *Psicología del Yo*, postuló que en la esquizofrenia se encuentra siempre una debilidad del yo, que conduce al desarrollo de los síntomas: delirios, alucinaciones, trastornos del pensamiento o destrucción de la personalidad aparecen asociados a la pérdida de la capacidad de distinguir entre el yo y el ambiente(1). En los brotes psicóticos se llega –según Federn– a un empobrecimiento de los sentimientos del yo y a una desaparición de los contenidos del yo. En un mismo sentido, Rohricht y Priebe demuestran, en un reciente estudio empírico, en qué forma la patología del yo está íntimamente relacionada a la forma de aparición y a la evolución de la Esquizofrenia(16). Matussek demuestra de qué forma el intento de iniciar una relación de pareja puede convertirse en el gatillo de un primer brote esquizofrénico(17). Para Benedetti la psicosis suele surgir en momentos claves de la biografía, cuando deben asumirse nuevas tareas y responsabilidades, y cuan-

do se pierden las seguridades y dependencias apoyaoras de la infancia(18).

H. S. Sullivan observó el inicio de la psicosis especialmente en aquellas personas que presentan una fobia genital primaria, y que nunca logran una adaptación satisfactoria frente a un objeto sexual(19). Esto sería particularmente difícil –según este autor– ya que sería justamente en este período, el de la pubertad, donde se produce la transición desde una elección de objeto homosexual a heterosexual. Erikson también observó que la mayoría de los episodios psicóticos iniciales se desencadenan, en los varones, en la pubertad o en el comienzo de la adolescencia, a raíz de la defectuosa consolidación de la identidad sexual y de rol(19 y 6). Pero tanto Erikson como Sullivan no distinguen entre psicosis esquizofrénica y afectiva, utilizando el término en forma más bien genérica(6, 19).

Surge entonces la pregunta de si este problema se presenta tan solo en las psicosis de corte esquizofrénico o si también se observa en el primer episodio maniaco de un trastorno bipolar. Asimismo, resulta interesante averiguar si el nivel de desarrollo de identidad es similar o diferente en el primer episodio psicótico de ambas enfermedades. El objetivo del presente trabajo es comparar el desarrollo de la identidad y, especialmente, de la identidad sexual en un grupo de pacientes esquizofrénicos de primer brote y un grupo de pacientes bipolares maníacos, en su primer episodio.

Material y método

Cincuenta y cinco pacientes varones hospitalizados en la Clínica Psiquiatría de la Universidad de Chile, sin antecedentes de hospitalización psiquiátrica previa, fueron entrevistados por un psiquiatra durante la primera semana de hospitalización. La entrevista semi-estandarizada estaba dirigida a confirmar la hipótesis diagnóstica planteada al ingreso del paciente y a averiguar aspectos específicos de la identidad de rol y la identidad sexual del paciente. La información recogida permitió la división de la muestra estudiada en dos grupos diagnósticos, uno con Trastorno Esquizofreniforme y otro con diagnóstico de Trastorno Bipolar, Episodio Maníaco. El diagnóstico se realizó de acuerdo a los criterios del DSM IV y la CIE 10. Por razones metodológicas se excluyeron a todos aquellos pacientes que presentaban comorbilidad en el Eje I o II. No obstante, la comorbilidad en el Eje III no fue estudiada. El número final de pacientes estudiados se redujo a 45. La Tabla II revela las principales características de la muestra estudiada.

Durante la entrevista semi-estandarizada se evaluaron directa e indirectamente diferentes parámetros de la conducta social premórbida del paciente. Para ello se realizaron pesquisas acerca del número de parejas heterosexuales previas (con relaciones íntimas) y sobre la presencia de temores acerca de la propia identidad sexual. Las preguntas exigían una respuesta numérica, en el primer caso, y una respuesta sí o no en el segundo. Asimismo, se realizó un análisis de contenido de las alucinaciones acústicas re-

portadas por los pacientes, dirigido específicamente a determinar la presencia de voces críticas acerca de una posible orientación homosexual. Los contenidos alucinatorios homosexuales fueron registrados para ambos grupos de pacientes.

Siguiendo un mismo modelo de desarrollo de identidad de acuerdo a los criterios de E. Erikson, el autor realizó una valoración cuantitativa del nivel de desarrollo para cada uno de los entrevistados, mediante el uso de una escala analógica de uno a cuatro signos +.

Resultados

Antes de iniciar el análisis cabe señalar que, de acuerdo con la Tabla II, la edad de los pacientes, la presencia de síntomas alucinatorios y las semanas de enfermedad previa son comparables. El grupo de pacientes bipolares resultó ser más numeroso que el grupo de pacientes esquizofrénicos.

La Tabla III revela los resultados de la evaluación de diferentes parámetros de la conducta social premórbida de los pacientes.

Observamos que el grupo de pacientes esquizofreniformes presenta una clara ausencia de antecedentes de parejas heterosexuales previas, mientras que el grupo de pacientes bipolares sí lo hace. Asimismo, el grupo de pacientes esquizofreniformes presenta más frecuentemente temores acerca de la propia identidad sexual (61%), al compararlos con el grupo de pacientes bipolares (16%). La Tabla III también nos revela que el grupo de pacientes con trastorno esquizofreniforme presentó un mayor porcentaje de contenidos alucinatorios homosexuales (54%), mientras que el grupo con un episodio maniaco (T. Bipolar) tan sólo reveló un 8%. Finalmente, el nivel de desarrollo de identidad de acuerdo a los criterios de Erikson resultó ser francamente menor para el grupo de pacientes esquizofreniformes (Tabla III).

Discusión

Desde los inicios del movimiento psicoanalítico se describieron interesantes asociaciones entre los ámbitos de la identidad y las psicosis. Numberg observó durante el tratamiento de un paciente esquizofrénico de qué forma la transferencia homoerótica del paciente se convertía en un delirio de persecución por parte del terapeuta(20). Schilder y Fenichel también realizaron observaciones relacionadas con alteraciones de la identidad sexual incipiente en pacientes con Esquizofrenia(21, 22).

Como señaláramos anteriormente, E. Erikson, en su obra "Infancia y Sociedad" se refiere al problema del desarrollo del Yo. Comienza con la aseveración de que la mayoría de las alteraciones psicóticas, dada una falla en la

Tabla 3
Evaluación clínica de la conducta social premórbida y de los contenidos alucinatorios

	Trastorno Bipolar		Trastorno Esquizofreniforme
Número de parejas heterosexuales previas	++	Número de parejas heterosexuales previas	--
Temores sobre la identidad sexual	16%	Temores sobre la identidad sexual	61%
Contenidos alucinatorios homosexuales	8%	Contenidos alucinatorios homosexuales	54%
Desarrollo de identidad	+++	Desarrollo de identidad	+

consolidación de las identidades de rol y sexual, se manifiestan en la pubertad o en el comienzo de la adolescencia(6). Para Erikson el problema de la identidad es central en el origen de los síntomas psicóticos, pero lamentablemente no hace distinciones entre las distintas formas de psicosis endógenas.

Sullivan, por el contrario, establece una clara relación entre una alteración de la consolidación de la identidad sexual con el inicio de la Esquizofrenia. Lamentablemente Sullivan no incursiona en el problema de la formación de la identidad en las otras formas de psicosis endógenas(19).

Nuestros datos revelan que los pacientes bipolares con un primer episodio maniaco no parecen tener problemas en sortear normalmente esta etapa del desarrollo, la de la consolidación de la identidad sexual, mientras que los pacientes esquizofrénicos sí presentan serias dificultades. Los bipolares parecen sortear incluso con éxito la siguiente fase del desarrollo de Erikson, la de la intimidad versus el aislamiento, logrando constituir con relativo éxito relaciones íntimas más profundas, que perduran. La mayoría de los pacientes esquizofrénicos presenta dificultades en acceder a esta etapa.

Debemos reconocer que nuestro estudio presenta importantes limitaciones metodológicas. El número de casos estudiados es insuficiente y los métodos de exploración no están validados. No obstante, si estos resultados llegaran a confirmarse en futuros estudios, la psiquiatría podría considerar la posibilidad de incluir los criterios de nivel y calidad de desarrollo de identidad, especialmente de identidad sexual, en su trabajo clínico y de investigación. Así, por ejemplo, en el campo clínico la información sobre las parejas previas o el contenido de las alucinaciones puede facilitar el diagnóstico diferencial entre un episodio maniaco agudo y un brote esquizofrénico con predominio de síntomas positivos. Recordemos que este diagnóstico diferencial no siempre es sencillo, y que frecuentemente conduce a lamentables errores.

La mayoría de los sistemas de clasificación diagnóstica en uso no consideran el nivel de desarrollo de la identidad en la definición de un determinado tipo de psicosis. Nuestros datos apoyan la noción de que tanto el nivel como la calidad del desarrollo de la identidad, especialmente de la identidad sexual, debería ser incorporado como un elemento adicional (eje) a considerar en el diagnóstico multiaxial de la mayoría de los trastornos psiquiátricos. De esta forma no sólo es posible aumentar la confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico, sino también lograr que esta aproximación sea de utilidad en futuros estudios acerca de la etiopatogénesis, la neuropsicología y la psicopatología de las psicosis endógenas. En este mismo sentido, por ejemplo, en un reciente estudio empírico, Riutort y cols. demuestran que los pacientes esquizofrénicos presentan una reducción específica de la memoria autobiográfica, de la memoria semántica y episódica, lo que sería consistente con un trastorno de identidad personal(23).

Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que la esquizofrenia incipiente en los varones se presenta 5 a 8 años antes que en las mujeres (24, 25, 26). Asimismo, se ha observado que en las mujeres la esquizofrenia presenta una evolución favorable y una curva etaria de primer brote bimodal, con un alza entre los 20 a 29 años y otra alrededor de la menopausia(24, 25, 26). En los hombres la curva es unimodal. Numerosos autores han intentado explicar estas desigualdades a través de modelos biológico-hormonales (niveles plasmáticos estrogénicos)(26). No obstante, hasta ahora no se ha podido encontrar una explicación satisfactoria a este fenómeno. A la luz de los resultados obtenidos en este estudio, quisiéramos plantear una explicación alternativa.

La particular vulnerabilidad del joven pre-esquizofrénico –con su marcada sensibilidad, su temor frente a la cercanía humana (especialmente corporal), sus excesivas necesidades de dependencia, sus tendencias regresivas y al aislamiento, sus problemas de empatía y su ambivalencia afectiva– tendrían por consecuencia un mal desempeño en las fases claves del desarrollo de la identidad sexual(27). Estos jóvenes no están preparados para tener relaciones interpersonales (especialmente heterosexuales) exitosas, desarrollando un creciente temor al rechazo, a la humillación o al “ser diferente”, refugiándose en un aislamiento o en racionalizaciones progresivas. Surgen así los temores acerca de la propia orientación sexual, de tipo homosexual, aumentando el aislamiento y favoreciendo la despersonalización. Paralelamente se va desarrollando una pérdida del sentido de yo y una dolorosa difusión de la identidad personal.

Esta hipótesis es consistente con la observación clínica diaria y con múltiples reportes acerca de los problemas de desarrollo de identidad en el joven esquizofrénico. Desde Kraepelin en adelante, numerosos autores han señalado que la Esquizofrenia es una enfermedad que menoscaba el desarrollo del yo, incluso en su aspecto sexual(2). Asimismo, y concentrándose más específicamente en el desarrollo de la identidad sexual, esta hipótesis es consistente –en situaciones extremas– con los diferentes reportes de la

literatura sobre automutilaciones genitales en jóvenes varones esquizofrénicos(28, 29, 30). Asimismo, podría explicar el problema del transexualismo transitorio que se ha observado en algunos jóvenes con esquizofrenia, y que ha conducido ocasionalmente a decisiones quirúrgicas lamentables e irreversibles(31, 32). Porque el problema no radica en un real problema de orientación sexual, sino tan solo en un temor irracional y en una incapacidad para desarrollar una identidad sexual segura, que no amenace la integridad interna. Este conflicto de identidad parece ser más marcado en el hombre esquizofrénico, y permanece durante la mayor parte de su vida. Algunas cifras epidemiológicas avalan estos hechos. Así, por ejemplo, diversos estudios demuestran que la calidad de la vida sexual de la mujer con esta patología es muy superior a la del varón(33, 34). En varios estudios se logró demostrar que los pacientes esquizofrénicos varones enferman mucho antes que las mujeres, que menos del 20% de los varones que enferman están casados y que posteriormente, menos del 3% mantiene relaciones de pareja(24, 25, 26). Como señaláramos, ya Kraepelin había planteado que la *Dementia Praecox* sería una enfermedad de los “no casados”.

La mujer esquizofrénica, por otro lado, inicia su trastorno más tarde que el varón, cuando ya es joven-adulta. Parece superar con mayor facilidad estas fases del desarrollo (las fases 5 y 6 de Ericsson), tal vez porque para ella la pregunta de la identidad sexual no sea tan relevante en esta etapa, o bien, porque dispone de mayores destrezas sociales para lograr relaciones interpersonales y afectivas más cercanas y satisfactorias. No obstante, en etapas posteriores, la mujer pre-esquizofrénica deberá enfrentar la etapa de la *intimidad* y de la *gestación*, la que le resultará particularmente difícil dada su ambivalencia, sus tendencias regresivas, sus dificultades empáticas y proxémicas y su trastorno de identidad. Todo ello podría explicar porqué la mujer esquizofrénica inicia su enfermedad 5 a 10 años después de lo que lo hacen los hombres, y porqué las mujeres revelan una curva bimodal.

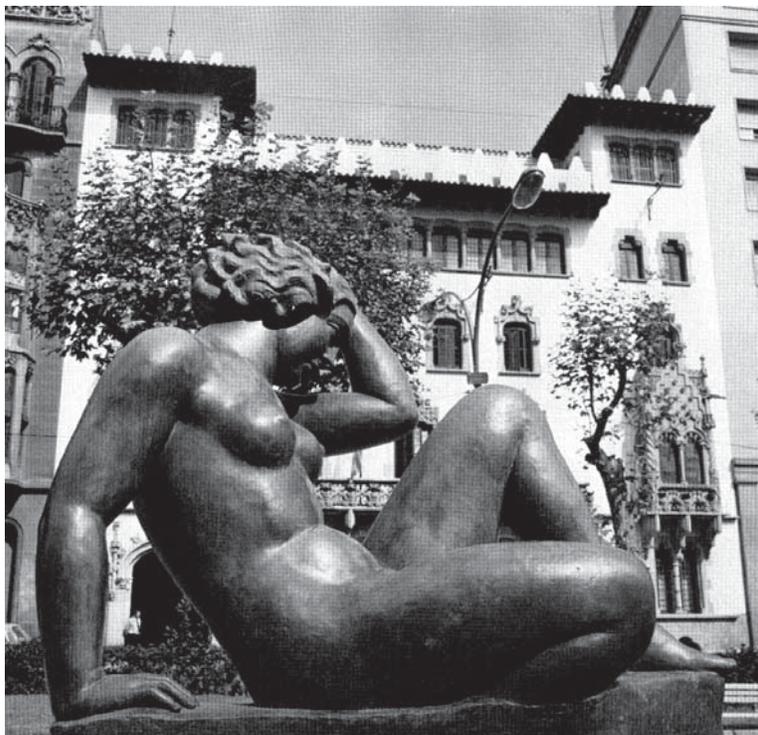
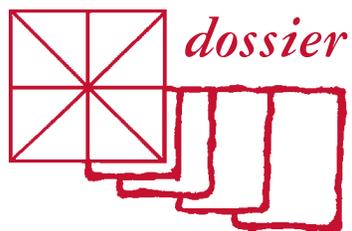
Nuestros hallazgos apoyan la noción de Scharfetter, quien en un vasto estudio sobre alteraciones de la identidad en diferentes patologías psiquiátricas concluye que es necesario incluir esta variable en futuras disquisiciones diagnósticas y terapéuticas de las psicosis(35). La identidad como así también su desarrollo, son relevantes para la descripción, la comprensión y la diferenciación en psicopatología, diagnóstico y terapéutica; resulta particularmente importante para la investigación psiquiátrica comprensiva, como así también para el trabajo clínico diario. La inclusión de este concepto en los análisis clínicos puede ayudar a aclarar ciertos aspectos de los orígenes, de las diferencias, de las formas clínicas y de las formas evolutivas de las psicosis endógenas. Con ello podríamos enriquecer nuestra comprensión del complejo mundo de las interacciones entre la persona, su identidad y su patología mental. Un excelente ejemplo de esta aproximación lo constituye el trabajo de Chesick acerca del concepto de autenticidad de Heidegger en psicoterapia(36). Aquí se revela en toda ple-

nitudo la relevancia del concepto de identidad en psicoterapia, así como su aplicabilidad para una mayor comprensión del mundo de nuestros pacientes. Asimismo, los paralelos existentes entre la aproximación psicodinámica y existencialista permiten aumentar considerablemente la comprensibilidad de los fenómenos psicopatológicos. Como bien señala Bilsker, la formación y el desarrollo de la identidad no deben ser analiza-

dos exclusivamente desde la perspectiva psicodinámica, sino que deberían ser incorporados al análisis clínico desde la perspectiva del análisis existencial de Heidegger (36, 37, 38). Identidad es un concepto de elevado valor agregado para la práctica de la psicología, psicopatología y psicoterapia, y debería ser reincorporado a las principales discusiones relacionadas con la normalidad y anormalidad del funcionamiento mental ■

Referencias bibliográficas

- Federn P. *Ichpsychologie und die Psychosen*. Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1956.
- Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Springer, Berlin, 1913.
- Akhtar S, Samuel S. The concept of identity: developmental origins, phenomenology, clinical relevance, and measurement. *Harv Rev Psychiatry*. 1996; 3: 254-67.
- Gallagher II. Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. *Trends Cogn Sci*. 2000; 4: 14-21.
- Kraus A. *Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver*. Enke, Stuttgart, 1977.
- Erikson EH. *Kindheit und Gesellschaft*. Klett-Stuttgart, 1971.
- Bleuler E. Die Probleme der Schizoide und der Sintonie. *Z Ges Neurol Psychiatr* 1922; 78: 373-399.
- de Bonis M, De Boeck P, Lida-Pulik H, Feline A. Identity disturbances and self-other differentiation in schizophrenics, borderlines, and normal controls. *Compr Psychiatry*. 1995 Sep-Oct; 36(5): 362-6.
- Winkler W. Th. *Übertragung und Psychose*. Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1971.
- Bhugra D. Ideas of distorted ethnic identity in 43 cases of psychosis. *Int J Soc Psychiatry*. 2001; 47: 1-7.
- Bhugra D. Migration and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2000: 68-73.
- Bister W. "Über das neue Verständnis für die schizophrenen Psychosen". in: *Kindlers "Psychologie des 20. Jahrhunderts", Tiefenpsychologie*, Tomo 2: Neue Wege der Psychoanalyse. Editado por D. Eicke, Beltz Verlag- Weinheim und Basel, 1-23, 1982.
- Adams EC. "Das Werk von Eric H. Erikson"; in: *Kindlers "Psychologie des 20. Jahrhunderts", Tiefenpsychologie*, Tomo 3: Die nachfolger Freuds. Editado por D. Eicke, Beltz Verlag- Weinheim und Basel, 172-219, 1982.
- Chrzanowski G. "Das Psychoanalytische Werk von Karen Horney, Harry Stack Sullivan und Erich Fromm", in: *Kindlers "Psychologie des 20. Jahrhunderts", Tiefenpsychologie*, Tomo 3: Die nachfolger Freuds. Editado por D. Eicke, Beltz Verlag- Weinheim und Basel, 346-380, 1982.
- Freud S. *Neurose und Psychose*. Gesammelte Werke. Fischer, Frankfurt/M, 1924.
- Rohricht F, Priebe S. Ego-pathology and common symptom factors in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 2004; 192: 446-9.
- Matussek P. Zur Frage des Anlasses bei schizophrenen Psychosen. *Arch. Psychiat. Nervenkr*. 1958, 197: 91-120.
- Benedetti G. Psychiatrie und Psychotherapie in Widerspruch und Übereinstimmung. *Acta psychother* 1962, 10: 206-220.
- Sullivan HS. *Schizophrenia as a Human Process*. Norton, New York 1962.
- Nummberg H. Der Verlauf des Libidokonflikts in einem Fall von Schizophrenie. *Int Zschr Psychoanal* 1921, 7: 103-106.
- Schilder P. *Entwurf einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage*. Suhrkamp, Frankfurt/M, 1973.
- Fenichel O. *Perversiones, Psychosen, Charakterstörungen*. Wiss. Buchgesellschaft, Darmstadt, 1967.
- Riutort M, Cuervo C, Danion JM, Peretti CS, Salame P. Reduced levels of specific autobiographical memories in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2003 Jan 25; 117(1): 35-45.
- Thurm I, Haefner H. Perceived vulnerability, relapse risk and coping in schizophrenia. An explorative study. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*. 1987; 237(1): 46-53.
- Usall J, Araya S, Ochoa S, Busquets E, Gost A, Marquez M. Assessment Research Group in Schizophrenia (NEDES). Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. *Compr Psychiatry*. 2001 Jul-Aug; 42(4): 301-5.
- Haefner H. Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*. 2003; 28 Suppl 2: 17-54.
- Gallese V. The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*. 2003; 36: 171-80.
- Gossler R, Vesely C, Friedrich MH. Autocastration of a young schizophrenic man *Psychiatr Prax*. 2002 May; 29(4): 214-7.
- Nakaya M. On background factors of male genital self-mutilation. *Psychopathology*. 1996; 29(4): 242-8.
- Martin T, Gattaz WF. Psychiatric aspects of male genital self-mutilation. *Psychopathology*. 1991; 24(3): 170-8.
- Campo JM, Nijman H, Evers C, Merckelbach HL, Decker I. Gender identity disorders as a symptom of psychosis, schizophrenia in particular. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2001 145: 1876-80.
- Brune M. Delusional "pseudotranssexualism" in schizophrenic psychosis. *Psychiatr Prax*. 1996; 23: 246-7.
- Roder-Wanner UU, Priebe S. Schizophrenia and quality of life--sex-specific aspects *Fortschr Neurol Psychiatr*. 1995 Oct; 63(10): 393-401.
- Salokangas RK, Stengard E. Gender and short-term outcome in schizophrenia. *Schizophr Res*. 1990 Oct-Dec; 3(5-6): 333-45.
- Scharfetter C. The ego/self experience of schizophrenic patients *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*. 1995; 146(5): 200-6.
- Chessick RD. Heidegger's "authenticity" in the psychotherapy of adolescents. *Am J Psychother*. 1996; 50: 208-16.
- Bilsker D. An existentialist account of identity formation. *J Adolesc*. 1992; 15: 177-92.
- Heidegger M. *Sein und Zeit*. Niemeyer Max Verlag GmbH, Januar 2001



Primera Vegada, Aristides Maillol, Barcelona

Este Dossier ha sido ilustrado con obras de Salvador Dalí, Mariano Fortuny, Bartolomé Murillo, Joaquín Sorolla e Ignacio Zuluaga

Voces de la psiquiatría en España

Coordinación
Hugo Massei - Juan Carlos Stagnaro

A partir de 1975 España conoció cambios sociales y políticos determinantes para permitir su entrada en la Comunidad Económica Europea. Durante ese período la psiquiatría y todo el campo de la Salud Mental acompañaron las transformaciones en curso e inclusive sus cambios fueron más intensos que el promedio de aquéllas.

La ley que instauró el Servicio Nacional de Salud –promulgada el 25 de abril de 1986– estableció la integración de los diversos sistemas (Salud, Seguridad Social, Ambulatorios, Hospitales y Servicios de Urgencia) que coexistían precedentemente. El Servicio Nacional de Salud reunió, así, al conjunto de los Servicios estatales y a los de las comunidades autónomas; su funcionamiento está regido por el Instituto Nacional de Salud (INSA-LUD) y, en algunas zonas, por el gobierno de las comunidades autónomas. Este último es el caso de Navarra, Andalucía, Cataluña, País Vasco, Valencia y Galicia. La ley establece el régimen, por convenciones, de la relación entre los establecimientos privados y los servicios públicos. Esta reorganización permitió unificar todo el gasto público en salud en un solo presupuesto y redistribuirlo en función de programas prioritarios.

La organización territorial de los servicios de salud comporta tres niveles: 1) la Comunidad Autónoma, región con gobierno propio que define la política sanitaria y gerencia todos los servicios de salud; 2) las

Comunidades Autónomas, a su vez, delimitan al interior de sus territorios las Áreas de Salud; estas unidades –que constituyeron la innovación fundamental del nuevo sistema– cubren una población de 200.000 a 250.000 habitantes y disponen de un hospital general encargado de la internación clínica, de las urgencias y de la atención por especialidades, la psiquiatría entre ellas; y, por último, 3) cada Área de Salud está dividida en Zonas Básicas de Salud que cubren entre 5.000 y 25.000 habitantes a través de Centros de Atención Primaria en los que trabajan en atención y prevención equipos multidisciplinares en los que se incluyen especialistas (médicos, psicólogos y enfermeras) en Salud Mental.

Sin embargo, luego de tan grande esfuerzo de modernización, actualmente, las condiciones económicas del país y de su Seguridad Social provocan quejas en cuanto a las condiciones de prestación y de trabajo –cierto riesgo de desocupación comienza a insinuarse para los psiquiatras– en el Sistema de Salud español.

En relación a los medicamentos cabe señalar que el beneficiario de la cobertura de la Seguridad Social debe pagar de su bolsillo el 40% del precio de los que consume (0% si es jubilado) y la libertad de prescripción es completa y total.

Los tratamientos psicofarmacológicos, tanto en la psiquiatría de adultos como en la de niños, ocupan en España el centro de la atención, no así las terapias denominadas verbales. Hay un incremen-

to pronunciado del uso de psicofármacos versus otras líneas de trabajo, fenómeno que se explica por la orientación de la formación universitaria y post universitaria enfocada hacia ese paradigma. Este es un aspecto importante de la atención que contrasta con lo que se practica en nuestro país en la atención pública y privada.

La población española es, actualmente, de algo más de 40.000.000 de habitantes. En 1999 había 3160 psiquiatras sobre 181.390 médicos. La proporción de especialistas según las últimas estadísticas más completas sería de 5 psiquiatras cada 100.0000 habitantes.

Una proporción importante de los psiquiatras trabaja en los servicios públicos. La formación en la especialidad se hace a través del MIR (programa para Médicos Internos Residentes) que ofrece alrededor de 130 cargos; muy escasos en número, según diversos observadores, para cubrir las necesidades reales del campo de la especialidad.

Los psicólogos clínicos, una categoría profesional particularmente importante en España y numerosa en los servicios públicos de Salud Mental, reciben una formación a través del programa PIR (Psicólogos Internos Residentes) al que se accede por concurso similar al modelo de las Residencias médicas. Los programas MIR y PIR tienen una duración de tres años y comportan actividades en servicios de psiquiatría y estudios teóricos bajo la forma de cursos de especialización.

Sobre ese panorama general se recortó, con perfil propio, la reforma española en la atención psiquiátrica de los años '80. La misma constituye una experiencia singular de profundas enseñanzas; inclusive –aunque con mucha prudencia por diferencias históricas y socioeconómicas– para nuestro país, debido a la proximidad cultural, lo que permite reflexiones más próximas que con los cambios en la atención de otros lugares del hemisferio norte.

Una particularidad de la ley de 1986, a pesar de su carácter novedoso, es que no considera a la psiquiatría infantil como especialidad con un diploma particular; una carencia que genera diferencias de criterio entre los catedráticos de pediatría y de psiquiatría.

Sin embargo, contradictoriamente, existen numerosos Servicios y cátedras de psiquiatría infantil.

Vale recordar que en el campo de la infancia y la adolescencia los aportes efectuados por María Luisa Siquier, Beatriz Salzberg, Joseph Knobel y otros colegas argentinos emigrados, que fundaron, en Barcelona, la Escuela Psicoanalítica de Niños y Adolescentes en 1992, permitieron el acceso de muchos profesionales españoles a la formación en esa área específica.

Los intercambios entre los psiquiatras argentinos y españoles se han incrementado en los últimos años por vía de Congresos, Jornadas y pasantías. Seguramente más de argentinos en la península que de españoles en nuestro país. Estas actividades deberían incrementarse sensiblemente ya que el beneficio mutuo sería innegable para ambos cuerpos profesionales. La consulta en Internet de sitios varios (universitarios, hospitalarios, estatales, etc.) sobre temas ligados a la Salud Mental resulta una visita estimulante para conocer detalles de la organización sanitaria y estudiar la producción científica de los especialistas españoles.

En este Dossier de Vertex presentamos con el título "Voces..." una pequeña muestra del polifacético campo de la Salud Mental en España. Para organizarlo, nos beneficiamos de la estancia de trabajo que realizó uno de nosotros (Hugo Massei) por el Instituto Catalán de la Salud durante un año y medio, lo que nos permitió reunir información y coordinar la publicación con el equipo de nuestros corresponsales en Barcelona liderados por el querido maestro de la psiquiatría argentina Valentín Barenblit, miembro conspicuo de nuestro Comité Científico. Él seleccionó a un grupo de destacados colegas a los que se les solicitaron sendos trabajos. La nueva conformación de la familia y los desafíos psicosociales que esa transformación acarrea, la reforma psiquiátrica, la reflexión psicopatológica, la utilización del recurso psicofarmacológico y las consecuencias psicosociales de la migración, son los tópicos visitados por los autores que participan de este Dossier que esperamos contribuya a ampliar el intercambio entre los psiquiatras argentinos y españoles ■

Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)

Joseba Achotegui

Psiquiatra. Profesor Titular de la Universidad de Barcelona, Director del SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados del Hospital de Sant Pere Claver de Barcelona. Coordinadora Internacional Síndrome de Ulises E-mail: sappir@terra.es,

Introducción

Si bien emigrar nunca ha sido fácil, en los últimos años muchos inmigrantes están viviendo circunstancias particularmente difíciles. Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Estas personas son las candidatas a padecer el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de Ulises (haciendo mención al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos). Un cuadro clínico que constituye hoy un problema de salud emergente en los países de acogida de los inmigrantes y que surge en el contexto de una globalización injustamente planteada, en la que las condiciones de vida de gran parte de los que llegan han empeorado notablemente.

En este trabajo se postula que existe una relación directa e inequívoca entre el grado de estrés límite que viven estos inmigrantes y la aparición de sus síntomas psicopatológicos. Consideramos que ante esta nueva problemática, los profesionales de la salud mental no podemos mirar hacia otro lado y pensamos que es nuestro deber darla a conocer a la opinión pública para su debate y resolución.

Malos tiempos aquellos en los que la gente corriente ha de comportarse como héroes para sobrevivir. Ulises era un semi-dios que, sin embargo, a duras penas sobrevivió a las terribles adversidades y peligros a los que se vio sometido, pero las gentes que llegan hoy a nuestras fronteras tan sólo son personas de carne y hueso que sin embargo viven episodios tanto o más dramáticos que los descritos en la *Odisea*.

Soledad, miedo, desesperanza, las migraciones del nuevo milenio que comienza nos recuerdan cada vez más los viejos textos de Homero "... y Ulises pasaba los días sentado en las rocas, a la orilla del mar, consumiéndose a fuerza de llanto, suspiros y penas, fijando sus ojos en el mar estéril, llorando incansablemente..." (*Odisea*, Canto V), o el pasaje en el que Ulises para protegerse del perseguidor Polifemo le dice:

"¿Preguntas cíclope cómo me llamo?... voy a decirte-lo. Mi nombre es nadie y nadie me llaman todos..." (*Odisea*, Canto IX). Si para sobrevivir se ha de ser nadie, se ha de ser permanentemente invisible, no habrá identidad ni integración social y tampoco puede haber salud mental

El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple se caracteriza, por un lado, porque la persona padece unos determinados estresores o duelos y, por otro lado, porque aparecen una serie de síntomas

Resumen

En los últimos años muchos inmigrantes están viviendo circunstancias particularmente difíciles. Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Estas personas son las candidatas a padecer el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de Ulises (haciendo mención al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos). Un cuadro clínico que constituye hoy un problema de salud emergente en los países de acogida de los inmigrantes y que surge en el contexto de una globalización injustamente planteada, en la que las condiciones de vida de gran parte de los que llegan han empeorado notablemente. En este trabajo se postula que existe una relación directa e inequívoca entre el grado de estrés límite que viven estos inmigrantes y la aparición de sus síntomas psicopatológicos.

Palabras clave: Inmigración y psiquiatría – Síndrome de Ulises – Trastornos adaptativos – Estrés postraumático.

EMIGRATION IN HARD CONDITIONS: THE INMIGRANT SYNDROME WITH CHRONIC AND MULTIPLE STRESS (ULYSSES' SYNDROME)

Summary

During the latest years, immigrant populations have been living in very hard conditions. To million people, migration is becoming a process with a high level of stress surpassing the human being capacity of adaptation. This people are prone to suffer the Immigrant Syndrome with chronic and multiple stress and the so called Ulysses Syndrome, what is becoming a serious health problem in the countries that receive the immigrants. This situation is the by-product of the unjust globalization and of the worsening of the living and health conditions of those undergoing such a displacement. In this article, the author postulates a relationship between the high level of stress suffered by the immigrants and their presentation of psychopathological symptoms.

Key words: Immigration and Psychiatry – Ulysses Syndrome – Adaptative disorders



psiquiátricos que abarcarían varias áreas de la psicopatología.

Entendemos por estrés “un desequilibrio sustancial entre las demandas ambientales y las capacidades de respuesta del sujeto” y por duelo “el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo para el sujeto”. Podríamos establecer una correlación entre los dos conceptos señalando que “el duelo es un estrés prolongado e intenso”.

Habría que diferenciar tres aspectos en el debate sobre la problemática en salud mental de estos inmigrantes en situación extrema, y así hemos estructurado este trabajo: por un lado el estudio de los estresores, por otro lado el estudio de los síntomas y en tercer lugar el diagnóstico diferencial de la sintomatología que presentan

1. Delimitación de los estresores y duelos de los inmigrantes en situación extrema

1. 1. Haremos referencia en este apartado a los estresores que delimitan y definen el Síndrome que estamos abordando.

a. La soledad, la separación de la familia y de los seres queridos

En primer lugar el duelo por la familia que tiene que ver con la soledad y la separación de los seres queridos, especialmente cuando se dejan atrás hijos pequeños (o padres ancianos y enfermos) a los que no puede traer consigo, ni ir a visitar porque habría la imposibilidad del retorno a España al no tener papeles. Por otra parte, el inmigrante, tampoco puede volver con el fracaso a cuestras de no haber podido salir adelante en la migración. Sin embargo, esta situación no afecta tan solo a los sin papeles, ya que también hay inmigrantes que no pueden traer a su pareja y a sus hijos por otras causas como, por ejemplo, porque aunque tengan papeles no tienen los requisitos económicos básicos que se requieren para autorizar la reagrupación familiar: si se trabaja en condiciones de explotación es muy difícil tener el nivel de vida y de vivienda que se requiere para que el notario autorice la llegada de los familiares. Y por otra parte aún tenemos constancia de casos en los que poseyendo papeles y teniendo el nivel de vida requerido se pone a los inmigrantes todo tipo de *pegas* para evitar la reagrupación familiar.

La soledad forzada es un gran sufrimiento. Se vive sobre todo de noche, cuando afloran los recuerdos, las necesidades afectivas, los miedos... Además los inmigrantes provienen de culturas en las que las relaciones familiares son mucho más estrechas y en las que las personas, desde que nacen hasta que mueren, viven en el marco de familias extensas que poseen fuertes vínculos de solidaridad, por lo que les resulta aún más penoso soportar en la migración este vacío afectivo.

Este duelo tiene que ver con los vínculos y el apego, con el dolor que producen las separaciones.

b. Duelo por el fracaso del proyecto migratorio

En segundo lugar el sentimiento de desesperanza y fracaso que surge cuando el inmigrante no logra ni siquiera las mínimas oportunidades para salir adelante al tener dificultades de acceso a “los papeles”, al mercado de trabajo, o hacerlo en condiciones de explotación. Para estas personas que han realizado un ingente esfuerzo migratorio (a nivel económico, de riesgos físicos, esfuerzo...) ver que no se consigue salir adelante es extremadamente penoso. Por otra parte ligando lo que señalamos con el apartado anterior, hemos de decir que el fracaso en soledad aún es mayor. Y además si el inmigrante decidiera regresar, la vuelta siendo un fracasado resultaría muy penosa: hay incluso zonas de África en las que se considera que quien ha fracasado en la migración lo ha hecho porque es poseedor de algún maleficio por lo que sería visto con temor, como alguien peligroso si regresara

c. La lucha por la supervivencia

El inmigrante en situación extrema ha de luchar asimismo por su propia supervivencia. Habría dos grandes áreas:

c. 1. La alimentación: muchas veces estas personas tienen verdaderos problemas para encontrar comida y se hallan subalimentados. Además, se ha de tener en cuenta que, en general, los inmigrantes son un colectivo que se alimenta mal, ya que envían casi todo el poco dinero que tienen a sus familiares en el país de origen (lo cual no deja de ser una muestra de su generosidad y de la intensidad de sus vínculos). El resultado es que tienden a comer alimentos de baja calidad con muchas grasas saturadas, bajo índice de proteínas... A esto se le ha de añadir que, con frecuencia, no les es fácil reproducir en la sociedad de acogida los hábitos alimentarios saludables que tenían en la sociedad de origen. También se ha de tener en cuenta que puede existir una interrelación entre subalimentación y fatiga, cefaleas... síntomas a los que más adelante haremos referencia

c. 2. La vivienda es otro gran problema de este colectivo de personas. Como es sabido, si ya los inmigrantes con una situación regularizada tienen dificultades para encontrar vivienda (por los prejuicios de los autóctonos, y tras el atentado de marzo de 2004 en la estación Atocha de Madrid; esto es especialmente notorio con los magrebíes), los que no están regularizados tan sólo pueden acceder a la vivienda dependiendo totalmente de otras personas, con alto riesgo de padecer abusos. No es extraño encontrar casos de gran explotación en viviendas en las que se hacían muchos inmigrantes a precios abusivos. Se sabe que el hacinamiento es un factor de tensión y de estrés. (Se calcula que el espacio vital que necesita una persona no debe ser inferior a 15 metros cuadrados, espacio que va mucho más allá de lo que tiene la vivienda de estas personas) A estas situaciones habría que añadir el relevante colectivo que habita en infravivienda (vivienda a la que le faltan elementos básicos como techo, alguna pared, etc.) o sencillamente vive en la calle (al menos durante cierto tiempo).

d. El miedo

En cuarto lugar encontramos el duelo por los peligros físicos relacionados con el viaje migratorio (las *pateras*, los *yolos*, los camiones, etc.), las coacciones de las mafias, las redes de prostitución, etc. Además, en todos los casos el miedo a la detención y expulsión (en España se expulsa a un inmigrante cada 5 minutos, según datos oficiales), a los abusos...

Se sabe que el miedo físico, el miedo a la pérdida de la integridad física tiene efectos mucho más desestabilizadores que el miedo de tipo psicológico, ya que en las situaciones de miedo psíquico hay muchas más posibilidades de respuesta que en las de miedo físico. A nivel biológico sabemos que el miedo crónico e intenso fija las situaciones traumáticas a través de la amígdala y da lugar a una atrofia del hipocampo (en veteranos de la guerra de Vietnam o en personas que han sufrido en la infancia abusos sexuales se ha detectado hasta un 25% de pérdida). También habría pérdidas neuronales en la corteza órbito-frontal. Sabemos que a través de un circuito están interconectada la amígdala, los núcleos noradrenérgicos y la corteza prefrontal, áreas muy importantes en la vivencia de las situaciones de terror(16).

Además, se sabe que el estrés crónico da lugar a una potenciación del condicionamiento del miedo, tanto sensorial como contextual, respondiéndose con miedo ante las situaciones de estrés futuras. Este dato es importante en los pacientes con Síndrome de Ulises ya que se hallan sometidos a múltiples estresores que les reactivan las situaciones de terror que han sufrido anteriormente.

Una de las situaciones de miedo más visibles y conocidas actualmente en España por la opinión pública es el viaje en *pateras* en la zona del estrecho y en Canarias. La asociación de amigos y familiares de las víctimas de la inmigración clandestina (AFVIC) habla de unos 4000 muertos en el Estrecho de Gibraltar desde 1994 en que llegó la primera *patera*. Como se ha dicho a veces el estrecho se ha convertido en una gran fosa común. Recientemente los colectivos que llegan en *patera* se han ampliado incluso a inmigrantes de Latinoamérica y Asia. Los viajes cada vez son más largos, más caros, en peores condiciones (para burlar la vigilancia del SIVE, el Servicio Integral de Vigilancia Exterior) y, lógicamente, mucho más peligrosos. El año 2003 la Unión Europea ha puesto en marcha la denominada Operación Ulises (en este punto han venido a darnos la razón al denominar a estos inmigrantes Ulises tal como nosotros lo hacemos). Sin embargo, situaciones de peligro se dan también en otras zonas del mundo y así, por ejemplo, en América, en la frontera México-USA, la situación es aún mucho peor y se calcula que mueren al menos 1000 personas al año, unas 3 al día

De todos modos, sabemos que la mayoría de los inmigrantes llegan por otras vías. Podríamos decir que no vienen muchos en *patera*, pero que sí muchos mueren así. Otros inmigrantes llegan en grupos organizados, "demasiado" organizados, podríamos decir: son recluidos en pisos, lonjas... Viven amenazados, con documentación falsa, chantajeados por las mafias, las "connection man".

El miedo es perceptible también en los niños inmigrantes cuyos padres no tienen papeles. Vemos incluso niños asustados porque sus padres se retrasan apenas un rato en llegar a casa y ya piensan que quizás los han de-



portado y que se quedarán solos aquí. Y en este caso obviamente no estamos hablando de fantasías infantiles de abandono y persecución en el sentido kleiniano, sino de realidades bien objetivables, es decir de auténticas situaciones traumáticas.

El miedo se halla relacionado con la vivencia de situaciones traumáticas, con los peligros para la integridad física. De todos modos, la desesperación puede más que el miedo y estas personas, siguen llegando.

Esta combinación de soledad, fracaso en el logro de los objetivos, vivencia de carencias extremas, y terror serían la base psicológica y psicosocial del Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises).

1.2. Factores que potencian el efecto de los estresores del Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)

Estos estresores se hallan, además, potenciados por toda una serie de factores:



a. *La multiplicidad*: no es lo mismo padecer uno que muchos estresores. Los estresores se potencian. Ya hemos señalado en el apartado anterior: soledad, fracaso, miedo...

b. *La cronicidad*: no es lo mismo padecer una situación de estrés unos días o unas semanas que padecerla durante meses o incluso años. El estrés es acumulativo. Muchos de estos inmigrantes desarrollan auténticas odiseas que duran años. Podemos decir que más que tener un mal día, tienen una mala vida.

c. *La intensidad y la relevancia de los estresores*: lógicamente hacemos referencia a estresores límite, a un estrés crónico múltiple y extremo. No es lo mismo el estrés de un atasco de tráfico, o de unos exámenes (que son algunos de los estresores que suelen utilizarse como referencia en los medios académicos), que la soledad afectiva, las vivencias de terror, que son estresores de una gran intensidad y relevancia emocional.

d. *La ausencia de sensación de control*: si una persona padece estrés pero conoce la manera de salirse de él reacciona de modo más sereno que cuando no ve la salida al túnel en el que se halla inmerso. Hay un experimento clásico en el que se somete a una situación de ruido intenso a dos grupos de personas: un grupo con la posibilidad de controlarlo cuando lo desea y el otro sin poder controlarlo. Obviamente, el grupo que podía controlar el estrés tenía menos alteraciones a nivel de la ansiedad, tensión arterial, etc.(18).

e. *La ausencia de una red de apoyo social*. Porque, ¿qué organismos se hacen cargo de estos inmigrantes? Dado que estas personas no existen a nivel legal, hay muchas más dificultades para que puedan ser sujetos de ayudas. Por otra parte, como es sabido, a mayor cronicidad de una problemática hay también un menor mantenimiento de las redes de apoyo. De todos modos, tal como han señalado J. Aguilar(7) o E. Gómez Mango(13), estos pacientes en realidad son más viajeros que inmigrantes, porque en la situación en la que se encuentran, aún no han acabado de llegar a la sociedad de acogida. Aún no se han instalado, siguen de viaje.

f. Hay que tener en cuenta que a estos estresores señalados se le han de añadir los estresores clásicos de la migración: el cambio de lengua, de cultura, de paisaje, magníficamente estudiados por Francisco Calvo(9), Jorge Tizón y colab.(17), León y Rebeca Grinberg(14)... entre otros. En definitiva, los duelos clásicos de la migración que, por supuesto, siguen estando ahí, y que son también fundamentales para el bienestar psicológico de la persona que emigra, pero que en la migración actual a la que estamos haciendo referencia, han quedado relegados en segundo lugar a pesar de su importancia por los nuevos estresores límite a los que hemos hecho referencia. En otros trabajos(1, 2, 3) he agrupado estos duelos básicos en 7 áreas: familia y amigos, lengua, cultura, tierra, estatus social, contacto con el grupo nacional y riesgos físicos.

Como ejemplo de esta nueva situación, un inmigrante al que preguntábamos acerca del aprendizaje de la nueva lengua nos decía: "Cuando se vive escondido, en el

trabajo clandestino se habla muy poco, ¿sabe usted?" ¡No es fácil responder cuando te dicen algo así! Habría que señalar también que hay dos palabras que estas personas utilizan con mucha frecuencia: sufrimiento y vida.

g. El círculo se cierra si además la persona comienza ya a tener una serie de síntomas como ocurre al padecer este Síndrome y las fuerzas para seguir luchando comienzan a fallarle. El inmigrante padece en este caso toda una sintomatología que tiene un efecto incapacitante. Se halla inmerso en un terrible círculo vicioso. Como señala Z. Domic(10) estas personas tienen la salud como uno de sus capitales básicos y lo comienzan a perder.

h. A toda esta larga cadena de dificultades se ha de añadir por desgracia aún una más: el sistema sanitario, que debería ayudar a estas personas no siempre los atiende adecuadamente:

- hay profesionales que por prejuicios, por desconocimiento de la realidad de los inmigrantes, incluso por racismo, desvalorizan la sintomatología de estas personas;

- otras veces esta sintomatología es erróneamente diagnosticada como trastornos depresivos, psicóticos, enfermos orgánicos... recibiendo tratamientos inadecuados que se convierten en un nuevo estresor (aparte del gasto sanitario innecesario que conlleva).

2. Clínica del Síndrome de Ulises

Al hacer referencia al Síndrome de Ulises hay que tener en cuenta que actualmente es utilizado en dos acepciones:

- Lo que se denominaría Síndrome Específico, Síndrome de Estrés Crónico y Múltiple, diferenciado de otras alteraciones que pueden ser consecuencia de vivir los estresores señalados. Es este el sentido en el que lo utilizo en este trabajo.

- Lo que se denominaría Síndrome General, como el conjunto de todos los síntomas que aparecen en los inmigrantes que viven situaciones extremas (sean depresiones, psicosis) y que incluiría también dentro de él el Síndrome Específico. Este planteamiento relaciona el nivel de estrés límite que viven estas personas con todas las alteraciones psicopatológicas que presentan, sean del tipo que sean.

El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple Síndrome Específico, se caracteriza por ser una combinación de toda una serie de estresores que ya hemos señalado y de toda una serie de síntomas que describiremos a continuación. Esta sintomatología es muy variada y corresponde a varias áreas de la psicopatología.

a. Sintomatología del área depresiva

Los síntomas que veríamos con más frecuencia serían:

- *Tristeza*: expresa el sentimiento de fracaso, de indefensión aprendida, de desistimiento ante los duelos complicados a los que debe hacer frente el inmigrante en situación extrema. Dado que sabemos desde los tra-

bajos de Ekman en los '70 que la expresión facial de las emociones básicas es universal, la tristeza es fácilmente perceptible en la anamnesis de personas de cualquier cultura, aunque este mismo autor señala que hay casos –como por ejemplo el de la cultura japonesa– en la que es más difícil de valorar ya que en esta sociedad se considera que no sonreír es una descortesía social por lo que se oculta mucho la expresión facial de la tristeza.

– *Llanto*: en estas situaciones límite lloran tanto los hombres como las mujeres, a pesar de que los hombres ha sido educados en casi todas las culturas en el control del llanto. Una expresión de esta dificultad de los hombres de estas culturas sería que a veces se refieren a llorar eufemísticamente diciendo que les sale agua por los ojos o que lloran por dentro. Por otra parte en la tradición islámica el llanto no está bien visto y el dolor se expresa más en forma de gemidos. La interpretación de que el llanto se da tanto en hombres como en mujeres radicaría en que ante una situación tan límite, incluso las barreras de tipo cultural quedarían en segundo lugar.

– *Culpa*: se expresa con menor frecuencia e intensidad en culturas no occidentales, en las que no se considera que el ser humano es el centro del mundo, sino que forma parte de todo el conjunto de la naturaleza. Desde la perspectiva kleiniana(15) podríamos decir que en las culturas tradicionales se daría más una culpa del tipo paranoide, ligada al temor al castigo. En la culpa paranoide la persona no está preocupada por el daño que ha infligido al otro, por el mal que ha causado, sino que está afectada por el temor al castigo que teme recibir por su acción inadecuada. (En la culpa depresiva el sentimiento básico es el sufrimiento por haber hecho daño al otro, el remordimiento, el sentimiento de pena por el mal que se ha causado). Tal como señalaremos posteriormente esta culpa paranoide se relaciona con el pensamiento mágico y la hechicería

Se sabe que se da el doble de sentimiento de culpa en los pacientes depresivos occidentales que en los pacientes de otras culturas. Los pacientes pakistaníes miran asombrados (a veces hasta sonríen) cuando se les pregunta si tienen sentimientos de culpa. Sin embargo, no es extraño que un latinoamericano se considere muy culpable de casi todo lo que le está pasando, en el otro extremo del péndulo del sentimiento de culpa

– *Ideas de muerte*: a pesar de la gravedad de los factores estresantes, estas ideas no son frecuentes en estos inmigrantes. En general, el inmigrante posee una gran capacidad de lucha que le hace querer ir hacia delante incluso en contextos muy adversos. Puede tener sentimientos de tristeza pero aún conserva una esperanza que le impulsa a desear seguir viviendo. Una ecuatoriana nos decía: “¡Pero cómo voy a tener ideas de muerte si tengo dos hijos pequeños esperándome en América!”. Esta persona estaba llena de sentimientos de vida. Sin embargo, en los menores adolescentes, dada su mayor impulsividad, sí que se darían con más frecuencia ideas de muerte e intentos de autólisis, en determinados momentos de gran desesperación que viven.

b. Sintomatología del área de la ansiedad

La sintomatología del área de la ansiedad es una de las más importantes de este cuadro clínico. Entre sus síntomas destacaríamos:

– *Tensión, nerviosismo*: es un síntoma muy frecuente

que expresaría el enorme esfuerzo, la lucha que supone afrontar las adversidades que conlleva emigrar en estas condiciones, con todos estos estresores.

– *Preocupaciones excesivas y recurrentes*: se hallan en relación a la extrema complejidad y dificultad de la situación en la que se encuentran estos inmigrantes extracomunitarios. Hay un enorme acúmulo de sentimientos contrapuestos, que cuesta integrar. Se requiere una gran capacidad de *insight* para entender tantas emociones. El inmigrante ha de tomar muchas y graves decisiones, a veces en muy poco tiempo y con escasos medios de análisis, lo cual conlleva una enorme tensión.

Como decía muy gráficamente un paciente: “es como si tuviera la centrifugadora dentro de la cabeza, trabajando todo el día”. Obviamente estas preocupaciones recurrentes y obsesivas favorecen la aparición del insomnio, ya que para conciliar el sueño es básico lograr un estado de relajación.

– *Irritabilidad*: la irritabilidad no es un síntoma tan frecuente como los anteriores. De todos modos se ha de tener en cuenta que tiende a expresarse menos en inmigrantes procedentes de culturas orientales que controlan más la expresión de las emociones (consideran que expresar una emoción es una forma de coaccionar a los otros); de suyo, la cultura occidental es una de las más asertivas. Este síntoma se ve más en menores. La irritabilidad es frecuente en las bandas juveniles. Se ponen “bravos”, como dicen los ecuatorianos.

– *Insomnio*: las preocupaciones recurrentes e intrusivas dificultan el dormir. La noche es el momento más duro: afloran los recuerdos, se percibe con toda su crueldad la soledad, el alejamiento de los seres queridos, la magnitud de los problemas a los que debe hacerse frente. No hay estímulos externos que puedan distraer a la persona de sus preocupaciones, recuerdos, etc. Además, se pone en marcha la ansiedad de anticipación que favorece que el inmigrante que comienza a tener problemas para dormir asocie el acostarse con una situación de tensión y por lo tanto no se relaje lo suficiente como para poder conciliar el sueño, y de ese modo se va instaurando el insomnio, con lo que se crea un círculo vicioso, un condicionamiento. A nivel biológico se podría explicar el insomnio desde la perspectiva de que el incremento de catecolaminas y glucocorticoides a que da lugar el estrés favorece el arousal, la excitación que impide la relajación para poder dormirse.

El insomnio de los inmigrantes se agrava además por las pésimas condiciones de las viviendas que habitan: ambientes húmedos, excesivamente calurosos en verano y fríos en invierno, la existencia de ruidos, mala ventilación, etc. Todo esto cuando no están simplemente en la calle, claro. Entonces se ha de añadir el miedo a los robos, las agresiones, la policía que los puede expulsar etc. La noche en la calle es insegura. Así, en el año 2002, en Almería un grupo de inmigrantes que se guarecía en la estación de autobuses fue atacado por grupos xenóforos con el resultado de un muerto y varios heridos

c. Sintomatología del área de la somatización

En la mayoría de las culturas de origen de los inmigrantes se considera que la mente y el cuerpo no están separados. En las culturas de los inmigrantes lo mental y lo físico se expresan de modo combinado, es decir el que aparezcan síntomas somáticos no impide la expresión psicopatológica, no son por lo tanto pacientes ale-



xitímicos, que rehuyan lo emocional, a pesar de que tienen una fuerte expresión somatizada.

Destacan entre los síntomas somatomorfos sobre todo las cefaleas y la fatiga, que son síntomas frecuentes también en la clínica de los autóctonos, pero no tanto en personas jóvenes ya que estos síntomas (al igual que el insomnio) suelen presentarse a más edad... También son frecuentes otras somatizaciones, especialmente de tipo osteomuscular. En menor porcentaje se hallarían las molestias abdominales y aún menos las torácicas. Las molestias osteomusculares se explicarían en relación a las contracturas musculares que aparecen como respuesta al estrés. Especialmente son más intensas en la zona de la espalda y las articulaciones, o como dicen muy gráficamente algunos hispanoamericanos en "las coyunturas".

– *Cefalea*: es uno de los síntomas más característicos del Síndrome de Ulises, ya que se da en una proporción superior a la de los autóctonos que viven situaciones de estrés. Las cefaleas que se ven en los inmigrantes son casi siempre de tipo tensional y van asociadas a las preocupaciones recurrentes e intrusivas intensas en que el inmigrante se halla sumido. Las molestias con frecuencia se concentran en la zona frontal y en las sienas. Desde una perspectiva psicoanalítica podrían estar ligadas a la utilización de la defensa de la negación (muy frecuente en el duelo migratorio extremo), al resultarles, a pesar de todo, más soportable el dolor de cabeza que el seguir pensando en tantos problemas y adversidades.

– *Fatiga*: la energía se halla ligada a la motivación y cuando la persona durante largo tiempo no ve la salida a su situación hay una tendencia a que disminuyan las fuerzas. Este síntoma se da en todos los pacientes que sufren el Síndrome aunque en menor grado en aquellos que llevan poco tiempo en el país de acogida.

Es evidente que con este gran cansancio estos pacientes difícilmente puedan ser diagnosticados de maníacos. Más bien se quejan de hallarse sin energía. Este cansancio se hallaría relacionado con otros síntomas ya descritos como el insomnio, la cefalea,

Estos síntomas somáticos pueden cambiar, no son radicalmente fijos. Sobre todo el insomnio que suele ser el primero que remite cuando el inmigrante mejora con el tratamiento. El síntoma más rebelde suele ser la cefalea. De todos modos pueden aparecer posteriormente síntomas que antes no habían aparecido.

A nivel psicósomático es importante también observar que estas personas están casi siempre envejecidas por todo el sufrimiento que padecen.

d. *Sintomatología del área confusional*

Hay sensación de fallos de la memoria, de la atención, sentirse perdido, incluso perderse físicamente, hallarse desorientados a nivel temporal etc.

Habría numerosos aspectos que favorecerían la aparición de sintomatología de tipo confusional. La confusión podría estar ligada a la necesidad de tener que esconderse, hacerse invisibles, para no ser retenidos, repatriados (en definitiva el famoso episodio de la Odisea en

que Ulises le dice a Polifemo que su nombre es Nadie). Así, no es infrecuente encontrar casos de menores que han pasado por numerosos centros tutelados en los que dan un nombre diferente en cada lugar. ¿Cuál es el verdadero? Al final quizás ya ni ellos lo saben. Estos pacientes hacen comentarios muy expresivos. Un paciente decía: "No sé si voy o vengo", y otro: "No sé lo que quiero, pero lo quiero ¡ya!".

También en la migración en situación extrema favorece la confusión la existencia de muchas mentiras o medias mentiras, fabulación... en las relaciones familiares. El inmigrante apenas explica la verdad a los suyos para que no sufran por él. Y sus familias también se guardan de explicarle los problemas que van surgiendo en el país de origen. Al final todo ello potencia la confusión y la desconfianza.

También desde una perspectiva cultural se ha de tener en cuenta que en las culturas en las que ha habido más control sobre los ciudadanos se ve menos sintomatología confusional y más de tipo paranoide. Así, por ejemplo, hemos observado que los inmigrantes que proceden de los países de la antigua Unión Soviética suelen tener menos tendencias confusionales y más de tipo paranoide

Sin embargo, no es fácil evaluar estos síntomas confusionales a nivel transcultural; recordemos que hay culturas que tienen una idea del tiempo circular y no lineal. Un ejemplo de las dificultades culturales que se pueden dar en la exploración de estos síntomas es que la despersonalización es difícil de valorar en culturas que poseen otra imagen del yo, del sujeto, como las orientales, donde las terapias se plantean "contra el yo".

Desde una perspectiva psicoanalítica la confusión se hallaría relacionada con la frecuente utilización de la defensa de la negación en situaciones extremas, que, como señala M. Klein(15), favorece la fragmentación de los objetos. Desde una perspectiva biológica puede explicarse la confusión desde la perspectiva de la respuesta al estrés crónico ya que el cortisol actúa sobre el hipocampo (produciendo alteraciones de la memoria) así como sobre las áreas corticales(16).

e. *Interpretación cultural de la sintomatología*

En muchos casos el inmigrante interpreta desde la cultura tradicional de su país de origen lo que le va ocurriendo en la migración. Los inmigrantes interpretan sus desgracias como una mala suerte provocada por la brujería, la magia, la hechicería, etc... Hemos atendido muchos casos de personas que interpretaban sus síntomas como castigos por incumplir normas sociales de sus grupos: haber rechazado casarse con la pariente designada por la familia, no estar presente en la muerte de los padres, etc. En la medicina tradicional se considera que quien ha ofendido a alguien o infligido una norma puede ser víctima de la brujería por parte de las personas que se han sentido ofendidas.

Sin embargo, no por ello estos inmigrantes dejan de ver la importancia que tienen los factores sociales y políticos en su situación. Como nos dijo una vez un afri-

cano: "Mire usted, a mí el mal de ojo también me lo han echado las leyes de este país".

El psicoanálisis relaciona la magia con la omnipotencia del pensamiento. Freud(12) planteó que se halla ligada a funcionamientos de tipo obsesivo y maniaco como respuesta primitiva a la ansiedad

Esta interpretación de la sintomatología desde la perspectiva de las tradiciones mágicas conllevará que la intervención psicológica deba tener en cuenta la cosmovisión del paciente obligando al terapeuta occidental a "descentrarse" culturalmente a la hora de efectuar la intervención terapéutica. Es muy importante acercarse a estas vivencias del paciente con respeto y atención. Pero no es fácil explorarlas porque estas personas se sienten rechazadas por la cultura autóctona y esconden este tipo de vivencias. Una buena forma de acercarse a estos temas es preguntarles si creen que han tenido mala suerte. A partir de este punto es posible continuar el diálogo y profundizar en el tema

Finalmente, y para terminar este apartado de clínica, señalaremos que desde la perspectiva de la evolución del cuadro hemos visto que estos pacientes presentan variabilidad temporal en sus síntomas. Hay temporadas en las que están mejor y luego recaen, seguramente en relación al contexto cambiante en el que se encuentran, a la ayuda que reciben y a las defensas que utilizan (así, por ejemplo, a veces, la defensa de la negación puede disminuirles la ansiedad temporalmente).

En nuestra experiencia, el Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple, el Síndrome Específico, tendría algunas variantes: así, según el número o la intensidad de los síntomas se podría clasificar como parcial o completo, y según los estresores se podría clasificar en mayor, si se dan todos los estresores del cuadro, y en menor, si tan sólo se dan algunos(4, 5, 6).

3. Discusión

Un aspecto muy importante de la delimitación clínica de un cuadro es su diferenciación con otros cuadros de la psicopatología con los que posee elementos en común o que son próximos. Obviamente no es fácil ubicar esta sintomatología a nivel nosológico. A nivel del diagnóstico diferencial más elemental es evidente que el cuadro no tendría nada que ver con el Trastorno por Estrés Agudo porque su característica definitoria (va en el nombre) es que es crónico. Tampoco se trataría de un cuadro de duelo según el DSM-IV-TR porque no tiene que ver con la elaboración de la muerte de un ser querido.

Desde la perspectiva de la diferenciación con otros cuadros ya he señalado también que no se trata de un trastorno depresivo (por la ausencia de apatía, ideas de muerte, culpa, baja autoestima, etc.), ni, por supuesto, se trata de una psicosis. Es decir, estamos en otra área de la psiquiatría, la de los trastornos adaptativos, por estrés... De todos modos esta sintomatología se halla también más allá de lo descrito como Trastorno Adaptativo ya que esta situación de estrés crónico y límite supera las capacidades de adaptación al estrés de los seres humanos. Veamos con más detalle estos planteamientos.

a. Diagnóstico diferencial con los trastornos depresivos

Tal como hemos señalado, en el Síndrome de Ulises



específico, aunque hay sintomatología del área depresiva, que es además muy relevante, faltan toda una serie de síntomas básicos de la depresión estándar. La sintomatología depresiva presente en el cuadro es ante todo la tristeza y el llanto. De todos modos, fenomenológicamente, no es la tristeza de un cuadro depresivo estándar, es más la tristeza de un duelo complicado, difícil, de un pesar intenso, más en la línea de la desolación, magníficamente descrita por Ignacio de Loyola o Hannah Arendt, que en la tristeza del depresivo en el sentido clínico.

En estos inmigrantes faltan síntomas muy importantes en la depresión, como la apatía, ya que es consustancial con el concepto mismo de depresión el hecho de que la persona no tiene ganas de ir adelante. Estos inmigrantes quieren hacer cosas, están deseosos de luchar, pero no ven ningún camino (y no por que deformen la realidad). En el episodio depresivo, como describe el DSM-IV-TR "casi siempre hay pérdida de intereses".

Y también se dan con menos frecuencia los pensamientos de muerte. Estas personas están más bien llenas de pensamientos de vida que de pensamientos de muerte. Piensan en sus hijos, en sus familias... Sin embargo, también el DSM-IV-TR señala que en la depresión "son frecuentes los pensamientos de muerte". Asimismo, mantienen la autoestima.

Por todo ello, consideramos que difícilmente se puede catalogar este cuadro como un cuadro depresivo, a no ser que lo incluyamos en la categoría de atípico, pero la ausencia de algunos síntomas básicos de los trastornos depresivos hace poco rigurosa dicha adscripción. Aparte de que este tipo de categorías son de muy poca utilidad.

Podemos decir que estas personas están caídas, pero no vencidas.

b. Diferenciación con los trastornos adaptativos

Autores como Beiser(8) han hecho referencia a que existe un trastorno adaptativo específico de los inmigrantes. Y este planteamiento, que ya resultó polémico en su momento, podía quizás ser cierto para las migraciones del siglo XX que llegaban con papeles y a los que se les permitía la reagrupación familiar..., pero consideramos que la situación de la mayoría de los inmigrantes extracomunitarios del siglo XXI es muy diferente y mucho más dramática por lo que no encajaría en este diagnóstico.

En relación a los estresores el DSM-IV-TR señala que los Trastornos adaptativos se caracterizan por un malestar superior al esperable, dada la naturaleza del estresor identificable. En el caso de los inmigrantes a los que hacemos referencia, en primer lugar no habría un estresor sino muchos y, además, se caracterizan por poseer una dimensión fenomenológica radicalmente diferente: lucha por la supervivencia, terror... Es decir estamos haciendo referencia a unos estresores de gran intensidad y de otra dimensión cualitativa. Hay, en nuestra opinión, una clara diferenciación entre el Trastorno adaptativo y el Síndrome de Ulises ya que evidentemente el malestar de los inmigrantes que viven estos estresores límite puede decirse sin ningún temor a equivocarse que es todo menos "superior al esperable". Es obvio que es más normal estar mal en dichas circunstancias, cuando todo falla alrededor, que ser insensibles a lo que se vive. Podríamos decir que en el trastorno adaptativo el sujeto se toma sus problemas a la tremenda y que en el Síndrome de Ulises los problemas son tremendos y el sujeto se los toma... pues como son.

En nuestra opinión la situación de estrés crónico y múltiple que hemos descrito en los inmigrantes no formaría parte de los Trastornos adaptativos porque el estrés que padecen va más allá de lo adaptativo. Cuando alguien no tiene papeles, acceso al trabajo, contacto con los seres queridos... qué más quisieran estas personas que poder adaptarse. Por desgracia no tienen medios para superar los problemas a los que se enfrentan, dado que no los controlan.

De la misma manera que el estrés agudo, por la excepcionalidad y la gravedad de la situación, no es lo mismo que el Trastorno adaptativo, el estrés crónico, límite, tampoco lo es. Y, evidentemente, estamos ante un cuadro que está más allá del Trastorno adaptativo porque si, haciendo una comparación médica, 38 grados de temperatura (en el símil, el Trastorno adaptativo) es fiebre, 40 grados de temperatura (este Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple) no puede no serlo, si nos guiamos por una mínima lógica racional.

Estas personas no pueden adaptarse porque se hallan fuera del sistema, *out*. Desde esta perspectiva son sugerentes las aportaciones de Alain Touraine que sostiene que mientras antes la sociedad se dividía en los que estaban arriba y los que estaban abajo, cada vez más la so-

cialidad actual se divide entre los que están dentro del sistema y los que están fuera. Y obviamente los candidatos a padecer el Síndrome que describimos se hallan claramente fuera del sistema. Es por ello que tienen pocas posibilidades de adaptarse. Podríamos hablar en este sentido más bien de un Síndrome A-adaptativo. De un trastorno A-adaptativo.

De todos modos sí que nos podemos plantear que existe un *continuum* entre el Trastorno Adaptativo y el Síndrome de Ulises. Porque hay un punto en el que los problemas de adaptación, sobre la base de añadir más y más dificultades se "pasan de rosca" y se convierten en otra cosa. Dónde se halla este punto no es nada fácil de delimitar.

c. Diferenciación con el Trastorno por Estrés Post-traumático

El cuadro que hemos descrito tiene en algunos aspectos similitudes con el Trastorno por Estrés Post-traumático. Sin embargo, consideramos que, en todo caso, es una parte del Síndrome de Ulises, que va más allá de este trastorno descrito por el DSM-IV.

Siguiendo al DSM-IV-TR vemos que "la característica esencial de trastorno es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física". Cuando hemos hecho referencia al estresor miedo, terror, es evidente que en los pacientes con síndrome de Ulises este se da. Pero el DSM-IV-TR no añade todos los otros estresores, y además de gran intensidad, que padecen los inmigrantes. Así, la soledad, el sentimiento de fracaso, la lucha por la supervivencia no tienen nada que ver con el concepto de trastorno de estrés post-traumático en sí mismo y sin embargo, son factores esenciales en el Síndrome de Ulises. Otra diferencia radicaría en que en el Trastorno por estrés post-traumático, a diferencia del Síndrome que describimos, hay apatía y baja autoestima.

La parte común al Trastorno por estrés post traumático proviene de la respuesta al miedo, un estresor muy importante, tal como ya hemos señalado.

e. Discusión sobre el diagnóstico diferencial

El Síndrome que describimos es un trastorno caracterizado por tener estresores muy específicos y de gran intensidad, así como por poseer una constelación de síntomas. Si una persona tiene todos los síntomas del Síndrome pero no es inmigrante, obviamente no se le puede diagnosticar este trastorno. Como no se puede diagnosticar *mobbing* a alguien que no trabaja o de Trastorno por estrés posttraumático a alguien que nunca ha vivido ningún sobresalto.

Así como en relación a los estresores existe mucha unanimidad en su valoración, en relación a la sintomatología derivada existirían, tal como ya hemos señalado, dos corrientes: una, que ceñiría el Síndrome al cuadro que hemos descrito hasta aquí, el Síndrome Específico,

y otra que lo ampliaría a todo el conjunto de sintomatología (sea del tipo que sea, depresiva, psicótica, etc.) que expresarían los inmigrantes que viven estos estresores límites, lo que se denomina el Síndrome General.

De todos modos sabemos que no todas las personas que viven las situaciones de estrés límite que describimos padecen el trastorno, es decir que hay inmigrantes que aguantan, lo que no sabemos si será indefinidamente. Tampoco conocemos aún con precisión qué factores de protección o de vulnerabilidad existen respecto de este trastorno.

Por otra parte diagnosticar teniendo en cuenta los factores ambientales, las situaciones de estrés crónico, tal como se está haciendo actualmente con otros cuadros como el *burn-out*, el *mobbing*, el síndrome de abstinencia, etc., pensamos que es positivo porque el estrés es sin duda una de las problemáticas básicas en salud mental aunque aún es poco tenida en cuenta. Tal como hemos señalado en la introducción postulamos que existe una relación directa e inequívoca entre los estresores límite que viven estos inmigrantes y la sintomatología clínica de este cuadro.

En relación a la denominación de Síndrome se ha de señalar que es meramente descriptiva y que proviene de su acepción más simple: conjunto de síntomas. Y es obvio que estos inmigrantes presentan un buen número de ellos (más de 10 en algunos casos), tal como ya he señalado. De todos modos hay quien prefiere denominar a este cuadro "Mal de Ulises" o "Acongojamiento de Ulises"... pero considero que sin tener que recurrir a señalar que estas personas se hallan bien lejos de la definición clásica de la OMS

que entiende la salud como "estado de bienestar físico, mental y social", estos inmigrantes en situación extrema tienen un amplio conjunto de síntomas que se encuadran claramente en la denominación de Síndrome. Sin embargo, ante el reconocimiento de los problemas psicológicos de los inmigrantes ocurre algo muy parecido a lo que ocurre con los padecimientos de la mujer, o de las minorías: se tiende a tener una visión prejuiciada y desvalorizadora de esta sintomatología desde ciertos planteamientos de la psiquiatría que carecen de sensibilidad ante estas realidades sociales. Así, a nivel de género existe una clara discriminación hacia la mujer desvalorizándose trastornos como la fibromialgia y la fatiga crónica.

Somos conscientes de que existen sesgos en el diagnóstico en relación al género, la etnia, la clase social y pensamos que la problemática en salud mental de estos inmigrantes se halla también discriminada.

Conclusión

Los problemas de los sectores marginados y las minorías son sistemáticamente desvalorizados. Si toda esta larga serie de síntomas psiquiátricos que hemos descrito en vez de afectar a mujeres negras pobres e inmigrantes, afectar a hombres blancos altos ejecutivos serían sin duda tenidos en cuenta de otra manera. Como señaló Frantz Fanon(11) existe una clara discriminación hacia los inmigrantes y las minorías. Tal como contundentemente escribió este psiquiatra antillano "un negro no es un hombre, un negro es un hombre negro" ■

Referencias bibliográficas

1. Achotegui J. 2000. "Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial". En *Medicina y cultura*. E. Perdiguer y J.M. Comelles (comp). Pag 88-100. Editorial Bellaterra. Barcelona
2. Achotegui J. *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Editorial Mayo. Barcelona, 2002.
3. Achotegui J. Trastornos afectivos en los inmigrantes: la influencia de los factores culturales. *Jano Suplemento* 2002, "Temas candentes", Barcelona
4. Achotegui J. (Comp.). 2003 *Ansiedad y depresión en los inmigrantes*. Editorial Mayo. Barcelona
5. Achotegui J. (Comp.). 2003. Dossier de la *Reunión internacional sobre el Síndrome de Ulises* celebrada en Bruselas en la sede del Parlamento Europeo el 5 de Noviembre del 2003.
6. Achotegui J. 2004 (compilador). Dossier del Diálogo sobre el Síndrome de Ulises del Congreso "Movimientos humanos y migración" del Foro Mundial de las culturas. Barcelona 2-5 de Septiembre del 2004
7. Aguilar J. 2003. Comunicación personal Sesión clínica Hospital de Sant Pere Claver. Barcelona
8. Beiser M. 1996. "Adjustment Disorder in DSM-IV: Cultural Considerations". In *Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM-IV perspective*. Edited by J. Mezzich, A. Kleimman. American Psychiatric Press. Inc. Washington. USA
9. Calvo F. 1970 *Qué es ser inmigrante*. Barcelona
10. Domic, Z. 2004. Emigrar y enfermar: el Síndrome de Ulises. *Congreso Movimientos humanos y migración*. Foro Mundial de las Culturas.
11. Fanon F. 1970. *Escucha blanco*. Nova Terra
12. Freud S. 1912. *Tótem y Tabú*. Reedición de Alianza Editorial. Madrid
13. Gómez Mango E. 2003. Comunicación personal. Colloque Internacional. Paris
14. Grinberg L y R. 1994. *Psicoanálisis de la migración y el exilio*. Alianza Editorial, Madrid.
15. Klein M. 1957. *Envidia y gratitud*. Paidós. Barcelona
16. Sendi C. 2001. *Estrés, memoria y trastornos asociados*. Ariel. Madrid
17. Tizón J, Salamero M, Sanjosé J, Pellejero N, Achotegui J, Sainz F. 1993. *Migraciones y salud mental*. PPU. Barcelona.
18. Vander Zanden JW. 1994. *Manual de psicología social*. Paidós Básica. Barcelona

Salud Mental y diversidad(es): trabajar en red

José Leal Rubio

Psicólogo, Especialista en Psicología Clínica. Psiconalista. Miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica, Ministerio de Sanidad. Ex-director de los Servicios de Salud Mental de Hospitalet de Llobregat, Barcelona. Trav. De dalt, 25-27 6ª 1ª esc. C, 08024 Barcelona. España. E-mail: joseleal@copc.es

Introducción

De entre los muchos retos a los que hemos de hacer frente en el campo de la Salud Mental uno considerable es la búsqueda de modos de atención que tengan en cuenta la diversidad de los comportamientos humanos, con sus perturbaciones y la diversidad de los recursos de atención cuya coordinación es necesaria para garantizar los cuidados necesarios.

En mayo de 1993, hace ya 12 años*, iniciamos algunas reflexiones sobre el tema, en ocasión del Simposium Internacional sobre "Salud Mental y Servicios Sociales: el espacio comunitario" organizado por la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría) y el CIFA de la Diputación de Barcelona.

Fue un tema pionero y muy nuevo, en especial, para los profesionales de la salud mental. Estábamos en el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica y ya eran evidentes las dificultades en la articulación de los recursos necesarios para la atención a las personas con problemas de salud mental y, en especial, en la atención a aquellas que, por su gravedad, tenían necesidad de articular prestaciones sanitarias y sociales.

* El presente texto está inspirado en la conferencia inaugural, revisada, de la jornada sobre: "Salud Mental, Diversidad y Cultura: nuevos retos en las fronteras del saber y de la atención", organizada por la Asociación Española de Neuropsiquiatría en 2004.

Era evidente, también, la insuficiencia de recursos de apoyo a las personas desinstitucionalizadas cuya atención recaía pesadamente sobre las propias familias cuyas asociaciones apoyaban la reforma psiquiátrica pero expresaban, a la vez, el exagerado peso que recibían. Seguimos creyendo que es en ese sector donde aún quedan por construir recursos y articularlos adecuadamente.

1. La reforma psiquiátrica

La desinstitucionalización(4, 9, 6) (destrucción del manicomio) y la dimensión comunitaria de la práctica fueron los dos pilares de la reforma psiquiátrica y de la atención a la salud mental. La primera era necesaria por razones terapéuticas y por razones de dignidad; de recuperar, de reconstruir en los pacientes la dignidad y los derechos de ciudadano, perdidos entre los muros que habían sido creados más para defender a la sociedad de los supuestos peligros de los enfermos que para procurar a éstos la atención adecuada. La segunda, lo comunitario, ha sido siempre la alternativa a las prácticas totalitarias y excluyentes(16).

La institución manicomial, en tanto institución total, de pretendida completud, reunía (o así lo deseaba) en sí misma todos los recursos que, en la vida normal, están distribuidos en el espacio comunitario, en el seno de una comunidad y cuya utilización nos obliga a movernos creativamente por el mismo y a establecer vínculos

Resumen

De entre los muchos retos a los que hemos de hacer frente en el campo de la Salud Mental uno considerable es la búsqueda de modos de atención que tengan en cuenta la diversidad de los comportamientos humanos, con sus perturbaciones y la diversidad de los recursos de atención cuya coordinación es necesaria para garantizar los cuidados necesarios. El trabajo en red es una herramienta indispensable para llevar a cabo esa tarea

Palabras clave: Salud Mental en la comunidad – Redes – Psiquiatría y sociedad

MENTAL HEALTH AND DIVERSITY: A WORK IN NET

Summary

To achieve a kind of professional assistance taking in account the diversity of the human behavior is one of the most important challenges in the field of the Mental Health. It is necessary the coordination of the various resources to give the adequate care. For these tasks the network model is the best option.

Key words: Community Mental Health – Networks – Psychiatry and society

los nuevos, nuevas relaciones, nuevos conocimientos(5). En realidad funcionaba como una extraña síntesis de centro sanitario (al menos), residencia de servicios sociales e institución penitenciaria. Ofrecía todos esos recursos a cambio de la alienación: porque la vida en la institución cerrada, total, es mera repetición sin sentido, es aterradora, empobrecedora y iatrogénica.

El desmantelamiento de la institución total (o una cierta apertura de la misma que es lo que al fin se ha producido en muchas comunidades) provoca que las atenciones que antes se procuraban cerradamente a una persona han de ser llevadas a cabo por diversas instituciones que conforman el espacio comunitario.

La desinstitucionalización resuelve un grave problema de ineficacia terapéutica y de indignidad en la atención a los enfermos pero exige, a la vez, nuevas formas de organización de las diversas atenciones, cuyo descuido conlleva serios reveses para el desarrollo de la persona con necesidad.

Lo comunitario(19) es la alternativa a la institución total pero una alternativa que ha de ser construida porque el manicomio no eran sólo los muros sino también una práctica anquilosada repetida durante muchos años. Lo comunitario sólo como espacio geográfico en el que se sitúa un servicio o unidad no garantiza una práctica abierta; la apertura es un talante, una actitud y una manera de entender la producción de salud y de enfermedad.

La desinstitucionalización es también el descentramiento y la pérdida de exclusividad del sector *psi* en la atención a las personas con dificultades y trastornos mentales. Desinstitucionalizar al paciente ha de ir acompañado de la desinstitucionalización de los profesionales y de sus profesiones y esta es una tarea más difícil y más ardua.

A pesar de ello, no hay servicios en el campo de la salud más abiertos, más reclamados y más conectados con las distintas instituciones comunitarias que los servicios de salud mental. Y esto a pesar de los problemas que todavía existen en la articulación de los recursos necesarios. Por ello, al señalar las dificultades existentes debemos hacerlo de un modo comprensivo porque hay que entender que el cambio, que para los profesionales significa su nueva situación, es de tal envergadura que hace falta tiempo para construir una práctica nueva, coherente y compartida(20).

La desinstitucionalización forma ya parte de un cambio muy amplio en la sociedad moderna: el ataque a las instituciones rígidas en el trabajo y en la política(8).

Lo instituido se recompone y por ello nunca estamos exentos de repetir, también en el espacio comunitario, la institucionalización de una práctica excluyente en sus formas, a veces muy sutiles.

Las prácticas tienden a hacerse fragmentarias y los



sistemas de atención excesivamente autónomos. Ese es el primer paso para la institucionalización: de la salud, de las prestaciones sociales, de la educación. La institucionalización procede del totalitarismo que surge de la creencia de que no necesito al otro. Felizmente podemos hablar, en unos sitios con más éxito que en otros de la desinstitucionalización, pero hemos de saber que la tentación institucionalizadora, como la tentación totalitaria, está permanentemente presente en nosotros, en la estructura social y en los sistemas políticos, como ha sido fácil observar en la vida política de los últimos años no sólo en nuestro país.

Porque desinstitucionalizar no es solamente romper los muros materiales que configuraban la institución manicomial como espacio geográfico; desinstitucionalizar es romper los muros internos, conceptuales, teóricos que llevan a creer en un saber total sobre el otro; desinstitucionalizar es facilitar el recorrido del paciente por los circuitos de atención de forma coherente, cuidadosa y respetuosa.

Desinstitucionalizar, en este momento, es denunciar esa mezcla de robotización y conformismo característica de las sociedades actuales, en las que el totalitarismo (de la institución total) está siendo sustituido por la globalización y el pensamiento único.

Tal vez en estos momentos la concepción transversal, de nuestro trabajo sea la continuación revolucionaria de la revolución que fue romper los muros. Porque ahora se trata de romper los muros y las muchas barreras que se han ido creando entre disciplinas, grupos, instituciones, organizaciones, etc., entre las cuales el sujeto que-



da diluido, y que configuran una red que enreda más que contiene.

Lo que domina este esfuerzo más amplio es la creencia de que las comunidades tienen más capacidad que las burocracias para satisfacer las necesidades sociales de la gente. Y ello a pesar de que en este momento los vínculos comunitarios están cambiando y, con mucha frecuencia, se sostienen en sentimientos de pertenencia basados casi en soportes electrónicos.

Coincidente con la superación del manicomio es la aparición de un alto número de servicios que, derivados del Estado de Bienestar(21), han sido creados para hacer frente a necesidades emergentes, que no son problemas psiquiátricos pero que tienen que ver con dificultades para vivir con recursos emocionales o psicológicos adecuados. En el campo *psi* la psiquiatría ha dejado de ser el referente exclusivo y otros profesionales y disciplinas se incorporan al más amplio campo que llamamos la Salud Mental(3). Sólo es posible pensar la Salud Mental descentrándose del pensamiento médico asistencial, lo que lleva a entenderla como un campo transversal.

Y es que, además de articulación de recursos de tipo, digamos, socio-sanitario necesarios para atender a las personas con problemas graves de salud mental y con secuelas crónicas más o menos intensas, en el seno de la comunidad se están produciendo una serie de servicios o intervenciones profesionales que hacen que ese territorio de cuidado de lo *psi* esté más disgregado pero, a la vez, sea mucho más rico. Me estoy refiriendo a las atenciones psicológicas en los Servicios Sociales Comunitarios, a las que se llevan a cabo con familias dentro del ámbito de la protección de la infancia o adolescencia, al seguimiento de adolescentes desde los servicios de justicia, a otras que se realizan en la escuela, etc. En estos momentos es posible que en algunos servicios sociales se lleven a cabo más psicoterapias que en algunos de salud mental y que los efectos terapéuticos de una trabajadora familiar sean más altos que los de los centros de salud mental, entre otras cosas porque la intensidad de la atención es bastante más alta. Esa diversificación de lo que vengo llamando el territorio *psi* lleva a muchas dificultades. En alguna otra ocasión la he ejemplificado con el siguiente material aparecido en una sesión de supervisión. La señora Z, acude a la trabajadora social de los servicios sociales de atención primaria en busca de un tipo de ayuda económica. Es joven, está casada, su marido trabaja y por su carácter puede hacerse poco cargo de la situación familiar. Parece que bebe. La señora Z tiene un trastorno mental no diagnosticado y consume alcohol. Se la ve con frecuencia borracha por las calles arrastrando a un niño en un carrito. Frecuenta los bares con el bebé hasta altas horas. El bebé llega mal aseado a la guardería y comienza a dar signos de algún retraso por falta de estímulos. La guardería se ha dirigido con insistencia a los servicios sociales para denunciar lo que observan y al Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico que propone a la madre llevar al niño al Centro de Salud Mental Infantil. A su vez interviene el Equipo Especializado de Atención a la Infancia y Adolescencia en riesgo (EAIA) para evaluar el riesgo del niño y la necesidad de intervención protectora. Una trabajadora familiar ayuda a la señora Z,

a su pesar, en la casa. Pasado un tiempo ha consultado al Centro de Salud Mental y al Centro de atención a drogodependientes. La señora Z está en contacto, a su pesar, con el CESMA (Centro de Salud Mental de Adultos), el CAD (Centro de Atención a las Drogodependencias), Guardería, EAP, CESMIJ (Centro de Atención a la Salud Mental de Niños y Adolescentes), EAIA, tal vez Cáritas y con la asistente social de los servicios sociales de atención primaria. Es frecuente, al menos en Catalunya, que los servicios sociales (SS) municipales hayan logrado un alto nivel de accesibilidad y confianza de la población. Muchos pacientes de los servicios de salud mental van a hacer su consulta a los SS y suelen ser reticentes para hacer la consulta a los servicios específicos. Pero volvamos a la señora Z. Un día, ya harta, se presenta a la asistente social y le dice: "Señorita, yo sólo quiero venir con usted. Entre tantos me van a volver loca". He escogido una situación muy real, nada exagerada que expresa el riesgo de efectos nocivos sobre el sujeto de una práctica descoordinada.

2. La diversidad

El recorrido que presentamos a continuación no es muy diferente del que cualquiera podría hacer, cualquier día, en cualquier ciudad: salgo de mi casa, en Gracia, y si me dirijo hacia el metro de Lesseps, me encuentro, en cuanto salgo, con una incesante riada de visitantes que se dirigen al Parque Guell. Son variados pero, por su aspecto, reconozco europeos y japoneses. Los domingos, a media mañana, se une a dicha diversidad un alto número de sujetos vestidos para alguna ceremonia religiosa: son hindúes. En la plaza está el edificio de una iglesia católica, cerca de la cual, en la calle Verdi, está la Iglesia Evangelista y cerca de la Plaza de la Revolución está el salón del Reino de los Testigos de Jehová. En los cines Verdi anuncian películas de países, directores, temáticas y estéticas muy diversas. Diversas son las tiendas de comidas: una especializada en productos norteamericanos y no lejos de ésta otra de productos sudamericanos. Restaurantes libaneses, turcos, griegos, cantina mexicana además de cocina catalana sin faltar la italiana, etc. Si me dirijo hacia el paseo de Gracia paso por la plaza del Poble Romani, donde vive desde siempre una comunidad gitana y donde parece estar el origen de la rumba catalana. Poco puedo añadir de la diversidad cultural y económica del paseo de Gracia y de la riqueza de gentes de plaza Catalunya y Ramblas. Dejo El Corte Inglés, la Fnac, etc., y me adentro en Raval Sud. En la librería del Raval compro "El pan desnudo" de Mohamed Chukri e "Infancia" de Coetzee, dos historias de vida infantil y adolescente que corresponde a mundos diametralmente opuestos. En la plaza del Macba juegan niños de rasgos asiáticos y algunos magrebíes que se reparten la plaza con *skatter* de apariencias más europeas. Al final de Joaquín Costa puedo comprar discos de Om Kaltum y otros cantantes árabes. Por la calle Hospital me encuentro tiendas abiertas y atendidas por hindúes y magrebíes y como en el restaurante Mediterráneo, en cuyo local sólo yo no soy del norte de Marruecos, aunque siendo de muy cerca de allí, de Andalucía, parezco muy lejano. Rambla

del Raval, variedad, riqueza, diversidad, marginación, especulación, prostitución aún. Cruzo las Ramblas hacia Vía Laietana y en la calle Princesa estoy en Asia, Africa y América Latina.

Por el camino he encontrado rumanos tocando el acordeón en el metro, grupos de bosnios haciendo música, mendigos sentados en la puerta de los bancos y algunos aún envueltos en sus cartones y mostrando sus piernas amoratadas, llagadas. No ver esta diversidad es estar dormido. Esta es nuestra diversidad.

Adivino mucha otra diversidad, le llamé diversidades, en todo ese recorrido. Diversidad es diferencia. En todos esos indicadores de diversidad hay muchas diferencias que hacen que una diversidad sea riqueza y otra sea dolor.

Es incuestionable la gran variedad que configura el paisaje de nuestra vida cotidiana. Es más que evidente que somos diversos y que esa diversidad es de una riqueza asombrosa. Hay muchas maneras de explicar la diversidad. El mito de Babel explica la diversidad como castigo por una falta, de (LA?) soberbia; pero un castigo que nos ha dejado como premio la gran riqueza de lenguajes y sonidos que pueblan un mundo de infinitos matices. Podemos decir que somos constitutivamente faltos y que es desde la falta que hemos de vincularnos obteniendo de ello una alta rentabilidad. Leí de pequeño un cuento africano que explicaba la existencia de blancos y negros del siguiente modo. En principio todos los habitantes de la tierra eran negros que se hacían blancos al sumergirse en las aguas de una laguna que se fue secando pero siempre quedó algo de agua de modo que los últimos en llegar sólo pudieron mojarse las palmas de las manos y las plantas de los pies que, al parecer, les quedaron cercanas al color blanco. Ahora ya de grande entiendo que es un cuento que habla de la diversidad desde una concepción de desigualdad de oportunidades.

Estamos en un momento en que coexiste la diversidad evidente y la tendencia a la homogeneización a la que nos empujan los medios de comunicación y de consumo.

Estamos en un momento, también, de romanticismo de la diversidad, del apoderamiento del término por parte de un discurso negador que no quiere reconocer que la diversidad, sin igualdad de oportunidades, es un engaño.

El alto nivel de diversidad del recorrido por Barcelona que les he relatado y que podría relatar cualquier compañero de Madrid, Valencia, Sevilla o Bilbao esconden un hecho evidente: para cada uno de esos colectivos diversos la vida es más o menos difícil y su desarrollo potencial es muy diferente. La diversidad es diferencia también y diferente es el modo en que cada sujeto se inserta en su mundo.

A esa diversidad descriptiva la llamo diversidad estática porque no compromete interacciones; el otro está ahí como ajeno y extraño. Hay otra diversidad dinámica que se basa en el esfuerzo por hacer compatible lo diferente con lo común y que exige para cada sujeto el reconocimiento de su singularidad sin que ello sea obstáculo ni ventaja.

Esas diversidades conllevan también una lógica de la pertenencia. La diversidad une y separa porque se mueve en la lógica de la pertenencia, necesaria y comprensible pero insuficiente. Un exceso de pertenencia es excluyente. Excluyente de aquellos que se reconocen diferentes o que son reconocidos como ajenos y a quienes se les niega el derecho a la igualdad. Los que trabajamos en el campo de la salud mental sabemos muy bien de

los procesos de exclusión a que han sido sometidas, y aún lo son, personas con problemas mentales; de modo que la lucha por sus derechos es, aún hoy, uno de nuestros grandes deberes. Paolo Flores(2) habla de una lógica de la ciudadanía que significa el reconocimiento de derechos iguales para cada sujeto independientemente de sus pertenencias. Todos nosotros tenemos pertenencias variadas que configuran nuestro ser y nuestro estar en el mundo. Tenemos pertenencias diferentes porque establecemos vínculos variados con las distintas instituciones, grupos y personas con las que nos encontramos en nuestro desarrollo, que siempre está abierto.

La lógica de la ciudadanía está inscrita en todas las instituciones occidentales aunque desmentida en la práctica en tanto prima al individuo portador de un estatus asociado a otros por un interés común y miembro de un grupo que le otorga poder y capacidad para ejercer presiones: el individuo según la lógica de la pertenencia

Estas dos lógicas, de la pertenencia y de la ciudadanía, dan lugar a valores muy diferentes. La lógica de la ciudadanía se sustenta en el principio de legalidad mientras que la lógica de la pertenencia lo hace en el de fidelidad. En consecuencia, la virtud de la fidelidad será mucho más tenida en cuenta que la virtud de la conciencia, de la autonomía moral, la libre opinión. Y por tanto la eficiencia del grupo, fundada en la jerarquía, el mando y el carácter férreo de la organización de pertenencia, primará sobre la igualdad comunicativa entre los individuos, la simetría de la acción en común y sobre la solidaridad.

Cuando el principio de la pertenencia sustituye al principio de la ciudadanía, el individuo se diluye mientras la corporación aumenta su prepotencia como auténtico sujeto que predomina sobre los individuos singulares. Y verdaderamente la lógica de la corporación parece conquistar, cada día más, nuevos adeptos en las democracias occidentales.

Esa diversidad cultural forma sociedades multiculturales; muchas de ellas favorecen dinámicas interculturales. Interculturalidad definida como una interacción, en el sentido de un proceso de intercambios que permite influirse recíprocamente mediante la comunicación, por una parte entre un agente portador de una identidad que es síntesis de sus múltiples adscripciones: nacional, regional, religiosa, clase social, origen, profesión, etc.; las cuales se integran de manera singular y única en función de la trayectoria de vida y de la personalidad de cada cual; y por otra parte con otra persona, familia o grupo portador de una identidad muy diferente por sus adscripciones sociales y culturales a las cuales se añade su estatus de inmigrante, refugiado, extranjero.

Pero es que esa condición de extranjería es la cara oculta de nuestra identidad, como dice Julia Kristeva(8). El extranjero empieza cuando surge la conciencia de mi diferencia y termina cuando todos nos reconocemos extranjeros, rebeldes ante los lazos y las comunidades. La captación de los rasgos del extranjero nos cautiva, atrae y rechaza a la vez. "Soy al menos tan singular como él y por lo tanto me gusta", o también puede decir: "Prefiero mi propia singularidad y por lo tanto lo mato".

Además, por el hecho de ocupar explícita, manifiesta y ostensiblemente el lugar del diferente, el extranjero lanza a la identidad del grupo, y a su propia identidad también, un desafío que pocos son capaces de revelar. Desafío de violencia: "No soy como vosotros"; de intrusión: "Tratadme igual que se tratan a sí mismos"; llama-



miento de amor: "Reconocedme". Una actitud en la que se combinan la humildad y la arrogancia, el sufrimiento y la dominación, las heridas y la omnipotencia".

Porque extranjero no es aquel que procede de otro país; extranjero es siempre el otro que, de diversos modos, muestra su diferencia con nosotros. Yo recuerdo una palabra de mi infancia, "forastero", que era distinta a extranjero, reservando para éste una diversidad y lejanía geográfica más amplia.

Ahora sabemos que somos extranjeros para nosotros mismos, y a partir de esta única base podemos y debemos tratar de vivir con los demás. Todos somos extranjeros porque sin esa posibilidad los sujetos no podrían hacer aflorar la extrañeza de la vida íntima. Esa percepción de extranjería y diversidad en cada uno de nosotros tal vez sea la única experiencia capaz de salvarnos de la robotización de la humanidad y de –como señala Sami Nair– emergencia creciente de nuevas fronteras que no son solo sociales, sino culturales, religiosas, lingüísticas, y algunas veces étnicas, que pretende generar una potente dinámica de diferenciación entre humanos, sobre un fondo de ausencia de proyecto colectivo, de desideologización de las prácticas sociales (la asociación caritativa reemplaza progresivamente al sindicato), de empecinamiento en lo local, de demagogia de la pertenencia, de miedo al prójimo disfrazado de respeto a la diferencia, de apología del presente y del acto que procura beneficios y rentabilidades inmediatas... Una época en suma, parafraseando a Freud, donde domina "el narcisismo de las pequeñas diferencias". Tanto es así que en la reunión de Enero 2004 del Foro Económico Mundial de Davos una de las sesiones se titulaba "Me, Inc, es decir, "Yo, S.A.", en la que se planteó que en la actualidad cada uno lleva su vida como una empresa, lo que implica darle una dimensión económica a todos nuestros actos y gestionar la vida como si fuera una cartera de valores. Hay un riesgo de pérdida de la riqueza poli-identitaria amenazada por las fijaciones unilaterales que definen a los individuos no en función de su universalidad, sino en relación con su "pertenencia" étnica o confesional. Ese reconocimiento uni-identitario puede hacer estragos en los sujetos que escogen o a quienes se les asigna una singularidad identitaria de escaso rango cuando no marginal. ¿No es acaso lo que pasa cuando el sujeto con psicosis se define como un psicótico? ¿Y si además tiene una rinitis crónica o una cardiopatía? Pero esa exageración, a veces, de un rasgo, coexiste con identidades frágiles como se aprecia en los trastornos límites de la personalidad y cuyas causas no están ajenas a la precariedad, futilidad y evanescencia de los actuales valores sociales.

Nacemos como cachorros de la especie y nos constituimos como sujetos psíquicos a partir, necesariamente, de un vínculo, a través de un proceso que llamamos de identificación. La singularidad de esa identidad –algunos rasgos de la cual es compartida por diversos sujetos– es la que procura la riqueza de todos nosotros(7).

Así se constituye el sujeto en el seno de los vínculos con los que le rodean a partir de la identificación mediante la internalización de las características del contexto familiar y social. Se produce tal proceso de identificación (que es ineludible, obligado e imposible de no

producirse porque es lo que estructura al sujeto) de manera compleja y en ella tiene parte también el propio sujeto que "escoge, sin que sepamos bien cómo, unas determinadas características del amplio abanico entre el que tiene posibilidad de elegir. Y que no hace suyas todas las posibilidades que se le presentan.

Los rasgos que va internalizando van siendo incluidos en un nuevo sistema, acogidos en una constelación novedosa, combinados con otros elementos, y el sujeto que emerge será necesariamente un producto singular, diferente y diferenciado.

Esto es lo que hace que cada sujeto sea un sujeto singular, diferenciado que, unido a otros sujetos singulares y asimismo diferenciados, configura lo que venimos denominando la diversidad.

Diversidad en tanto reconocimiento de la amplia riqueza de características individuales, familiares, grupales y sociales mediante las cuales cada sujeto es constituido y de las cuales es, asimismo, constituyente.

La mejor vía del acceso al otro, siempre diferente, es la curiosidad, salir de mi propio mundo y entrar en el del otro. Todo ello requiere tiempo. Por eso un enfoque intercultural en cualquier ámbito requiere darse tiempo, ya que el descubrimiento del universo del otro, mediante la interiorización de sus códigos de referencia descentrándome simultáneamente de los míos propios, no puede realizarse rápidamente y exige una preparación cuya finalidad es desarrollar las capacidades que nos permitan progresar en el terreno de la complementariedad.

3. La red

En las últimas décadas de crisis, por efectos del desarrollo de políticas del Estado de Bienestar, se han desarrollado una diversidad de servicios de atención a las personas. Diversidad basada en la especialización de las instituciones para proveer la atención de modo más especializado y, se supone que con mayores niveles de eficacia y eficiencia.

Podemos aplicar a dicha diversidad, por su funcionamiento, las reflexiones que hacíamos hace un momento. Insertos en organizaciones con culturas diferenciadas y sujetos a estructuras de poder también singulares tiene que sostenerse una práctica articulada en la que se inserte, de modo no amenazante, el quehacer de los otros.

Trabajar en red es, pues, trabajar en y desde el reconocimiento de la diversidad de culturas, de objetivos, de deseos, etc.(1).

Nuestras prácticas profesionales, nuestra intervención han de estar marcadas por el reconocimiento de la diversidad.

Intervenir en la diversidad significa llegar a acuerdos que pasen por conocer la singularidad de los sujetos, pero también por la articulación de recursos complementarios que puedan transmitir valores, modos de cuidar, de crear, que generen a su vez sujetos dispuestos a aceptar que la diferencia es fuente de creatividad y que las pertenencias que pasan por las exclusiones son además de empobrecedoras, altamente perniciosas. Significa

aceptar la complejidad de los fenómenos y situaciones en las que se desenvuelven los sujetos y los colectivos. Y trabajar por la construcción de elementos éticos y técnicos compartidos.

Como elementos técnicos y metodológicos habría que contemplar el trabajo comunitario, como un modo de entender y llevar a cabo la práctica tendiendo al aumento de la capacidad de sujetos y grupos para afrontar sus necesidades y aumentar su calidad de vida, utilizando para ello la prevención, detección e intervención en momentos necesarios. Ha de incluirse, por tanto, la prevención, la promoción y la asistencia, el cuidado de la cotidianidad, el trabajo multidisciplinar y la participación e implicación de la comunidad(19).

En fin, trabajar en y desde la diversidad significa no caer en prácticas de sustitución sino de complementariedad.

Entendemos el concepto de red más bien como el entramado de vínculos en los que se construye el sujeto psíquico, es decir, el sujeto social o a la inversa. He planteado antes que nacemos como cachorros de la especie y que accedemos a ser sujetos a través de los vínculos sociales. Primero de todo, el establecido con la madre o figura que realice tal función. Poco a poco va ampliando su círculo de relaciones a través de las cuales y mediante un proceso que llamamos de identificación se va configurando el sujeto a través de la incorporación de elementos de la cultura que le van a permitir vivir en sociedad. El sujeto es producto de un complejo proceso en el que se van configurando sus características singulares que hacen que no haya dos sujetos iguales. Todo ello se produce en un espacio geográfico y relacional que podemos llamar red: red de identificaciones, de aprendizajes, de apoyos, etc. El sujeto evoluciona así desde la dependencia absoluta a la independencia relativa, es decir, que permanentemente vamos a estar en contacto con otros sujetos con los que mantendremos relaciones de interdependencia.

Es por eso que digo que la red preexiste al sujeto y, evidentemente, a los equipos y por lo que reclamo que el trabajo en red, o mejor, el trabajo comunitario es trabajar en y con la comunidad desde una perspectiva de continuidad de cuidados y articulación de recursos.

En su conocido diccionario Maria Moliner define a la palabra red como: "Malla de hilo, cuerda, alambre, etc., de forma adecuada para contener o retener cosas o para cualquier uso." Me interesa destacar especialmente "de forma adecuada para contener o retener" porque remite a una función social de las instituciones: la de contener las ansiedades que produce el hecho de vivir en sociedad y tener que hacer frente a los avatares del vivir que generan tensiones como son, según Freud, el poderío de la naturaleza, la percepción de la caducidad del cuerpo y el hecho de tener que renunciar a alguna parte de nuestros deseos para poder vivir en sociedad.

Por simplificación hemos hecho una lectura de la red como el conjunto de recursos profesionales que intervienen en un determinado territorio y que han de articularse para hacer más eficaz, eficiente y efectiva su intervención.

La red es el espacio comunitario formado por instituciones y personas. Por tanto, hablamos de prácticas comunitarias para referirnos a aquéllas que parten del reconocimiento de que es en el seno de la comunidad donde se producen los distintos hechos que llevan al



crecimiento de los sujetos, donde se generan las dificultades y donde se producen las situaciones necesarias para hacer frente a las mismas. Todo ello configura la red social (compuesta por sujetos, grupos e instituciones que interaccionan y son interdependientes) sobre la cual trabajan los profesionales organizados en equipos(18) con una determinada especialización que da sentido a su intervención. Dicha especialización conlleva una visión parcial del sujeto, de lo que le pasa y del modo de afrontarlo.

Las políticas sociales están formuladas, aunque sólo sea por efecto de la organización político-administrativa, de manera sectorial. A una visión intersectorial de las mismas aplicamos el concepto de red cuyas características, entre otras, son la interacción, la complementariedad y el intercambio.

El término red, en su multiplicidad, nos remite tanto a una dimensión conceptual como a una vertiente instrumental. En este sentido es tanto una propuesta de acción como un modo de funcionamiento de lo social, un modo espontáneo de organización en oposición a una dimensión formal e instituida.

Una comunidad está formada por redes múltiples de interacción permanente donde los efectos de una acción condicionan y están condicionados por las cuestiones que en otro punto de la red se movilizan.

La red surge de la percepción conjunta de los problemas comunes y de la posibilidad de resolverlos sobre la base de la articulación entre otros actores sociales involucrados en un problema y en su solución.

Trabajamos, pues, en la red social, con las redes sociales que son el entramado contenedor de la vida de los



sujetos, los grupos y las instituciones. Trabajamos además de en la red, en red, es decir, organizando también un entramado de intervenciones, de forma coherente para lograr el desarrollo de la comunidad y la cobertura de las necesidades.

El trabajo en red es una estrategia vincular, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

La red es el resultado de esa estrategia y constituye una modalidad organizativa y de gestión, que adoptan los miembros que deciden esa vinculación, cuyas características han de ser la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura, la horizontalidad, la fluidez y la espontaneidad de las relaciones.

El vínculo que se genera tiene carácter horizontal, de relación entre iguales, acotado por los acuerdos normativos que entre ellos establezcan, regulados formalmente en alguna medida pero condicionados por las relaciones informales que sean capaces de establecer los profesionales.

Si la mejor manera de evitar los efectos de la institución total era su desmantelamiento la mejor manera de evitar los efectos desmembradores de la práctica comunitaria es la coordinación o, mejor, la articulación de recursos.

Al modo en que se logra la articulación de todos esos recursos le llamamos coordinación. Y la entendemos como un proceso por el que utilizando diferentes instrumentos y prácticas se combinan acciones o decisiones interrelacionadas de diferentes unidades para conseguir un propósito común. Es la que corresponde a la atención comunitaria.

La coordinación puede ser definida como un proceso de creación o utilización de reglas de decisión por el que dos o más personas o instituciones se ocupan colectivamente de un entorno de trabajo compartido. Esta definición engloba la coordinación jerárquica y no jerárquica; la coordinación intra-organizativa o inter-organizativa.

La coordinación no es un espacio o acto administrativo sino el punto y seguido de una relación que debe ser claramente definida y que tiene sentido de tarea importante para todos los que en ella participan, desde una posición de complementariedad.

La necesidad de coordinación surge de la interdependencia que se produce por compartir un entorno de trabajo, porque se intercambian recursos o porque se comparten objetivos.

Muy frecuentemente las relaciones interactivas entre profesionales y disciplinas tienden espontáneamente hacia actitudes más próximas a la dominación que a la cooperación. Disminuye dicha tendencia cuando los sujetos pretenden lograr algo con la conciencia de que ninguno de ellos aisladamente lo podrá alcanzar. Hay distintas percepciones de la interdependencia entre unidades; los niveles de percepción de la necesidad recíproca de una unidad respecto a otra son imprescindibles para poder cooperar.

Hay, asimismo, diversos grados objetivos de interdependencia como diferentes son las posibilidades y eventualidades que rodean el trabajo. Por eso no es posible

dar recetas que no tendrían en cuenta la singularidad de cada tarea. La elección de un sistema de coordinación tiene que tener en cuenta la evaluación de los costos y beneficios que se derivan y es, por ello, un asunto de política asistencial.

Para el desarrollo de tareas complejas que requieren actuaciones y servicios complementarios se requieren mecanismos de coordinación en varios niveles:

a. Uno global, que corresponde a la coordinación de políticas y líneas generales de desarrollo de recursos y programas.

b. Uno intermedio, entre las organizaciones que gestionan los recursos de todo tipo y, también, los recursos humanos.

c. Uno operativo entre los profesionales y equipos que intervienen directamente sobre las personas concretas.

Esos distintos niveles tienen sus tareas primarias específicas o niveles de competencia, modos organizativos y lógicas de funcionamiento.

Trabajar en red sólo es posible desde instituciones abiertas, con conciencia de que su función es prestar servicios a los otros, orientadas al entorno y a las que le interesa más lo que se hace que el control, la uniformidad y la predecibilidad. Donde organizarse está en función de la tarea y donde los *a priori* jerárquicos no son los criterios de su estructuración. Su forma de gestión se orienta a hacer posible la tarea de los que realizan el trabajo nuclear. Son instituciones más modernas, de servicios, con conciencia de que operan en entornos cada vez más abiertos y con cambios vertiginosos. Entornos donde el número de grupos de interés, de demandantes de recursos y grupos con los que ha de colaborar se incrementan. Eso las hace complejas y menos predecibles, tanto debido al incremento como a la calidad de la interacción entre los elementos significativos. Pensemos en la cantidad de intercambios planteados hacia (a veces también desde) los servicios de salud mental (atención primaria de salud, de servicios sociales, sistema educativo, ámbito judicial, servicios especializados de atención a la infancia y adolescencia en riesgo, servicios de mujeres maltratadas, etc.). Esa es una característica de instituciones abiertas en contextos comunitarios, con muchos intercambios con el exterior y no sólo con lo cercano; es la idea de bazar que han acuñado Rotelli y Saraceno(24) y que expresa tan bien la cantidad y riqueza de intercambios con el exterior. Se entiende por bazar un escenario también material y simbólico. El bazar es la red social, el lugar donde se produce la vida cotidiana en un conjunto de demandas, intercambios y canjes, foco de sociabilidad donde se tejen lazos de amistad y confianza. En esa red social las clases sociales se mezclan, hacen canjes, los individuos se observan, juegan, trabajan a pesar de estar cuerdos o no, siendo diferentes.

Dichos intercambios profesionales conllevan y exigen una modificación en las actitudes de las personas pero también en los sistemas de trabajo y una flexibilidad en las formas de relación. La rigidez de las mismas pretendía preservar a los sujetos de la ambigüedad y ansiedades resultantes. Embarcarse en dichas prácticas, que llamaré in-

terinstitucionales o transversales, es un riesgo y un reto(22). Pero necesarios para una práctica innovadora, no repetitiva, instituyente. A mayor apertura de la institución mayor riesgo de ansiedades(17). Si éstas no son suficientemente contenidas su efecto se hace sentir sobre la calidad de la tarea y los niveles de satisfacción de las personas, dignos también de ser tenidos en cuenta.

Es evidente que el sentido de la organización es sólo ser instrumento para conseguir fines ampliamente consensuados; que los sistemas organizativos se configuran alrededor de las necesidades de los usuarios, clientes o pacientes y que éstas se afrontan mejor desde un sistema de redes que desde una estructura piramidal; que las características de la tarea son el criterio clave para establecer todas las otras dimensiones como lugar, rol, sistema retributivo, normas, configuraciones, etc., y no a la inversa, como consecuencia de consideraciones de poder, estatus, costumbres u otros.

En referencia a la tarea asistencial o de cuidados, podemos hablar de distintas redes, la primera de las cuales sería el equipo interdisciplinar, un logro ya incuestionable en la atención a las personas; una primera red porque articula distintos saberes desde una posición de falta y de complementariedad. Es imprescindible la calidad de esa primera red de atención para hacer posibles los otros niveles, más complejos, de trabajo en red: la intra-red (para referirnos a un sistema de atención determinado por exigencias administrativas) y la inter-red (para hablar del conjunto de recursos inscritos en distintos sistemas y complementarios).

Trabajar, pues, en red es aprovechar el entramado de personas, grupos e instituciones que configuran la comunidad en un espacio geo-histórico determinado y no es sólo garantizar la asistencia en un circuito.

La red social, como concepto, implica un proceso de construcción permanente, tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potenciación de los recursos que poseen.

El trabajo en red y/o las tareas transversales intenta dar respuestas conceptuales y organizativas a tareas que, por su extensión, no encajan en la estructura organizativa clásica. El ámbito de la salud mental es necesariamente un campo transversal y su tarea va más allá de la asistencia psiquiátrica y los servicios sanitarios

Se trata de construir una práctica, en el fondo, de continuo cuestionamiento, exenta de las seguridades que da el saberse poseedor de un incuestionable saber en el entendimiento de que el saber se construye y que sólo aquel que se comparte es útil para el paciente. Una práctica en permanente revisión sobre la base de la singularidad de cada sujeto que hace que, en cada momento, la intervención sea un acto de creación y no de repetición. Ello requiere una actitud como la que señalaba Ferenczi en *Diario clínico*: "Con empeño, con humildad y naturalidad, con benevolencia y libre de prejuicios personales, en trabajar para el conocimiento y a través de éste como auxiliador".

Implica un nuevo estilo de trabajo que hace hincapié en los equipos que se unen para realizar tareas y luego se separan con el fin de formar nuevos grupos. Esta es, justamente, la esencia del trabajo transversal, difícil para los servicios de salud mental que siguen inmersos en estructuras caducas de especialidades y direcciones de



servicios. Hay diversas maneras de gestionar el trabajo en red y la transversalidad, como la coordinación lateral, la gestión de proyectos, la gestión por procesos, los grupos de trabajo, etc. La gestión transversal ha de seguir unos criterios básicos para poder asegurar su operatividad como son el respeto a la estructura orgánica básica, la cohesión por objetivos, la integración organizativa funcional y la gestión por proyectos o estructuras operativas concretas para determinados programas.

Lo más importante es la construcción de un ECRO(23) en cuya tarea participen los distintos participantes en las nuevas formas de hacer. Y ello desde el respeto que es, como dice Sennet, un compromiso expresivo que se transmite con las palabras y los gestos que permiten al otro no sólo sentirlo, sino sentirlo con convicción. Y desde la libertad y el ejercicio de la ciudadanía, que es terapéutica –como decía el título de unas Jornadas sobre Rehabilitación en Italia– y el desarrollo comunitario que es indispensable para construir un orden social en el que todos tengan lugar y garantizada su dignidad.

Construir un conjunto de conocimientos y modos de hacer que, en el campo de la salud mental, pueda hacer frente a las nuevas necesidades, a las nuevas expectativas y exigencias individuales y colectivas.

La emergencia, en estos momentos de nuevas necesidades(12) –como son la atención a las personas que emigran desde lugares tan castigados y con acogidas a veces tan inadecuadas; de adolescentes expuestos a trastornos límite o la emergencia de patologías fronterizas que hacen saltar por los aires la capacidad de profesionales y servicios; los problemas derivados de la precariedad en los em-



pleos, de los estilos de vida tan trepidantes, el envejecimiento de la población y el aumento de costes para su atención, la modificación en los vínculos familiares, etc.— hace que cada vez sea más necesario poner en común capacidades para afrontar tanto el análisis de las situaciones como generar propuestas de intervención que, ya, no pueden ser formuladas desde una unidad.

La aparición de nuevas necesidades y demandas de la población exige una ampliación del repertorio de respuestas profesionales(13) y de recursos para su aplicación. Exigen de los profesionales una predisposición a los cambios y un permanente ajuste tanto de sus postulados teóricos como de sus técnicas cuya aplicación en un contexto nuevo puede requerir modificaciones.

Pero para que los profesionales se embarque en prácticas creativas nuevas hace falta que se sientan parte del proceso en el que están. Ese formar parte surge de principios éticos pero puede ser reforzado o debilitado por las características de la organización y de los responsables.

La viabilidad de una propuesta de cambio pasa por un apostar fuertemente por la acción profesional sustentada en los procesos de participación y en la formación continuada(14). Pero también ha de implicar nuevos desarrollos de las organizaciones en tanto éstas generan o dificultan la posibilidad de crear o de repetir(10).

Para estas prácticas que venimos describiendo como transversales o en red tendremos que ir construyendo elementos éticos compartidos como son el cuidado(11) de las relaciones entre los equipos, la imagen que tienen entre ellos y el modo en que la transmiten, de modo manifiesto o latente, a los usuarios y a sus familias. Cuidar los contenidos y los soportes de la información que se transmiten. Informar al usuario del tipo de vínculos entre los profesionales con los que se relaciona; evitar intervenciones contradictorias, redundantes y aquellas que lleven al usuario a la confusión sobre el tipo de atención que está recibiendo; evitar la exageración informativa pero también lo que podríamos llamar la “parquedad paranoide”.

Conclusión

En última instancia, de lo que se trata es que desde los distintos servicios y unidades organizativas podamos trabajar en la permanente creación de una sociedad proyectada de modo tal que todos puedan vivir en ella como individuos. Y con dignidad, es decir en la igualdad de unos respecto a otros, siendo unos de sus más deseables resultados la igualdad de oportunidades dentro del más estricto respeto a sus diversidades ■

Referencias bibliográficas

- Dabas EN. *Red de redes*. Paidós. Barcelona, 1993
- Flores P. "El eclipse del ciudadano", en *Crisis económica y Estado de Bienestar*. Barcelona, IEF, 1989
- Galende E. Barenblit V. "La función de curar y sus avatares en la época actual". En *Salut Mental i Serveis Socials: l'Espai Comunitari*. CIFA-AEN, Barcelona, 1993
- García González J. "Epistemología de la desinstitutionalización" en *Documentos de Psiquiatría*, N° 10, Madrid, 1990
- Goffman E. *Internados*. Amorrortu, Buenos Aires, 1970
- González de Chaves M. *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Edit. EM. Madrid, 1980
- Korman V. La drogadicción y el "cuelgue" de los abstemios, *Tres al cuarto*, N° 1, Barcelona, Lumen, 1993
- Kristeva J. *Extranjeros para nosotros mismos*. Plaza-Janés, Barcelona, 1991
- Laviana M. "Reflexiones sobre el proceso de desinstitutionalización". En *Salut Mental i Serveis Socials: l'Espai comunitari*. CIFA-AEN. Barcelona, 1993
- Leal J. "Aproximación a una lectura institucional de los Servicios de salud Mental" en Leal, J. (coord.). *Equipos e instituciones de Salud (mental); Salud (mental) de equipos e Instituciones*. Madrid. AEN, 1997
- Leal J. "Cuidarse, cuidar, ser cuidado" en *La soledad del cuidador*. CRIPS. Societat Catalana de Rorschach i Tétodes Projectius, Barcelona, 2001
- Leal J. "¿Nuevas demandas, nuevas necesidades en Salud mental?" en Leal, J. (coord.) *Equipos e instituciones de salud (mental); salud (mental) de equipos e instituciones*. Ed. A.E.N. Madrid. 1997
- Leal J. El psicoanálisis y los servicios asistenciales públicos. *Rev. Anuario de Psicología* N° 67. *Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*. 1996
- Leal J. "Formarse, formar, ser formado". *Revista del CIFA* N° 8, 1992
- Leal J. i Roig M. "Interdisciplinarietà: ¿paradigma o ficció?" *Rev. Informatiu* N° 5, CIFA
- Leal J. Lugar del sujeto en el discurso comunitario. *Quaderns de Serveis Socials*, N° 1, Diputació de Barcelona, 1991
- Leal J. Psicoanálisis e instituciones de salud mental: transformaciones. *Actas del II Coloquio Interdisciplinar "Psicoanálisis y Sociedad"*, España, 2000.
- Leal J. "La importancia de los recursos humanos en los servicios del bienestar" *Rev. del CIFA*. N° 20 Sep.94
- Leal J. "Equipos comunitarios ¿Una ilusión sin porvenir, un provenir sin ilusión?" en *Salut Mental i Serveis Socials: l'Espai Comunitari*. CIFA-AEN, Barcelona, 1993
- Leal Rubio J. Diálogo con V. Barenblit acerca de la supervisión institucional en los equipos de salud mental. *Revista de la AEN*, Madrid, 1994
- Leal Rubio J. "Instituciones y personas en las políticas de bienestar." en *Las áreas de servicios personales: análisis del proceso y propuestas de futuro*. CIFA. Patronat Flor de Maig. Diputació de Barcelona, 1995
- Menzies I. *Containing anxiety in Institution: select essays*. Columbia University Press, USA, 1990
- Pichon-Rivière E. *El proceso grupal*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1984
- Saraceno B, Montero F. La rehabilitación entre modelos y práctica. *Rev Informaciones Psiquiátricas*, N°131
- Sennett R. *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en el mundo de la desigualdad*. Anagrama, Buenos Aires, 2003

Nuevos roles en la familia

Teresa Aragonés Viñes

*Trabajadora social. Docente especializada en Metodología de la Intervención Social. Supervisora institucional en el ámbito de los Servicios Sociales. Miembro del Comité Consultor de iPsi, Centre d'atenció, docència i investigació en Salut Mental. Barcelona.
E-mail: centreipsi@comb.es*

Introducción

Este trabajo recoge algunas reflexiones sobre la situación actual de la familia desde la experiencia en el ámbito profesional de la intervención social. Se trata de identificar algunos cambios que se están produciendo en la estructura, organización y funciones de la familia y cómo estos cambios afectan a sus miembros y sus relaciones con las instituciones.

Son cambios que afectan a la organización de su vida cotidiana, a la cobertura de sus necesidades básicas, con especial incidencia en aquéllos que por razones de edad y de salud son más dependientes y vulnerables.

Cambios que afectan a los vínculos afectivos y de parentesco, haciéndolos más complejos. Vemos como determinadas relaciones de unión y de parentesco "de hecho" – pensemos en lo que sucede en lo que se da en llamar familias reconstituidas – carecen de nombres socialmente reconocidos para describirlas. Desde el ámbito profesional observamos cómo las representaciones gráficas de las estructuras familiares, los genogramas clásicos, resultan insuficientes para recoger cómo se conforman gran parte de las familias actuales.

Cambios que afectan a la autonomía de la familia y a la imposibilidad de satisfacer, con sus propios recursos, determinadas necesidades que formaban parte de su razón de ser, como eran las de reproducción, educación y cuidado.

Hablar de familia actualmente nos remite a formularnos algunas preguntas: ¿qué familia? ¿podemos pensar en diversas formas de familias? Pensar la familia hoy, su-

pone abrirse a la percepción de formas de convivencia distintas a la imagen de la familia tradicional. En la familia actual el individuo tiene un papel más activo en la elección y configuración de "su" familia.

Elisabet Beck en su libro "La reinención de la familia" se refiere al impulso de individualización como un elemento fundamental de este cambio, impulso que se impone a los postulados tradicionales que estaban anclados básicamente en la relación, la tradición y la biología. Una mera observación de nuestro entorno más inmediato nos ofrece una amplia perspectiva de las múltiples formas de convivencia alrededor de las cuales se van configurando la familia o las familias (ver Cuadros 1 y 2).

Veamos algunos indicadores significativos de las familias actuales:

- Familias nucleares, integradas por los padres y los hijos, si los hay.
- Baja natalidad y permanencia de los hijos en el domicilio de los padres hasta edades adultas.
- Relaciones de pareja, legalizadas o de hecho, que eligen un sistema de relación y organización que descansa en acuerdos personales: en la elección del régimen de convivencia, con un domicilio común o separado; en la regulación del régimen económico; en la organización doméstica y del ocio; en poder negociar el tipo de relación que se quiere mantener con la familia extensa. Son relaciones en las que el ámbito laboral o profesional influye, y en muchos casos condiciona y delimita las posibilidades de encuentro y vida en común, los horarios, el lugar o lugares en los que vivir, y los plazos en la decisión de tener hijos; relacio-

Resumen

Este trabajo recoge algunas reflexiones sobre la situación actual de la familia desde la experiencia en el ámbito profesional de la intervención social. Se trata de identificar algunos cambios que se están produciendo en la estructura, organización y funciones de la familia y cómo estos cambios afectan a sus miembros y sus relaciones con las instituciones. Son cambios que afectan a la organización de su vida cotidiana, a la cobertura de sus necesidades básicas, con especial incidencia en aquéllos que por razones de edad y de salud son más dependientes y vulnerables.

Palabras clave: Familia – Intervención psicosocial – Familia y Salud Mental

NEW FAMILY ROLES

Summary

In this paper the author reviews the present situation of the family from the point of view of the professional social intervention. The author tries to identify the changes that are occurring in the framework, the organization and the functions of the family and to find out how these changes are affecting the members of the family and their relations to the institutions. These changes affect the organization of the daily life and the achievement of the basic needs, particularly of the members that because of their age and health problems are more dependent and vulnerable.

Key words: Family – Psychosocial intervention – Family and Mental Health



Cuadro 1
Datos del informe sobre familia difundido por el Instituto
Nacional de Estadística el 14 de mayo de 2004

Retrato de la familia en España

◆ **Principales indicadores**

Número total de familias en España (2001)	14.2 millones
Tamaño medio de la familia (2001)	2,9 miembros
Edad media de las mujeres al primer matrimonio (2002)	28,6 años
Edad media de las madres al nacimiento del primer hijo (2002)	29,7 años
Número medio de hijos por mujer (2002)	1,26 hijos
Porcentaje de mujeres casadas ocupadas sobre la población de casadas (2003)	36%
Gasto de consumo medio por hogar (2003)	21.484,65 euros
Porcentaje de familias que dedican algún dinero al ahorro (4º trimestre 2003)	34,8%

◆ **Composición de los hogares españoles Año 2001**

	Hogares (%)	Personas (%)
Persona sola menor de 65 años	4,95	1,53
Persona sola de 65 años o más	7,99	2,63
Pareja sin hijos	19,37	12,77
Pareja con un hijo	18,51	18,30
Pareja con dos hijos	22,13	29,24
Pareja con tres o más hijos	8,05	14,02
Un adulto con hijos	7,00	5,91
Otro tipo de hogar	11,95	15,50

◆ **Tamaño medio del hogar Año 2001**

Alemania	2,2	Austria	2,4
Bélgica	2,4	Dinamarca	2,2
España	2,9	Finlandia	2,1
Francia	2,4	Grecia	2,6
Irlanda	3,0	Italia	2,6
Luxemburgo	2,5	Países Bajos	2,3
Portugal	3,0	Reino Unido	2,3
Suecia	1,9		

Publicado en EL PAIS el 15 de mayo de 2004

nes en las que la pareja puede contemplar entre sus opciones la continuidad y la interrupción o ruptura de su unión.

- Lo que se ha venido en llamar familias reconstituidas, integradas por parejas en las que sus miembros proceden de otros núcleos y su nuevo emparejamiento conlleva la incorporación de hijos de otra u otras relaciones además de aquéllos que puedan concebir conjuntamente.

- Núcleos familiares en los que la elección de pareja contempla la opción sexual de sus miembros, a pesar de la falta de reconocimiento legal y social que las relaciones homosexuales todavía deben soportar.

Y en cuanto a la parentalidad también emergen nue-

vas formas de “ser padres” y de “ser hijos” frente a los supuestos tradicionales:

- La adopción de niños en situación de desamparo bien sea del propio país o de otras nacionalidades.

- Parejas o mujeres solas que acuden al sistema sanitario para someterse a múltiples técnicas y medios de fecundación asistida para ver satisfecho su deseo de maternidad y paternidad.

- Familias llamadas monoparentales, en las que el sostenimiento y cuidado de los hijos es asumido por un solo progenitor, mayormente progenitora, bien sea por opción personal, por separación o por ausencia temporal o definitiva del otro.

Es importante pensar también en las transformaciones que se van a ir produciendo en nuestra sociedad, por la convivencia con personas y familias procedentes de otros países y de otras culturas. El impacto de la emigración para los que se van de su país, para los que se quedan y para los que la reciben, y el contacto con nuevos valores y nuevas formas de relación, sin duda dejará huellas.

Y no puede dejar de señalarse –no sé si como modelo de unidad familiar o como consecuencia de los otros modelos mencionados, o de ambas cosas– la unidad familiar integrada por una sola persona, situación que, en edades avanzadas, como veremos más adelante, plantea problemas de soledad y necesidad de cuidado.

Nuevos conflictos

Dice Elisabeth Beck: “Como muestran las encuestas, si bien es verdad que en algunos grupos persiste la imagen tradicional de la familia, otros están decididamente en contra y, en la mayoría, se da una mezcla contradictoria de nostalgia por lo tradicional y de nuevas expectativas, que las generaciones y los sexos comparten indistintamente. De esa diversidad de decorados de esperanza y decepciones que se alzan a partir de esta mezcolanza de relaciones, han surgido, en la práctica, multitud de formas de vivir, amar y relacionarse, esperadas por unos, por otros más bien soportadas, y que otros, a su vez, impugnan encarnizadamente. Y el resultado de todas estas transformaciones es el siguiente: tanto en la política como en el ámbito científico o en la vida cotidiana, con harta frecuencia ha dejado de estar claro quién o qué constituye la familia. Los límites se hacen

borrosos, las definiciones vacilantes; crece la inseguridad”.

Siguiendo esta reflexión, observamos cómo esta inseguridad afecta a la función social de la familia –la reproducción, el cuidado y la transmisión de valores– y a las funciones delegadas, tradicionalmente, a sus miembros.

En España, en los años 70, con la finalización de una larga etapa dictatorial, se inició un período en el que se generó un importante cambio social. El sistema democrático emergente fue recuperando el reconocimiento de las libertades individuales y colectivas que habían sido conculcadas durante tanto tiempo. Fue una época de importantes movilizaciones de colectivos sociales que apostaron por una sociedad más justa y con igualdad de derechos y oportunidades para todos.

La reivindicación de los derechos de la mujer adquirió un lugar destacado en las propuestas de los movimientos sociales y políticos progresistas gracias, en buena parte, al empuje de grupos de mujeres y grupos feministas que denunciaron una situación en la que la mujer, sobre todo la mujer casada, debía estar en una posición de dependencia del hombre o en un estado de minoría de edad permanente.

Los cambios que se han producido a nivel legislativo y social han sido importantes, pero como es obvio, todavía resultan insuficientes para conseguir cambios sustanciales en el imaginario colectivo. Sigue existiendo discriminación por razón de género, resultado de un pensamiento hegemónico masculino que, si bien ha entrado en crisis, tiene la fuerza de haber marcado desde siempre las pautas de las relaciones familiares y sociales.

Uno de los efectos más relevantes de este proceso lo observamos en el cambio del papel de las mujeres en la vida familiar y cómo este cambio ha afectado al equilibrio sobre el que se sostenían las relaciones de pareja.

Un factor sustancial ha sido el acceso de las mujeres a una mayor formación, más cualificada y competitiva y su progresiva incorporación al trabajo remunerado fuera del hogar y del ámbito doméstico; y hago énfasis en lo de “trabajo remunerado y fuera del ámbito doméstico” para que no olvidemos que las mujeres han trabajado siempre –y mucho– en el mantenimiento y cuidado de la casa, tam-

Cuadro 2
Datos del informe sobre familia difundido por el Instituto Nacional de Estadística el 14 de mayo de 2004

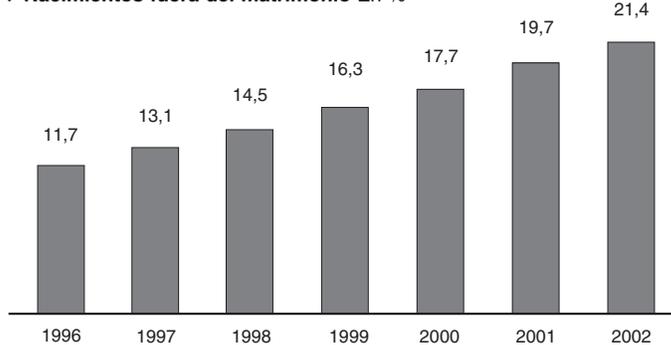
Retrato de la familia en España

◆ **Promedio de hijos por mujer y**

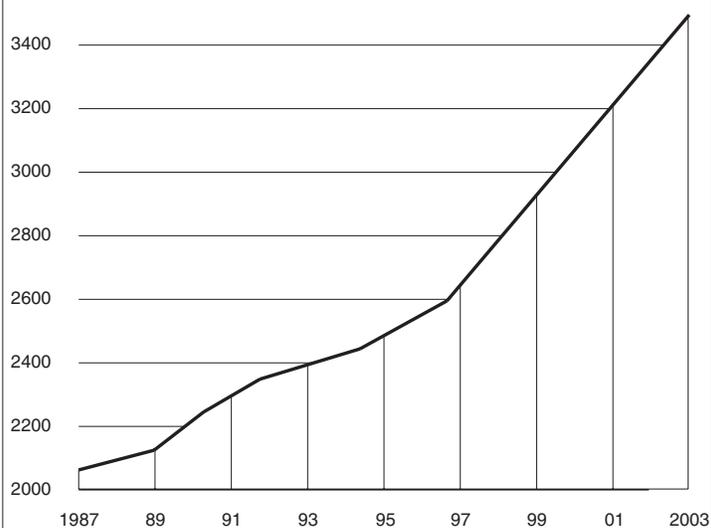
Nacimientos fuera del matrimonio en Europa En %

	Nacimientos fuera del matrimonio	Promedio de hijos por mujer		Nacimientos fuera del matrimonio	Promedio de hijos por mujer
UE-15	27,0*	1,47	Alemania	25,0**	1,40
Austria	33,8	1,37	Bélgica	20,0*	1,64
Dinamarca	44,6	1,73	España	19,7**	1,26
Finlandia	39,9	1,72	Francia	43,7**	1,88
Grecia	4,0*	1,25	Irlanda	31,1	1,73
Italia	9,7	2,01	Luxemburgo	23,2	1,26
Holanda	29,1	1,63	Portugal	25,5	1,42
Reino Unido	40,6	1,64	Suecia	56,0	1,65

◆ **Nacimientos fuera del matrimonio En %**



◆ **Número de mujeres casadas que trabajan En miles**



Publicado en EL PAIS el 15 de mayo de 2004



bién en las tareas del campo y en el cuidado y explotación de los animales domésticos en las zonas rurales, en fábricas, y en los negocios y comercios familiares, y en múltiples trabajos dentro y fuera del hogar, pero siempre compatibilizando el trabajo y el cuidado de los quehaceres domésticos.

El cambio ha sido cualitativo ya que ha supuesto para la mujer gozar de un reconocimiento externo y distinto a su lugar en la familia y gozar de autonomía económica. Con ello se ha alterado la distribución de los roles tradicionales (y del estatus), que establecían funciones (y estatus) claramente diferenciadas: proveer la subsistencia de la familia por parte de los hombres, y en el caso de las mujeres garantizar el cuidado de la casa y de los hijos, y la atención de los ancianos y enfermos. Asimismo, y como no podía ser de otra manera, este cambio ha afectado a la dinámica de las relaciones de pareja, en lo que son sus "supuestos relacionales"; ha afectado a las expectativas que se esperan satisfacer con el otro miembro de la pareja. Los ámbitos que estaban claramente diferenciados se confunden y confunden, y los espacios del poder doméstico –desequilibrados pero identificados en cada caso– entran en crisis y se descompensan.

Nuestra época, hablando de los últimos 25 a 30 años, es una época de profundos cambios sociales y esto ha influido inevitablemente en las relaciones personales. La realidad social, política, económica, cultural... que hemos vivido, ha favorecido la liberalización de los patrones de relación dominantes en la etapa anterior, obligándonos a explorar nuevas pautas relacionales a través del ajuste, negociación y renegociación de lo que eran las expectativas más o menos conscientes en los proyectos de pareja y familia. Las múltiples formas de convivencia de las que hablábamos anteriormente, así como las separaciones y divorcios dan cuenta de las dificultades y de las soluciones en este proceso negociador.

Proceso que no siempre ha querido ser entendido, y sí repetidamente cuestionado por los sectores más conservadores de nuestras instituciones. Cualquier cambio que afecta a las instituciones básicas, y la familia lo es, y a las libertades individuales, es un cambio que produce inquietud, temores, desazón, miedo a lo que se puede perder, desconfianza. Es una amenaza a la estabilidad, a lo conocido. Genera resistencias que se manifiestan a través de mensajes más o menos explícitos que impactan, crean alarma social e impiden pensar y actuar con libertad y rigor.

El reconocimiento social ganado por la mujer como persona sujeta a derechos en condición de igualdad con los hombres, y el progresivo logro de un mayor nivel formativo y una mayor calificación laboral, la sitúan en una nueva posición en la que siente y sabe que es posible mantener una relación de pareja y no depender del compañero; que es competente para trabajar y disponer de su tiempo, de sus ingresos económicos, y de promocionarse laboral y profesionalmente. Que su posición como mujer no le impide poder decidir sobre su vida y sobre las cualidades de su relación de pareja; que, si lo ve conveniente, puede romper aquellos vínculos que le resultan insatisfactorios.

Y la mujer rompe vínculos que no desea y rompe es-

quemas; rompe supuestos sobre los que se asientan relaciones de pareja forjadas desde la necesidad de dominación, de sometimiento, de dependencia de seres cuyas identidades se sostienen en la medida que son soportadas habitualmente por "la" otra, alguna vez por "el" otro.

La capacidad de respuesta de la mujer descoloca a quien la había "imaginado" sumisa, dependiente, maternal; a quien se siente hombre y superior sobre la base de que hay un ser inferior que debe sostener este lugar.

Es necesario poder pensar qué ha supuesto –y qué esta suponiendo– para la identidad y la vida afectiva y sexual de muchos hombres, de aquellos hombres que se sienten hombres en contraposición a su imagen particular de lo que debe ser la mujer, "su mujer", que ha supuesto para ellos los cambios de rol y del estatus de las mujeres; me atrevería a hablar de unos cambios tan esenciales como tomar conciencia de ser mujer y persona.

Si bien la violencia de género afortunadamente no afecta a toda la masa social, lo que sí es cierto es que todos estamos inmersos en un proceso de cambio que nos cuestiona, nos obliga a revisar el lugar que ocupa cada uno, la percepción que se tiene del otro y la interacción que se genera.

Es preciso recrear y recrear-nos en la construcción de un marco social que vaya incorporando estos cambios desde lo estructural, en el ámbito de la educación y de toda la legislación que establece las bases de una convivencia democrática. Pero sin olvidar implementar estrategias para todo cuanto afecta a los procesos individuales, al ámbito de lo subjetivo, de lo emocional, lo relacional; para poder modificar aquellos vínculos interiorizados de una cultura que va más allá de las intenciones manifiestas de una educación y una normativa no-sexista.

Es cada vez más habitual en la vida de muchas familias la dificultad para hacer compatible el ámbito profesional y laboral de los dos miembros de la pareja y su deseo para poder ser y hacer de padres.

El acceso y el mantenimiento de un puesto de trabajo es un valor social y económico en alza que está sustentado, entre otras cosas, por el deseo de desarrollar los conocimientos de la formación adquirida, de llevar a cabo un proyecto profesional, de poder gozar de la autonomía que comporta saberse capaz de tener un lugar de trabajo y unos ingresos propios, y también por unas cargas económicas que, en muchos casos, no pueden ser costeadas por un solo salario familiar.

La precariedad contractual que se va generalizando en las relaciones laborales rompe con la estabilidad que no hace mucho tiempo aseguraba "un trabajo para toda la vida". Actualmente, un bien tan necesario como es la vivienda, se ha convertido en un objeto que hipoteca buena parte de los ingresos durante períodos prolongados de la vida productiva de los sujetos. Trabajar satisface un deseo de autonomía y de progreso económico, pero a la vez es una obligación para dar cuenta de las múltiples necesidades a las que la familia debe responder.

Con frecuencia se abre un conflicto entre las obligaciones de la vida profesional y laboral –significativo y demasiadas veces culposos en el caso de las mujeres– y el deseo de ser madre y de ser padre. La familia se enfrenta al

reto de tener, cuidar y educar a sus hijos y que todo ello sea compatible con la vida laboral de los padres, a través de lo que podríamos llamar "la familia operativa".

Decía una madre: "La logística familiar funciona". Y con esto se entiende que los horarios de los niños deben estar ajustados a los horarios laborales de los padres a través de múltiples estrategias de acoplamiento: Se precisa una escuela-guardería que tenga horarios amplios y flexibles; ya no se trata solo de enseñar y educar, se trata de cuidar, de guardar en franjas horarias que no pueden ser cubiertas por los padres. Se buscan actividades extra-escolares que sirvan de formación complementaria y a la vez (¿o sobre todo?) de *parking* en horarios en que los padres o el padre/la madre están trabajando. Se contratan "canguros" más o menos hijos. Aparece la función neo-parental de los abuelos como cuidadores estables. Las políticas sociales de soporte a la familia son precarias.

Muchos maestros muestran su preocupación por un número importante de niños que salen de su casa a hora temprana para ir a la escuela o al instituto, con las llaves colgadas del cuello para que su vuelta no requiera presencia alguna, niños que comparten muchas horas de su vida con los juegos llamados pasivos, aquellos que no requieren ser compartidos, juegos de ordenador y muchas horas de TV sin la presencia de un adulto.

Los padres hacen múltiples ajustes e inventos, pero aún así la soledad y la exigencia de autonomía en lo cotidiano es excesiva en la vida de muchos niños y adolescentes. Niños y adolescentes para los que el micro-ondas, los alimentos pre-cocinados y congelados, y una nevera más o menos llena, y su inseparable teléfono móvil, son presencias acompañantes que sustituyen ausencias.

En algunos aspectos, la familia actual debe priorizar el desarrollo de funciones operativas en detrimento de las subjetivas. Anteriormente, la presencia de los abuelos que vivían en casa, las tías solteras que permanecían con la familia extensa, o los vecinos y amigos, acostumbraban a ser sustituciones fijas en ausencia de los padres, todas ellas significativas de una relación afectiva.

Los actuales canguros, su movilidad y heterogeneidad en muchos casos, y la falta de una red social y familiar estable e integrada en el medio, sobre todo en las grandes ciudades, abocan a un tipo de relación mercenaria; vínculos afectivos muy precarios cuyos efectos podríamos situarlos en la pérdida de referentes que acompañen el crecimiento de los chicos y de las chicas; referentes que deberían estar cuando el niño o el joven los necesita, con los que poder hablar, dialogar, contrastar, pelearse para diferenciarse y construir la propia subjetividad. Se trata de estar para cuidar.

Y si hasta ahora se hablaba de las dificultades que plantea el encaje trabajo-parentalidad y sus efectos en la relación entre padres e hijos, la actual situación de la familia plantea también serios problemas por lo que se refiere a la atención y al cuidado de los ancianos.

La generación que actualmente cuenta con 40, 50, 60 años es una generación-puente, una generación de choque, que vive entre la exigencia interiorizada del deber de atender y cuidar de sus padres, y las dificultades laborales y organizativas de las que hemos estado hablando anteriormente.

Se está sumergido en un conflicto de lealtades, entre lo que supone una opción de crecimiento personal y profesional, a través de la mejora de la competencia y de la promoción laboral, la atención a los hijos y cuidar la



relación de pareja, y lo que supone responder o no a las expectativas que, más o menos explícitamente, mantiene la generación anterior –padres/abuelos– de ser atendidos adecuadamente en su medio familiar.

Es una situación que tiene una fuerte carga afectiva, y que impacta preferentemente a las mujeres, a las hijas o a las nueras como destinatarias preferentes de estos deseos/deberes. Sentimientos contradictorios y una vez más la culpa aparece como efecto del conflicto.

Y con la culpa, la sobre-exigencia, la tensión, la angustia, la prolongación de la jornada laboral invadiendo espacios de cuidado y de descanso. Y como resultado aparece el sufrimiento, la queja que no es escuchada, y emergen supuestas patologías excesivamente banalizadas y poco analizadas: el estrés, la depresión, los cuadros psicopatológicos de modalidades diversas que tienen una incidencia importante en las mujeres de estas edades.

Los avances sanitarios y tecnológicos y la mejora en la calidad de vida ha incrementado significativamente la esperanza de vida de las personas. Ello supone un mayor índice de envejecimiento, una progresiva dependencia por razones de edad, por enfermedad, por deterioro físico, psíquico, por razones de soledad y de miedo a la soledad. Cambia el sujeto y el objeto del cuidado, y quien cuidaba pasa a necesitar ser cuidado. Se añade un nuevo frente a la dolorosa percepción de las pérdidas propias, la de la autonomía, la de ser útil y capaz, la de la salud, la de la pareja que se ha perdido, la de los amigos que poco a poco van faltando. Es la aceptación, la tolerancia o la renuncia a recibir aquellos cuidados que se necesitan y se desean.

La fragilidad y la aceptación de la dependencia deben hacerse un lugar en el espacio psíquico y afectivo de quien necesita de los otros para sobrevivir. Y debemos entender que todo esto es más exigencia para una generación como la que actualmente tiene 70, 80, 90 años, que ha sido atra-



vesada por un cambio social de grandes dimensiones.

Para muchos de ellos, la familia extensa y, básicamente, sus mujeres, han sido las encargadas de cuidar de los ancianos hasta la muerte. Han vivido un modelo de familia en el que la convivencia entre generaciones ha sido un valor que ha estado por encima de los conflictos relacionales subyacentes, con costos importantes para la independencia y la economía afectiva de unos y de otros. Pero a pesar de los conflictos, la descendencia garantizaba el futuro.

El paso de una cultura rural a la urbana, de la familia extensa a una familia nuclear, el cambio del sistema económico y productivo, de los hábitos de vida, de los valores éticos y sociales, y las mismas condiciones de las viviendas actuales desembocan en un vacío que se pone de manifiesto cuando el anciano necesita soporte y cuidado. Soporte que en muchos casos ellos dispensaron a los suyos, con la consiguiente frustración al no haberse producido un cambio en la mentalidad y en las expectativas; y que tampoco se ve compensada con una cobertura adecuada de los servicios públicos para atender sus necesidades.

Soporte institucional

La finalidad y la organización de los servicios dedicados al cuidado de las personas en el ámbito de la atención psico-social, debería dar una respuesta respetuosa y lo más ajustada posible a los deseos y a las necesidades de éstas y de sus familias. Sabemos del importante vínculo que une a las personas, a todas y muy especialmente a las de mayor edad o fragilidad, con todo aquello que configura su hábitat, su casa y sus cosas, su espacio vital, su calle y su barrio, su gente.

En la atención a las familias, los servicios comunitarios y de atención domiciliaria serían el recurso idóneo para dar respuesta a sus necesidades, ya que facilitan la cobertura de las mismas y el mantenimiento de los vínculos afectivos. Con estos servicios se pueden implementar distintas modalidades de trabajo, disponer de una amplia gama de prestaciones para permitir su permanencia en el domicilio recibiendo una atención adecuada y, con personas en situación de dependencia, favorecer el mayor grado de autonomía posible con recursos progresivos y diversificados.

Sin embargo, la cobertura pública de servicios es insuficiente y la atención domiciliaria llega a un sector muy reducido de las personas que podrían beneficiarse de ella. La precariedad de nuestro Sistema de Bienestar se pone en evidencia cuando contemplamos el desequilibrio existente entre las necesidades y los recursos que disponemos. Si bien la administración y la iniciativa privada han ido creando servicios, su cobertura es claramente insuficiente. Según datos aportados por V. Navarro (*L'Estat del Benestar a Catalunya*), en 1999 España estaba situada en el penúltimo lugar de los países de la UE. en el porcentaje del PIB que se destina a bienestar social: 19,9 frente al 27,6 de la media europea. La situación no ha mejorado significativamente en los últimos años.

La intervención profesional

Los cambios que se están produciendo en la institución familiar repercuten en los profesionales que la atienden. Se les requiere para problemáticas nuevas marcadas en estructuras familiares que han evolucionado mucho y en poco tiempo. Ni los géneros ni las generaciones se relacionan hoy como hace dos décadas. Además, lo nuevo convive con lo viejo sin que aún se haya llegado a un equilibrio, y con ello se multiplican las tensiones. El profesional ha de atender familias en las que ni sus funciones ni el reparto de roles están definidas por la tradición o la biología como hasta ahora.

Esta realidad le exige un conocimiento mucho más individualizado de cada situación para elaborar respuestas técnicas adecuadas. Si no, se corre el riesgo de la utilización de clichés, cuando no de sustituir con ideología o improvisación el necesario conocimiento teórico y técnico.

También los recursos han de adecuarse a estas nuevas situaciones. Se han de implementar nuevos y diversos recursos para dar respuesta a la nueva diversidad. Cuando esto no se produce y, como se ha dicho, los recursos acostumbra a ir siempre por detrás de las necesidades, los profesionales se encuentran frente a un conflicto: Se trata de la tensión de elegir entre "lo que hay" para ofrecer, y lo que "sería necesario" para dar cuenta de las necesidades, objetivas y subjetivas. A menudo hay que optar por "convencer" de la bondad de "lo que hay".

Conflicto entre la supuesta bondad de lo que se dispone, lo mejor, o lo posible desde la perspectiva institucional, y la ética que exige el respeto al deseo en el proceso vital de cada persona. Deseo como expresión de lo emocional, como reconocimiento del derecho a decidir con libertad sobre la propia vida; deseo que debería ser escuchado desde la consideración y el respeto de la subjetividad como valor intrínseco a la condición de ser humano, y que tal como evoluciona –¿o involuciona?– nuestro sistema de provisión social, se satisface en la medida en que se dispone de recursos económicos suficientes. La pobreza o la disponibilidad limitada de recursos, supone la pérdida o la renuncia de derechos básicos como es la posibilidad de decidir acerca de las condiciones de vida, pudiendo ser ocupada por saberes técnicos o judiciales que, desde actuaciones pragmáticas –algunas veces iatrogénicas– inhabilitan.

Frente al conflicto aparece el malestar. El malestar de los profesionales por no poder asistir, cuidar, proteger a personas vulnerables, en situación precaria, que necesitarían ser cuidadas con recursos adecuados y acordes a la singularidad de las mismas. Al no ser así, hay personas que rechazan la ayuda que se les ofrece. Y ante los riesgos de lo que pueda acontecer, y por los que el profesional se siente responsable e impotente, se observa cierta tendencia a derivar parte de lo que debería ser una atención social y sanitaria competente y con recursos de todo tipo, al ámbito de la intervención judicial. Lo cual, lejos de ser una protección para quien supuestamente debería beneficiarse de la misma, se convierte en un mecanismo de protección de los profesionales y de las instituciones.

Es necesario detenerse y reflexionar sobre las causas y los efectos de todo ello, porque no se puede obviar el contenido psíquico, emocional, jurídico, ético, social que conlleva ejercer una intervención de este tipo.

En los últimos tiempos se ha generado una conciencia pública sensibilizada frente a la existencia de situaciones de desamparo, negligencia, abandono, abusos y agresiones físicas y psíquicas que han movilizado al personal socio-sanitario, promoviendo la elaboración e implementación de protocolos de detección, denuncia e intervención.

Es valorable la oportunidad de la medida por lo que tiene de mejora cualitativa de la atención socio-sanitaria y contemplar la seguridad y el bienestar de sus usuarios. Sin embargo, se atisba un riesgo por parte de las instituciones y de sus profesionales. Y es que, desde la buena intención y bajo la influencia de la alarma social que todo ello genera, se coloquen frente a este fenómeno con una actitud exclusivamente persecutoria, en la que la desconfianza y el prejuicio puedan dificultar una escucha comprensiva de la complejidad de las relaciones humanas y, en el caso de los ancianos, también de las intergeneracionales; que predomine una actitud simple y normativa que interprete situaciones tan dolorosas y moralmente despreciables, desde la única perspectiva de declarar víctimas y culpables.

Hay que observar, hay que escuchar, y tener la sensibilidad para detectar indicadores anómalos e inquietantes; hay que saber interpretar todos los datos, contrastarlos y verificarlos; denunciar si es preciso a quienes no cumplen con sus obligaciones de respetar y cuidar adecuadamente a los suyos, y hay que proteger a quien sufre desamparo y abusos de cualquier tipo. Pero hay que poder pensar, también, en el contexto social, político, económico y relacional en el que este fenómeno se manifiesta.

Se corre el riesgo de simplificar lo que es complejo, de buscar respuestas parciales a lo que debe ser analizado desde la interacción de múltiples factores. Riesgo de trabajar con "etiquetas" para identificar determinados problemas que funcionan como pseudo-diagnósticos y que confunden la parte con el todo; riesgo de abusar de palabras-fetiche que dan cuenta de algo sin profundizar ni acabar de ponerse de acuerdo en el sentido que se les otorga. Riesgo de confundir lo que es ideología con teoría y metodología de intervención y tratamiento. Expresiones como "Es una familia desestructurada", "Es un

enfermo/a mental", "Es un/a disminuido/a", "Tiene una demencia", "Es un caso de maltrato", se instalan en el discurso común como significantes que impactan y distorsionan la comprensión de determinadas situaciones y condicionan la percepción del observador y la escucha del sujeto o sujetos a los que se les atribuye.

Es preciso incorporar un discurso multidisciplinar que de cuenta de la interdependencia de factores que influyen en todo cuanto afecta a la existencia y al devenir del ser humano, evitando la simplificación y la búsqueda de una relación lineal causa-efecto en el tratamiento de aquellas cuestiones que, por su complejidad, requieren que cualquier cambio esté sustentado por procesos de re-equilibrio en el que la contradicción, y las ambivalencias emocionales tengan su lugar y reconocimiento.

Y, además, es necesario que los profesionales vayan más allá. Que se interroguen sobre hechos que pueden ser emergentes de una organización social disfuncional, de una estructura que olvida o margina a los sectores sociales más débiles, más pobres, más carenciados; que puedan pensar con un registro que va más allá del pensamiento individualista, demagógico y escindido con el que a menudo se tratan estos temas.

Todos de cuantos se ha hablado, las mujeres y los hombres, los niños, los adolescentes y los jóvenes, los ancianos, todos ellos son los sujetos activos que desde sus familias y grupos de convivencia y pertenencia, forman y transforman una sociedad.

Me parece legítimo que personas y profesionales, nos se pregunten sobre su responsabilidad en este proceso de transformación y de cambio; valoren su aporte como testigos privilegiados, con un análisis de la situación social que actualmente afecta a los usuarios, a los pacientes, a sus familias. Que se pueda pensar en los efectos que conllevan la supresión o disminución de los presupuestos destinados a políticas sociales; que se pueda identificar cuáles son las necesidades que emergen y se pueda ser capaz de discriminar lo que son programas de corte populista para exigir y participar en la elaboración de propuestas equitativas y centradas en las necesidades reales de las personas. Que, frente a la desazón que nos invade, se pueda reaccionar recuperando una función analítica y creativa que va más allá de la gestión y distribución de recursos asistenciales, y poner pensamiento y saber al servicio de una sociedad capaz de gestionar las incertidumbres de un espacio vital como es el espacio de crecimiento de todos sus miembros ■

Bibliografía

- Beck-Gernsheim E. *La reinención de la familia. En busca de nuevas formas de convivencia*. Barcelona, Paidós Contextos 2003.
- Camps V. *El siglo de las mujeres*. Madrid, Cátedra 1998.
- Flaquer Ll. *La estrella menguante del padre*. Barcelona, Ariel 1999.
- Flaquer Ll. *Informe sobre la situació de la família a Catalunya. Un intent de diagnòstic*. Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social 2002.
- Hirigoyen M-F. *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona, Paidós 1999.
- Navarro V. *Neoliberalismo y Estado de Bienestar*. Barcelona, Ariel Sociedad Económica 2000.
- Robertis C. de. *Metodología de la intervención en trabajo social*. Buenos Aires, El Ateneo 1988.
- Sennet R. *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona, Anagrama 2000.
- Teubal R. y col. *Violencia familiar, trabajo social e instituciones*. Buenos Aires, Paidós 2001.

Libertad de prescripción en España

Jordi Molto

Psiquiatra, Jefe de Servicio, CHI, Clermont-de-l'Oise, Francia.

José Antonio Inchauspe

Psiquiatra, Pamplona, España.

Introducción

Cuando tuvimos que poner un título a nuestro artículo, publicado en *L'Information Psychiatrique* hace cuatro años, nos decidimos por el de *La Psiquiatría en España (las psiquiatrías españolas)*. Hablar de psiquiatría en España podría haberles dado a los lectores una idea errónea de homogeneidad del dispositivo de atención en el conjunto del territorio español. Esto sigue siendo válido hoy en día(2, 3).

Así es, la psiquiatría, al igual que el país en sí, no sólo es diversa sino que también se halla en constante evolución, en particular desde 1975 con el advenimiento progresivo de la democracia (la Constitución Nacional, adoptada en 1978, instituyó un régimen democrático y parlamentario) y el ingreso del país en la Comunidad Económica Europea (CEE) en 1986. Por lo tanto, se deberá hablar de una Seguridad Social y de una medicina privada que están muy lejos de ser regidas por los mismos estándares que los de los demás países de la CEE(4).

De este modo, para comprender mejor el contexto en el que tienen lugar las prescripciones, en una primera etapa haremos una descripción global de la organización sanitaria española, para pasar luego a los aspectos particulares de la prescripción psiquiátrica.

Autonomía y diversidad

La diversidad de la psiquiatría en España se explica, ante todo, por la organización del sistema nacional de salud español, implementado en 1986, que reúne al conjunto de los servicios de salud del Estado, pero cuyo funcionamiento puede ser confiado ya sea al Instituto Nacional de Salud (Insalud), ya a las comunidades autónomas(1).

Recordemos que España está dividida en 17 comunidades, cada una con un gobierno autónomo. Cada comunidad tiene el poder de definir la política sanitaria regional y, desde que el Insalud le fuera transferido, administra todos los centros, servicios y establecimientos referidos a ella, delimitando en su territorio sectores llamados "áreas de salud", que abarcan una población de 200.000 a 250.000 habitantes. Cada área dispone al menos de un hospital general encargado de la hospitalización de las urgencias y de las consultas especializadas. A su vez, esta área de salud se halla dividida en "áreas básicas de salud", que abarcan entre 5.000 y 25.000 habitantes. Cada una de estas últimas cuenta con un centro de atención de salud primaria, donde trabaja un equipo pluridisciplinario de personal médico y paramédico.

Resumen

Según cifras recientes del Ministerio de Salud español, los psicotrópicos forman parte de los cuatro tipos de medicamentos que cuestan más caro a la Seguridad Social. Además, las encuestas muestran que suelen ser prescritos sin autorización de venta en el mercado. Los médicos de cabecera de la Seguridad Social son los que prescriben la mayor cantidad de psicotrópicos: el 90% de las consultas desemboca en una prescripción, de las cuales el 30% involucra a un psicotrópico. El 40% de los trastornos psiquiátricos son diagnosticados por estos profesionales cuyas consultas promedio, sin embargo, no duran más de cinco minutos.

Palabras clave: Psicofarmacología – Costo de medicamentos – Seguridad Social

THE UNCONTROLLED PRESCRIPTION OF PSYCHIATRIC DRUGS IN SPAIN

Summary

According to the latest figures released by the Spanish Health Ministry, the psychiatric drugs are among the four more expensive kinds of drugs. Moreover, the polls show that usually they are prescribed without authorization to sell them. The physicians of the Health System prescribe the largest amount of psychiatric drugs. They prescribe drugs in the 90 % of the consultation, 30% among them are psychiatric drugs. The 40% of the psychiatric disorders are diagnosed by these professionals although the average time of the consultation is about five minutes.

Key words: Psychopharmacology – Costs of medicaments – Health System

Seguridad social y medicina privada

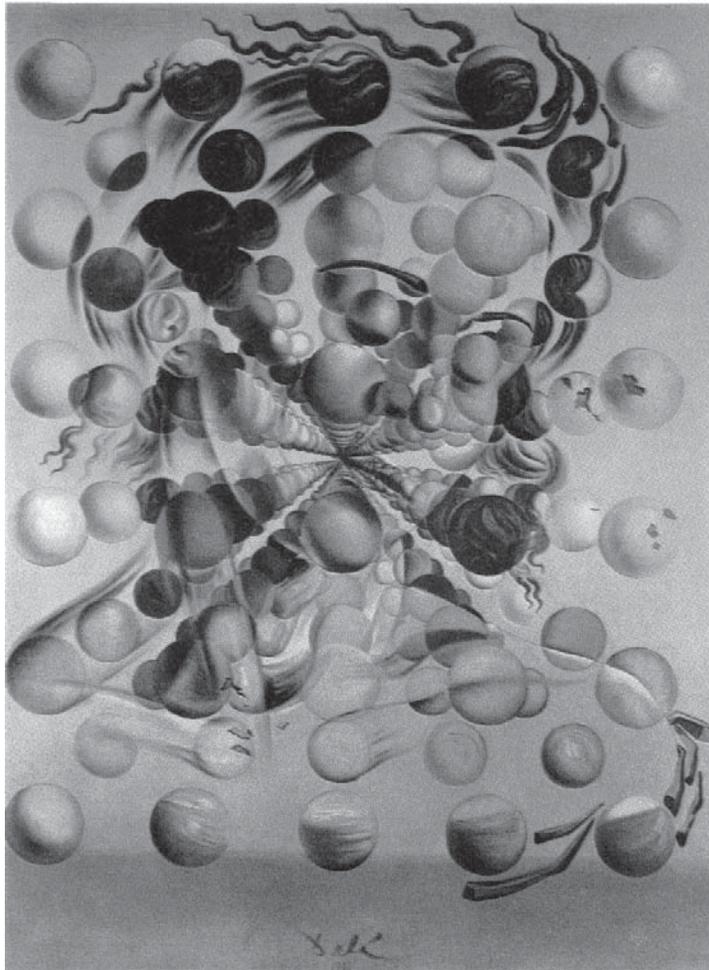
En el régimen general de la seguridad social española, la atención médica es "universal y gratuita" para todos los ciudadanos. Las hospitalizaciones, las consultas, las intervenciones quirúrgicas y los exámenes complementarios están completamente cubiertos. Hay una única excepción: los medicamentos prescritos en consulta ambulatoria. Aquí el paciente debe pagar un porcentaje del precio que varía según la Seguridad Social considere al medicamento más o menos indispensable. Este porcentaje puede llegar hasta el 40% del precio, y el paciente no recibe ningún tipo de reembolso. La única excepción la constituyen los jubilados y los pacientes discapacitados para quienes todos los medicamentos son gratuitos. Todo esto es válido sólo para los medicamentos cubiertos por la Seguridad Social, pues en España también hay una gran cantidad de productos de venta libre a cargo del enfermo.

Así pues, no hay reembolsos ni de medicamentos ni de consultas médicas privadas. La medicina pública está sectorizada, tanto para los generalistas como para los especialistas. De este modo, cada paciente es "destinado" a un médico generalista (médico de cabecera) que es el único habilitado para derivarlo a un especialista, incluyendo al psiquiatra. El paciente no tiene entonces la posibilidad de elegir a su médico.

En España existe una medicina privada muy desarrollada y de gran calidad. Tanto en los consultorios de los médicos "privados" de la ciudad o en las clínicas privadas, los gastos corren totalmente por cuenta del usuario. Sin embargo, hay mutuales y aseguradoras privadas que ofrecen contratos de prestación de servicios que cubren estos gastos en todo o en parte. Pero estos servicios de aseguradoras privadas están estrechamente ligados al precio de la póliza de seguro contratada y suelen marcar límites en el tiempo de hospitalización, por ejemplo, o excluyen ciertos tipos de hospitalización, ¡lo que sucede en general con las hospitalizaciones psiquiátricas! Sea como fuere, el punto fuerte de estos seguros privados es que permiten elegir al médico y acceder directa y rápidamente a los especialistas. En este aspecto, cuando se trata de la Seguridad Social la espera suele ser muy larga.

Demografía psiquiátrica

El último censo de población, al primero de enero de 2002, arrojaba una cifra de 41.873.894 habitantes. Según la encuesta *Key Data on Health 2000* (Eurostat), España cuenta con 6,6 psiquiatras por cada 100.000 habi-



tantes. Entre los países de la CEE, España se halla en el anteúltimo lugar, por delante de Alemania que sólo cuenta con 3,2 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, mientras que Francia, Bélgica, Finlandia y Suecia superan largamente los 15 psiquiatras por cada 100.000 habitantes(5).

La atención ambulatoria tiene lugar en los centros de salud mental adonde hay psiquiatras, psicólogos, enfermeros y asistentes sociales. En promedio, existe un centro por cada 70.000 habitantes, pero con desigualdades considerables entre comunidades autónomas. Así, por ejemplo, en la de Madrid, hay un centro por cada 140.000 habitantes mientras que en la de la Rioja, hay uno por cada 37.000 habitantes.

La psiquiatría pública

Es importante recordar que en España los equipos sectoriales no están jerárquicamente vinculados al hospital y viceversa. De allí que el concepto de psiquiatra de hospital no sea sinónimo de psiquiatra de sector. Los psiquiatras públicos de sector no tienen responsabilidad en el hospital (salvo eventualmente para las guardias) y no dependen del Jefe de Servicio del Hospital. Los psiquiatras



del hospital tampoco tienen actividad en el sector, ya sea en el Hospital de día, en los Centros de salud, etc. El vínculo es meramente funcional: un Centro de Salud Mental debe hospitalizar a sus pacientes en una unidad de hospitalización determinada.

Las prescripciones psiquiátricas

a. Psicotrópicos

Según cifras recientes del Ministerio de Salud español, los psicotrópicos forman parte de los cuatro tipos de medicamentos que cuestan más caros a la Seguridad Social (con los antihipertensivos, los hipolipemiantes y los antiulcerosos). Además, las encuestas muestran que suelen ser prescritos sin autorización de venta en el mercado. Se comprende fácilmente entonces que el Ministerio haya tratado de controlar estas prescripciones proponiendo protocolos para las moléculas "anti Alzheimer" y los nuevos antipsicóticos. Esto se hizo sin contar con las asociaciones de enfermos y familiares (cada vez más influyentes en España) que no creyeron a las autoridades sanitarias cuando éstas invocaron razones de seguridad para los enfermos, y denunciaron lo que, para ellos, no era más que una maniobra dictada por imperativos económicos. De esta manera, estos protocolos aún no se han aplicado.

En realidad, son los médicos de cabecera de la Seguridad Social quienes prescriben la mayor cantidad de psicotrópicos: el 90% de las consultas desemboca en una prescripción, de las cuales el 30% involucra a un psicotrópico: el 40% de los trastornos psiquiátricos son diagnosticados por estos profesionales cuyas consultas promediamos, sin embargo, no duran más de cinco minutos.

En resumen, los psicotrópicos pueden ser prescritos sin ninguna restricción por:

- por el médico de cabecera de la seguridad social (en general); en ese caso el enfermo –salvo si es jubilado o discapacitado– paga una parte del precio del medicamento (de 10 a 40%),
- el psiquiatra público, al que el paciente fue deriva-

do por su médico de cabecera; en este caso el paciente también paga una parte del precio del medicamento (de 10 a 40%),

- el médico privado (psiquiatra o no); el paciente paga entonces la totalidad del precio del medicamento, pero ciertos médicos de cabecera aceptan volver a redactar por su cuenta las recetas hechas por sus colegas privados...

b. Psicoterapias

En materia de psicología, existe la misma división que para la medicina: las psicoterapias son gratuitas en el servicio público mientras que en la esfera privada, corren por cuenta del paciente.

En el área pública, los psicólogos gozan del mismo estatuto profesional que los médicos: el mismo grado de autonomía y las mismas prerrogativas, salvo el derecho de prescribir medicamentos. Así, el paciente puede acceder directamente a la psicoterapia sin "prescripción" previa. No obstante, puede que se vea desalentado por los largos períodos de espera que en algunos dispensarios llegan a los seis meses...

El paciente también puede ser derivado a un psicólogo por su médico de cabecera, su psiquiatra público, su asistente social, trabajadores sociales, etc.

Conclusión

A pesar de las desigualdades entre comunidades autónomas, a pesar de sus errores de juventud (recordemos que la ley general sobre la salud data de 1986) en materia de libertad de prescripción, como para el resto, la psiquiatría española supo subsanar, en tan sólo 17 años, una parte considerable del retraso sufrido a lo largo de más de 50 años, respecto de los otros países europeos.

Hoy en día, la integración de la psiquiatría como especialidad reconocida en el marco del sistema general de salud y el paralelo total entre el enfermo mental y los demás enfermos, son una realidad ■

Referencias bibliográficas

1. Bourgeois P, et al. Le système de santé et l'assurance maladie en Espagne: problèmes actuels et perspectives d'avenir. *Solidarité Santé, Études statistiques* 1991; N° 2, abril-junio.
2. Inchauspe JA, et al. La psychiatrie en Espagne. *Euro Psy* 1993.
3. Inchauspe JA, Molto J. La psychiatrie en Espagne (Les psychiatries espagnoles). *Inf. Psychiatr* 2000; 76: 67-82.
4. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. www8.madrid.org
5. Monteil LE. "L'Espagne". In: Postel J, Quérel C, eds. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Toulouse: Privat, 1983; (bajo la dirección de).
6. Sociedad Española de Psiquiatría. www.sepsiquiatria.org

N. de la R. Este artículo reproduce otro de Molto JJ, Inchauspe A. Liberté de prescription en Espagne. Publicado en *L'Information psychiatrique* 2005; 81: 141-3.

Pensar lo impensable: una aproximación a "la psicosis"

Alfred Capellá

Médico especialista en Psiquiatría. Miembro del Centro de Atención Primaria (CAP), Sant Martí Nord, Instituto Catalán de Salud.
Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), Regional Cataluña.
E-mail: 12287acb@comb.es

Introducción

Prender 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 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); y dos porque, justamente, la propia persona que padece de trastorno psicótico, cuando está afectada –digamos incluso dominada– por el trastorno, tiene una importante dificultad en utilizar su función de pensar.

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, 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. 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 un cajón clasificatorio, con el riesgo añadido de constituir un "cajón de sastre" de la clínica.

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...; los de corte psicológica 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...

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 rechazan). Por ello, para iniciar nuestro trayecto, intentaremos primero definir qué entendemos como

Resumen

Se aborda el trastorno psicótico en varios pasos. Primero, se bosquejan las dificultades previas. Segundo, se esboza un modelo sobre la mente. Tercero, desde este punto de partida 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

THINKING THE UNTHINKABLE: AN APPROACH TO THE PSYCHOSIS

Summary

The author approaches to the psychotic disorders in different stages. Firstly the previous difficulties are outlined. Secondly, a mental model is proposed. Thirdly the mental pathology is described as well as a framework for the understanding of the psychotic functioning. Finally some conclusions are presented.

Key words: Psychosis – Models – Mind – Systems and networks – Physiology and pathology – Organization and disorganization – Crisis – Psychotic functioning.



mente (será nuestra base de partida), para luego procurar delimitar qué podríamos entender como "psicosis", advirtiendo de antemano que más que de psicosis hablaremos de *funcionamiento mental psicótico*.

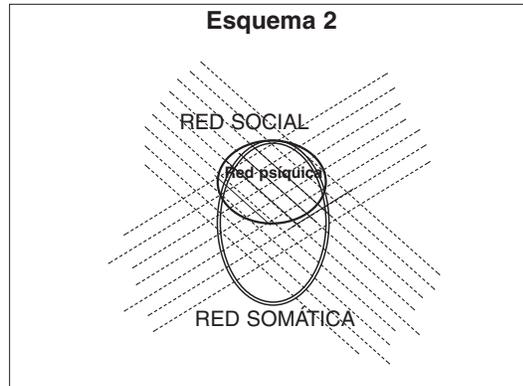
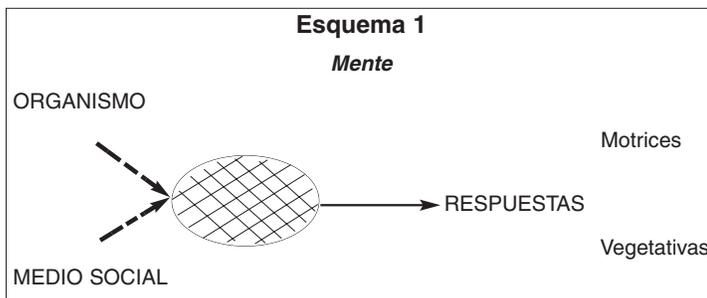
Hacia una posible concepción de la mente humana

El término "mente", que parece imponerse actualmente por encima de otros anteriores como "psique", "psiquismo", "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 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, 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 (sino se trata de más). A saber: la *dimensión biológica*, digamos 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, la que viene demostrada 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, 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(1) (Esquema 1).

Dos, el modelo sistémico, que concibe la mente co-



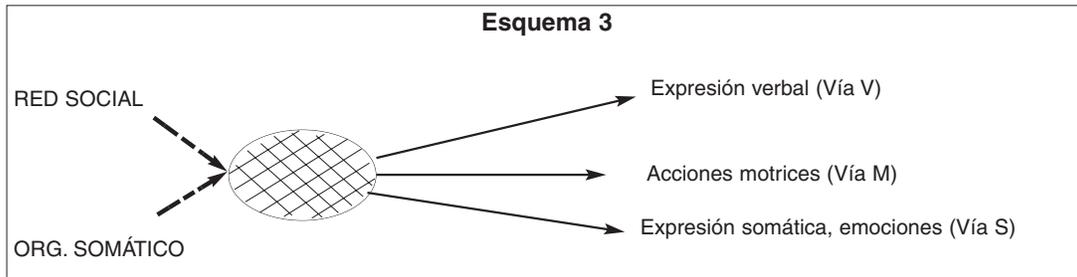
mo un sistema abierto en constante autoorganización y que se integra en sistemas biosociales más amplios con los que mantiene un constante intercambio.

Y tres, los modelos en red, 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 lo social, sino que sostiene al individuo merced a la relación con los otros y sus principales referencias (familia, escuela, trabajo, amistades, pareja, etc). Estas tres redes no pueden diferenciarse taxativamente. Representémoslo (Esquema 2).

Para precisararlo 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; el pensar y



el sentir; 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; la relación con el medio, mediante respuestas motrices (expresión verbal, conductas...) o somáticas (emociones, manifestaciones orgánicas...) que permiten 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 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*. Así lo muestra el Esquema 3 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 habla, por un lado, de 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, de las funciones ligadas a la sensorialidad, a las emociones y a las conductas impulsivas que realiza el hemisferio derecho (y se sustentan sobre todo en la corteza límbica); el modelo psicoanalítico plantea a su vez el funcionamiento en proceso primario, cuando el aparato psíquico 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.

A partir de estas ideas 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.

El *funcionamiento sensorio-motriz* es un funcionamiento poco elaborativo que usa representaciones sensoriales y motrices y en que 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 3). 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 con 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).

Estos dos modos de funcionamiento se contrabalancean habitualmente entre sí, aunque predomine más uno u otro según los casos. En este sentido, hemos de considerar que el sistema mental se regula por medio de dos modos principales de funcionar que mantienen cierto equilibrio, al igual que ocurre con otros sistemas del organismo; aunque, entre otras diferencias respecto de estos, el sistema mental (mente) funciona por medio de representaciones (ideas, sensaciones...) y está mediatizado por la voluntad consciente, no sólo por automatismos.

Hasta ahí hemos definido el funcionamiento mental llamémosle 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.

Hacia una 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 solo empezar desde alguna base, describiremos algunos elementos de las principales concepciones.

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 modos 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 resulta de mucha mayor gravedad, y que se manifestaría en dos modos principales. Uno, la esquizofrenia, cuya rasgo diferencial sería la disgregación del mundo de representaciones mentales, con la consecuente desorganización del funcionar mental. Y dos, 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. Por fin, quedaría el campo de los trastornos psicósomáticos, graves trastornos somáticos que tendrían relación directa con lo psíquico.



A su vez, 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).

Esta clasificación tradicional se ha modificado en los últimos tiempos por medio de la clasificación descriptiva y fenomenológica llamada DSM –de la escuela americana– que ha fragmentado estos grandes cuadros –sobre todo 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.

Por nuestra parte, consideraremos como eje principal de nuestra concepción la de *organización*, entendiendo 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...) hoy por hoy insuficientemente conocidos.

Causas diversas, tanto interiores (genéticas, conflictos internos) como exteriores (acontecimientos vitales traumáticos, estrés, etc.) pueden producir que este funcionamiento mental organizado se altere y dé lugar, con más o menos intensidad, a cierto *funcionamiento en crisis* que trastorna sus funciones (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, puede dar lugar a un funcionamiento propiamente patológico.

El funcionamiento patológico puede ser, básicamente, de dos tipos: 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 donde el sistema mental se desorgani-

za tan gravemente en su funcionar que no puede reorganizarse ni elaborar el sufrimiento adecuadamente. Este *funcionamiento patológico de tendencia desorganizativa* tendría dos modalidades. Una, aquélla 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.

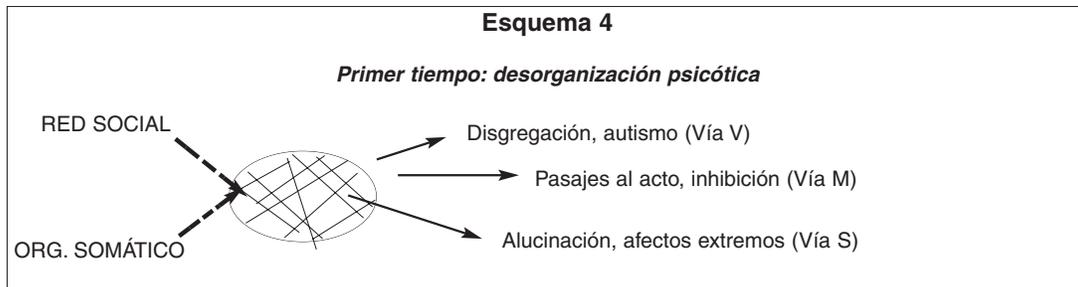
El segundo tipo es aquél donde el propio mundo de representaciones psíquicas unitarias se desorganiza muy gravemente. Ahí se entra en el funcionar psicótico.

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

Una posible aproximación al trastorno psicótico

Para abordar el trastorno psicótico partiremos de algunas ideas preliminares, que no parten sólo de planteamientos éticos, sino del 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 más o menos extensamente el sistema mental, 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"); 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.



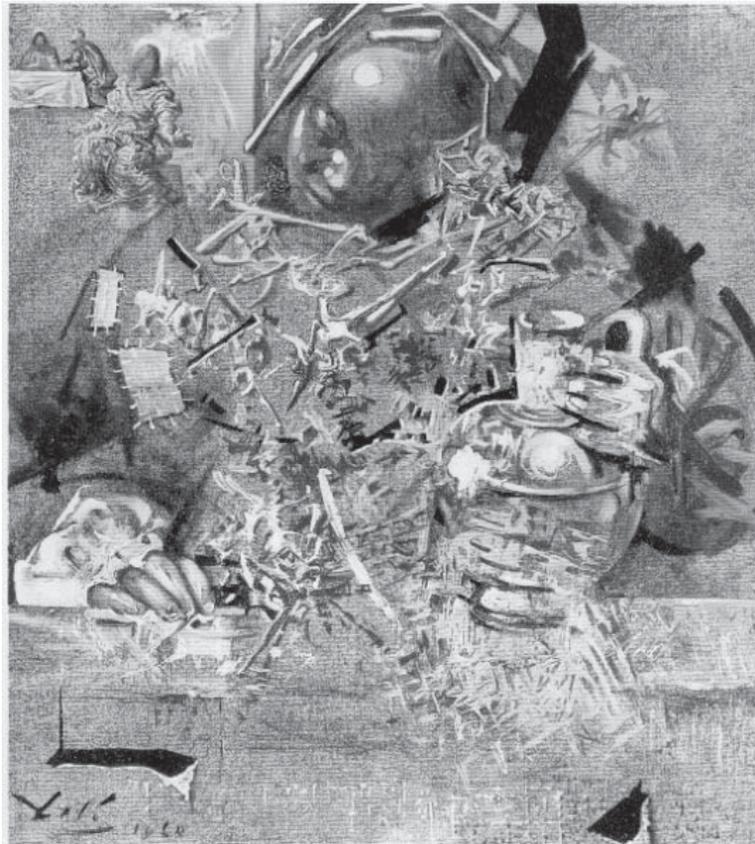
Desde esta idea simple, plantearemos que el trastorno psicótico tiene dos fases: la primera, la desorganización psicótica; y la segunda, el intento de reorganización.

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, ilación del pensar y el sentir, comunicación con los otros, regulación de la impulsividad y, sobre todo, la de elaboración psíquica. Ese 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 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).

La *tentativa de reorganización* es un segundo tiempo en que el sistema mental procura recuperar sus funciones. En algunos casos lo consigue y el entramado representacional vuelve a tramarse dentro de la lógica social común (sería el caso del trastorno psicótico breve); en otros, se entrama con una reorganización anómala, que fracasa en su intento curativo, y que sigue una lógica peculiar: el delirio (por ejemplo, la psicosis sistematizada); y, finalmente, en otras no consigue una adecuada reorganización y propende al deterioro de las funciones psíquicas (por ejemplo, sería el trastorno esquizofrénico de mala evolución). Así lo representamos en el Esquema 5.

Dentro de estas diferentes posibilidades observamos

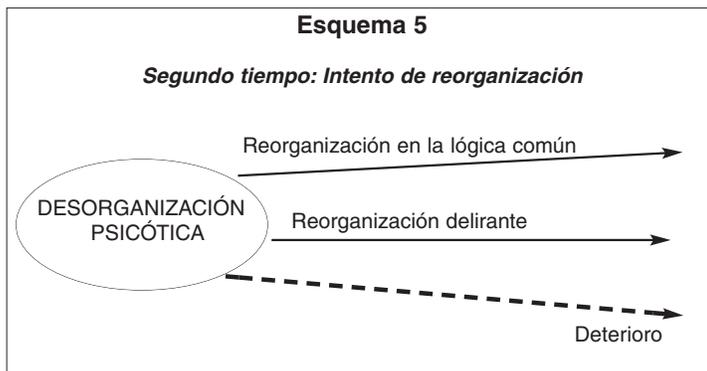


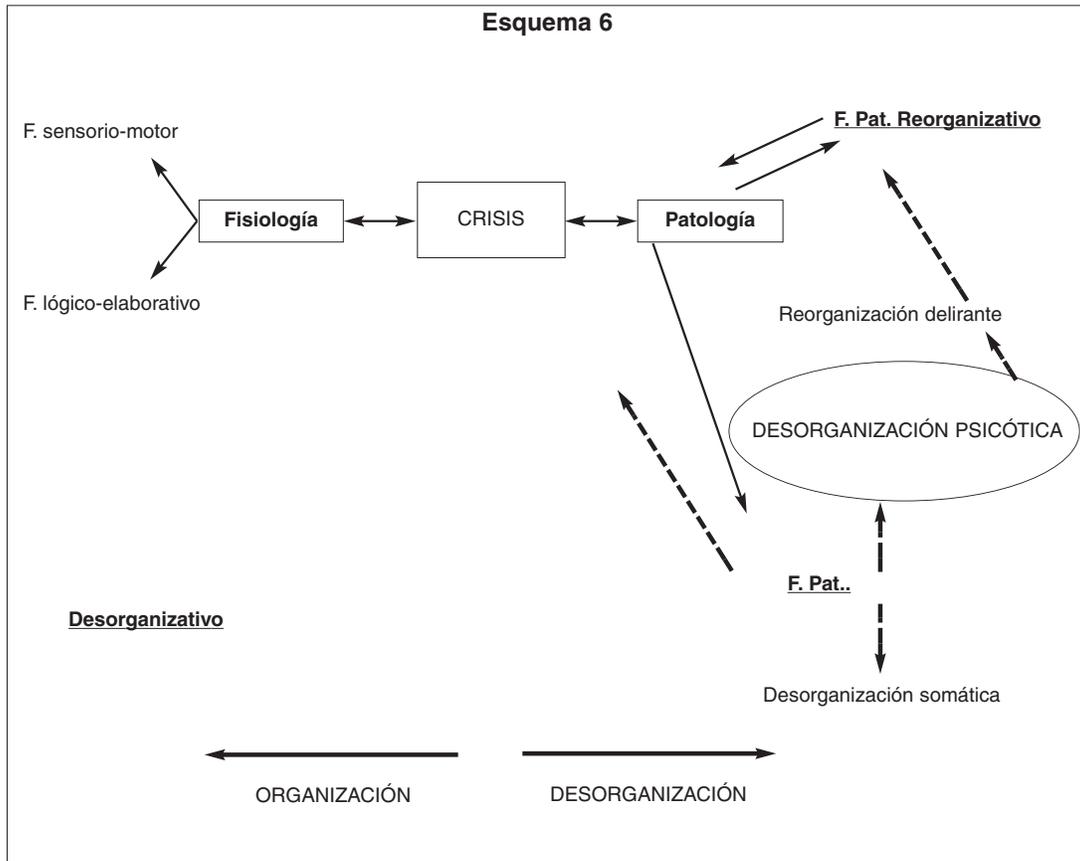
en la clínica que el trastorno psicótico tiene muy diversas formas de manifestarse y que a veces éstas pueden coexistir en una misma persona; y también que su evolución puede seguir diversos avatares. Es más: una persona afectada de trastorno psicótico acostumbra a mostrar modos de funcionamiento tanto organizativos como reorganizativos.

A modo de conclusión

Nuestro intento de aproximación al trastorno psicótico mediante un modelo conceptual, que hemos procurado sentar 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: unos son de tipo interno, tanto biológicos (genéticos, alteraciones





bioquímicas o macroscópicas del propio encéfalo...) como psicológicos (personalidad previa, fragilidad del Yo...); y otros son de tipo externo, tanto biológicos (ingesta de drogas, estrés socio-laboral...) como sociales (sistema familiar, pérdida o duelos de cierta gravedad...).

Hasta ahí llega nuestra aproximación, quizá demasiado compendiada, a un fenómeno humano que posi-

blemente aún estamos lejos de comprender, y al que este trabajo ha querido aportar algunos elementos más de comprensión.

Finalmente, intentamos con el Esquema 6 mostrar la continuidad y relación entre sí de los diferentes modos de funcionamiento del sistema mental (mente) que hemos ido describiendo ■

Bibliografía

- Canguille G. *Lo normal y lo patológico*, Siglo XXI, Madrid 1986
 Capellá A. *El psicoanálisis dialéctico*, Ed. Herder, Barcelona 1998
 Capra F. *La trama de la vida, una nueva perspectiva de los seres vivos*, Ed. Anagrama, Barcelona 1999
 Dabas E, Nymanovich D, Comp. *Redes, el lenguaje de los vínculos*, Ed. Paidós 1999
 DSM-IV Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Ed. Massón, Barcelona 1985
 Ey H. *Tratado de psiquiatría*, Ed. Toray-Masson, Barcelona 1980
 Farreras P, Rozman C. *Medicina Interna*, Ed. Marín, Barcelona 1974
 Freud S. *Obras completas*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires 1989
 Freud S. *Los dos principios del funcionamiento mental*
 Freud S. *El Yo y el Ello*
 Freud S. *La pérdida de realidad en la psicosis y en la neurosis*
 Jesell TM, Kandel ER, Schwartz JH. *Neurociencia y conducta*, Prentin Hall, 1999
 Kaplan H, Sadock BJ. *Tratado de psiquiatría*, Ed. Salvat, Barcelona 1980

Tendiendo puentes

Entrevista a Valentín Barenblit

por Juan Carlos Stagnaro

Valentin Barenblit cursó sus estudios de medicina y se especializó en psiquiatría en la Universidad de Buenos Aires. Posteriormente revalidó ambos títulos en la Universidad de Barcelona. Es psicoanalista, miembro de la Asociación Psicoanalítica Argentina y de la International Psychoanalytical Association. En la Argentina realizó una prolongada actividad profesional y docente en el campo del psicoanálisis y la Salud Mental. Dictó numerosos cursos de grado y de postgrado en diferentes Universidades e instituciones asistenciales y profesionales, desempeñó diversos cargos de dirección y fue jefe del Servicio de Psicopatología del Policlínico "Aráoz Alfaro" de Lanús. Ejerció cargos docentes en psicología y psiquiatría en la Universidad de Buenos Aires y, posteriormente, fue Profesor Titular del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina.

Actualmente es Asesor internacional en Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud de la OMS y Asesor en programas de docencia e investigación en Salud Mental de la Unión Europea.

En España, adonde reside desde 1977, desarrolló actividades como asesor, docente, supervisor clínico e institucional en distintas instituciones de la Xarxa d'assistència psiquiàtrica i Salut Mental y del Òrgan Tècnic de Drogodependències, como también en distintos organismos de la Administración Pública de Cataluña y otras comunidades autónomas. Fue docente en el Colegi Oficial de Psicòlegs de Catalunya y en la Sociedad Española de Psicología, Profesor Asociado al Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona y Profesor honorífico de Psicología y Psiquiatría en la Facultad de Medicina de Bilbao.

Actualmente es Miembro honorario de la Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica y Director de iPsi, Centre d'atenció, docència i investigació en Salut Mental.

Su intensa actividad en España no le ha impedido una sólida participación en el área de la Salud Mental de nuestro país. En efecto, Barenblit es Profesor Consulto de la Universidad Nacional de Lanús, Miembro del Comité Académico de la Maestría en Trabajo Social en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos, Miembro de comités científicos de distintas revistas, entre la que se encuentra Vertex, la Revista del Instituto de Investigaciones y la Revista de Psicoanálisis, ambas de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, y asiste, regularmente, a congresos sobre psicoanálisis, psicoterapia y Salud Mental en nuestro país, siendo además Miembro honorífico de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

Vertex: ¿Cuándo llegó a España? ¿Cuáles fueron las razones de ello?

Benjamín Barenblit: Llegué a España y me radiqué en Barcelona en el año 1977.

Debí exiliarme con urgencia de Argentina por mandato especial e inapelable de las Fuerzas Armadas res-

ponsables del genocidio que se desarrolló en el país entre los años 1976 y 1983. En abril de 1977, mediante un procedimiento militar ilegal y clandestino fui secuestrado y estuve "desaparecido" aunque tuve la fortuna de ser liberado semanas después por lo que adquirí la así llamada condición de "superviviente".



Vertex: *¿Muchos psiquiatras y psicoanalistas se exiliaron en España?*

B. B.: Sí, aunque es difícil establecer con precisión el número de profesionales de la Salud Mental que se exiliaron en España como efecto del proceso militar. Se puede afirmar que importantes grupos de psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas se exiliaron aquí durante aquellos años, aunque cabe señalar que muchos otros ciudadanos argentinos apelaron al exilio en España, de tal forma que durante aquellos años se estima según datos fiables, que llegaron alrededor de 150.000 personas.

Vertex: *¿Cuál fue el contraste entre su formación y modos de asistencia en la Argentina y lo que encontró en España al llegar? Considerar psiquiatría y psicoanálisis.*

B. B.: Pienso que esta cuestión debe propiciar reflexiones que consideren los impactos intelectuales y emocionales que promueven la migración y el exilio.

En ese complejo contexto, por una parte éramos portadores de una formación psicoanalítica cualificada porque mi generación pudo beneficiarse de la excelencia y el desarrollo del psicoanálisis en Argentina y de los aportes de excelentes maestros de distintas escuelas y orientaciones psicoanalíticas.

En el campo de la Salud Mental yo había participado activamente, durante muchos años, de los desarrollos que se llevaron a cabo en el Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús y de las enseñanzas profesionales y éticas que nos brindaron a muchos colegas los inolvidables y estupendos aportes de nuestro brillante maestro, el Profesor Mauricio Goldenberg. Esa experiencia histórica en la que participamos numerosos profesionales de la Salud Mental generó diversas y creativas contribuciones teóricas y técnicas para la atención a la Salud Mental en los servicios públicos y su impacto como modelo de referencia fue de destacada influencia para profesionales e instituciones del país y de toda América Latina.

Durante los últimos años de mi trabajo profesional en la Argentina tuve el honor y la responsabilidad de desempeñar el cargo de jefe de ese Servicio, reemplazando en dicho cargo al maestro Mauricio Goldenberg, quien se trasladó con un grupo de profesionales para fundar, organizar y dirigir un Servicio de Salud Mental en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

En esas funciones me desempeñé hasta el año 1976 en el que las autoridades de la dictadura militar decretaron la cesantía en mi cargo y funciones, junto con la de muchos calificados profesionales pertenecientes a distintas instituciones del Ministerio de Salud a quienes nos sancionaron con la falaz acusación de ser subversivos.

Ahora bien, cuando llegamos a España tuvimos la excelente oportunidad de participar en las importantes transformaciones de la cultura, la educación y la salud pública que comenzaron a desarrollarse con la apertura democrática que se instauró en este país después de cuarenta años de dictadura del franquismo.

El potencial de saberes y el compromiso personal, ideológico y profesional de numerosos ciudadanos españoles comenzó, por aquellos años, a generar muy di-

versas transformaciones en el campo de la salud en general, y de la Salud Mental en particular.

Durante el régimen totalitario del franquismo la asistencia psiquiátrica estaba limitada, con algunas excepciones, a los hospitales psiquiátricos que brindaban programas de asistencia restringidos y con frecuencia de inspiración manicomial.

Las mismas restricciones afectaban a la enseñanza de la psicología, la psiquiatría y la Salud Mental universitaria de grado y postgrado.

En cuanto al desarrollo del movimiento psicoanalítico creo que también fue afectado por los cuarenta años de dictadura que padeció España.

A pesar de ello y de las dificultades que tuvieron que afrontar, cabe destacar que por aquellos años existían en España algunos pequeños grupos de profesionales y en especial dos asociaciones de psicoanalistas que habían logrado en Madrid y Barcelona desarrollar la enseñanza y la práctica psicoanalíticas siguiendo el modelo conceptual de la escuela inglesa.

En lo que concierne a lo que usted denomina “el contraste” es evidente que los referentes culturales, históricos y conceptuales tienen similitudes y diferencias. Desde algunas perspectivas fueron llamativas y estimulantes las coincidencias con colegas españoles. En otro orden de cosas la historia del psicoanálisis y la psiquiatría en la Argentina y en España marcaban diferencias evidentes que generaron fecundos intercambios y permitieron numerosas inserciones de los profesionales argentinos en los proyectos y movimientos grupales e institucionales que se plasmaron desde la época de la transición democrática hasta la actualidad.

Vertex: *¿Cómo evolucionó la atención en Salud Mental en España en las últimas décadas?*

B. B.: Creo que ha evolucionado en forma muy progresista y eficaz en los distintos contextos en los que se desarrolla en España esta evolución.

Esta consideración debe matizarse por el hecho de que la evolución no ha sido generalizada ni simétrica en todas las Comunidades Autónomas que integran el país. También considero importante el hecho de que las reformas estructurales, y los marcos de referencia no son idénticos, ni simultáneos ya que en algunas Comunidades Autónomas los modelos conceptuales de referencia tienen diferencias que se evidencian en las organizaciones institucionales, los programas y las estrategias de atención. También la cronología de las transformaciones y las formas de financiación son diversas según los territorios geopolíticos. No obstante se puede afirmar que –a pesar de las similitudes y diferencias, como también de las virtudes y carencias– la atención a la Salud Mental en España en los últimos tres decenios está evolucionando de manera muy positiva, y que estos avances son, a mi criterio, el efecto de cambios culturales, de la intensa y continuada actividad de las asociaciones de profesionales de la Salud Mental, de asociaciones de ciudadanos y de la sensibilidad y compromiso de importantes sectores de la administración pública.

Vertex: *¿Cuáles considera que son los problemas sanitarios más importantes en Salud Mental en España actualmente?*

B. B.: Desde la perspectiva epidemiológica existen evidencias de que hay un incremento sostenido y continuado de padecimientos psíquicos y nuevas problemáticas en Salud Mental. Este hecho, que muchos autores analizan y vinculan con complejas transformaciones socio-políticas y económicas, promueve un continuado aumento de las demandas de atención a los sectores de la administración pública. Por lo que a pesar del aumento de los recursos institucionales y humanos se genera una importante disminución en las respuestas psicoterapéuticas y en la frecuencia de prestaciones.

Esta situación está generando –a mi entender, y según criterios idóneos de numerosos profesionales– una riesgosa regresión en la calidad asistencial en la red de Atención Primaria y un aumento en la utilización de psicofármacos con el consiguiente acrecentamiento del gasto en este rubro. Al mismo tiempo se restringen los programas de prevención primaria y de educación para la salud que en general no han logrado nunca un desarrollo adecuado a las necesidades de la comunidad.

Vertex: *Como gran conocedor de la realidad argentina en el campo de la Salud Mental y ahora también de la española ¿en qué aspectos cree que cada una de ellas puede aportar a la otra?*

B. B.: Esta pregunta merece una respuesta amplia y sin límites fijos. Pienso que por diversos aspectos históricos, culturales, lingüísticos y políticos, los intercambios en materia de Salud y en especial de Salud Mental entre España y Argentina pueden generar muy productivos y diversos proyectos de cooperación.

Desde ya es necesario destacar que desde hace años se están generando intercambios muy favorables, muchos de los cuales no son suficientemente conocidos, pero que se enmarcan en proyectos profesionales e institucionales muy beneficiosos e importantes para ambos países. Un ejemplo de lo que se puede lograr en relación a estos asuntos son las actividades que desarrolla el Área de Cooperación y Relaciones Institucionales del iPsi (*Centre d'atenció, docència i investigació en Salut Mental*) cuyo objetivo es el intercambio profesional y el fomento de vínculos institucionales, entre dicho centro e instituciones del ámbito catalán, español e internacional.

En la actualidad se halla formalizado el “Programa de cooperación con Iberoamérica para la formación de recursos humanos en Salud Mental” que se propone dar a conocer la realidad catalana y europea en el ámbito del trabajo en Salud Mental, drogadependencias, educación, servicios sociales y recursos comunitarios a profesionales que están en proceso de formación especializada en diferentes países de América del Sur. Dicho programa consiste en una rotación por los distintos recursos de la *Xarxa d'atenció psiquiàtrica i salut mental de l'àrea sanitària de la Generalitat de Catalunya* y de la *Direcció General de Drogadependències i Sida del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya*. También se puede realizar una rotación por dispositivos de los programas de Salud Mental de Andalucía y/o Trieste en Italia. Este proyecto se propone sobre todo la mejora de la calidad de los servicios que se prestan en

los países a los que va destinado y aportar alternativas para el desarrollo y mejora del sistema en España.

El programa tiene una duración de dos a seis meses, se realiza anualmente y comienza cada año a mediados del mes de enero. Este programa cuenta con el reconocimiento de interés sanitario, de la *Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Institut d'Estudis de la Salut*. Los interesados en el mismo deben hacer una petición formal y adjuntar su curriculum vitae.

Otro ejemplo es el Convenio marco entre el Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús y el iPsi cuyos objetivos principales son el desarrollo de programas de investigación y otros proyectos específicos en el campo de la Salud Mental, el intercambio de personal, información, documentación y asesoramiento de las ciencias vinculadas a la misma y la formación y capacitación de recursos humanos en ese área. Como usted ve es mucho lo que se puede hacer en el intercambio entre España y Argentina en estos temas.

Vertex: *¿Qué es el iPsi?*

B. B.: El iPsi, *Centre d'atenció, docència i investigació en Salut Mental* es una asociación sin fines de lucro, cuyo propósito esencial es el desarrollo de proyectos dirigidos a la atención de la Salud Mental.

En sus trece años de historia viene realizando actividades interdisciplinarias que promueven la asistencia, la docencia y la investigación en ese campo.

Cuenta con un Comité directivo formado por Diana Barenblit, Carlos Blinder, Montserrat Canal, Liliana Elstein, Alberto Grinberg, Anna Segura y Raúl Vaimberg y yo, como Director.

Además contamos con un Comité Asesor y un Comité Consultor integrados por destacados colegas argentinos y catalanes entre los cuales cabe mencionar a Nolas Acarín i Tusell, Emilio Fernández Álvarez, Emiliano Galende, Vicente A. Galli, León Grinberg, Mauricio Goldenberg, Víctor Korman, Itzhak Levav, Helena Maragall i Garriga, Joaquim Mas i Prior, Juan David Nasio, Mercè Pérez i Salanova, Maria Dolors Renau i Manen, María Luisa Siquier García, Carlos E. Sluzki y Nilda I. Vainstein, Teresa Aragonès i Viñes, Joan Busquet, Ferran Cartes, Miguel Ángel Díaz, Rubén Darío Gualtero y José Leal Rubio.

Nuestras tareas se organizan en diversas áreas: de atención clínica, de atención comunitaria, de docencia e investigación y de publicaciones.

El área de atención clínica tiene como objetivo el diagnóstico, la orientación, la prevención y el tratamiento de trastornos psíquicos en niños, adolescentes y adultos.

Los objetivos de la atención comunitaria son efectuar actividades de educación para la salud a través de cursos, conferencias y debates dirigidos a distintos sectores de la población y ofrecer asesoramiento y apoyo técnico en aspectos relacionados con la salud mental a organizaciones comunitarias y de usuarios.

La docencia y la investigación están dirigidas a realizar actividades de formación continuada para profesionales y especialistas en como Director, y a promover y desarrollar proyectos de investigación teórico-clínicos y epidemiológicos, con los métodos y técnicas de las distintas disciplinas que integran el campo de la Salud Mental ■

el rescate y la memoria



Ensayo psicológico acerca del dolor*

Por Emilio Mira y López



Considerado a nivel internacional como una de las figuras más destacadas en el ámbito de la psiquiatría, la psicología y la psicotecnia hispanoamericanas del siglo XX, el papel de Emilio Mira y López, fue decisivo en la introducción y el desarrollo en España de la psicología moderna, del pensamiento psiquiátrico alemán y de las teorías psicoanalíticas. Entre su amplia producción científica se destacan especialmente su Manual de Psicología Jurídica, el Manual de Psiquiatría y su test denominado Psicodiagnóstico Miokinético. Durante la guerra civil española fue director del Instituto de Adaptación Profesional de la Mujer, dependiente de la Generalitat de Catalunya y, en 1938, fue nombrado por el Ministerio de Defensa Nacional Jefe de los Servicios Psiquiátricos del Ejército de la República Española. En España su nombre permaneció silenciado - cuando no difamado- durante casi todo el período franquista. En 1939, después de la derrota y de unos meses de exilio en Francia, se

trasladó con su familia a Londres becado por el Maudsley Hospital, donde siguió perfeccionando y presentó el test de su autoría ya mencionado. Después de una extensa gira de conferencias por las principales universidades de América, en 1940, se instaló en la Argentina, contratado como psiquiatra consultor en un sanatorio privado y dictó cursos en diversas Facultades de la Universidad de Buenos Aires. En 1943 fue designado Director de los Servicios Psiquiátricos y de Higiene Mental de la Provincia de Santa Fe y, en 1945, se instaló en Brasil. Enseguida, fue contratado por la Fundación Getulio Vargas para ocupar el cargo de director fundador del Instituto de Orientación Profesional de Río de Janeiro, que asumió en 1946 y dirigió hasta su muerte. A continuación reproducimos el primer capítulo del libro de Emilio Mira y López, "Problemas psicológicos actuales", texto que fue escrito en Londres en 1939, apenas terminada la guerra civil española, y ampliado años más tarde para su reedición en Buenos Aires.

* Problemas psicológicos actuales [1939], 6ª ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1960.

Pocos temas hay que ofrezcan al hombre un interés más general y profundo que éste. Iniciamos la vida con dolor, nos separamos de ella –la mayor parte de las veces– sufriendo, por lo menos, las alteraciones físicas causantes de la muerte y mientras deambulamos por este “valle de lágrimas” es el más fundamental de nuestros impulsos el de huir de sus tormentos. No en vano el hombre es un aprendiz cuyo maestro es el dolor, dicen que afirmó ya Aristóteles, confirmó Schopenhauer y repitió Alfredo de Musset en versos románticos.

Diversas escuelas filosóficas, de todos los tiempos, han construido su concepción del mundo en derredor suyo, mostrándose más o menos pesimistas respecto de su esencia y significación. Los biólogos, por su parte, nos confirman que el hombre, instintivamente, huye del dolor y busca el placer y que tan sólo es capaz de resistir el primero cuando se promete de esta resistencia la obtención de un placer ulterior más intenso (satisfacción de un ideal).

Pero –hecho paradójico– a pesar de la atención constante que los hombres científicos o profanos han dedicado al dolor y sus problemas, a despecho de las toneladas de papel que han sido escritas o impresas para estudiarlo, nos encontramos ahora, en pleno siglo XX, faltos de una definición precisa, desprovistos de una clasificación aceptable de sus formas e inermes prácticamente para combatirlo en sus manifestaciones más violentas.

¿A qué se debe la enorme desproporción existente entre los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos? Tres causas parecen explicarlo: la más fundamental es, quizás, la imposibilidad en que se han encontrado hasta ahora los hombres de ciencia de manipular con el dolor como objeto de experimentación. La ética más elemental impide, en efecto, someter al hombre al sufrimiento para satisfacer una curiosidad especulativa o, incluso, para encontrar una fórmula bienhechora aplicable a sus semejantes. Por esto la inmensa mayoría de biólogos y psicólogos que han querido intentar el estudio experimental del dolor, se ha tenido que contentar con provocarlo en sus manifestaciones más leves y en sus formas menos interesantes. Existen, sí, unos hombres que por motivos profesionales se encuentran diariamente ante el verdadero dolor: los médicos. Pero precisamente también las circunstancias que motivan su intervención impiden que puedan aprovechar con fines experimentales, de investigación, su valioso material de estudio.

El enfermo llama, en efecto, al médico para que éste le quite cuanto antes su sufrimiento; quiere de él una intervención activa y eficaz y de ninguna manera toleraría que se le tomase por un conejillo y se le sometiese a un experimento científico. De otra parte, el médico (ni cuando es especialista en neurología) no se encuentra preparado para hacer observaciones útiles desde el punto de mira psicológico. Es por esto, por lo que solamente algunos profesionales han querido y han podido aprovechar la ocasión que la patología les ofrecía para penetrar en el misterio del dolor.

Un segundo factor, ciertamente no el menos importante, es el confusiónismo existente, la enorme imprecisión terminológica observada en el campo de la psicología afectiva, que nos hace confundir conceptos que de-

berían estar cuidadosamente limitados y diferenciados. No se pueden utilizar indistintamente los términos de: Dolor, Pena, Sufrimiento, Disgusto, Malestar, Angustias, Ansiedad, Mal, etc., ni es lícito tampoco hacer sinónimos el dolor y el desplacer, como ha sido propuesto y aceptado con demasiada frecuencia.

Finalmente, el tercer motivo de nuestra actual ignorancia en este aspecto hay que buscarlo en la heterogeneidad de las actitudes con que han atacado el problema del dolor los diversos investigadores que se han creído en la necesidad de estudiarlo. Filósofos, Teólogos, Sociólogos, Biólogos, Cirujanos, Fisiólogos, Psiquiatras y Psicólogos no solamente hablan lenguajes diferentes, sino que tienen concepciones apriorísticas demasiado diversas para realizar un trabajo común provechoso. Precisa en lo posible poseer una formación equilibradamente biológica, psicológica, psiquiátrica y filosófica para poder conservar una acertada línea directriz en la investigación de temas como éste, que por ser profundamente vitales desbordan el estrecho y rígido marco de las aisladas disciplinas científicas. Precisa, sobre todo, no dejarse fascinar por la fácil atracción de algunos esquemas conceptuales que éstas nos proporcionan, a base de interpretaciones fragmentarias, de visiones limitadas, microscópicas y, como tales, deficientes del complejo fenómeno que queremos explicar.

Por ello nos ha parecido útil intentar una revisión de los datos que hoy poseemos y hacer un ensayo –provisional y modesto– de síntesis de los conocimientos actuales sobre el dolor, considerándolo en su verdadera esencia, es decir, como un hecho psíquico.

Con el fin de realizar mejor nuestro trabajo, consideraremos primero el dolor desde fuera, objetivamente; después intentaremos ver cuál es su fenomenología subjetiva, interna. Finalmente, trataremos de llegar a una concepción unitaria. Veamos, pues, lo que de él nos dicen, para empezar, los anatomo-fisiólogos, los cirujanos y médicos, los psicólogos conductistas...

a) Sherrington –fisiólogo puro– desprecia como tal el dolor y nos afirma que es “un epifenómeno que se presenta habitualmente en los reflejos desencadenados por estímulos capaces de perjudicar la vitalidad (reflejos nociceptivos) que se manifiesta mediante la ejecución de movimientos de defensa, los cuales tienen igualmente lugar sin la intervención psíquica, es decir, en el animal descerebrado”.

b) Beaunis –en su magistral trabajo sobre las sensaciones orgánicas– nos dice que el dolor como el hambre, el sueño, la fatiga, etc., representa una reacción sensitiva global, es decir, de la totalidad del organismo. Le niega unidad y cree que precisa establecer una “tipología álgica”. No es posible admitir que el dolor provocado por una neuroalgia del trigémino sea igual que el que sufre un enfermo afecto de asma, o una persona atacada de rabia, o un pobre canceroso de la piel, o un enfermo de cólico miserere. Precisa tan sólo recoger las manifestaciones reaccionales de estos tipos de pacientes para convencerse de que se encuentra frente a experiencias sensibles totalmente diversas. Siguiendo este criterio, establece un cuadro cuyas principales divisiones son las siguientes:

Dolor físico	De causa mecánica	}	gravitativo
			de tensión
Dolor físico	De causa térmica	}	de constricción
			de torsión
Dolor físico	De causa térmica	}	de divulsión
			de pulsación
Molestias	De diversas localizaciones topográficas más o menos precisas	}	sensación de vacío,
			desfallecimiento,
Molestias	De diversas localizaciones topográficas más o menos precisas	}	vértigo,
			mareo,
Molestias	De diversas localizaciones topográficas más o menos precisas	}	inquietud, etcétera.
Dolor psíquico	de cansancio	}	indolencia,
			postración,
			aburrimiento,
Dolor psíquico	de detención	}	cansancio,
			desesperación.
			decepción,
Dolor psíquico	de detención	}	perplejidad,
			vergüenza, sorpresa,
			confusión.
Dolor psíquico	de inacción	}	confusión.
			ansiedad,
			insuficiencia, temor.

No precisa ser un técnico en Psicología para ver que Beauais no ha tenido ningún éxito en su ensayo de clasificación de los dolores psíquicos; en cambio, nos da una visión mucho más extensa de los dolores sensuales y –hecho importante– nos indica la existencia de estados de transición entre las dos formas (física y moral) del fenómeno álgico. Las "molestias" son, en efecto, una especie de "no man's land" que separa y une los territorios, en apariencia distanciados de la somatoalgia y la psicoalgia.

c) V. Frey –el fisiólogo que más ha tratado de diferenciar el dolor de las otras formas de la sensibilidad– afirma que el fenómeno álgico corresponde a la actividad de un sexto sentido: el sentido del dolor, cuyos órganos receptores estarían constituidos, por las terminaciones nerviosas intraepiteliales libres y cuyas vías de transmisión subirían por los cordones posteriores hasta un supuesto centro algógeno, situado en el tálamo y conectado con la corteza por fibras centrífugas que llegarían hasta las circunvoluciones parietales. En la piel, la sensibilidad dolorosa se encuentra concentrada en pequeños territorios llamados "puntos dolorosos", cuya superficie es de orden de 0'1 mm², produciendo su excitación "siempre" una impresión de dolor, independiente de la forma y naturaleza del estímulo. La mayor o menor sensibilidad dolorosa de la piel estaría en razón directa con el número de estos puntos, muy abundantes en la córnea y glándula (faltando, en cambio, los puntos táctiles) y ausentes en la mucosa de la mejilla, al nivel del segundo mo-

lar inferior y en la extremidad libre de la úvula, por cuyo motivo dichas partes son fisiológicamente insensibles al dolor. Para demostrar que éste es conducido por vías distintas a las que transmiten las restantes formas de la sensibilidad, V. Frey aduce el hecho, que es posible observar en diversas enfermedades y provocar experimentalmente, de una "disociación" sensitiva, en forma que unas impresiones sensibles aumenten y otras disminuyan independientemente de la intensidad de sus correspondientes estímulos. Así, por ejemplo, en la sirringomielia se pierde la sensibilidad térmica y dolorosa y se conserva, en cambio, la táctil; en la anestesia local se observa lo mismo al principio de la acción cocainica. El mentol es analgesiante y, sin embargo, tiene una acción hipercriesiente (excita las zonas frías). Por otra parte, los tiempos de reacción son totalmente distintos en las diversas sensaciones cutáneas (que se clasifican por este orden: táctiles, de frío, de calor y de dolor, siendo éstas las más lentas en producirse), lo que representa un nuevo argumento a favor de la hipótesis de que cada una de ellas tiene una vía propia de transmisión.

d) Ioteyko y Stefanowska creen que el retraso de recepción de las impresiones dolorosas es debido a que el fenómeno álgido resulta de la excitación química de las terminaciones nerviosas por unas substancias "algógenas" engendradas siempre que existen procesos vivos de desintegración celular (hecho patológico). Estas impresiones tomarían estado consciente en centros nerviosos bilaterales, con la particularidad de que la mitad izquierda del cuerpo es más sensible a ellas que la derecha. La fatiga, la atención y el miedo exageran –según las mencionadas investigadoras– la percepción del dolor. Además, ésta se encuentra siempre aumentada en las excitaciones correspondientes a la mitad izquierda del cuerpo, lo cual indicaría no sólo la existencia de centros nerviosos especiales para el dolor, sino una asimetría funcional de éste.

e) Goldscheider, en su libro sobre las sensaciones dolorosas, se opone a la idea de que haya puntos exclusivamente dolorosos, así como niega también la existencia de los llamados "corpúsculos del placer" (Wollustörpchen de Krause, identificados por Finger y confirmados por Wertheimer y Dogiel). Según él, existen dos sistemas cutáneos: uno capaz de responder con una impresión táctil para las excitaciones débiles y una impresión dolorosa para las fuertes, y otro que además de dar la sensación de contacto respondería con una sensación álgica a la presión.

Las ideas de Goldscheider han fructificado en otras concepciones "dualistas" de la sensibilidad dolorosa que tan sólo citaremos (Thunberg, Alrutz, Head, Pieron). Todas ellas tienen de común la distinción entre la sensibilidad cutánea superficial, viva, delimitable y específica al "pinchazo" (para la cual Pieron propone el nombre de "sens de la piquère") y las multiformes impresiones álgidas (de compresión, distensión, avulsión, escozor, etc.) derivadas de las llamadas sensibilidades profundas. Pieron –el más destacado de los actuales dualistas– cree que el verdadero dolor es, en esencia, una reacción emocional, talámica, que se produce tardíamente y de vez en cuando en la escala zoológica (por necesitar una cierta complejidad estructural y funcional psico-nerviosa) y que debe estudiarse entre los fenómenos afectivos y no como hasta ahora se había hecho, entre las senso-percepciones.

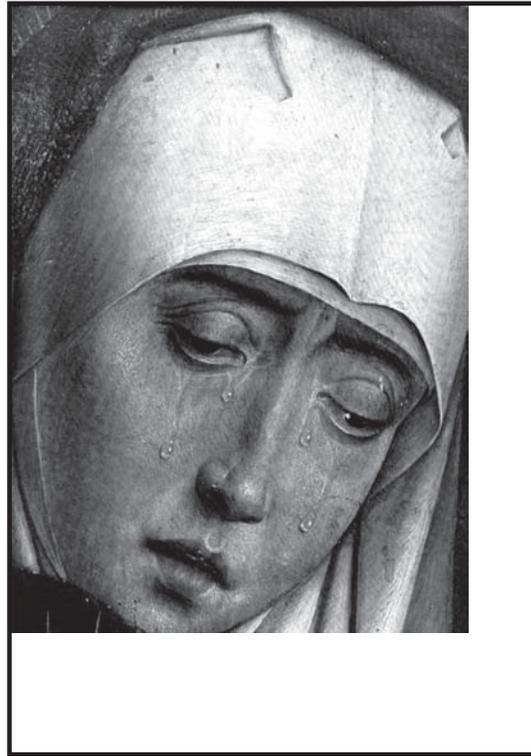
f) Storrington adopta una posición intermedia entre los unicistas y los dualistas: niega la existencia de órganos receptores específicos de la impresión dolorosa, pero admite, en cambio, la existencia de una vía especial de conducción, que es excitada por la energía que ha desbordado las vías ordinarias de transmisión de la sensibilidad. Según esta concepción, el dolor sería, pues, producido por un exceso de estimulación sensorial o cenestésica y representaría un fenómeno de irradiación, totalmente comparable a los de resonancia que se observan en la acústica.

g) Kulenkampff afirma que el dolor es percibido a través de vías simpáticas, es decir, de fibras no mielinizadas, en las que la velocidad de conducción del impulso es mucho más lenta; eso explicaría el retraso de percepción que se observa siempre en las excitaciones algógenas. Todos los dolores van acompañados del cuadro de excitación del simpático (midriasis, aumento de la tensión arterial, y de las contracciones cardíacas, sensación del calor y congestión facial, evacuación de los esfínteres, piel de gallina, etc.). Claro es, no obstante, que la presencia de este cuadro –ya previamente descrito por Cannon– no indica el papel específico del sistema vegetativo en la transmisión de las impresiones algógenas, ya que es imposible separar el dolor de la emoción de miedo o de cólera que le acompaña y en ambas ha demostrado Cannon la producción de una descarga adrenalínica –secundaria– que podría ser la única fuente productora del síndrome somático acompañatorio del dolor.

Kulenkampff cree que las excitaciones algógenas siguen hasta los centros mesencefálicos, tres vías: 1ª, la de las fibras simpáticas de los órganos internos; 2ª, la de los filetes simpáticos perivasculares (los más importantes, de acuerdo con Leriche); 3ª, la de las fibras simpáticas antidrómicas, que caminan con los nervios cerebrospinales, confundidas con las raíces motoras.

Como vemos, pues, no puede decirse que haya un acuerdo entre los fisiopatólogos y los anatomofisiólogos respecto a la base orgánica del dolor. Unos afirman que se trata de una forma de sensibilidad específica, otros creen que es una modalidad afectiva común a múltiples formas sensibles. Algunos creen que la producción del dolor se encuentra condicionada por un factor de intensidad de excitación, mientras que otros admiten la necesidad de una cualidad especial del estímulo. Unos afirman que el dolor se transmite por las raíces posteriores, otros (Bell-Mangendie) nos dicen que camina por las raíces anteriores y otros opinan que lo hace por los cordones laterales, no faltando quien asegure que lo hace por la cadena simpática extramedular...

Por otra parte, recientes experimentos de Pieron han demostrado que los tiempos de reacción –en la misma región cutánea– son diferentes para las diversas formas de estímulos algógenos; así, por ejemplo, se puede admitir que la onda reaccional al pinchazo va a una velocidad de 16 metros por segundo, mientras que la de la incisión lo hace a la velocidad de 12 metros, y la de la quemadura, mucho más lenta, a la de 4,5 metros por segundo (el contacto, en cambio, se transmite a 40 metros por segundo). Este hecho (proporción inversa entre la velocidad de aparición del dolor y el peligro orgánico a que responde o del cual es signo) es suficiente para destruir todas las teorías finalistas que pretendían hacerle el guardián de la integridad orgánica, el centinela que advierte al espíritu de los peligros físicos que le amenazan.



Si pretendemos sacar algún provecho del estudio de los fenómenos somáticos que acompañan a los grandes dolores (alteraciones pupilares, vasomotoras, excretoras, respiratorias, hemáticas, etc., etc.) caeremos en un nuevo océano de confusiones, toda vez que, según los estímulos que han sido adoptados, las particulares características de los sujetos del experimento y la técnica empleada, los diversos autores han obtenido los resultados más distintos e imaginables. Apenas si parece haberse comprobado con cierta constancia el hecho de que el dolor aumenta inicialmente la tensión sanguínea y acelera los latidos del corazón, excepto cuando es tan fuerte que provoca fenómenos colapsales. Además, la imposibilidad en que se encuentran los psicofisiólogos para separar los síntomas somáticos concomitantes del dolor y los de las reacciones emocionales que éste despierta (miedo, cólera, etc.), hace que tampoco pueda esperarse una mayor coherencia en los resultados de los experimentos futuros en este aspecto.

Finalmente, queda el estudio más externo del dolor, es decir: la investigación de las "expresiones" algógenas (gestos, actitudes corporales o faciales). ¿Qué nos dice la observación directa de las personas afectadas de grandes dolores? ¿Cómo se caracteriza la expresión de un dolor intenso? Digámoslo de una vez: de ninguna manera. En el capítulo sobre el dolor del "Tratado de Psicología" de Dumas, el curioso lector podrá ver algunas fotografías impresionantes y guiñolescas de personas martirizadas –en otras épocas y lugares– y podrá hacerse cargo de cómo la faz y la actitud de un mismo sujeto cambian extraordinariamente de un momento a otro bajo la influencia del dolor paroxístico: tan pronto se crispan como se relajan sus músculos; su cara, ahora toma una expresión de rabia, ahora

de miedo, ahora de estúpida indiferencia, ahora de estática beatitud... Sí se trata de sujetos con libertad de movimientos, según la localización y el curso del dolor toman posiciones de las más diversas, realizan los movimientos más dispartados, o bien permanecen inmóviles, con tensión o sin ella... Es decir, no hay manera de llegar "por fuera" a la descripción y caracterización del fenómeno doloroso como algo específico y aislable en el campo de las experiencias psíquicas.

EL DOLOR VISTO "POR DENTRO"

Intentemos ahora seguir un camino inverso, es decir, estudiemos el dolor de dentro a fuera, subjetivamente, sin perder, no obstante, la actitud puramente descriptiva, fenomenológica, para ver si así obtenemos mejores resultados. En primer lugar: ¿qué nos dicen los psicólogos que nos han precedido en esta vía? Sería larga tarea la de resumir sus opiniones; por eso nos limitaremos a citar la del autor que más recientemente –aprovechando todo lo que ya se ha hecho– ha sometido esta cuestión a un tal análisis: Wolgemuth. Este fino investigador inglés, en su monografía (*Pleasure-Unpleasure Analysis of the Jeefing elements*. British Journal of Psychology. Monogr. n. 2), mantiene con energía que el dolor se acusa al sujeto como algo bien diferente del "desplacer". Dice que el dolor tiene las cualidades de una sensación, y el desplacer las de un sentimiento. Nos añade que es posible la coexistencia de una sensación acompañada de un tono afectivo desagradable y de un sentimiento de placer. Nos afirma también que el dolor no es "necesariamente" molesto o desagradable, aunque resulte así la mayor parte de las veces. Wolgemuth nos aclara finalmente, por vía introspectiva, otro problema: la pretendida génesis del dolor sensorial por excitaciones específicas de intensidad anormal, o desproporcionado al deseo expectante del sujeto, no existe; lo que en tales condiciones se presenta vs un sentimiento de desplacer (ligado a una sorpresa o decepción).

Reconociendo el interés de estas conclusiones, hemos de confesar, no obstante, que no bastan para satisfacer nuestras ansias inquisitivas. Precisa, pues, librarlos a la exploración fenomenológica con nuestras propias armas. Y en tal caso, ¿qué es lo que en primer término resalta en nuestras experiencias y en los testimonios que recogemos, espontáneos o provocados, actuales o retrospectivos, de sanos o de enfermos? Pues el primer hecho comprobado es la diferente "cualidad" de los dolores físicos, sensuales, tópicos y de los dolores psíquicos, morales, globales. Esta diferente cualidad de ambos tipos de vivencia hace necesaria su separación terminológica: precisa reservar la palabra "dolor" para expresar la vivencia que tiende a producir el sufrimiento físico, externo originariamente a la conciencia del "yo" y que se acusa en ella en un momento dado con mayor o menor intensidad y extensión de sus elementos procedentes de la denominada área somática. Mientras que precisa dar el nombre de "pena" a la vivencia originaria del sufrimiento psíquico propiamente dicho, engendrado primitivamente en el "yo", que llena desde el primer momento de su aparición la totalidad de la conciencia, hasta el punto de hacer desaparecer de ella a todo otro elemento o de teñirlo con su especial cualidad en ciertos casos, en el dolor físico. Podemos decir que el sujeto

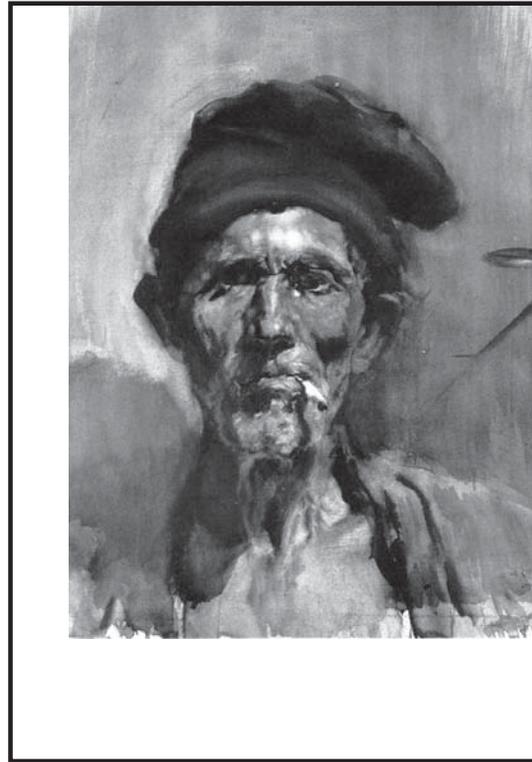
y la vivencia álgica se oponen mutuamente y destacan la bipolaridad psicofísica hasta el punto de querer "separarse" por medios físicos. En la pena, esta bipolaridad desaparece y el sujeto no "recibe" el dolor sino que "es" él mismo dolor. Por esto en los casos más violentos es él "íntegramente" quien busca la muerte como único remedio. La misma diferencia perceptiva que debe existir entre la joroba (propia) y un saco cargado a la espalda (añadido) existe entre el dolor (siempre centrípeto respecto al "yo") y la pena (siempre centrífuga respecto de él). Esta diferencia explica la posibilidad de que la pena se engendre con toda la intensidad imaginable por hechos pasados o futuros (remordimiento o presagio; recuerdo o temor), mientras que el dolor tan sólo es vivido como presente.

Dolor y pena por sí mismos provocan el sufrimiento, pero éste es en realidad un producto final (*Endprodukt*) resultante de la interacción de las diversas experiencias sensibles producidas en un momento determinado y, principalmente, derivado –como pronto veremos– de la actitud prospectiva de reacción que el sujeto adopte ante él. Podemos decir, pues, que el dolor o la pena son condiciones necesarias, pero no suficientes, para provocar el sufrimiento. De hecho, todos sabemos que en determinadas circunstancias (éxtasis religioso, excitación genésica, satisfacción de impulsos toxicomaniacos) es posible que un sujeto pueda soportar grandes dolores y, no obstante, no sufra, sino que disfrute del momento en que lo experimenta. Análogamente, podemos imaginar que una pena (muerte de un ser querido) al coincidir con la satisfacción de un deseo intensísimo (consecución de un ideal social, político, religioso, etc.) no cause sufrimiento. Por otra parte, si el dolor y la pena son los factores que con mayor frecuencia causan el sufrimiento, no son los "únicos" que pueden determinarlo. Existen, en efecto, otras causas de padecer: por ejemplo, el sentimiento de "vacío" (*sentiment du vide de Janet*) de que se quejan los enfermos psicoasténicos, puede llegar a ocasionar sufrimientos horribles. (Así, una de las pacientes observadas por este autor le escribe: "Es espantoso lo que sufro; no puedo resistir ni un momento más esta vida sin impresiones, sin color ni afectos; soy "una muerta" que "sufre"; todo lo veo como a través de una niebla, irreal, extraño; no tengo ánimos de nada ni puedo emocionarme por nada; "es horrible no poder sufrir cuando me dan una mala noticia" ni alegrarme cuando mi hijo llega del colegio tan contento con sus buenas notas; preferiría mil veces cualquier enfermedad, a estos trastornos..."). Inversamente, se han observado casos en los cuales el dolor o la pena son únicamente "percibidos" por el sujeto "sin sufrirlos"; se trata de enfermos, que han sido descritos por Schilder, afectados de una alteración del *gyrus marginalis* (centro receptor en la corteza de las impresiones álgicas). Este autor designa el trastorno con el nombre de "asimbolía álgica" y los sujetos que lo padecen son, sin duda, dignos de la mayor curiosidad de observación; cuando se les provoca un dolor violento lo notan perfectamente, lo describen con todo detalle y valoran su intensidad y cualidad con perfecta justeza, pero no exhiben la más pequeña reacción de defensa y afirman que tal dolor, por fuerte que sea "no les hace sufrir". Análogamente, en ciertas personas esquizoides se observa una indiferencia sorprendente ante las desgracias morales, lo que no impide que reaccionen incluso exageradamente a ellas. En un caso observado por nosotros, el sujeto (E. L. R.) asistió impasible a la muerte de su

madre, conversó fríamente con los presentes, mientras la familia daba muestras del mayor desconsuelo. Fue el único que cenó aquella noche e incluso cogió un libro y estuvo leyendo indolentemente cerca de una hora. A las once se encerraba en su habitación y se suicidaba con tres tijeretazos en la región cardíaca, uno de los cuales le fracturó el esternón. Interrogados a posteriori los hermanos, nos dijeron que E. había sido siempre un "lunático" y que todas las manifestaciones de su afectividad parecían paradójicas y artificiosas. A veces, de pequeño, cuando su madre le reñía, él decía: "Siento que he de estar triste y hasta me parece que lo estoy, pero no puedo llorar ni sufrir". Estos detalles no son excepcionales; todos los psiquiatras sabemos que en los temperamentos esquizoides las reacciones afectivas no se desarrollan como en las otras personas en la escala diatésica (alegría-tristeza; placer-sufrimiento), sino en la escala psicoestésica (insensibilidad-hiperestesia).

Vemos, pues, que el "sufrimiento" debe ser diferenciado como vivencia del dolor y la pena, si se quiere introducir un poco de precisión en este estudio. Las tres vivencias pueden existir independientemente la una de la otra, incluso en personas normales (tal es el caso de los sujetos sometidos a violentas y perdurables conmociones morales que afirman al final, agotados y vencidos, que ya "no pueden" sufrir más, a pesar de que continúan sintiendo las mismas penas, como presentes en sus conciencias). Ahora bien, si el dolor y la pena tienen un interés excepcional para el humanista, es precisamente en función del sufrimiento que pueden ocasionar. Esta afirmación incluye, por tanto, una esperanza, la de poder ahorrar –mediante una intervención oportuna– el sufrimiento cuando no sea posible actuar sobre las causas productoras del dolor y la pena. Y, en efecto, esta esperanza ha sido ya convertida parcialmente en realidad en el campo de la Medicina: el terapeuta dispone de un arsenal de sustancias que pueden mitigar el sufrimiento de los dolores: los analgésicos. Pero las penas no pueden tratarse tan fácilmente. Ante ellas, el hombre utiliza –como pronto veremos– múltiples recursos psicológicos, pero le faltan, en cambio, los medios fisicoquímicos eficientes para hacerlas soportables. Los anestésicos generales, los hipnóticos y los sedantes más intensos, no evitan el sufrimiento que la pena ocasiona, sino en la medida en que suprimen y ofuscan la conciencia del sujeto, es decir, que le privan de su vida psíquica (en forma más o menos duradera); existen, es verdad, ciertas sustancias (protóxido de nitrógeno o gas hilarante, muscaína, benzedrina) que pasajeramente y en ciertos individuos pueden cambiar el tono afectivo, proporcionándoles una alegría "artificial", sin perturbar en forma apreciable las funciones perceptivas, pero la inseguridad y rapidez de estos efectos no justifican su uso en general, tanto más cuanto que sus efectos tóxicos secundarios pueden ser perjudiciales para el organismo.

Sigamos, no obstante, la diferenciación terminológica: nos falta aún precisar –si podemos– el contenido fenoménico correspondiente a las vivencias de la angustia y la ansiedad que por sí mismas pueden determinar también un sufrimiento intenso. Para los profanos, angustia y ansiedad son términos sinónimos, mas para los psicoanalistas ortodoxos significan hechos diferentes: la angustia sirve para designar un estado en el cual se asocian diversas impresiones de malestar orgánico, principalmente localizadas en la caja torácica (opresión del



pecho, paraestésias –frío, pinchazos, etc.– del corazón, sudor frío por todo el cuerpo) y una vivencia de miedo "indeterminada"; la ansiedad, en cambio, nos presenta en primer plano un estado de inquietud y agitación molestas, que siempre aparecen ligadas con la presencia de una intensa tendencia –apetitiva o repulsiva– "anticipadora de un resultado". La ansiedad aparece, pues, ligada siempre a un determinado contenido de conciencia, es decir, a una idea concreta de algo que el sujeto considera próximo a realizarse y que desea o rechaza intensamente con su personalidad psicofísica. Si, por virtud de un esfuerzo intenso de represión, desaparece el elemento ideológico de la ansiedad y se refuerzan las vivencias orgánicas que le acompañan, veremos aparecer en su lugar la angustia. Inversamente, si con una terapéutica psicoanalítica descubrimos el complejo causal de una angustia, la transformaremos en ansiedad.

Prácticamente, la diferencia entre los dos estados es sencilla: mientras las personas que tienen angustia requieren la presencia del médico y se quejan de molestias físicas, las que sufren de ansiedad piden la favorable resolución de la situación psíquica que la provoca.

Si quisiéramos apurar los términos, aun podríamos, con mucha más facilidad, añadir las diferencias de otros estados distímicos que son causa frecuente de sufrimiento (la tristeza, el disgusto, el remordimiento, la aversión, etc.); pero no es ésta la tarea que hemos de hacer, sino la de ver que orientaciones podemos sacar de lo que hasta ahora hemos dicho. Nos parece haber puesto en claro que precisa establecer una duplicidad terminológica para designar la vivencia del dolor orgánico (dolor propiamente dicho) y la del hasta ahora llamado dolor moral o psialgia, para el cual proponemos la utilización de la pa-

labra "pena". Análogamente, creemos haber precisado el hecho de que el dolor y la pena son condiciones y "nada más que condiciones" elementales determinantes del sufrimiento, el cual, por otra parte, puede ser determinado por otras causas. Sabemos que el estado de ánimo resulta en definitiva de la interacción de los diversos sentimientos presentes en un momento dado, y por tanto, es factible que el dolor o la pena coexistentes con otras vivencias de tonalidad afectiva diferente, no lleguen a poner al sujeto en estado de sufrimiento, no obstante destacarse (el primero localmente, y la segunda globalmente) en el campo consciente del sujeto.

Eso nos induce a profundizar un poco en el estudio de las condiciones que regulan el estado de ánimo en un momento determinado. En este aspecto hemos de confesar con rubor que tenemos algunas ideas originales, hijas de nuestra experiencia clínica, pero no aptas para recibir sencilla demostración por la vía psicoexperimental sistemática; a nuestro juicio, el presente psíquico es prácticamente inexistente en la vida afectiva de los sujetos normales que generalmente aparece orientada hacia el "futuro" (tendencia prospectiva determinante de la actitud de reacción previa), con ligeras incursiones en el "pasado". Dicho más claro: la "constelación", psíquica resultante de la experiencia inmediatamente precedente y la tonalidad afectiva derivada del conjunto de "prospecciones" (previsiones del futuro subjetivo inmediato) tienen mucha más importancia que el tono de las vivencias presentes para la determinación del sufrimiento o del placer inherentes a la total actividad psíquica en un momento determinado. Si fuese posible experimentar un dolor o una pena de insólita violencia, pero de "duración instantánea" quedaríamos admirados de lo insignificante que sería el sufrimiento provocado. El sufrimiento ocasionado por uno u otro crecería, enormemente, tan pronto como su persistencia llegara a establecer la fusión entre el tono afectivo de la constelación "dirección" afectiva preestablecida y el de la experiencia actual. Y aun aumentaría mucho más si el tono sentimental de las "prospecciones" (siempre más intuitivas que lógicas) coincidiera con ellos. Es tan sólo entonces cuando se engendra propiamente el "estado de sufrimiento". Todos hemos visto la influencia que la previa actitud afectiva ejerce sobre la vivencia de la actualidad. Mil veces se ha repetido que sentimos la realidad no como es, sino como esperamos sentirla (proceso catafímico); por eso a un melancólico nada hay que le dé alegría, a pesar de conservar íntegras sus funciones perceptivas, y a un maniaco (delirio de grandezas de la parálisis general, por ejemplo) nada hay que lo haga sufrir. Falta añadir que es asimismo de una importancia predominante en la determinación del sufrimiento o del placer subjetivos, el grado de concordancia existente entre los "propósitos" (tendencias pasadas a la fase conativa) y la apreciación subjetiva del porvenir; en tanto una tendencia activada de reacción domina en el campo consciente, y la actividad personal orientada por ella y subordinada a la consecución de su descarga se desarrolla en forma que el organismo "prejuza" segura la obtención de su objetivo, se puede afirmar que ni las causas físicas ni las morales que de una manera intercurrente pueden actuar sobre él, serán suficientes para determinar su sufrimiento. Éste empezará automáticamente, tan pronto como –por circunstancias que en este momento no hemos de analizar– se altere la sintonía entre el propósito y la prospección, es decir, entre aquello que el organismo "quiere" que suceda

y lo que "piensa" que sucederá. Ello es tan cierto que sin miedo a decir un disparate podemos afirmar que la Humanidad sufre más a consecuencia de los conflictos que ella se crea artificialmente (Fantasía) que de las desgracias a las cuales objetiva e inexorablemente se ve expuesta (Realidad).

La posibilidad que tiene nuestra mente de avanzar a los acontecimientos nos lleva a vivir casi siempre orientados hacia el futuro, y en este aspecto el sufrimiento por un hecho presente sólo se desencadena cuando éste se integra en el flujo (prospección) o en el reflujo (retrospección) de los procesos psíquicos que por su propia esencia huyen del estatismo del momento. De la misma manera que para el conductor de un auto lanzado por una ruta, el camino que ajusta sus reacciones presentes es aún un futuro para las ruedas, y el que pasa por debajo de ellas ni tan sólo es visto, (disociación entre el presente de dentro y el de fuera del coche), así también, en el dinamismo de los procesos conscientes, el camino de la vida es visto como presente, cuando en realidad es futuro para el organismo, y el que en éste se acusa más tarde como presente es ya "pasado" para el psiquismo que, cual centinela de avanzada, realiza la mayor y más típica parte de su trabajo en forma de previsión, abandonando en gran parte a los automatismos subconscientes la ejecución material de las decisiones.

Mil hechos podríamos aducir para confirmar lo que acabamos de decir, pero quizá será más interesante acabar el desarrollo de nuestra tesis antes de tratar de demostrarla: si es verdad lo que llevamos dicho, la lucha contra el sufrimiento será preciso iniciarla procurando que la constelación y la prospección (antecedente y consecuente afectivos) sean agradables, es decir, satisfagan plenamente las tendencias más básicas del "yo". La primera parte de esta tarea sólo podrá realizarse cuando se pueda prever el momento en que se ha de provocar el sufrimiento (así se explican ciertas costumbres que superficialmente pueden parecer absurdas, tales como las de servir grandes banquetes a los condenados a muerte, organizar fiestas para despedir a los que marchan a la guerra, prometer regalos antes de las operaciones, etc.). La segunda, pero la más importante, podrá hacerse siempre, a condición de que conozcamos al sujeto lo suficiente para poder escoger los estímulos más efectivos para reactivar las tendencias cuya satisfacción contrarrestará su sufrimiento.

En definitiva, hay que lograr engendrar en el sujeto el convencimiento de que la causa de su sufrimiento puede aportarle, al mismo tiempo, una satisfacción ulterior más intensa ("no hay mal que por bien no venga"); éste y no otro es el mecanismo de "consolación de la pena", que equivale prácticamente a la desaparición del sufrimiento ocasionado por ella. Así, el operado soporta los dolores con la esperanza de que con ellos se libra de otros mayores; el hijo se conforma con la muerte de la madre, pensando que ésta le ha evitado sufrir más tiempo; el amante engañado se alegra de que el sufrimiento le haya servido para arrancarse una venda de los ojos y le haya permitido recobrar la libertad de acción; el hombre robado pensará que, gracias a una pérdida relativa, ha evitado una más grande, que se habría producido tal vez si al darse cuenta del robo hubiese entablado una lucha con el ladrón. En resumen: la gente dice que "quien no se consuela es porque no quiere" y esto en parte es cierto en el sentido de que casi siempre es posible en-

contrar el medio de hacer que resulte agradable la proyección de la persona desconsolada.

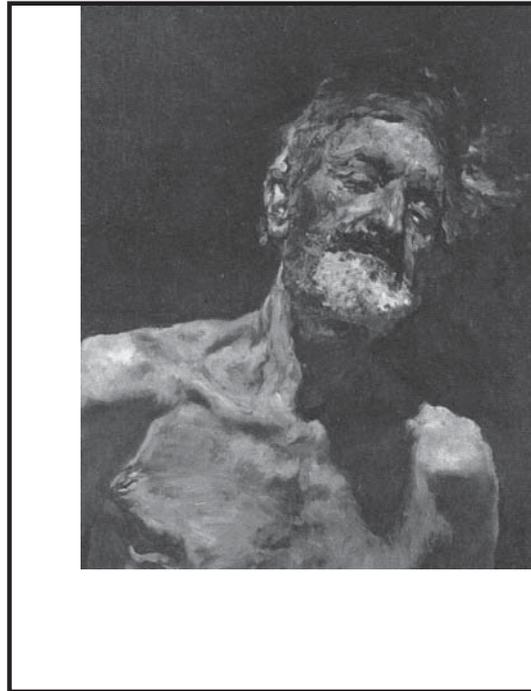
LA LUCHA CONTRA EL SUFRIMIENTO

Después de todo cuanto hemos escrito, ha llegado la hora de intentar una síntesis que permita obtener un criterio práctico para iniciar con eficacia la lucha contra el sufrimiento en general (sea motivado por el dolor, por la pena, por la angustia o por la ansiedad). No cabe duda que si logramos enunciar algunos principios generales de actitud y de conducta para evitar o disminuir los sufrimientos humanos, nuestras divagaciones anteriores dejan de serlo y tomarán una coherencia y una significación que ahora no tienen.

Ahora bien, de todo lo dicho parece deducirse que en cualquier momento existe en la conciencia una incompatibilidad entre los procesos generales de recepción (actitud centrípeta) y de reacción (actitud centrífuga) o más exactamente, entre la actitud de interiorización y la de extrayección. Si esto es cierto, todo cuanto tiende a disminuir la violencia de las reacciones motrices y a favorecer la percepción de las impresiones sensibles aumentará la capacidad de sufrimiento y recíprocamente. La mejor defensa contra el sufrimiento será, pues, la "acción", en virtud de la cual el potencial movilizado en el acto de conocimiento no quedará estancado (perdónese el simbolismo) en los centros sensibles afectivos (corteza parietal para los dolores; mesencéfalo para las emociones penosas, la angustia y la ansiedad), sino que siguiendo su trayectoria a través de las vías nerviosas, irá a descargarse en las vías eferentes cerebroespinales. Si no es así, esta energía se consumirá en los mismos centros sensibles y afectivos y derivará lentamente hacia el campo del sistema nervioso vegetativo, creando –en su descarga en las vísceras– las perturbaciones orgánicas características y propias de los "estados" de sufrimiento (alteraciones cardíacas, circulatorias, respiratorias, digestivas, glandulares, cenestésicas, etcétera).

¿Cómo, pues, asegurar la acción (es decir, la reacción) extrayectora en estos casos? Esto equivale a preguntarnos: ¿cómo lograr que el sujeto adopte una "actitud prospectiva" (es decir, una actitud basada en proyecciones) satisfactoria?, pues hay que tener en cuenta que no precisa que la acción se realice objetiva y materialmente, para que ejerza efectos sedantes en el sufrimiento. Basta que la acción sea implícita y quede detenida en estado de conación: estado que se reflejará en la zona intelectual en forma de "creencia", en la afectiva en forma de "presentimiento" y en la motriz en forma de "propósito", adoptando con más claridad una u otra, según sea la fase en que se encuentre la actividad consciente en un momento determinado. Tan pronto como el sujeto llega a adoptar esta actitud prospectiva (acción potencial que se desarrollará en los tres planos de actuación consciente) sabemos que su sufrimiento desaparecerá si ella pone en juego la energía de una tendencia primitiva de reacción (tal es, por ejemplo, la explicación de la sonrisa de satisfacción que surge en la faz, hasta entonces contraída por el sufrimiento, del prisionero que ha logrado planear su última venganza).

Así podemos contestar a la pregunta con que hemos empezado el párrafo: conseguiremos dominar el sufrimiento si logramos favorecer la rápida adopción de la



actitud de extrayección, presentando al sujeto el mayor número de posibilidades (estímulo) para despertar sus tendencias combativas, que lo lleven a una superación activa de las causas de sufrimiento, o bien, sugiriéndole una proyección agradable (invocación de influencias ajenas que conduzcan al mismo resultado), sin su intervención activa. Por esto es que ante personas débiles de espíritu habrá que utilizar una argumentación mágica (Divina Providencia), mientras que una argumentación realista será más eficaz para consolar a los sujetos dotados de intenso convencimiento de su propio valer. Cuanto mayor sea la agresividad individual, menor será la capacidad de sufrimiento. Cuanto más pequeño sea el coeficiente intelectual, más limitado será el número de causas productoras del sufrimiento, pero en cambio resultará también más difícil el superarlo sin la intervención de la mágica (actitud irracional de fe, derivada de la creencia submisiva en poderes incontrolados).

Por consiguiente, tenemos dos vías para dominar el sufrimiento, y la utilización de una u otra nos conducirá a idéntico resultado aparente. Pero, ¿son equivalentes en definitiva? De ninguna manera: la vía mágica (religiosa) nos llevará a la "resignación" o, incluso, al "estoicismo". La vía realista nos conducirá a la actitud combativa y por ella a la total extrayección del "yo" que culminará en la satisfacción propia y en la verdadera posición amorosa (entiéndase altruista, cordial, afectiva y sincera) ante el mundo. El hombre que adopte la primera, continuará pensando que "hemos venido al mundo para sufrir" y tan sólo querrá hacerse digno de ulteriores beneficios apurando hasta el fin el "cáliz de la amargura". Actitud pasiva, contemplativa o mística de disolución del "yo" que trata de encontrar su felicidad identificándose con algo (Dios, Espíritu, Principio o Fuerza) superior a él.

Inversamente, el hombre que adopta la segunda po-

sición, conceptúa el sufrimiento como un signo de imperfección biológica contra el cual hay que luchar. Quiere tener todas las ventajas de una sensibilidad que lo remonte por encima de los animales, sin tener que experimentar sus inconvenientes. Ve en el dolor y en la pena estímulos internos poderosísimos para la acción. No se resigna; lucha; no se aparta de la realidad; intenta someterla (como si fuese un pequeño Dios) a sus designios. No se interioriza: se extrayecta.

Revive en forma de actos la energía introducida en el aparato psiconervioso por las sacudidas del ambiente vital. Y como consecuencia de esta "souplesse" funcional, de esta ausencia de represiones no derivadas (por sublimación) y de esta simplificación general de su actividad psíquica, que fluye libremente como el agua en las fuentes naturales, llega a tener una satisfacción de sí mismo más perenne y más real que el anterior (Pensemos en la desesperación que sigue a los estados de éxtasis y recordemos aquel "muero porque no muero" de Santa Teresa).

Siguiendo la escala evolutiva de las reacciones emocionales, tanto en la serie filogénica como en la ontogénica, encontramos como más primitiva y básica la reacción emocional, inmovilizadora, suspensora de la actividad vital y destructora de la individualidad psicoorgánica que conocemos con los nombres de "pánico, terror o miedo" (según su intensidad). Le sigue la reacción extensiva, de afirmación de la individualidad y de dominio de la situación que designamos con los nombres de "cólera o rabia". Finalmente, aparece la reacción más efectiva para el desarrollo de la vida intelectual, la reacción atractiva, afectuosa, social, integradora y superadora de la antinomia sujeto-objeto, que conocemos con el nombre de "amor", durante la cual el sujeto, una vez resuelto el problema interno de su existencia inmediata, trata de extenderse en el espacio y en el tiempo, estableciendo vínculos con el mundo que le rodea y comenzando a disfrutar de la serenidad imprescindible para dar lugar al pensamiento (por esto la primera fase de esta reacción emocional es conocida con el nombre de "interés simpático"). Nos parece justificado después de todo lo que llevamos dicho, afirmar que a la primera reacción emocional corresponde integralmente la génesis del sufrimiento, a la segunda la lucha contra él y a la tercera su superación. El sufrimiento no es un mal necesario ni el fruto de una maldición divina, sino la consecuencia de una ley general de la evolución, en virtud de la cual se expresa que la "capacidad de impresión" y de sensibilidad es anterior durante un largo espacio de tiempo a la "capacidad de reacción adecuada". Cada vez que la persona se encuentra ante situaciones y problemas para cuya solución no cuenta con una reacción habitual o predeterminada, habrá de crearla pasando por un estado emocional y éste le determinará un sufrimiento tanto más intenso cuanto más básicas sean las tendencias afectivas comprometidas, es decir, cuanto más cerca al núcleo vital del "yo" el conflicto que surge (de naturaleza libidinosa, económica y morbosa, ideológica, lo mismo da).

El proceso de aprendizaje de una adaptación implica un "potencial de sufrimiento" de valor variable, como es natural, según los casos, pero siempre positivo y evidenciable. A medida que las dificultades son vencidas (y en la misma proporción en que se establece el dominio del sujeto sobre la situación), la resonancia emocional va

disminuyendo y cambiando el tono afectivo de la experiencia total hasta surgir el placer –en oposición al sufrimiento– en el momento preciso en que el sujeto se da cuenta de su omnipotencia (real o imaginaria) reaccional.

Y de la misma manera como los atletas deportivos afirman que la alegría del triunfo la han experimentado cuando han visto éste asegurado –unos segundos antes de llegar a la meta–, así también el sujeto experimenta y vive la satisfacción creada por su nueva adaptación, "en el preciso momento en que ésta es determinada y fijada prospectivamente".

Falta ahora ocuparnos brevemente de las relaciones que con el problema del sufrimiento pueden tener otros factores que a menudo han sido invocados como principales elementos reguladores del mismo. Nos referimos, de una parte, a los llamados estados "optimistas" y "pesimistas" del alma, y de la otra, a las llamadas actitudes "sadista y masoquista" (consideradas no desde el punto de vista sexual, sino como tendencias generales de reacción al ambiente vital).

Durante mucho tiempo se ha creído que las personas se dividían respecto al sufrimiento en tres clases: 1ª, las optimistas, que todo lo veían de color de rosa" y sufrían poco o casi nada; 2ª, las normales; 3ª, las pesimistas, que todo lo veían "de color negro" y sufrían exageradamente. Esta creencia ya no puede mantenerse desde el momento que se ha demostrado ampliamente que la primera y la tercera clase correspondían a momentos distintos de la actividad psíquica de las "mismas" personas, es decir, que el que es optimista es a la vez pesimista y viceversa. Optimismo y pesimismo, teniendo en cuenta que son cualidades primarias del alma (y no resultantes de factores experimentales) representan dos aspectos de un mismo temperamento que es conocido con el nombre de "ciclotímico" y que se caracteriza, precisamente, por la mayor facilidad con que el alma de sus poseedores recorre la escala –en ellos más extensa– de la alegría a la tristeza, del goce al sufrimiento, del placer al desplacer.

Otro concepto que queremos combatir y que es también dualista, se refiere a creer que existen personas (masoquistas) que disfrutan padeciendo y otras que disfrutan (sadistas) cuando hacen padecer a los demás.

Pues bien, igualmente se ha demostrado que sadismo y masoquismo son "aspectos" opuestos, pero complementarios, de una misma manera de ser, es decir: no hay masoquistas que en un momento dado no se comporten como sadistas, y viceversa. En efecto: sadismo-masoquismo son sencillas modalidades de lo que los psicólogos llaman instinto agresivo (*Agressionstrieb*), instinto luchador, instinto destructor, instinto dominador, etc., que busca en todo momento afirmar el poder del "yo" (*Wille zur Macht*), adoptando, según las circunstancias, una actitud ofensiva o defensiva, de ataque o de resistencia, para mostrarlo (de la misma manera que los boxeadores se valoran no sólo por su "punching" sino por su capacidad de "encajar").

Como vemos, pues, no es por este camino por el que encontraremos la solución a los problemas, mucho más complejos, de la distimia. Mucho nos tememos que tampoco se haya llegado a encontrarla en todo lo que llevamos escrito. Y por esto, decidimos suspender aquí este ensayo y esperar para continuar el tiempo necesario para enfocar nuestra atención en este campo, desde un nuevo punto de vista ■



confrontaciones



Primero no dañar: el rol de la psiquiatría en la Alemania nazi

Pedro Pieczanski

R3 de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires. Díaz Velez 676 4 "C", La Lucila, Provincia de Buenos Aires, 4799-4921, E-mail: pieczanski@gmail.com

María Florencia Blanco

Médica Especialista en Psiquiatría. Instructora de Residentes del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Andrés Ragusa

R2 de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires, E-mail: andresragusa@hotmail.com

Daniel Matusevich

Médico Especialista en Psiquiatría, Coord. Sala de Internación, Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires. E-mail: dmatusevich@ciudad.com.ar

Carlos Finkelsztejn

Médico Especialista en Psiquiatría, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Introducción

"Presté mi labor en cualquier caso no con una intención criminal, sino con el convencimiento de estar tratando a estas infelices criaturas con misericordia y con el propósito de liberarlas de un sufrimiento, para el que los medios actuales no proporcionan ninguna cura, ningún alivio; me asistía el convencimiento de actuar como un auténtico y concienzudo médico..."

V. Falthausser

Director del Instituto Psiquiátrico Kafbeuren (Declaración ante tribunales norteamericanos, 1945).

El estudio de la historia es una natural e inevitable actividad humana. Revisar el pasado para lograr su profunda comprensión permite al mismo tiempo un mejor entendimiento del presente y la posibilidad de no repetir errores en el futuro.

En este trabajo desarrollaremos a partir de una revisión bibliográfica, el lugar de la psiquiatría en Alemania,

en un periodo particular de la historia como es la primera mitad del siglo XX. Analizaremos el desenvolvimiento de dicha rama de la medicina a través de la descripción de las prácticas y los métodos utilizados por los psiquiatras alemanes incluidos dentro de lo que se dio en llamar "programas de higiene racial".

El presente trabajo es el primero de un total de tres cuyo objetivo principal es precisar, a partir de este antecedente histórico y de profundizar en la matriz disciplinar que subyace a dichas prácticas, cuál es el lugar que la reflexión histórico-epistemológica ocupa en la práctica psiquiátrica actual.

Nuestro punto de partida es un trabajo previo en el que planteamos que toda práctica clínica esta condicionada y determinada por supuestos teóricos y por los principios personales del profesional(15).

Material y Métodos

Se realizó esta revisión sobre la base de diversos artículos publicados en libros o revistas obtenidos a partir de una búsqueda en la base de datos MEDLINE y en motores de búsqueda en Internet (World Wide Web) sobre el estado de la psiquiatría alemana durante el gobierno de Adolf Hitler.

Contexto histórico - Ideología subyacente

La ideología nazi no comenzó bruscamente con la asunción de Hitler en 1933(18). Durante el siglo XIX se desarrollaron conceptos que cimentaron dicha ideología.

Ernst contempla que tras la teoría darwiniana sobre el origen de las especies (1859), se entendió al hombre como privilegiado por ser el más fuerte, más inteligente y por poseer un cerebro de mayor tamaño(4).

Dudley y Gale citan luego el surgimiento del concepto de darwinismo social en Alemania(3), el cual sostiene que así como las especies luchan por la supervivencia del más apto, las naciones lo hacen de una manera similar. En este proceso de selección natural la nación más apta sería aquella genéticamente más pura(1, 4). Haeckel un influyente autor de la época sostiene que las diferentes razas se comportarían de manera equivalente a como lo hacen las diferentes especies y que las diferencias raciales en inteligencia y desarrollo cultural separen a los individuos. Las "razas inferiores" eran consideradas psicológicamente más cercanas a los mamíferos y entonces se les debía asignar un valor a sus vidas totalmente diferentes(3), sin reparar en el hecho de que todos somos mamíferos.

Años más tarde, Mendel funda la genética. Se refuerza la idea de que las enfermedades mentales podrían ser hereditarias. Salcedo plantea que es en este momento cuando comienza a acuñarse el término "degeneración", haciendo referencia a que las diferentes patologías adquirirían a medida que fueran pasando de generación en generación un mayor grado de degradación del ser humano(19).

En 1895, el psiquiatra alemán Ploetz plantea que destruir la vida que no tiene valor es "un tratamiento puramente curativo"(1) publicando sus teorías sobre la inferioridad racial en el libro *La Aptitud de Nuestra Raza y la Protección del Débil*(4). En 1909 funda la Sociedad Alemana para la Higiene Racial.

En 1916, se realiza en Alemania el primer estudio mendeliano en psiquiatría(19). Llevado a cabo por Rudin fueron evaluados hermanos de pacientes con demencia precoz, publicando con los resultados el libro titulado *La demencia precoz. Herencia y orígenes*. En el año 1917 se inaugura en Munich el Instituto Alemán de Investigaciones Psiquiátricas, dirigido por Kraepelin. La escuela psiquiátrica alemana era la de mayor prestigio a nivel mundial y el conocimiento de dicho idioma era prácticamente indispensable para ejercer la profesión(19).

En 1920 el psiquiatra Hoche publica el libro *Permiso para destruir vida sin valor*, donde se propone la eutanasia para los "mentalmente defectuosos" y la libertad para asesinar a "las vidas que no merecen ser vividas o cuya muerte es urgentemente necesaria" (1, 16, 19). Hitler incorpora las ideas de Hoche(3) y en su libro *Mein Kampf* en 1924, postula que la misión del pueblo alemán era lograr dicha pureza racial.

En 1921, se publica *Genética Humana e Higiene Racial* de Bauer, Fisher y Lenz. Este libro se convierte en la base "científica" del programa de pureza racial nazi(4).

El 14 de julio de 1933, a los pocos meses de la llegada de Hitler al poder y con el fuerte empuje de Rudin se promulga la ley referente a la protección de la raza(3, 4, 12, 16, 19). Preveía esterilizar por la fuerza a los pacientes con "debilidad mental congénita, esquizofrenia, lo-

cura circular (maniaco-depresiva), epilepsia hereditaria, baile de San Vito hereditario (Corea de Huntington), ceguera y sordera congénitas, pronunciadas malformaciones corporales de carácter hereditario y alcoholismo grave"(8). Al año siguiente, con la colaboración de los psiquiatras comienzan a llevarse a cabo las esterilizaciones, que persisten hasta 1945(16).

En 1939, Hitler firma el decreto que autoriza la eutanasia. Un año después se produce la primera "prueba de gaseamiento" en una institución de Brandenburgo, donde dieciocho a veinte personas fueron exterminadas mientras los psiquiatras y demás personal miraban(16). En 1941, se suspende dicho programa, aunque las muertes continúan lejos de la vista de la opinión pública. A expensas del asesinato de los enfermos mentales florece la investigación anatomopatológica. Los profesores Schneider (Catedrático de Heidelberg) y Heinze (director del Hospital Psiquiátrico de Goerden-/Brandenburg) iniciaron dos proyectos de investigación sobre retraso mental y epilepsia; consistían en evaluar a los pacientes en vida varios años, matarlos en los centros establecidos y coronar el estudio con la evaluación anatomopatológica de los cerebros(16). Un tercer caso fue el de Hallervorden (subdirector del Kaiser Wilhelm Institut) quien además de instruir sobre como obtener los cerebros, iba personalmente a uno de los centros de exterminio para extraerlos(3, 16) y declaraba "el material era maravilloso (...) de donde proviene no es asunto mío"(1, 12).

Descripción de las prácticas

A - Esterilización en contra de la voluntad

Uno de los temores de la época era que los pacientes con las enfermedades descritas por la ley de protección de la raza tuvieran más hijos que las demás personas(1, 12).

Se conformaron tribunales integrados por un juez y dos médicos que debían solicitar la esterilización(16). En casi todos los casos recomendaban esterilizar(4). Aproximadamente 350.000 personas fueron esterilizadas (casi el 1% de la población total) y otros tantos fallecieron durante las operaciones(1, 3, 14, 16, 19). Los lugares donde se llevaban a cabo estas prácticas eran, en la mayoría de los casos, clínicas psiquiátricas y, en menor medida, clínicas de discapacitados(4). Los pacientes eran operados y aquellos que no podían ser sometidos a operaciones eran expuestos a radiaciones (rayos X)(22).

Muller-Hill plantea que tanto los psiquiatras como Hitler sabían que varias personas sin enfermedades hereditarias serían esterilizadas igualmente, y que una enfermedad recesiva sólo podría evitarse manteniendo las esterilizaciones durante al menos 600 años. Sin embargo, lo que primaba era el concepto de "beneficio para la comunidad (nación) y no para el paciente"(6, 16).

Estas prácticas sentaron las bases para la esterilización de otras personas (gitanos, criminales, prostitutas) y contaban con el apoyo del Instituto Nacional de la Salud y de varios psiquiatras(16).

B - Eutanasia (Asesinato de enfermos mentales incurables)

En los libros de texto de la época se llamaba "inferio-

res" a los enfermos mentales y en los círculos profesionales, "lastre humano", "conchas vacías" o "vidas que no merecen ser vividas" a aquellos pacientes en etapas avanzadas de su enfermedad(19).

El programa de eutanasia es conocido como Acción T4, por la localización del cuartel general especial para este programa en Berlín (el número 4 de la Thiergartens-trasse)(3, 4, 12, 14). Su director médico era el psiquiatra Heyde(4, 19). Se formó un tribunal de cincuenta médicos (la mayoría psiquiatras) y cada director de clínica debía mandar un informe sobre cada uno de sus pacientes; el cual era leído por el tribunal, que nunca veía al paciente, y decidía si debía morir(3). En este caso marcaban el expediente con una cruz(1). Por esto se los llamó escritores de X o escritores de cruces a los psiquiatras de la época(16).

Los pacientes fueron asesinados en su mayoría en cámaras de gas. La persona que abría la válvula para que saliera el monóxido de carbono(19) hacia la cámara donde se encontraban los pacientes desnudos era un psiquiatra(16). También fue un psiquiatra (Heyde) quien sugirió al monóxido como método por ser más rápido y menos traumático para el asesino(3). Setenta mil enfermos mentales murieron en manos de los psiquiatras(4, 16, 18). Barondess y Lerner escriben que la principal presión para el asesinato de los enfermos mentales hospitalizados fue la necesidad de camas libres para soldados(1, 14).

La eutanasia se convierte en una actividad rutinaria de la tarea hospitalaria(1). La opinión pública estaba en contra de la matanza sin control de enfermos mentales, sobre todo por las críticas que se le hacía desde la iglesia católica(4), que tiempo antes había avalado estas prácticas. A partir de 1941, los asesinatos eran necesarios para la matanza de judíos y para la guerra en la URSS. Hitler suspende la Acción T4 (con los años se evidenció este programa como un plan piloto para el exterminio de millones en los campos de concentración). A partir de allí surge el concepto de eutanasia discreta(4, 16).

C - Eutanasia discreta

Método mediante el cual se siguió asesinando enfermos mentales en instituciones, ya sea por inanición secundaria a la reducción de raciones, por congelamiento debido a no encender la calefacción en invierno, por neumonías luego de la administración de barbitúricos; acciones destinadas a aparentar las muertes como inocentes(16).

D - Experimentación médica(4, 16, 18)

La mayoría de los estudios, sobre todo los realizados antes del inicio de la guerra y durante los primeros años de la misma, antes de la aparición de la "solución final", se realizaban sobre pacientes psiquiátricos. Si bien excede el objetivo de este trabajo revisar las experimentaciones médicas durante la Alemania nazi, es importante destacar que las experimentaciones se centraban en 7 áreas, todas destinadas a perfeccionar el plan de guerra: (13).

- Congelamiento-hipotermia: se evaluaba el tiempo transcurrido hasta la muerte y el mejor método de resucitación(2, 14).
- Genética: experimentos en mellizos con enemas,

exámenes del tubo digestivo, urológicos e histológicos, todos sin anestesia; luego se los mataba para estudiar los órganos y sus diferencias(18).

- Altura: se investigaba a qué altura dejaban de respirar todos los examinados.

- Investigación química: se hacía tomar o se inyectaba a los pacientes agua conteniendo diferentes sustancias químicas, como parte de un proyecto para purificar el agua potable(1).

- Esterilización: práctica ya descripta anteriormente.

- Infecciones: se inyectaban bacilos y gérmenes (tifus, tuberculosis) y se probaban medicamentos (sulfas)(1).

- Transplantes: se amputaban miembros y se les colocaban piernas, brazos, tendones, huesos de otros pacientes ya muertos o recientemente amputados.

Rol de los psiquiatras

Es necesario precisar que todos los acontecimientos contaron con la participación activa de la comunidad científica de la época que en su enorme mayoría compartía la ideología nazi, interviniendo los médicos en la conceptualización, promulgación, diseño y ejecución de los programas de limpieza racial(1, 3, 11, 12, 17). Los experimentos y programas del nazismo eran hechos por psiquiatras que pertenecían al *establishment* científico(3, 14) y sus trabajos se publicaban en revistas internacionales como el *Journal of the American Medical Association*(5, 20) o el *American Journal of Psychiatry*(3, 12).

El 45 % de los médicos alemanes pertenecían al partido nazi, el porcentaje más alto entre todas las profesiones(1, 3, 14, 21). De los 55 médicos que ocupaban los cargos más importantes en los programas de limpieza racial, que dirigían los centros donde se mataba a los pacientes, 21 eran psiquiatras(3).

Las cátedras de diferentes universidades quedaron en manos de psiquiatras afines al régimen(1). Se crearon instancias de formación, como cursos de higiene racial(7, 9, 16, 19), con el fin de preparar a los psiquiatras para la aplicación de las leyes del Reich(19). Se dictaban conferencias acerca de categorías psiquiátricas hereditarias, pronóstico hereditario empírico y acerca de las teorías de evolución racial(12).

Simultáneamente, se comenzó a remover de las sociedades de medicina y de las cátedras de las universidades a los médicos que no comulgaban con las ideas del régimen o que no representaban a la raza "aria". Luego se les denegó a los judíos el derecho a la práctica privada y finalmente se les anuló su matrícula como médicos(1, 12, 20). Para influir en la opinión pública con estas ideas fueron utilizados varios medios. Se publicaron libros, se realizaron programas de radio, se produjeron películas que mostraban a los enfermos mentales como viciosos, siniestros o grotescos(1, 3). Un libro de matemáticas que se usaba en las escuelas de la época plantea el siguiente problema:

"La construcción de un asilo para enfermos mentales cuesta 10 millones de marcos, ¿cuántas casas, que cuestan 15 mil marcos cada una, podrían ser construidas con la misma cantidad?"(22).

Resistencia de los Psiquiatras

Hubo algunas voces disidentes aisladas. Sin embargo la resistencia fue rara y poca(4), la mayoría de los psiquiatras callaron y sólo un catedrático (Ewald) protestó(16). Hubo ejemplos aislados de psiquiatras que se rehusaron a participar en las esterilizaciones o en los asesinatos(21). Otros les advertían a los pacientes los días previos a su ejecución para que se escaparan. Sin embargo, la gran mayoría participaba de forma voluntaria y ninguno fue forzado a hacerlo(1, 21); nada les sucedía a los que se negaban(16, 21). Uno de los principales motivos por los que fue imposible una resistencia efectiva fue que no hubo movimientos organizados de resistencia que les permitiera a los profesionales apoyarse mutuamente(21). Un solo ejemplo de oposición organizada fue un pequeño grupo compuesto por estudiantes (en su mayoría de medicina) en la Universidad de Munich llamado "Rosa Blanca". Durante 1942 y 1943 repartieron folletos denunciando y llamando al pueblo a derrocar al régimen. Fueron descubiertos y degollados(11).

De todas las cartas recibidas y peticiones realizadas ante las autoridades protestando por el asesinato de los enfermos mentales, no se conoce ninguna que haya sido escrita por un psiquiatra(3).

Una vez finalizada la guerra la mayoría de los psiquiatras alemanes escaparon de la justicia, solamente cuatro entre docenas de ellos fueron procesados. En 1946, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Colonia, se votó para que la ley de esterilizaciones continuara sin modificaciones. Dentro de la profesión hu-

bo un silencio casi completo en relación con los hechos sucedidos(3, 16). Esto permitió que muchos implicados continuaran en la práctica psiquiátrica después de la guerra, ocupando lugares de privilegio durante varios años(16). Paradójicamente eran los encargados del cuidado de las personas traumatizadas por la guerra y determinaban el grado de "daño psíquico" que habían sufrido, realizando peritajes en aquellos que afirmaban haber sufrido algún trastorno psiquiátrico durante su encierro en campos de concentración. Continuaron ocupando lugares importantes en la psiquiatría, como ejemplos: Heinze fue director de una institución psiquiátrica para niños en RFA y Hallervorden siguió siendo el subdirector del Instituto. La Asociación Médica Mundial, formada en 1945 en respuesta a los crímenes nazis, tuvo tres presidentes provenientes de organizaciones nazis, el último de ellos el Dr. Sewering un oficial de la SS elegido en 1993, se vio forzado a renunciar. Tres de los doce presidentes de la Sociedad Alemana de Neurología y Psiquiatría entre 1945 y 1980 eran consultores del programa de eutanasia T4(16).

Este silencio se prolongó en las décadas subsiguientes(4).

Recién en 1999, y con motivo de la realización del primer Congreso Mundial de Psiquiatría en suelo alemán, La Sociedad Alemana de Psiquiatría, Psicopatología y Salud Mental programó una exposición con el nombre *In Memoriam* para mostrar parte de la realidad sobre el período más tenebroso de la psiquiatría alemana y la responsabilidad de los psiquiatras en la eutanasia y la administración y realización del programa de asesinatos durante la Alemania del nazismo(10) ■

Referencias bibliográficas

1. Barondess JA. Medicine Against Society: Lessons From the Third Reich. *JAMA* 1996; 276(20): 1657-1661
 2. Berger RL. Nazi science[m]-the Dachau hypothermia experiments. *N Engl J Med* 1990; 322: 1435-1440
 3. Dudley M, Gale F. Psychiatrists as a moral community? Psychiatry under the nazis and its contemporary relevance. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32(2): 242-251
 4. Ernst E. Killing in the Name of Healing: The Active Role of the German Medical Profession during the Third Reich. *Am J Med* 1996; 100: 579-581
 5. Foreign letters. Eugenic sterilization. *JAMA* 1933; 101: 459
 6. Foreign letters. New law for regulation of the medical profession. *JAMA* 1938; 110: 221-223
 7. Foreign letters. Problems of heredity. *JAMA* 1935; 105: 1051-1053
 8. Foreign letters. Sterilization to improve race. *JAMA* 1933; 101: 866-867
 9. Foreign letters. The first course in race hygiene. *JAMA* 1933; 101: 943
 10. Goti Elejalde J. *In Memoriam: Psiquiatría y Nacionalsocialismo*. Goze 1999; 3(7): 65-69
 11. Hanauske-Abel HM. From Nazi holocaust to nuclear holocaust: a lesson to learn? *Lancet* 1986; 2: 271-273
 12. Hanauske-Abel HM. Nuremberg Doctor's Trial. Not a slippery slope or sudden subversion: German Medicine and National Socialism in 1933. *BMJ* 1996; 313: 1453-1463
 13. Leaning J. War crimes and medical science. *BMJ* 1996; 313: 1413-1415
 14. Lerner BH, Rothman DJ. Medicine and the Holocaust: Learning More of the Lessons. *Ann Intern Med* 1995; 122(10): 793-4
 15. Matusевич D. Clasificación y Psiquiatría. DSM IV: el mito de la ateoricidad. *Apuntes de Investigación del CECYT* 2000; 5: 137-45
 16. Müller-Hill B. "Psychiatry in the Nazi era". En: Bloch S, Chodoff P (eds). *Psychiatric Ethics*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1991
 17. Pellegrino ED. The Nazi Doctors and Nuremberg: Some Moral Lessons Revisited. *Ann Intern Med* 1997; 127(4): 307-308
 18. Rosner F. The Nazi Doctors. *Am J Med* 1997; 102: 130-131
 19. Salcedo MT. Psiquiatría Nazi, *Horizonte Sanitario* 2002; 1(1): 45-49
 20. Seidelman WE. The Path to Nuremberg in the Pages of JAMA, 1933-1939. *JAMA* 1996; 276(20): 1693-1696
 21. Sidel VW. The Social Responsibilities of Health Professionals: Lessons From Their Role in Nazi Germany. *JAMA* 1996; 276(20): 1679-1681
 22. Singer L. Ideology and Ethics. The perversion of German psychiatrist's ethics by the ideology of National Socialism. *Eur Psychiatry* 1998; 13(suppl 3): 93s-100s
- El presente trabajo fue publicado en la revista *Anales de Psiquiatría* (Madrid, España) en el volumen 20, n° 1 (enero) p. 36-40, del año 2004. (con permiso de Arán Ediciones S. L)



LECTURAS

Wellington José Alejandro; **La escena y la excepción. Escritura y psicosis.** El Espejo Ediciones, Córdoba, 2004, 113 págs.

Con Prólogo de Anibal Leserre, José Alejandro Wellington nos entrega este ensayo de orientación lacaniana. La obra, que cuenta con tres partes, se abre con un Capítulo sobre la escritura y el psicoanálisis. El debate sobre la escritura que se presenta en el mismo se apoya en textos de Freud y Lacan acerca de esa producción subjetiva enlazando la misma con el concepto de inconsciente. Conceptos acuñados por Jacques Alain Miller y Eric Laurent sirven en esa parte para trabajar el tema. En el segundo capítulo Wellington hace entrar en debate sobre la escritura la perspectiva de Lacan contrastándola con la obra de Derrida y Barthes. Es de señalar en este pasaje la referencia a la interesante contribución de la norteamericana Barbara Johnson quien trabaja la crítica derrideana a Lacan.

Por fin, en el tercer Capítulo, será el turno de las consideraciones sobre la escritura en la psicosis. Aunque aceptando en lo esencial la tesis de Maleval, quien sostiene que es a punto de partida del discurso freudiano que la psiquiatría opera una serie de cambios para llegar a aceptar la capacidad creativa de los psicóticos, Wellington nos recuerda las investigaciones y recopilaciones de artistas locos por Emmanuel Régis, citada en el excelente trabajo de Phillippe Artère, *Une histoire du regard médical sur l'écriture*, publicado por Les empêcheurs de tourner en rond, en 1998. Pero si bien esas producciones de sujetos psicóticos los resitúan en el marco de

la cultura, "lo cual pone en evidencia un giro histórico, éste es aún insuficiente para sostener un discurso y una praxis que en los hechos impliquen un nuevo lugar para la psicosis". Hará falta el advenimiento del pensamiento psicoanalítico para dar cuenta de esta tarea. En ese contexto la escritura de Joyce tendrá una importancia paradigmática, ya que "una de sus características primordiales -dice el autor-, la equívocidad sonora, la sitúa en el eje de uno de los problemas centrales que plantea la escritura en psicoanálisis y que vertebró el libro: su relación con lo real "faunético" de la letra. La escritura monta una escena y la estructura da a esa escena escenarios variables ... Joyce quiso ser "El" artista de excepción, derribando los telones que habían enmarcado por historia o tradición esa escena literaria. Joyce enseña, es lo que Lacan concluye en el Seminario 23 con el concepto de ego, el valor de la excepción como soporte de la escena". El texto de Wellington no deja de invitarnos a reller otros escritos fundamentales sobre la escritura en la psicosis como los de Colette Soler sobre Pessoa y Germán García sobre Macedonio Fernández. Un agradable objeto-libro producido con el cuidado de un editor y escritor de larga trayectoria, el amigo Antonio Moro. En su textura, la obra que comentamos, escrita en una prosa asertiva y elegante, nos invita, en una época de reduccionismo biológico y recurso rápido al arrasamiento sintomático de la psicosis con psicofármacos, a pensar las maneras en que la creación humana sirve para anticiparse al desencadenamiento de la locura o para hacer algo con ella luego de su invasión. Una buena manera de sofrenar el *furor curandis* y aprender a escuchar sentidos en los aparentes "sin-sentidos".

J. C. S.

Gustavo Héctor Vázquez. **Neurociencia. Bases y fundamentos.** Polemos, Buenos Aires, 2005, 176 págs.

"Las neurociencias se han convertido en años recientes en una de las áreas más dinámicas y que mayores desafíos presentan a la investigación biomédica... El propósito de este libro no es reemplazar los voluminosos textos de neurociencias, de entre los muchos que se publican actualmente, sino ofrecer los conocimientos neuroanatómicos, neurofisiológicos y genéticos de manera simplificada", señala en la Introducción de la obra el Doctor Facundo Manes. Esta apuesta ha sido ampliamente ganada por el autor. En efecto, con una prosa clara y directa, logra desgranar, uno a uno, todos los conceptos y nociones necesarios para adentrarse en el tema del título. Sin duda que el tipo de libro que comentamos requiere un esfuerzo de síntesis muy singular. A veces es más fácil escribir *in extenso* que constreñirse a un texto breve. La cualidad básica para lograrlo es conocer muy profundamente el tema a tratar como para poder elegir certeramente lo esencial. Este es el caso de Gustavo Vázquez, quien desde el principio de su formación se orientó con gran talento y curiosidad por los caminos del estudio de las bases biológicas de la psiquiatría; tarea que profundizó en la Asociación Argentina de Psiquiatría Biológica que, actualmente, preside. Destinada inicialmente a sus alumnos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Palermo, adonde Vázquez es profesor desde hace varios años, este libro se adapta a los requerimientos formativos de otras Facultades de Psicología y puede ser estudiado con gran provecho por estudiantes y egresados de medicina, psicólogos y otros especialistas de los equipos de Salud Mental, y del campo de la salud, en general. La obra combina perfectamente la riqueza clínica con el conocimiento académico y la

adquisición creativa de nuevos conceptos surgidos de la investigación contemporánea en el área. Una cualidad distintiva de la misma es el cuidado y la corrección epistemológica por evitar deslizamientos entre dichos resultados de la investigación y las aplicaciones clínicas de esos nuevos co-

nocimientos, como bien lo ilustran los Capítulos XVI y XVII, dedicados a la genética aplicada a las neurociencias y a los exámenes biológicos complementarios. Al final del libro un cuadernillo en colores presenta una selección de imágenes muy didácticas para ilustrar los diferentes capítulos

anteriores. En suma, una herramienta de gran utilidad para abordar el tema y para disponer, rápidamente, de una información básica concisa, clara y bien documentada.

Vertex

SEÑALES

La amistad, el saber...

Entrevista a Jean Garrabé*

por Dominique Wintrebert

Jean Garrabé es, en la actualidad, uno de los más conspicuos exponentes de la clínica francesa. En su haber se encuentran importantes obras como la Histoire de la Schizophrénie, un siècle pour comprendre, e innumerales artículos científicos. Ex Presidente de la E. V. de la Société Médico Psychiatrique, colega y amigo de Georges Lanteri Laura, recientemente fallecido, presenta en esta entrevista una semblanza de ese gran intelectual francés y nos entrega su parecer sobre temas candentes de la psiquiatría contemporánea.

Vertex: ¿Qué relación tenía Ud. con Georges Lanteri-Laura?

Jean Garrabé: Hicimos la residencia en la misma época, así que hace casi cincuenta años que lo conozco. Pero la época en la que trabajamos más juntos fue cuando él resultó elegido presidente de *L'Évolution Psychiatrique* y yo era su Secretario General. Entonces trabajamos mucho conjuntamente, organizando una cantidad de coloquios, su publicación en la revista y otras actividades derivadas, ya que teníamos relaciones internacionales. No olvidemos que *L'Évolution Psychiatrique* fue una

de las sociedades fundadoras de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

Vertex: Después de escucharlo a Ud. rendirle homenaje, se tiene la impresión de que prácticamente el Prof. Lanteri-Laura lo eligió como heredero de su obra.

JG: Sí, en cierto modo sí. También le encargó a Jacques Arveiller que controlara la edición de sus textos por publicar. Sus últimos trabajos versaban sobre la historia de la semiología psiquiátrica. Había hecho una intervención sobre este tema en el Congreso de la EAHP en Madrid, en 2002, adonde fuimos juntos, y en ese momento firmó un contrato con Philippe Pignarre por un libro sobre el tema. La historia de la semiología psiquiátrica le interesaba desde siempre. En mayo o junio me llamó para de-

cirme que sólo podría escribir la primera parte, que había ya enviado al editor. Como ya la había corregido, nosotros vamos a publicarla en forma de artículo en el número homenaje que publicará *L'Évolution*.

Vertex: Pasemos entonces a su doble formación, filosófica y psiquiátrica a la vez, y a sus maestros.

JG: En una época era casi de rigor. Los psiquiatras solían ser filósofos que se pasaban a la medicina, o médicos que se pasaban a la filosofía. Él cursó ambos estudios en forma paralela. En psiquiatría, su maestro era sin duda alguna Daumezon. Fue residente con él, y luego durante tres años trabajó como sus asistente. Cuando volvió, todos esperaban que retomara el servicio de Daumezon, pero no lo aceptaron en Sainte An-

* Reportaje realizado el 25 de octubre de 2004 en ocasión de la Jornada de la Sociedad Médico-Psicológica en homenaje al Profesor Georges Lanteri-Laura, fallecido el 3 de agosto de 2004.

ne, y se fue a Esquirol. Henri Ey era más secundario, si bien lo había invitado al coloquio de Bonneval sobre el inconsciente, en 1960, para el que le había pedido que hiciera el informe sobre el inconsciente y el pensamiento fenomenológico.

Vertex: *¿Fue cuando lo nombraron médico de hospital psiquiátrico (au médecin des hôpitaux psychiatriques)?*

JG: Sí, ese mismo año. Se había mostrado muy crítico respecto del organodinamismo de Ey; pero más tarde revió su postura, diciendo que tal vez se había equivocado, que no había entendido que se trataba de un intento de teoría general, y que era el último: desde entonces no ha habido más intentos de este tipo.

En filosofía, su maestro directo fue Jean Hippolyte, quien lo orientó hacia la filosofía fenomenológica en el sentido hegeliano del término.

Vertex: *¿Ricoeur vino más tarde, entonces?*

JG: Ricoeur fue invitado a Bonneval junto con él, pero en un mismo nivel. Henri Ey invitó a dos oradores importantes; uno, Lantéri-Laura, más centrado en la fenomenología, el otro, Ricoeur, más centrado en la filosofía en general. Mucha gente me ha dicho que la fenomenología de Lantéri-Laura es la fenomenología de Hegel. El traductor francés de la *phénoménologie de l'esprit* de Hegel, es justamente Jean Hippolyte. Mientras que Ricoeur es la fenomenología posterior. Ricoeur fue uno de los traductores de Husserl. Hay por tanto una distancia.

Vertex: *¿Qué papel tuvo Minkowski en la formación fenomenológica de Lantéri-Laura?*

JG: En la confluencia de la psiquiatría y la fenomenología, Minkowski es su referente. La fenomenología de Minkowski, es Bergson, es algo pre-husserliano.

Vertex: *Se podría hacer una historia del desplazamiento de los discursos a partir de las filiaciones transferenciales de todos estos autores.*

JG: Así es, se pueden hacer genealogías. Algunos protestan porque en *Lecture des perversions*, de 1979, Lantéri-Laura no cita ni una sola vez a Foucault.

Vertex: *Tal vez se percibe una referencia a Foucault en la idea de que*

existe una apropiación médica de las perversiones, idea que ya está presente en la Histoire de la folie.

JG: Georges Lantéri-Laura es muy preciso. Cita a los médicos. Yo establecería algunas restricciones a la idea de un Lantéri-Laura foucaultiano. La *Histoire de la folie* no es una historia de la psiquiatría, como se ha dicho algunas veces. Es una tesis de filosofía sobre la locura. En Foucault encontramos algo muy curioso: suprime totalmente la dimensión diacrónica. Al leerlo, uno tiene la impresión de que Pinel o Freud son contemporáneos del "gran encierro". Pero cuidado, se está hablando de hechos que transcurrieron cuando Luis XIV era un niño y de otros que tuvieron lugar durante la Revolución Francesa. Acepto que durante todo ese tiempo no sucedió nada en la historia de las ideas, de la medicina, de la filosofía, pero sigue siendo algo extraño. Creo que en su *Lecture des perversions*, Lantéri-Laura es foucaultiano cuando nos hace notar que las perversiones son un problema para todo el mundo. La Iglesia empieza a decir que seguir tratándolas como un pecado no está bien. La sociedad civil se plantea el tema de condenar a los perversos. ¿Pero condenarlos a qué? ¿No se podría decir que están locos? Esto resolvería muchos problemas. Entonces las miradas se dirigen a los alienistas, pero éstos dicen que no, que no se trata de alienados. El problema crece (risas). Se intenta llegar a una especie de arreglo. Valentin Magnan dice que no se trata de alienados, sino que son personas cuyo comportamiento sexual tal vez se debe a una desorganización de la actividad del sistema nervioso central...

Vertex: *¡Genial!* (risas)

JG: Algo similar ocurre hoy con los pedófilos. No se trata de enfermos, pero ustedes nos dicen que hay algo que no anda bien en ellos, entonces ocupense del tema. En ese sentido, Lantéri-Laura es bastante foucaultiano. Biéder dice que una verdadera historia de la psiquiatría debería tratar de manera transversal ámbitos que van desde lo económico y lo político, hasta la religión. Esto no es así en ninguna historia de la psiquiatría, lo cual es sorprendente. Así, en 1852, los alienistas que fundan la Sociedad médico-psicológica tienen unos 25 ó 30 años. Acaban de participar en la Revolución de 1848. Sostienen entre sí discusiones

considerables. Una parte de ellos es muy organicista y creen que la verdadera medicina cerebral debe basarse en la anatomo-patología.

Vertex: *Siguiendo la línea de la consigna de Bichat, la famosa frase "hay que abrir los cadáveres", de 1804, creo.*

JG: Exactamente. Y los que sostienen esta idea son personas de izquierda, podríamos decir. Quieren evacuar todo lo que es psicología, pues la psicología tiene la connotación de ciencia del alma.

Vertex: *Lo que sorprende en Lantéri-Laura, es que da la impresión de que muy pronto se interesa por la lingüística. Si vemos esto desde un punto de vista actual y si consideramos la oposición entre logociencias (según un neologismo creado por Jacques-Alain Miller) y neurociencias, se tiene la sensación que de este interés por las logociencias, aún presente en el psicoanálisis, tiende a desaparecer del campo de la psiquiatría.*

JG: En este punto debo estar atento para distinguir entre las ideas de Lantéri-Laura y las mías propias. El interés por los trastornos del lenguaje en los alienados ocupó durante largo tiempo el centro de la psiquiatría, desde Séglas y su obra sobre los neologismos que data de 1892. Séglas nos dice que debemos tener cuidado, que hay dos tipos de trastornos del lenguaje: el de los alienados y el que resulta de accidentes cerebrales. Hay fórmulas de Séglas ya clásicas: "El delirio es una alienación del discurso", etc. Por ende, la preocupación por el lenguaje psicopatológico existe desde hace mucho tiempo en la psiquiatría francesa. En mi opinión, fue la llegada de la lingüística estructural de Saussure – y aquí sucede un poco lo mismo, se olvida que los cursos de Saussure fueron publicados en los años '50 – lo que llevará a más personas, lingüistas pero también clínicos, a decirse que hay un saber que puede explicarnos la estructura de un discurso delirante, los neologismos, etc. El papel de Lacan en el ámbito del psicoanálisis hizo que se tuviera la impresión de que esto sólo les interesaría a los psicoanalistas.

Vertex: *Tal vez hay una huella que hace que el saber se difunda ya antes de ser publicado. Por otro lado, uno imagina que alguien como*

Lantéri-Laura está muy atento a lo que puede estar elaborándose en otras áreas, y también a la idea lacaniana de que Freud anticipa a Saussure.

JG: Una vez más, hay hechos concretos. En esa época, Lacan examinaba enfermos con Daumezon. Hemos asistido a exámenes de enfermos que Lacan hacía con Daumezon hasta 1960. Así que no siempre las cosas están tan delimitadas y separadas como parece después. Alain de Mijolla me decía que Georges Lantéri-Laura era un excelente amigo, pero que en un momento dado, se había vuelto demasiado lacaniano. No sé qué grado de lacanismo resulta aceptable para un psiquiatra.

Vertex: En su libro *Psychiatrie et connaissance*, Lantéri-Laura toma el modelo del arco reflejo y dice que se ha subestimado cómo a partir de allí se podría construir una teoría del hombre, eso no es nada lacaniano.

JG: No olvidemos el libro de Canguilhem sobre el arco reflejo. Por el contrario, es muy posible que su interés por el lenguaje y por la lingüística estructural haya hecho que en un momento dado, haya considerado que en psicoanálisis lo más interesante era lo que decía Lacan.

Vertex: Había leído con suma atención cómo Lacan retomaba la condensación y el desplazamiento freudianos con su metáfora y metonimia.

JG: Sin embargo, a partir de Saussure hay algo propio de Lantéri-Laura: el aplicar esto a la semiología psiquiátrica. Sus trabajos reposan sobre la idea de aplicar el estructuralismo lingüístico a la psicopatología por medio de la semiología. Hay una gran diferencia entre una lista de síntomas y síntomas organizados en estructuras, en síndromes estructurados.

Vertex: Deberíamos apuntar ahora al papel de Canguilhem, lo que nos llevará a *L'histoire de la phrénologie*, ya que parece haber sido Canguilhem quien le pasó este tema.

JG: Su director de tesis principal, Hippolyte, le dice que para la tesis secundaria vaya a hablar con Canguilhem. Hippolyte creía que su tesis de filosofía debía centrarse más en una cuestión médica. Canguilhem le dice entonces que haga una historia de la

frenología, ya que desde el libro de Charles Blondel de 1914, *La psychophysiologie de Gall*, no se había publicado nada sobre el tema y había mucho que decir al respecto. (Se ha olvidado completamente que Gall jamás empleó el término frenología. Fue Spurzheim quien lo introdujo, discípulo de Gall).

Vertex: ¿Entonces para Canguilhem, lo que Blondel había escrito resultaba desactualizado?

JG: Se había abandonado la frenología y se la consideraba completamente ridícula; la protuberancia de las matemáticas (la *bosse des maths*) no existía. Lantéri-Laura se dedica a un trabajo impresionante, al que luego siguió una edición corregida y aumentada en 1993. Muestra así que sigue habiendo muchas nociones frenológicas subyacentes en el último capítulo del libro *L'ombre de la phrénologie sur la psychiatrie contemporaine* (La sombra de la frenología en la psiquiatría contemporánea). Alguien como Henri Hecquen dice una reseña ditirámica sobre la tesis de Lantéri-Laura, que es una tesis de filosofía, y luego escriben juntos dos libros sobre el cerebro y las funciones mentales que tendrán cierta repercusión. Son de esas cosas que resurgen. Para mí, por ejemplo, hoy en día las imágenes cerebrales constituyen un resurgimiento de la frenología.

Vertex: ¿Mantuvo su relación con Canguilhem?

JG: No lo sé. Pero Georges no pronunciaba su nombre sin decir "mi maestro Canguilhem".

Vertex: Usted dijo que el texto de Lantéri-Laura sobre la paranoia es fundamental. ¿Por qué?

JG: Les voy a dar una primicia: porque reemplaza un texto que no existe. El que debería haber escrito Lacan. El *Traité de Psychiatrie de l'Encyclopédie médico-chirurgicale* de 1955 es muy extraño: se escribió un Tratado de psiquiatría de tres volúmenes en el que nadie habla de la paranoia. Hubo así una especie de laguna durante no sé cuánto tiempo, hasta que Lantéri-Laura, Del Pistoia y Benhabib escriben sobre la paranoia, pero muy tarde ya, en 1989.

Vertex: Usted dijo también que la publicación de *Psychiatrie et connaissance* marca un punto de inflexión. Si empleamos la noción de paradig-

ma, de Kuhn, que éste introduce en la epistemología psiquiátrica, ¿cuál es el nuevo paradigma que marca esta publicación en la obra de Georges Lantéri-Laura?

JG: Una vez más, lo que me parece es que desde allí toma cierta distancia. A partir de allí lo que le interesa medir es cómo se ha constituido el conocimiento en psiquiatría. En esto Lantéri-Laura coincide con Kuhn. No es una acumulación de conocimientos lo que hace que la concepción de la paranoia de Lacan sea superior a la de Kraepelin y cambie de paradigma. Pronto sostiene que la diferencia con las ciencias duras es que, en psiquiatría, el paradigma que desaparece permanece, y que a veces se tiene la sorpresa de verlo reaparecer con otras formas, pero es el mismo. Es, por ejemplo, la sorpresa que algunos de nosotros nos llevamos al ver que en el DSM III ya no había neurosis; pero luego, al leerlo en detalle, veíamos aparecer los *dissociative disorders*, idénticos a la descripción de las neurosis de Pierre Janet, entonces...

Vertex: Es un defecto característico de lectura, de referencia...

JG: Hablo de mí y no de Georges Lantéri-Laura. Lo que siempre me sorprendió en el DSM es la falta de historicidad, aún más que su ateorismo. No sólo sus autores dicen que han abandonado toda teoría, sin decir por otro lado qué teorías abandonaron, sino que, sobre todo, no precisan cómo se sucedieron estas teorías, y así la sucesión de los paradigmas.

Están muy lejos de poder concebir una causalidad de doble impacto (*à double détente*) como hizo Freud...

Vertex: Entonces, los últimos trabajos de Georges Lantéri-Laura sobre la noción de estructura, de cronicidad, etc. toman un aspecto más general, como Ud. lo hizo notar con *Psychiatrie et connaissance*. Se produce una suerte de desprendimiento y es como si tratara de considerar el objeto en su conjunto. También dijo Ud. que entre los últimos trabajos había uno que llevaba por título "Objeto del psicoanálisis, objeto de la psiquiatría".

JG: Se trata de un informe para un Coloquio de *L'Évolution Psychiatrique*, que ya se había proyectado el año pasado cuando yo era Presidente de *L'Évolution Psychiatrique*. Me lo habían pedido Charles Melman, Daniel Wid-

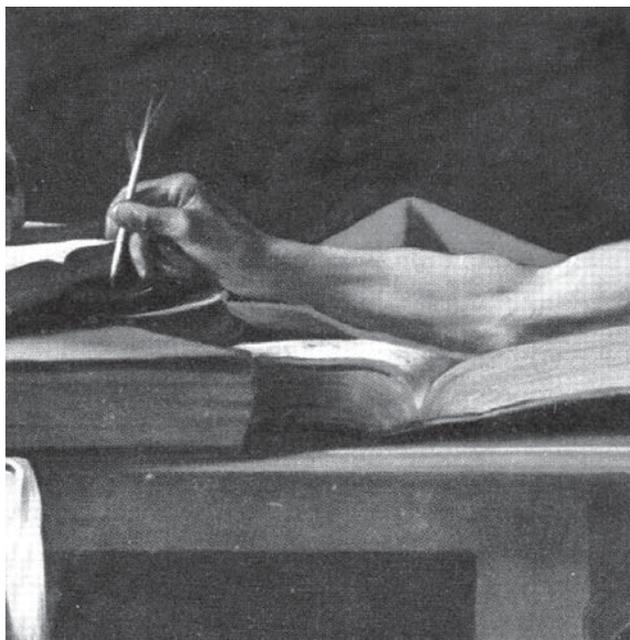
löcher y Georges Lantéri-Laura. Se realizó en 2002 o 2003. Se presentaron tres informes, uno lo presentó Melman, otro Widlöcher, "el objeto del psicoanálisis" y otro Lantéri-Laura "el objeto de la psiquiatría". Se publicará en el próximo número de *L'Évolution Psychiatrique*. Es el último trabajo que escribió y corrigió.

Vertex: *¿Entonces, no se trata de un trabajo donde él evalúa y compara ambas áreas, sino de un debate que sostiene con psicoanalistas?*

JG: Así es. Lo que se me ocurrió es escribir los distintos textos de homenaje que me habían pedido, es que su preocupación por la semiología psiquiátrica, de la que al fin y al cabo tenía una visión muy lingüística, era la siguiente: ¿se puede establecer un sistema estructurado de signos? Georges era muy minucioso en la definición de términos como signo o síntoma, y señalaba que era difícil traducirlos al alemán, pero también al inglés. Entonces su pregunta era: ¿se puede establecer un lenguaje de los signos?, lo que necesariamente nos remite a una teoría. Cuando escribe la semiología en la obra de Esquirol, la semiología en la obra de Falret, busca cuál es su teoría. Distinguía una primera etapa que, para él, era la alienación mental; luego, a partir de Falret, las enfermedades mentales.

Vertex: *Sí, es el primer cambio de paradigma.*

JG: La semiología en Esquirol, por lo tanto, nos remite necesariamente a una concepción que es la de la alienación mental. La semiología en la obra de Falret se basa en otro paradigma: esta semiología articulada con el paradigma de las enfermedades mentales, debe tener por objeto reconocerlas y distinguirlas. Cuando volvemos a ver en Bleuler estas distinciones, donde todos solemos confundirnos: signos primarios, signos secundarios, síntomas fundamentales, síntomas accesorios, según la clínica, según la teoría de la enfermedad, es más o menos lo mismo. Bleuler trata de establecer primero una sintomatología objetiva, luego ni siquiera lo hace, dice que ya todo está en Kraepelin y entonces plantea que no vale la pena volver a hacerlo. Tratará de clasificar los síntomas. Los hay primarios, otros accesorios, etc. Esto nos remite a una concepción determinada, sin duda alguna.



Entonces, si pasamos a la semiología psicoanalítica –Georges Lantéri-Laura debía escribir algo sobre eso pero no tuvo tiempo– ya en Freud hay una semiología que abandona deliberadamente toda una parte de la semiología psiquiátrica, pues ésta no le interesa.

Vertex: *Me gustaría terminar este reportaje con lo que él llamó "la crisis paradigmática" actual.*

JG: El último texto suyo que se publicó antes de su muerte versa sobre las principales teorías psiquiátricas. Recibí ese texto en el mes de julio. Es la actualización de un capítulo de la EMC. Allí dice que ya no hay una teoría general, fuera la que fuera, psicoanalítica, comportamentalista, biológica, sináptica, o de la enfermedad mental, sólo hay teorías que él llama regionales, que son teorías parciales, que se aplican a un campo limitado. No se puede percibir en absoluto qué vínculo hay entre ellas, ni siquiera si hay un vínculo.

Vertex: *¿No se trata acaso de un movimiento generalizado de la época moderna? Pienso en un artículo muy interesante de Jacques-Alain Miller, Tombeau de l'homme de gauche (Tumba del hombre de izquierda), publicado en el diario Le Monde, donde señalaba la misma desa-*

parición de esas grandes categorías en la política, en pro de una fragmentación y de una reunión en áreas y objetivos limitados.

JG: Exactamente. Algunos creen que hay un estallido de la psiquiatría, que ya no habrá una psiquiatría sino varias, que habrá disciplinas que se sucederán. Yo soy optimista, o pesimista, según se mire, pues para mí la psiquiatría siempre fue un trabajo de bricolaje.

Vertex: *Esa es una idea lévi-straussiana.*

JG: No sé si lo leí en un texto de Lévi-Strauss y me quedó. Sé que hace poco dejé estupefactos a unos jóvenes colegas al decirles que, en todo caso, nuestra generación había aprendido la psiquiatría de esa forma. Nosotros aprendíamos un poco de clínica, un poco de semiología, luego de golpe nos enterábamos de que Lacan estaba diciendo cosas interesantísimas sobre la estructura de las psicosis, o que Delay, Denike y Harl, porque el verdadero descubridor de los neurolépticos es él, estaban verificando...

Vertex: *¿Quién?*

JG: Harl. Un brillante jefe de clínicos de Delay, que desafortunadamente perdió la vida en un accidente de montaña. Pero fue él el primero que comprobó que el 45-

60 producía efectos muy extraños en los enfermos, que no oían más sus voces.

Vertex: Es el modo del saber empírico.

JG: Sí, y si ahora usted lee una historia de la psicofarmacología tiene la impresión de que se trata de elaborados razonamientos científicos, cuan-

do en realidad las cosas no sucedieron así. Pero esto también es válido para el psicoanálisis. Se trata de una especie de trabajo de bricolaje cada vez.

Vertex: ¿Entonces Lantéri-Laura no trataba de encontrar un nuevo paradigma que pudiera reunir todas las teorías parciales?

JG: No lo creo. Quizás esto pueda sonar pesimista, pero él creía que no habría una nueva teoría general. En todo caso, conservó la idea de que después de los tres paradigmas de la alienación mental, las enfermedades mentales y las estructuras psicopatológicas, no había un cuarto paradigma ■

VI° CONGRESO EUROPEO DE LA ASOCIACION DE HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE HISTORY OF PSYCHIATRY (EAHP)

PARIS, FRANCIA

22, 23 & 24 Septiembre 2005

CENTRO HOSPITALARIO SAINTE ANNE
1, Rue Cabanis, París 75014

Información, inscripción y presentación de trabajos, dirigirse a
Secretaría E.A.H.P.: - EAHP.secretary@elan-retrouve.asso.fr
23 Rue de La Rochefoucauld, 75009 París
Tél. : 54 (1) 49-70-88-58 Fax : 54 (1) 42-81-11-17

CLEF
CAPACITACION EN LENGUA FRANCESA

Cursos de francés grupales e individuales
Cursos para profesionales
Traducciones e interpretaciones
Cursos en París

www.clef.com.ar info@clef.com.ar

☎ 4373-7423

Av. Corrientes 1847 piso 12° E



Casa de medio camino y hostel
Rahabilitación de la salud mental en una institución de puertas abiertas

Directores: Dr. Pablo Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno

Paysandú 661 - Ca405ANE Ciudad de Buenos Aires
Tel. (11) 4431-6396 - www.centroaranguren.com