

UNED

ciencias sociales
y jurídicas

Salud mental comunitaria

Ana M.^a Marcos del Cano
Gabriela Topa Cantisano

CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS

Salud mental comunitaria

Coordinadores:
ANA M.^a MARCOS Y GABRIELA TOPA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS (0102018CT01A01)
SALUD MENTAL COMUNITARIA

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamos públicos.

© Universidad Nacional de Educación a Distancia
Madrid 2012

Librería UNED: c/ Bravo Murillo, 38 - 28015 Madrid
Tels.: 91 398 75 60 / 73 73
e-mail: libreria@adm.uned.es

© Ana M.^a Marcos y Gabriela Topa

Todas nuestras publicaciones han sido sometidas a un sistema de evaluación antes de ser editadas.

Ilustración de cubierta: Mad Rusli, Diana Oug, 1996

ISBN: 978-84-362-6299-5
Depósito legal: NA 3002/2011

Primera edición: enero de 2012

Impreso en España - Printed in Spain
Impreso por: Editorial Aranzadi, S.A.
Camino de Galar, 15 - 31190 Cizur Menor (Navarra)

ÍNDICE

<i>Prólogo</i>	9
----------------------	---

BLOQUE 1.º APROXIMACIÓN TEÓRICA A LA SALUD MENTAL

I. La salud mental comunitaria	13
II. Concepto de salud y enfermedad mental. Principales signos y síntomas de enfermedad mental (introducción a la psicopatología)	35
III. Clasificación actual de los trastornos mentales. Modelo de vulnerabilidad. Curso evolutivo: pródromos, episodios agudos, síntomas residuales. Intervención temprana y prevención de recaídas. Cronicidad	59
IV. La construcción narrativa de la experiencia.....	101
V. Evolución del psiquismo desde el punto de vista del psicoanálisis (especial referencia a Bion).....	135
VI. Desarrollo de la afectividad desde el punto de vista psicoanalítico.	143
VII. Aproximación psicoanalítica a la psicosis.....	169

BLOQUE 2.º MODELOS DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL

VIII. Acompañamiento socio-educativo. Apertura y definición: tensiones en el seno de su profesionalización.....	195
IX. La rehabilitación neuropsicológica.....	245
X. Psicofarmacología	275
XI. Modelos de rehabilitación.....	319
XII. Grupo y rehabilitación	351
XIII. Psicoeducación y entrenamiento en habilidades sociales.....	371

XIV. La motivación para el cambio: entrevista motivacional en salud mental comunitaria.....	399
---	-----

BLOQUE 3.º
ASPECTOS ÉTICOS, SOCIALES Y JURÍDICOS
DE LA SALUD MENTAL

XV. La alternativa existencial ética. Cuatro categorías clave	421
XVI. Salud mental y bioética	453
XVII. Salud mental. Las necesidades en la red social.....	485
XVIII. Familia y sociedad ante la salud mental.....	511
XIX. Psiquiatría y derecho: la enfermedad mental ante la Ley.....	531
XX. El constructivismo desde la metodología de la ciencia.....	549

PRÓLOGO

Uno de los problemas más acuciantes que presenta nuestra sociedad actualmente es el aumento en todas las franjas de edad de la población de trastornos psíquicos, con el consiguiente riesgo de exclusión social y de pérdida de potencialidad de todo el grupo social en el presente y en el futuro. En este momento en el que padecemos una profunda crisis económica, crisis también de paradigmas y de falta de nuevas referencias urge pensar sobre aquellas cuestiones que emergen y que hacen tambalear lo que fundamenta la convivencia grupal, cual es la persona, el sujeto desde el cual se crea todo el tejido y entramado social.

Uno de los retos que se plantean en el libro que el lector tiene entre sus manos es precisamente el abordar la realidad de la salud mental desde la aproximación a los dinamismos psíquicos, con sus problemas subyacentes y abrir líneas de intervenciones psicoeducativas y de planteamientos éticos, jurídicos y socio-políticos que orienten hacia una integración real de las personas que sufren este tipo de trastornos, de los que no estamos exentos nadie.

Con este fin, se han aunado en este texto los estudios de expertos profesionales, inmersos en la práctica diaria clínica y socioeducativa de la salud mental, y académicos, con el fin de establecer la vinculación entre praxis y pensamiento, acción y reflexión.

La idea originaria de este estudio nace del convenio establecido entre el Instituto Foral de Bienestar Social de Álava, la Fundación Beti Gizartean (Siempre en la Sociedad) y la UNED para impartir los cursos de Experto de Desarrollo Profesional sobre Salud Mental Comunitaria (I y II) con el fin de impulsar una formación a los trabajadores como sujetos de intervención en este ámbito, capaces de aproximarse a la situación psíquica y existencial de las personas. El estado de padecimiento hondo que entraña el trastorno mental, tanto a nivel personal como del entorno relacional, nos lleva a adentrarnos en la pregunta acerca de qué es lo humano, cuáles son sus límites y a qué fragilidades puede llegar la condición humana.

La pregunta de la que surge este análisis es cómo integrar el límite en todos los ámbitos (personal, familiar, social, jurídico-político) como algo no a excluir

sino a afrontar. Esto implica la creación de pensamiento, de un nuevo imaginario social donde el límite sea concebido no como una frontera excluyente, marginal, sino como una posibilidad de crecimiento en todos los órdenes.

La base y el fundamento este proyecto es la consideración de la persona como una singularidad única e irrepetible y dueña de su propio destino y capaz de labrar su propio camino, en las condiciones en las que le ha tocado existir. Creemos que el despliegue de cada uno surge desde la incondicionalidad de los que le rodean. Y desde ahí se afirma lo social en la libertad de estar siempre comenzando desde cada realidad personal y situación. Y desde aquí será real el ejercicio del derecho fundamental que es la autonomía de los individuos para incidir en la configuración de una sociedad más humana y justa.

Esta conciencia implica a todos, a las organizaciones privadas y, sobre todo, a las instancias públicas. En este caso, se ha trabajado muy codo a codo en todas las instituciones implicadas en este proyecto y desde estas líneas queremos agradecer especialmente al Instituto Foral de Bienestar Social de Álava su apoyo en todos los órdenes, a la Fundación Beti Gizartean que trabaja diariamente con estas realidades, a la UNED que desde su proximidad y por medio de su tecnología ha hecho posible la formación de tres generaciones de profesionales. Es un ejemplo de la colaboración fructífera para afrontar los tremendos retos que vienen en el ámbito social, político y educativo.

Queremos agradecer especialmente a todos aquellos y aquellas que han hecho posible que este libro vea la luz, a los que han intervenido en el curso con su saber y su experiencia, a los que «detrás del escenario» ponían todo de su parte para que esto fuera posible, y, sobre todo, a los estudiantes que desde sus inquietudes personales y profesionales han estimulado la elaboración de este trabajo.

Por último señalar que la labor realizada en estos años, en una fuerte dinámica de conjunción entre acción y reflexión, en diálogo permanente entre las tres instituciones, ve ahora como fruto este libro que tiene el objetivo de potenciar una integración social encaminada hacia la plena incorporación socio-cultural de estas personas y que esperamos que sea una oportunidad de generar fondo de pensamiento, en diálogo e interacción con diferentes andaduras y experiencias en dicha área.

ANA MARÍA MARCOS DEL CANO
GABRIELA TOPA CANTISANO

En Madrid, a 25 de julio de 2011

BLOQUE 1.º
APROXIMACIÓN TEÓRICA A LA SALUD MENTAL

I

LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

Manuel Desviat

1. INTRODUCCIÓN

Hay una dificultad inicial en la ambigüedad del término cuando tratamos de delimitar qué es y no es psiquiatría comunitaria. Por comunitario pueden entenderse muy diferentes actividades¹. Si nos referimos a la psiquiatría comunitaria, en sentido estricto, surge en el contexto de la política desinstitucionalizadora de EE. UU. en los pasados años sesenta y se extiende por todo el mundo llegando a designar el modelo clínico asistencial de la reforma psiquiátrica, de los diferentes procesos que constituyen lo que hoy llamamos Reforma Psiquiátrica (desde la psiquiatría del sector francesa a la reestructuración psiquiátrica en América Latina) (9). Pero su generalización puede definir cualquier actividad profesional con tal que se realice fuera de los hospitales psiquiátricos o de las unidades de psiquiatría de los hospitales generales, cuando no se utiliza para programas destinados a grupos marginales o a experiencias piloto sobre poblaciones en riesgo: pobres, excluidos, sujetos frágiles. Si embargo, hay un dónde y hay un cómo para que podamos hablar de psiquiatría comunitaria. Hernán San Martín y Vicente Pastor, en un libro publicado en 1988, período de gran actualidad de la atención comunitaria en España (la Ley General de Sanidad promulgada en 1986 promueve el modelo comunitario de atención en psiquiatría), precisan con claridad qué podemos entender por medicina comunitaria:

Se puede hablar de «salud comunitaria» cuando los miembros de una comunidad, conscientes de constituir una agrupación de intereses comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades, y participan activamente, junto a los servicios de salud, en la solución de sus problemas, a través de los programas locales de salud. En realidad, lo que llamamos «salud comunitaria» es el programa de salud pública local, planificado en base a los problemas y necesidades de cada comunidad, ejecutado con la participación de la comunidad. Se trata

¹ Se habla de comunidad cuando hay un destino común, cuando un grupo de personas participa en un bien o en una necesidad. Ya sea la comunidad de los amantes, una comunidad científica o un asentamiento humano.

de una estrategia para aplicar localmente los programas de salud pública, y no de una especialidad nueva de la salud pública, y menos de la medicina(19).

En esta cita quedan definidas las condiciones sociales, organizativas y técnicas que configuran la salud comunitaria y, por tanto, la salud mental comunitaria. En primer lugar, está la presencia de la comunidad, el protagonismo de la ciudadanía, de la población organizada, sobre su salud, sobre las políticas que afectan a la vida de las personas que la constituyen. Algo que parece obvio en cualquier actividad que se quiera llamar comunitaria. Y que sin embargo puede faltar: con frecuencia hay «ausencia de la comunidad», en las prácticas que se consideran comunitarias, pues para que exista «comunidad» es preciso que el entramado poblacional pueda participar, tenga acceso a las decisiones y capacidad para involucrarse. La actividad comunitaria exige el trabajo en un territorio determinado y la capacitación de la población de este territorio para hacer frente a *sus* problemas de salud; o dicho de otra manera, para que la colectividad pueda ejercer el poder sobre sí misma y su propio entorno.

El encuentro con la comunidad plantea la necesidad de desarrollar nuevas tareas, desde el diagnóstico comunitario a la prevención y a la rehabilitación. La medicina comunitaria va más allá de la morbilidad conocida: esa parte visible y pequeña de la morbilidad y la vulnerabilidad. La responsabilidad de la sanidad pública ya no es sólo la reparación del daño, la «curación», sino hacerse cargo del cuidado sanitario de la población. De la demanda que acude y de la que no accede. Importan los casos que prevalecen, no sólo los que se «curan». El sujeto de la intervención sanitaria se traslada del sujeto enfermo a toda la población. Lo que va suponer tres desplazamientos: 1) Del sujeto enfermo a la comunidad; 2) Del hospital a la comunidad; 3) Del psiquiatra al equipo. O en palabras de Jacques Hochmann la difusión de tres poderes: del beneficio terapéutico, del espacio terapéutico y del poder terapéutico (14). Se hacen necesarios instrumentos, como la epidemiología o el diagnóstico comunitario y nuevas nociones como población en riesgo, grupos vulnerables, intervenciones en crisis. En la ordenación de los servicios se pasa del Servicio de Psiquiatría a los Servicios de Salud Mental, que es algo más que un cambio de nombre, pues como bien dice Benedetto Saraceno, significa una nueva formulación de las políticas asistenciales y el paso del abordaje biomédico al abordaje biomedicosocial, con una mayor pluralidad y horizontalidad de los equipos (20). Y significa también el reconocimiento de la importancia de la comunidad no sólo como usuaria, sino como generadora de recursos que deben aliarse con los específicamente técnicos, así como el reconocimiento

de la importancia de las actividades intersectoriales entre los diferentes proveedores de servicios: sociales, sanitarios, comunitarios. La psiquiatría comunitaria representa, por tanto, algo más que un cambio de técnicas; implica nuevas actitudes en el quehacer cotidiano de las profesiones sanitarias y, por supuesto, una planificación y ordenación de los sistemas públicos que la posibiliten. Implica un modelo de salud pública que trascienda la mera asistencia clínica, centrada en el enfermo como asiento individual de patología, para proyectarse en la comunidad tratando de producir cambios positivos en sus instituciones: colegios, empresas, asociaciones ciudadanas, y en la comunidad misma, a fin de modificar los factores que predisponen a la enfermedad y posibilitar más bienestar o al menos la información necesaria para una vida más saludable. Conlleva una discriminación positiva que prioriza los grupos de riesgo y la atención al paciente grave y al paciente psicótico crónico, sin abandonar por ello el resto de trastornos, desde la atención a esos síntomas mínimos persistentes, patologías del existir, a los trastornos de la personalidad. Se pretende la prevención y promoción de la salud integrada con la prevención secundaria y la rehabilitación.

Principios de la psiquiatría comunitaria

- Preocupación no sólo por «la curación». El acto terapéutico como acción integradora (prevención, tratamiento, rehabilitación)
- Integración de los cuidados en la atención sanitaria, social y comunitaria
- Calidad de vida del enfermo y de las personas de su entorno (marco ético)
- Integración del saber popular (medicina tradicional, grupos de autoayuda...)
- Utilizar primero los recursos más normalizados
- Surge el desarrollo de conceptos como empoderamiento (*empowerment*), resiliencia y recuperación (*recovery*)
- La comunidad se organiza para la defensa de los derechos de los pacientes mentales (*Advocacy*)

Por otra parte, la práctica comunitaria demuestra que la mera existencia de técnicas eficaces de intervención no garantizaban por sí mismas los beneficios esperados de un programa de salud. Las técnicas utilizadas por un programa sanitario pueden haber demostrado su utilidad en un lugar, en un contexto, en unas

personas y hasta en un momento de la enfermedad de estas personas y no en otras. Los pacientes cambian, los programas no, decía hace ya tiempo Leona Bachrach (2). En la desinstitucionalización y creación de redes en la comunidad, se descubrieron muy pronto los riesgos que suponen la falta de adecuación de las políticas de salud, de la planificación, programación o proyectos terapéuticos a las necesidades reales de la población. Hace falta una adecuación que suponga la puesta en común de los distintos actores del hecho sanitario: el planificador, el clínico, el usuario, y la comunidad donde se desarrolla el programa.

En resumen, la salud mental comunitaria, modelo asistencial de la reforma psiquiátrica, es una nueva estrategia y un nuevo modelo organizativo, asistencial y teórico. Un nuevo modelo que integra una clínica donde se rompen las dicotomías individual/social, biológico/psicológico, con un paradigma científico centrado en el cuidado y la ciudadanía. Una clínica ampliada, según la expresión de Jairo Goldberg, donde se articula un eje clínico con un eje político (12).

2. LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Planteábamos un cómo (la salud comunitaria), un dónde (la comunidad), un cuándo (un momento de mayor sensibilidad social) y una estrategia (la desinstitucionalización y creación de recursos alternativos) para la reforma. Y planteábamos un por qué: razones éticas y razones técnicas que urgían la reforma de la asistencia psiquiátrica. Por una parte, la sociedad había tomado conciencia de la penosa situación, generalmente indigna, de los enfermos mentales internados, y de la carencia de los derechos fundamentales de la mayoría de los etiquetados como trastornos mentales graves; por otra, se ha hecho evidente que el asilo de alienados u hospital psiquiátrico, no sólo no es eficaz técnicamente sino que, como es común a otras instituciones totales, añade cronicidad y deterioro a los ya inherentes a buena parte de las patologías psiquiátricas. El momento es propicio. Tras el horror bélico se asienta la esperanza de un mañana mejor, de gobiernos más sociales que procuren asegurar universalmente servicios esenciales. En este sentido, en 1952, la recién creada Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) proclama su definición de la salud, una declaración de intenciones que vincula la salud al bienestar físico, psíquico y social, y no sólo a la ausencia de enfermedad. La protección de la salud va a formar parte de las mejoras de las condiciones de vida del nuevo proyecto de sociedad que supone el Estado del bienestar. Surge el Servicio Nacional de Salud británico, financiado a través de los impuestos generales, con el que el Estado busca garantizar la

asistencia sanitaria a todos los ciudadanos. Protección sanitaria que forma parte de las medidas con las que se pretende afrontar lo que entonces se define como los cinco gigantes que amenazaban a la humanidad: indigencia, enfermedad, ignorancia, miseria y desempleo. El Gobierno francés aprueba en 1945 las recomendaciones del Consejo de la Resistencia que suponen un aseguramiento social y sanitario universal. Esta cobertura universal va a extenderse por Europa y Canadá a través de sistemas de salud que convergen en la universalidad del aseguramiento, al tiempo que surge una nueva salud pública (1). Nuevo enfoque que incorpora actividades preventivas y de promoción de la salud y una nueva epidemiología, aplicada a las enfermedades no infecciosas. Del concepto de enfermedad y su tratamiento se pasa a una noción más amplia que incluye tanto la condición deseada para el bienestar de los individuos como las acciones necesarias para conseguirla. Éste es el marco sanitario en el que se van a desarrollar los procesos de transformación psiquiátrica, cuyo modelo asistencial es la salud mental comunitaria.

Objetivos de los procesos de reforma:

- 1) la transformación o el cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de redes de asistencia en la comunidad;
- 2) la integración de la atención psiquiátrica en la sanidad general;
- 3) la modificación de la legislación de los países a fin de mejorar los derechos civiles de los pacientes mentales;
- 4) la lucha contra el estigma promoviendo actitudes más positivas en el imaginario social de las poblaciones hacia la enfermedad mental.

Las particularidades de los diferentes procesos de reforma van a estar condicionadas por las propias de los sistemas sanitarios donde se enmarcan, su grado de cobertura y tipo de financiación, junto con el papel dado al hospital psiquiátrico. Pues no será lo mismo su desarrollo en el marco de una política *garantista*, en un Estado que asegura una cobertura pública universal (Estado de bienestar, como en Europa y Canadá), que en un Estado *minimalista* que abandona la sanidad al mercado (Estado neoliberal como en EE. UU.). La otra característica, el papel dado al hospital psiquiátrico, va a diferenciar las reformas que aún considerando la atención comunitaria el eje de la asistencia, mantienen a éste (países francófonos, o dentro del estado español Cataluña y el Euzkadi) de aquellas que consideran necesario su cierre y completa

sustitución por alternativas comunitarias (Reino Unido, EE. UU., Italia, España, Brasil).

Otras características que distinguen a las distintas experiencias transformadoras son sus diferentes aportaciones a la cultura de la reforma, la forma en la que dentro de los principios y objetivos comunes que hemos señalado van a conseguir desarrollar el modelo comunitario. En una primera fase, en la que se pecó de cierto optimismo, tanto en la posibilidad de reformar terapéuticamente el hospital psiquiátrico, como en el efecto «normalizante» y «sanador» de la comunidad, situaremos la comunidad terapéutica inglesa y la psicoterapia institucional francesa. En una segunda fase, caracterizada por el desarrollo de la rehabilitación psiquiátrica y la psiquiatría comunitaria, se sitúan los movimientos desinstitucionalizadores —psiquiatría comunitaria en EE. UU. y Reino Unido, psiquiatría democrática en Italia, la Psiquiatría en el Área de Salud en España— y por último, describiremos una fase tardía, que puede estar representada por la reestructuración psiquiátrica en América Latina y el Caribe, iniciada tras la declaración de Caracas en 1990.

Los dos procesos inaugurales, la psicoterapia institucional, en Francia, y la comunidad terapéutica inglesa, se inician en plena guerra mundial, en instituciones con una tremenda penuria de personal y medios en general. Es en 1943, cuando Bion y Rickman, apremiados por la escasez de personal, organizan a los enfermos del hospital de Northfield, soldados con trastornos mentales, en grupos de discusión, haciéndoles participar en el gobierno del centro. La guerra forzó al gobierno del Reino Unido a hacerse cargo de todos los recursos sanitarios, integrándolos y regionalizándolos en un Plan de Emergencia destinado a garantizar la cobertura a los soldados y a la población civil. Y es en la Francia ocupada cuando Francisco Tosquelles, un psiquiatra español exiliado tras la guerra civil española, quien organiza el hospital psiquiátrico de Saint Alban en torno a la psicoterapia institucional. El funcionamiento de la comunidad terapéutica se basa en principios muy cercanos a la psicoterapia institucional, aunque los franceses privilegian un acercamiento más psicoanalítico. Son comunes en ambos enfoques la democratización de las opiniones, la permisividad, la comunidad de intenciones y finalidades, la confrontación con la realidad. «Si aplicamos a un hospital de psiquiatría el término de “comunidad terapéutica”, quiere decir que la responsabilidad del tratamiento no queda confinada al personal médico sino que también concierne a los otros miembros de la comunidad, es decir, a los pacientes», escribe en 1958 el psiquiatra Maxwell Jones (15), el más representativo de esta forma de intervención institucional. En cuanto a la psicoterapia institucional, trata de organizar el hospital psiquiátrico como un campo de rela-

ciones significantes, de utilizar en un sentido terapéutico los sistemas de intercambio existentes en el interior de la institución, es decir, de la verbalización de lo que sucede. La hipótesis de partida es que en la institución total (hospital, prisión), todo el mundo está enfermo. No son los muros del hospital los que hacen de él un manicomio. Es la gente —cuidadores y enfermos— que en él vive. Por tanto, la terapia debe abarcar a todo el hospital, personal y enfermos; es la institución en su conjunto la que debe ser tratada. La institución se vuelve toda entera un «analizador». Se busca una «escucha analítica colectiva». Hay una serie de principios comunes: libertad de circulación, análisis en términos de dinámica individual e interpersonal de todo lo que sucede en la institución; reuniones diarias de pacientes y personal, psicoterapias de grupo; actividades colectivas: bailes, fiestas, excursiones...; presencia de toda la comunidad en las decisiones administrativas del servicio (9).

La psicoterapia institucional pretende encontrar forma terapéuticas de institucionalización, renovando el hospital psiquiátrico y creando «instituciones» intermedias, extrahospitalarias, en un territorio sectorizado. El hospital se divide al tiempo que el territorio y un mismo equipo atiende tanto las camas hospitalarias como los recursos extrahospitalarios «de su sector», garantizando la continuidad de cuidados. Desde comienzos de los años 50 se desarrollan experiencias basadas en el sector, entre otras la muy conocida del distrito XIII de París, pero no es hasta 1960 cuando el gobierno lo consagra como política oficial, dividiendo el país en sectores de aproximadamente 70.000 mil habitantes.

Psicoterapia institucional y política del sector

- Tratamiento lo más precoz posible.
- La hospitalización no es más que un momento del tratamiento.
- Asegurar la postcura, evitando las recaídas.
- Se delimitan áreas de 50 a 100.000 habitantes para cada sector que deberán contar con camas en el hospital, dispensarios de higiene mental, hospital de día y talleres protegidos.
- La continuidad de atención está asegurada por un mismo equipo médico-social bajo la responsabilidad de un médico-jefe convertido en jefe del sector.
- La atención infanto-juvenil se escinde, creando servicios propios, los intersectores infanto-juveniles que corresponden a tres sectores psiquiátricos de adultos (200.000 habitantes).

Entre los ejemplos más recientes de la evolución de este modelo de atención, extendido por los países francófonos, está el sector del extrarradio Este de Lille, uno de los cinco emplazamientos mundiales piloto de la «red internacional de buenas prácticas comunitarias en salud mental» apoyada por la OMS, donde se desarrolla una experiencia que denominan psiquiatría ciudadana por su gran implicación en el tejido social de la ciudad. Las consultas se pasan en diversos lugares cívicos: una casa municipal —el Hogar Antonin Artaud, donde se acogen también urgencias de 8:30 h a 19 h—, un centro médico social, un centro comunal de acción social; en los locales de una piscina...

La psicoterapia institucional y la comunidad terapéutica aportan instrumentos técnicos imprescindibles para el manejo de las instituciones, siendo, hasta ahora, habitual en unidades psiquiátricas, hospitales de día, unidades de hospitalización breve, residencias terapéuticas, pero, pronto señalan sus insuficiencias en la Institución total, en el hospital psiquiátrico, como procedimiento de tratar el trastorno grave y persistente a medio y largo plazo. Barton describe en 1959 la neurosis institucional como una enfermedad caracterizada por apatía, falta de iniciativa, desinterés (3); Goffman (11) deja muy claro en su libro *Internados* (1961) el efecto nocivo de las «Instituciones totales», y concretamente de la institución psiquiátrica; Wing y Brown describen, en 1970, el institucionalismo; al tiempo que se difunde la crítica basagliana y los movimientos de desinstitucionalización. De hecho ya en 1959, en el Reino Unido, la Mental Health Act promulga que los enfermos mentales deben ser tratados igual que el resto de los pacientes. Para lo cual el Ministerio de Salud británico fomentó la creación de unidades psiquiátricas en los hospitales generales, y hospitales de día. Hay que tener en cuenta la importancia de la medida en un país donde, a mediados de los años cincuenta, el cincuenta por ciento de las camas —150.000— eran psiquiátricas.

3. EL PASO A LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN

En el Reino Unido se van a cumplir dos de los principios básicos del modelo comunitario, una planificación estratégica zonificada, común a la sanidad general y a la atención social, y la colaboración con servicios sociales en el proceso de desinstitucionalización. El Consejo Central de Servicios de Salud se plantea en 1968 la necesidad de asegurar alojamientos protegidos para enfermos mentales, como apoyo a los servicios psiquiátricos de base en cada distrito. Se comprende que la posibilidad de cerrar un hospital depende a la vez de la existencia de una

gama de servicios de salud y de otros servicios comunitarios, en el plano local. Se pretende la potenciación de los servicios comunitarios, contemplando la transferencia de fondos de los hospitales a estos servicios. Se establece la informatización de los servicios y la potenciación de los programas de soporte de crónicos en la comunidad. La salud mental es considerada de una importancia central en el conjunto de servicios de salud de la nación.

Otro de los procesos pioneros en la desinstitucionalización se da en EE. UU. En 1963 se aprueba la *Community Mental Health Centers Act* que propone la creación a escala nacional de «servicios para la prevención o diagnóstico de la enfermedad mental, para la asistencia y el tratamiento de los enfermos mentales y la rehabilitación de esas personas». En EE. UU. las críticas al hospital psiquiátrico habían comenzado en los años 1940 y 1950, procedentes de buena parte de la opinión pública, corporaciones gubernamentales y miembros de la Asociación Americana de Psiquiatría. Había un claro consenso en reducir el número de camas de los hospitales psiquiátricos —en 1955 existían 600.000 camas— y en buscar alternativas comunitarias. Los principios que guían el trabajo de los Centros de Salud Mental Comunitaria son la accesibilidad (ubicación conveniente y, si es preciso, descentralización de los servicios); información adecuada a la población de referencia sobre la existencia y características de los diferentes programas; gratuidad; disponibilidad; énfasis en la prevención de la enfermedad; búsqueda de las necesidades reales de toda la población y no sólo de los que ya acuden a tratamiento; enfoque ecléctico y utilización de todo tratamiento útil; responsabilización de la Administración frente a la del individuo enfermo y su familia. Las nociones de prevención, riesgo y población en riesgo, constituyen, junto con la teoría de la crisis, los elementos conceptuales de la psiquiatría preventiva o comunitaria. Caplan desarrolla un modelo conceptual para la psiquiatría comunitaria, extrayendo categorías epidemiológicas y de salud pública. La expresión «psiquiatría preventiva» escribe Gerard Caplan, en *Principles of preventive psychiatry*, publicado en Nueva York en 1966 (5). La reducción de camas fue tajante: en poco más de una década más de 500.000, pero, y de ahí vienen buena parte de las críticas a la desinstitucionalización, la salida de los pacientes de los hospitales no fue acompañada de un cuidado eficiente. Las insuficiencias del sistema sanitario y de los servicios sociales norteamericanos, y las dificultades y errores del propio proceso reformador, originaron pronto problemas de abandono, y carencias importantes en la atención a los pacientes crónicos externados. La ausencia de un sistema público de salud, favorece la fragmentación y especialización de servicios, obligando a continuas y

complejas transacciones entre empresas privadas y organismos públicos. A lo que entonces se unió la falta de planificación y de una formación adecuada de unos profesionales entrenados para hacer frente a los pacientes agudos y a las crisis pero no a la cronicidad.

Será en Italia donde la desinstitucionalización va adquirir una mayor radicalidad y apoyo político, liderada por el movimiento Psiquiatría Democrática consigue en los años setenta el cierre por ley de los hospitales psiquiátricos (Ley 180 de 1978). Se cierra así un proceso que se inicia con la humanización y transformación del hospital psiquiátrico, para salir al exterior, a la sociedad misma donde funcionan los mecanismos originarios de marginación del enfermo mental, esa doble marginación de la que habla Basaglia (4).

Ley 180

- No se podrán realizar ingresos nuevos en hospitales psiquiátricos a partir de mayo de 1978; y no podrá haber ingresos de ningún tipo a partir de diciembre de 1981. Se prohíbe la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos.
- Los servicios psiquiátricos comunitarios, los servicios territoriales, deberán establecerse para áreas geográficas determinadas, y trabajar en estrecho contacto con las unidades de pacientes ingresados a fin de garantizar una atención continuada.
- Todos los ingresos, tanto voluntarios como forzosos se realizarán en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales, que no tendrán nunca más de 15 camas.

El cierre de los hospitales psiquiátricos se entiende como un proceso gradual (mediante acciones de desinstitucionalización y la no realización de nuevos ingresos). Los nuevos servicios se diseñan como alternativos y no como complementarios o adicionales a los hospitales. Es la psiquiatría hospitalaria la que ha de ser complementaria al cuidado comunitario y no al contrario. Ha de haber una integración total entre los diferentes servicios en las áreas geográficas que sirven de marco al tratamiento psiquiátrico. El mismo equipo habrá de suministrar servicios domiciliarios, ambulatorios e ingresos. Este modelo de cuidado facilita la continuidad de la atención y un apoyo a largo plazo. Ha de haber un interés espe-

cial de apoyar la labor de equipos interdisciplinarios, visitas domiciliarias e intervenciones en momentos de crisis. Una de las aportaciones más importantes, inspirada en la gran tradición de cooperativas laborales que existe en el norte de Italia, son las Empresas sociales para dar empleo, y como procedimiento de rehabilitación, que se crean en el proceso de desinstitucionalización. Empresa social que debe permitir la construcción de un campo de solidaridad, de promoción de la productividad para quien estaba excluido. Es preciso, según Rotelli, crear campos de intercambio entre las partes más empobrecidas y aquellas más ricas de la sociedad (sea cultural, social o económicamente), construyendo un nuevo pacto social, una nueva ética en cuyo espacio sea posible reciclar todo lo que sería desechado en la lógica de un orden excluyente. Se trata de modificar sustancialmente la lógica asistencialista, la falta de autonomía, la dependencia de las prestaciones sociales habituales.

Esta es la acción de subversión institucional que algunos médicos, psicólogos, sociólogos, enfermeros y enfermos han propuesto y provocado en un hospital psiquiátrico — escribe Basaglia en 1968, prologando *L'Instituzione negata* (4)—, al poner en tela de juicio, en el plano práctico, la condición misma de internamiento. La institución psiquiátrica, la institución total, en el sentido que le da Goffmann en *Internados*, es una institución de la violencia que tiene por finalidad la invasión sistemática del espacio personal del enfermo, un enorme receptáculo lleno de cuerpos que no pueden vivirse, y que están allí en la espera de que alguien les tome, para hacerles vivir de otra manera, en la esquizofrenia, la psicosis maníaco-depresiva o el histerismo: definitivamente cosificados.

4. LAS DIFICULTADES DE LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN

Los primeros procesos de reforma psiquiátrica encontraron pronto serias dificultades en el tratamiento de los pacientes crónicos deshospitalizados. Ni la comunidad ni los profesionales ni los servicios estaban preparados para atender este tipo de pacientes. La rehabilitación psiquiátrica surge ante esta carencia, ante la necesidad de un conocimiento y unas herramientas específicas para atender los trastornos mentales graves y persistentes (TMSP). Y se instaura con un consenso teórico simple, tomado de la rehabilitación física: instrumentar técnicas que hagan posible una vida lo más normal, con la mejor calidad posible, a pacientes mentales crónicos cuya enfermedad les haya ocasionado limitaciones o falta de

habilidades para el desempeño de sus actividades sociales (discapacidades) y consecuentemente desventajas (minusvalías) en ese desempeño.

Dificultades de los enfermos mentales crónicos en el marco comunidad (tomado de Ana González Rodríguez [13])

1. No pueden recibir tratamiento de urgencia que requiera ingreso ya que los hospitales generales, por lo general, no disponen de camas psiquiátricas.
2. Reciben escaso o nulo tratamiento en las residencias asistenciales.
3. Van a parar a prisión puesto que no existen emplazamientos más apropiados.
4. Viven en la calle sin recibir ningún servicio o atención.
5. La carga de la atención recae sobre los familiares del enfermo mental.
6. Muchos precisan asistencia para su aseo.
7. Pese a recibir medicación psiquiátrica, muy pocos la siguen tal y como les fue prescrita.
8. La mayoría son incapaces de mantener un hogar, acudir a las citas y conservar un trabajo remunerado.
9. Pocas personas con incapacidad psiquiátrica son capaces de manejar dinero adecuadamente.
10. Muchos esquizofrénicos tienen baja autoestima y sociabilidad, depresión, numerosos hábitos inadaptados y síntomas psicóticos activos.
11. La mayoría son vulnerables al estrés y manifiestan déficits en habilidades de afrontamiento, dependencia extrema, dificultades en las relaciones interpersonales y deficiencias laborales.

Entre los programas de atención a los pacientes TMSP de mayor trascendencia en la atención comunitaria están los de continuidad de cuidados que surgen en EE. UU. ante las carencias y fragmentación de los servicios sanitarios, los programas de gestión de casos, *case management*, que en la psiquiatría francófona y española viene denominándose como *suivi communautaire*, seguimiento comuni-

tario o continuidad de cuidados. Los dos modelos más conocidos y usados son el *Assertive community treatment* (ACT) o el *Intensive Case Management*.

Características del PACT.

1. Equipo multidisciplinar (trabajador social, enfermeros y psiquiatras).
2. Prestación de servicios en el ambiente natural del paciente.
3. Servicios individualizados y completos (psiquiátricos, médicos y sociales).
4. Responsabilidad de los casos compartida por todos los profesionales, más que individualmente.
5. Cobertura permanente: 24 horas al día, siete días a la semana.
6. Prestación directa por el equipo de todos los servicios psiquiátricos y sociales que necesite el paciente (desde la medicación a la búsqueda de alojamiento y de trabajo, con ayuda para conservarlo).
7. Servicios ilimitados en el tiempo.

5. LAS REFORMAS TARDÍAS

Se puede establecer una segunda fase de los procesos de reforma en torno a los años ochenta, considerados la década de la rehabilitación por el gran desarrollo de los programas de rehabilitación psicosocial, que pasan a ser centrales en la atención a los viejos y nuevos crónicos. España y los países latinoamericanos, en especial Brasil y Chile, pueden ser paradigmáticos de este período por cuanto inician su proceso de cambio con el desarrollo de la rehabilitación psicosocial. Ambos procesos surgen en momentos apropiados, en tiempos de reconstrucción democrática y de los servicios públicos tras largas dictaduras. La reforma psiquiátrica, en España, va pareja a la reforma del sistema sanitario. La Ley General de Sanidad, base para la transformación de la atención a la salud en España, en su artículo 20 establece las líneas maestras de la reforma psiquiátrica.

Artículo 20 Ley General de Sanidad.

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general.

Uno de los pilares fundamentales de la reforma sanitaria española es la atención primaria de salud, vía de entrada al sistema y responsable en primera estancia también de los problemas de salud mental y respecto a la cual, la salud mental actúa en segunda línea como atención especializada. Algo que facilita la ordenación en áreas sanitarias de todos los servicios, permitiendo la unificación de red de los recursos de salud mental y el trabajo en un territorio delimitado. En el cuadro siguiente se representa una red de servicios y programas en un área de salud, en este caso la 9, de Madrid. La primera columna representa los servicios psiquiátricos habituales en un área o demarcación sanitaria: la atención ambulatoria, la hospitalización de «agudos» en el hospital general, el hospital de día. Las otras tres columnas representan los recursos imprescindibles (sea cual sea la administración que los proporcione) para una atención adecuada a la cronicidad psicótica y a los trastornos graves de personalidad. Los dispositivos que necesitamos si queremos una asistencia sin hospital psiquiátrico, sin manicomios y sin abandonos. Todos los programas están atravesados por un programa de continuidad de cuidados (8).

DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS DE LA RED DE SALUD MENTAL DEL ÁREA 9				
DISPOSITIVOS	DE SALUD	MENTAL	DISPOSITIVOS SOCIO-COMUNITARIOS	DISPOSITIVOS DE GESTIÓN CIUDADANA
	Programas			
Centro de Salud Mental (uno por distrito)	<i>Evaluación, A. ambulatoria A. domiciliaria Apoyo A. Primaria Apoyo Serv sociales Seguimiento Equipo de SM Infantil</i>	Centro de Día y de Rehabilitación	Centro de Día de soporte social	Club Social (asociación de familiares)
		2 Unidades de Rehabilitación (41 y 21 camas)	Centro de Rehabilitación laboral	(asociación de enfermos mentales)
Unidad de H Breve en el Hospital Severo Ochoa de Leganés	<i>Interconsulta Hosp General</i>	<i>Programa de rehabilitación y apoyo comunitario</i>		
Unidad de H Breve en el Hospital de Fuenlabrada		Piso Escuela Talleres de Rehabilitación	Equipo de apoyo social comunitario	Fundación Desarrollo Salud Mental
Hospital de Día Infancia y Adolescencia		Pisos altamente supervisados	Pisos Protegidos	Programas de Empleo Protegido
Hospital de Día Adultos		Residencia Asistida		
Programa Trastornos de personalidad		Centro Agrícola		Pisos Normalizados

Fig. 1. Red de salud mental Área 9 de la Comunidad de Madrid²

Respecto a América Latina, los procesos de reforma psiquiátrica se inician en los años noventa del pasado siglo. Se fecha su comienzo en la conferencia celebrada en Caracas en 1990, auspiciada por la Organización Panamericana de Salud. La iniciativa plantea reformas asistenciales y legales para garantizar la asis-

² Es necesario reseñar que esta red establecida durante más de dos décadas y que ha servido de guía a varias experiencias, algunas fuera de España (en Brasil, México...), está siendo desmantelada por la nueva política sanitaria (Área única, predominio hospitalario, fragmentación de servicios...) de la Comunidad de Madrid.

tencia y el respeto a los derechos humanos y civiles de los pacientes con trastornos mentales; y, por tanto, la necesidad de superar el hospital psiquiátrico, estableciendo modalidades de atención alternativas en la propia comunidad, en sus redes sociales. Entre los procesos que a partir de la conferencia se inician en distintos países americanos es de especial relevancia la reforma brasileña, con gran participación de pacientes, familiares y el conjunto de la sociedad civil. Salud mental colectiva que une a las conquistas técnicas el empoderamiento ciudadano y unas normativas que desplaza el presupuesto hospitalario a recursos en la comunidad, y que privilegia la *Volta a casa* o *volta a la ciudadanía* (6). En Brasil hay comunidad, hay sociedad civil organizada en torno a la salud mental. Se cumplen las tres condiciones que posibilitan una reforma de la asistencia psiquiátrica: una demanda social, la voluntad política y un equipo de profesionales preparado, que ha forjado un amplio consenso técnico, para llevarla a cabo.

Características de la reforma brasileña.

- a. La preocupación por garantizar los derechos de los pacientes en las instituciones psiquiátricas (prohibición de celdas de aislamiento, respeto a la intimidad, correspondencia, visitas...), estableciendo efectivas medidas de penalización económica, y de desacreditación y cierre de los establecimientos, controladas por una Comisión de Evaluación, comisión mixta de profesionales, usuarios y familiares.
- b. La preocupación por la técnica, por la clínica, la rehabilitación, la planificación, la evaluación.
- c. Se da en el contexto de una ideología social progresista que ve en la alineación social, en la explotación y en las formas adversas de vida el marco de la alineación individual, sin reducir lo social a psicopatología ni viceversa.
- d. La inclusión de la sociedad civil en el proceso. El debate de la Ley Federal y de las leyes estatales reflejó el amplio debate que se producía en la sociedad civil. El consenso era claro: el cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de recursos alternativos en la comunidad. Cierre contemplado en leyes estatales desde 1992 y por una Ley Federal en 1993.

6. EVOLUCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

Uno de los extremos de la evolución de la psiquiatría comunitaria lo representa la consideración que hoy tiene la psiquiatría comunitaria en EE. UU., en cuanto representante de un sistema altamente desarrollado, liberal, privatizado, donde prima la competencia y el mercado. Evolución que queda fielmente reflejada en un libro tan emblemático de la psiquiatría estadounidense, y de gran predicamento mundial, como es la *Sinopsis* de Kaplan & Sadock (18). La psiquiatría comunitaria viene bajo el epígrafe Psiquiatría Pública, términos a los que hace sinónimos. Y el concepto de psiquiatría pública se refiere al tratamiento de los enfermos mentales en la comunidad bajo el amparo público: es decir de los pobres. Tarea irresoluble se plantea por falta de fondos³. Quedan lejos el espíritu del Acta Kennedy, en tiempos de los programas de guerra a la pobreza (*War on Poverty* y *Great Society*) y de los Centros de Salud Mental Comunitaria⁴.

En el polo opuesto, el Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Quebec, asume en 1997 la psiquiatría comunitaria como doctrina de Estado: «Las personas que padecen trastornos mentales graves y persistentes vivirán en la comunidad y ahí serán atendidas». Compromiso que explicita en un documento gubernamental de orientaciones para la transformación de los servicios de salud mental y servicios sociales, adjuntando las medidas y un calendario para llevar a cabo estas orientaciones que expresan la voluntad política de la mejor forma, a través de los presupuestos:

En el 2002 el 60% del presupuesto público de salud mental será destinado a servicios en la comunidad y el 40% a hospitalización. Tienen prioridad los servicios de Acceso a alojamiento y necesidades de subsistencia, posibilidad de intervención en crisis a tiempo completo; el mantenimiento del tratamiento en la comunidad; la rehabilitación; las actividades de soporte a las familias y a los próximos. Cada autoridad regional deberá establecer un plan para integrar a la población internada en el medio (en la comunidad) que más le convenga.

Además, la política del Ministerio quebequense instituye, la presencia de usuarios en el consejo de administración de cada hospital u otro tipo de organi-

³ Así aparece en la 8.ª edición (1998), en la 10.ª (2009) desaparece toda referencia a la psiquiatría comunitaria o pública.

⁴ En EE. UU., tras la etapa Kennedy, los programas comunitarios continuaron débilmente hasta ser suprimidos en el viraje conservador de los pasados años 80. La prevención derivó hacia programas de ayuda individual para el desarrollo de habilidades ante los estresores ambientales.

zaciones públicas, y la existencia de un mediador en asuntos de interés público (*ombudsperson*) al interior de cada hospital.

La gran trascendencia de esta política del gobierno de Quebec está en que se desarrolla con el mismo sistema económico que EEUU, lo que demuestra que es económicamente posible sostener una asistencia comunitaria y de aseguramiento universal, en un momento en que buena parte de los países del mundo se están replanteando las prestaciones públicas y ensayando formas de gestión que están haciendo retroceder los logros del Estado del bienestar.

7. LA SITUACIÓN HOY

A pesar de su gran implantación y de la importancia universal del modelo de atención comunitaria hay factores que hoy están amenazando su sostenibilidad. Tenemos, en primer lugar, la evolución de los sistemas sanitarios y sociales, los cambios en la gestión de las prestaciones públicas; así como los cambios en la demanda y su repercusión en los idearios técnico-científicos de los gestores y profesionales de la salud mental. Como se señala al inicio de este capítulo la psiquiatría comunitaria surge en el horizonte del Estado del bienestar, con gobiernos garantizaban una asistencia social y sanitaria a toda la población, y para los que la enfermedad y la incapacidad no es una responsabilidad individual que el ciudadano tiene que asegurar por sí mismo. Cuando la competencia desplaza a la solidaridad los programas comunitarios se reducen, llegando a convertirse como en EE. UU. en iniciativas para pobres o excluidos sociales. La tendencia mundial de privatización de la sanidad y rebaja en las prestaciones sociales convierte al modelo comunitario de atención en una actividad marginal. A esto se añade, producto del predominio de la ideología neoliberal, un declinar de la conciencia comunitarista y un cambio en el tipo de demanda en las sociedades económicamente avanzadas. Pues si bien es verdad que los consumidores sanitarios adquieren cada vez más presencia pública e influencia ante el poder político (aunque sólo sea porque votan), el hecho es que nos encontramos ante un factor de doble cara. Por una parte, tenemos la medicalización de la sociedad y un imaginario social llenos de prejuicios en una ciudadanía fragmentada: bipolares, esquizofrénicos, límites, trastornos de conducta alimentaria... El otro lado lo representan los movimientos ciudadanos y de pacientes que exigen el empoderamiento, su total involucración en la gestión de la salud mental o de su padecer. Conceptos como *recovery* (recuperación), *advocacy*, (defensa, promoción) buscan hacer protagonista de

su recuperación al propio paciente. Unos movimientos de pacientes, familiares y ciudadanos que han sido esenciales en todos los procesos de reforma psiquiátrica, y que han pasado de ser marginales a participar, o pugnar por participar, en la política de los servicios que les atienden, y activistas principales en la lucha por la defensa y conquista de los derechos civiles y la ciudadanía plena, que constituyen la parte esencial de sus barreras y discriminación⁵. Grupos de autoayuda, de soporte mutuo, de defensa de los derechos que reclaman desde posiciones más o menos integradas en los servicios de salud (usuarios) o radicalmente críticas («ex psiquiatrizados» o «supervivientes») la capacidad de intervenir en las decisiones que afectan a sus vidas.

El empoderamiento es un proceso por el cual el sujeto asume la responsabilidad en la orientación de su vida, el poder de intervenir en su medio, en los propios avatares de su vida. Un proceso que se une a la experiencia de la recuperación, del restablecimiento, del *recovery* de los anglosajones.

La segunda cuestión está en la clínica, en la teoría que sustenta el quehacer psiquiátrico comunitario. En las últimas décadas ha habido un cambio en las tendencias de la comunidad profesional de la salud mental: del predominio de la psiquiatría social y el psicoanálisis se ha pasado a la hegemonía de la psiquiatría biológica, apoyada sobre todo en los avances de la psicofarmacología y en menor medida de las neurociencias. Un predominio utilitarista que sustituye la semiología por criterios consensuados (DSM, CIE 10) y huye de la psicopatología declarándose ateorico. Responde al pensamiento instrumentalista de la época que se preocupa del manejo de las cosas sin importarle su porqué. El intento de reducir todo el conocimiento científico a lo molecular se vuelve nefasto cuando se erige en la teoría verdadera, cuando pretende reconstruir todo el universo de los saberes humanos y sociales exclusivamente desde sus fundamentos biológicos. La confrontación naturaleza *versus* crianza, hechos frente a valores, resulta irrelevante. No hay datos sin interpretación ni problema psicopatológico sin referencia al deseo. Lo que se pone en cuestión, como señala el *Libro Blanco de la psiquiatría francesa* (10), es la propia esencia de la psiquiatría, la supervivencia misma al verse estrangulada por un reductor positivismo médico, que reduce la enfermedad mental a las ciencias moleculares del cerebro, las nuevas formas de gestión obnubiladas por los costes, y una demanda proteica en unas sociedades que han pato-

⁵ Para estos temas ver el número 11 de *Atopos. Salud mental, comunidad y cultura*, «Libertando identidades», mayo 2011 (www.atopos.es).

logizado la vida cotidiana, psiquiatrizando el malestar. Crisis de la psiquiatría, del objeto y los límites de su cometido y cuestionamiento por las políticas neoliberales del aseguramiento universal que amenazan la continuidad de las políticas sociales y de los programas comunitarios de atención en salud mental.

Y sin embargo, este cuestionamiento del modelo se produce cuando se hace cada vez más evidente la necesidad de abordar los problemas de salud mental de una forma global, preventiva y social. Se hace evidente dado el aumento de los trastornos mentales, en países pobres y ricos, gracias al incremento de los factores adversos que las precipitan y prolongan. Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (16; 17; 21) nos alertan de la magnitud epidemiológica de estos trastornos: una de cada cuatro personas —el 25% de la población mundial—, sufre en algún momento de su vida al menos un trastorno mental. Actualmente hay 450 millones de personas con trastornos mentales en países tanto desarrollados como en desarrollo. Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial. Los trastornos con mayor peso son la depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y la demencia, enfermedades que representan una carga —medida de años de vida perdidos por discapacidad— superior al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares. Hay un progresivo incremento de las tasas de suicidio (que representa el 1,5% del conjunto de la mortalidad mundial) y cientos de millones de personas atrapados en el alcoholismo —se calcula que las enfermedades relacionadas con el alcohol afectan del 5% al 10% de la población mundial— o por las otras adicciones, que implican una fuente principal de morbilidad y uno de los mayores negocios criminales del mundo. Trastornos que son sólo la punta de un iceberg, la morbilidad y la mortalidad detectada. Y que se considera va a crecer en nuestro siglo (*Salud Mental en el Mundo* [7] Washington, OPS/OMS, 1997), gracias al aumento de las circunstancias que hacen vulnerables a grandes sectores de la población mundial (la existencia entre un 20 y un 75 por ciento de mujeres víctimas de la violencia familiar, el aumento del maltrato y el abuso a los niños, mediante la explotación sexual, la esclavitud laboral y el abandono, tan frecuente en muchas partes del mundo; la existencia de millones de refugiados, de gentes desplazadas por conflictos bélicos o persecuciones políticas; limpieza étnica y violaciones masivas de los derechos humanos que se producen en todo el mundo). La calidad del medio social en que se desenvuelve la persona está íntimamente ligada al riesgo de que esta llegue a padecer una enfermedad mental y a la probabilidad de que la enfermedad se vuelva crónica. La esquizofrenia no es una «enfermedad

social» y, sin embargo, los factores sociales y culturales influyen poderosamente en su evolución y en las probabilidades de recuperación. Las pérdidas significativas, los traumas sufridos en la niñez y aquellos vividos por personas relativamente indefensas, juegan un papel predominante en la incidencia y prevalencia de trastornos mentales. Pero también sabemos que la relativa prosperidad de los países de economía avanzada no se traduce necesariamente en bienestar individual o social. Los estudios epidemiológicos de los últimos cincuenta años en Europa Occidental y en Estados Unidos indican la alta prevalencia de algunos problemas de salud mental (depresión, suicidio, abuso de alcohol y drogas, trastornos de la alimentación). Problemas que nos remiten a un estilo de vida poco saludable, cuando no claramente patógeno. Aparte de a la creciente desigualdad, al incremento de los inútiles sociales, del sobrante social y de las bolsas de pobreza existentes en los países de economías avanzadas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) ASHTON, J. y SEYMOUR, H. (1990). *La nueva salud pública*. Barcelona: Masson.
- (2) BACHRACH, L. (1993). «La qualité des services aux malades mentaux». *La santé Mental au Québec*; XVIII (2), 21-3.
- (3) BARTON, R. (1974). *La neurosis institucional*. Madrid: Paz Montalvo.
- (4) BASAGLIA, F. (1972). *La institución negada*. Barcelona: Barral.
- (5) CAPLAN, G. (1966). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- (6) CASTRO DE ALMEIDA, N. y DELGADO, P. G. (orgs.). (2000). *De Volta à cidadania*. Río de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.
- (7) DESJARLAIS, R.; EISENBERG, L.; GOODD, B.; KLEINMAN, A. (1997). *Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington: OPS.
- (8) DESVIAT, M. (2007). *De locos a enfermos*. Leganés: Ayuntamiento de Leganés.
- (1994). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dor.
- (10) FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE. (2003). *Livre blanc de la psychiatrie*. Paris: J. L. Jhon Libbeey Eurotext.
- (11) GOFFMAN, E. (1970). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.

- (12) GOLDBERG, J. (1996). *Clínica da psicose*. Río de Janeiro: Te Corá.
- (13) GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, A. (2001). «Programas de seguimiento o de continuidad de cuidados en la comunidad». En: Desviat, M. (editor). «Atención comunitaria a la cronicidad psiquiátrica». *Monografías de Psiquiatría*, abril-junio, 4-16.
- (14) HOCHMANN, J. (1971). *Pour une psychiatrie communautaire*. París: Du Seuil.
- (15) JONES, M. (1968). «El concepto de comunidad terapéutica». En: Caplan, G.; Jones, M.; Watts, A. (Editors). *Comunidad, psicología y psicopatología*. Buenos Aires: Editorial Jorge Álvarez, 89-98.
- (16) OPAS/OMS. (2001). *Rélatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: Nova Concepção; Nova Esperanza...* Brasilia: OPAS/OMS.
- (17) RODRÍGUEZ, J. J. (2009). *Salud mental en la comunidad*. Washington: OPS.
- (18) SADOCK, B. J., SADOCK, V. A.; Kaplan y Sadock (1999). *Sinopsis de psiquiatría*. 8.^a ed. Barcelona: Panamericana.
- (19) SAN MARTÍN, H. y PASTOR, V. (1988). *Salud comunitaria: teoría y práctica*. Madrid, Díaz de Santos.
- (20) SARACENO, B. (1999). *Libertando identidades*. Río de Janeiro: Te Corá.
- (21) WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2001). *Atlas Mental health resources in the world 2000*. Geneva: World Health Organization.

II

CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL. PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD MENTAL (INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA)

Maite Ramírez

1. DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la salud mental puede definirse de la siguiente manera:

La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la auto-actualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros. Desde una perspectiva cultural, es casi imposible definir la salud mental de manera comprensible. Sin embargo, algunas veces se utiliza una definición amplia y los profesionales generalmente están de acuerdo en decir que la salud mental es un concepto más complejo que decir simplemente que se trata de la carencia de un desorden mental.

Dice además la OMS que el aspecto de la salud mental es una materia de vital importancia en todo el mundo pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de las sociedades y de las naciones y que sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que sufren de desórdenes mentales o del comportamiento reciben en efecto un tratamiento. Concluye la organización que los desórdenes mentales son producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

2. CONCEPTO DE NORMALIDAD PSÍQUICA

El debate filosófico entre lo que es considerado normal y anormal en psiquiatría, medicina en general o psicología es apasionante aunque todavía sigue sin cerrarse. Cualquier persona que se acerque al mundo de los síntomas mentales

reclama, con lógica, una norma que ayude a diferenciar lo normal de lo patológico para poder reconocer esto último como lo que debe ser tratado.

Sin embargo dicha norma todavía no ha sido dictada. Los profesionales que trabajan en el mundo de la salud mental manejan los síntomas mentales y los clasifican como normales o anormales con un sorprendente grado de consenso a pesar de ello.

A modo de resumen se pueden proponer una serie de criterios útiles para el clínico, teniendo en cuenta que ninguno de ellos es suficientemente específico por lo que puede confundirnos y hacernos considerar lo normal como anormal.

1. Lo anormal como desviación estadística del conjunto de comportamientos y vivencias consideradas frecuentes en la mayoría de las personas. La mayoría de los síntomas mentales son infrecuentes en la población ya por sus características (alucinaciones) como por su intensidad (como la euforia desbordante de un episodio maníaco). Sin embargo existen conductas o fenómenos que se escapan a la normalidad estadística que no pueden considerarse patológicos, como la superdotación intelectual, ciertos hábitos sexuales o actitudes revolucionarias.

2. Lo anormal como presencia de lesión o disfunción de la fisiología humana. Algunos síntomas mentales y enfermedades han sido asociados a una lesión determinada o a disfunciones locales o sistémicas. Es el caso de algunas disfunciones lingüísticas, algunas alucinaciones visuales o el deterioro intelectual de las demencias. Sin embargo, la inmensa mayoría de los síntomas psíquicos siguen sin poder ser asociados a lesión identificada alguna.

3. Lo anormal como desventaja biológica para quien lo sufre. Es un concepto de un autor, Kendell, que bebe de las fuentes del evolucionismo, según el cual la presencia de síntomas o enfermedades mentales supone una desventaja biológica que conduce a mayor mortalidad y menor índice de natalidad. Esto es cierto para determinados procesos como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, pero no sucede o incluso ocurre lo contrario en algunos trastornos de personalidad.

4. Lo anormal como desviación del conjunto de creencias y conductas aceptadas por la sociedad. En efecto esto hace que muchos síntomas mentales llamen la atención, como es el caso de algunas ideas delirantes. Sin embargo es peligroso considerar cualquier idea extraña para la sociedad como patológica. Esto debe tenerse en cuenta para no caer en la instrumentación de las ciencias de la salud mental para objetivos distintos de aliviar el sufrimiento de los pacientes.

3. PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD MENTAL (INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA)

La exploración psicopatológica consiste en una descripción de las áreas de actividad mental del paciente. Ejerce la misma función para el psiquiatra que la exploración física para el médico de atención primaria. Es conveniente seguir un modelo estructurado para no olvidar evaluar ningún área.

Conciencia

La conciencia es un concepto especialmente difícil de definir. Se puede considerar como la percepción del yo y del entorno. Si no fuera por ella seríamos computadoras o robots inteligentes. Continúa sin ser comprendida por la ciencia y por ello suele explicarse en términos religiosos o espirituales.

Igualmente difícil es delimitar la zona del cerebro que la regula.

Con fines académicos dividiremos las alteraciones de la conciencia en:

1. aquellas en las que hay una patología en la reactividad del sensorio
2. aquellas en las hay alteraciones del conocimiento con sensorio reactivo
3. aquellas en las que no se objetivan alteraciones del sensorio ni del conocimiento pero la conducta y los contenidos mentales del paciente sugieren una alteración

Dicha distinción no es real ya que en la práctica dichas alteraciones no se dan en forma pura sino superpuestas.

Una figura que podría ayudarnos a entender qué es la conciencia sería la de una luz que alumbrara tanto el interior de nuestro cuerpo y nuestra mente como nuestro entorno. Esa luz puede perder intensidad (alteraciones del sensorio, cuyo ejemplo extremo es el coma), puede distorsionar provocando colores y sombras inexistentes (alteraciones del conocimiento, como la confusión) o puede alumbrar sólo zonas muy restringidas dejándonos «ciegos» para otras (las llamadas alteraciones del campo de la conciencia). Quizás por eso a la conciencia también se la llama «lucidez».

1. **ALTERACIONES DEL SENSORIO:** Se entiende por sensorio el nivel de alerta y atención y la capacidad de responder apropiadamente y de forma psicológicamente comprensible a estímulos internos y externos. El sensorio normal se mantiene también durante el sueño, ya que la persona puede ser despertada y reaccionar de forma adecuada. Las alteraciones del sensorio también han sido definidas como las alteraciones «cuantitativas» de la conciencia, y se han clasificado para ello en alteraciones por defecto y por exceso.

- Por exceso: *estado de hipervigilia, hiperalerta o hipervigilancia:* se caracteriza por la sensación de claridad mental, de haber sido liberado de un freno, generalmente acompañada de aumento de la actividad motora y verbal. Sin embargo no necesariamente se acompaña de un aumento real del rendimiento. Es característica de los estados maníacos y se da también en fases iniciales de la esquizofrenia y en intoxicaciones por drogas alucinógenas o estimulantes.

- Por defecto: según su intensidad y el grado de respuesta ambiental se clasifican en niveles desde la somnolencia (también letargia o sopor, con dificultad para permanecer despierto y atento) —> la obnubilación (el paciente es despertado sólo con estimulación vigorosa, y cuando lo hace suele estar confuso y le cuesta mantenerse) —> el estupor (el paciente sólo puede mantener un ligero grado de alerta con estímulos potentes y no emite respuestas o éstas son incoherentes) —> el coma —> la muerte cerebral.

Aunque todas las disminuciones del nivel de conciencia hacen sospechar una patología orgánica cerebral también pueden darse estados de mutismo, inmovilidad y fluctuación de la conciencia por causa de una enfermedad mental como la depresión, la esquizofrenia o la histeria. Hay que ser extremadamente cuidadoso antes de atribuir una enfermedad mental a un paciente que pudiera tener un daño neurológico.

2. **ALTERACIONES DEL CONOCIMIENTO:** Pueden ser globales o circunscritas.

Globales: *confusión y delirium:* son cuadros causados por una enfermedad que actúa sobre el cerebro de inicio brusco y duración escasa en comparación con la cronicidad de las enfermedades mentales primarias. Aunque ambas pueden existir en enfermedades mentales en sus formas más graves (depresión, manía, esquizofrenia...) son típicas de enfermedades neurológicas que afectan al sistema nervioso central o sistémicas (que afectan al organismo en su totalidad).

- Confusión significa «dificultad para distinguir lo real de lo imaginario» e implica la pérdida del control voluntario sobre las facultades intelectuales. A veces se le denomina onirismo por ser un estado parecido al sueño. Se suelen intercalar estados de lucidez.

- Delirium es un estado de inicio relativamente brusco y fluctuante caracterizado por la confusión, la inatención, la hiper o hipoactividad motriz y otros síntomas (alucinaciones, inversión del ritmo circadiano, angustia, irritabilidad, inquietud y hasta agitación).

IMPORTANTE: Cualquier persona mayor de 50-60 años que sufra un cambio brusco (horas o días) en su estado mental tiene una enfermedad física mientras no se demuestre lo contrario.

Circunscritas: la alteración se da sólo en una de las propiedades de la conciencia. Generalmente no se dan solas, sino que son uno más entre varios síntomas de enfermedad mental o neurológica.

Despersonalización y desrealización: se definen como la sensación de ser extraño o irreal para uno mismo y la sensación de cambio de la realidad externa respectivamente. Se dan en enfermedades neurológicas pero también mentales, sobre todo en cuadros de ansiedad (por ejemplo durante un ataque de pánico) y psicóticos (por ejemplo la esquizofrenia).

Alteraciones de la conciencia corporal o de la capacidad de reconocer e interpretar el significado de las impresiones sensitivas: falta de reconocimiento de partes del cuerpo, de reconocimiento de objetos por el tacto, de reconocimiento de caras familiares, síndrome del miembro fantasma...

3. ESTADOS DE RESTRICCIÓN Y DISOCIACIÓN DE LA CONCIENCIA: En estos estados hay una conducta aparentemente normal pero con ruptura de la continuidad del flujo de ideas, pensamientos, percepciones, etc. Esto sugiere una disociación entre los elementos cognoscitivos y perceptivos y los comportamentales, adoptando la conducta una modalidad automática. A pesar de la conducta aparentemente normal se dan: descenso del nivel de alerta, desorientación

o falsa orientación, conducta automática, amnesia posterior y reactividad sensorial parcialmente conservada. Ocurre por ejemplo durante la hipnosis, en algunos tipos de epilepsia y en los trastornos llamados precisamente «disociativos», que incluyen la personalidad múltiple (trastorno disociativo de la identidad), la amnesia disociativa, las fugas disociativas, los estados de trance y posesión. La disociación de la conciencia es un mecanismo de defensa ante traumas que pueden ser recientes y recordados o antiguos y olvidados y por tanto inconscientes y se observa también en los estados postraumáticos. También ocurre dentro de la experiencia normal.

Orientación

La capacidad de captar el marco de referencia temporal, geográfico e interpersonal. Indica por lo general un trastorno de base orgánica cerebral o una psicosis, y rara vez tiene causa psicógena (por ejemplo, en estados disociativos).

Desorientación temporal	Desconocimiento de fecha, año, día de la semana, estación, hora o momento del día (mañana, tarde, noche)
Desorientación espacial	Desconocimiento del lugar, población, provincia, país
Desorientación autopsíquica	Desconocimiento de la propia identidad
Desorientación alopsíquica	Desconocimiento de la identidad de otros

Memoria

Función cerebral que permite almacenar y evocar experiencias pasadas. Una evaluación precisa de la memoria requiere una exploración neuropsicológica rigurosa, ya que es una función muy compleja y con muchas facetas. No obstante se puede detectar en una exploración convencional si es de entidad suficiente.

1. Alteraciones cuantitativas:

- Por exceso o hipermnnesia: anormal incremento en la capacidad de memorizar. A veces ocurre en personas con bajo nivel intelectual, aunque también pueden ser personas normales con memorias prodigiosas. Puede ocurrir también de forma fugaz en estados de excitación maníaca o intoxicaciones por drogas, aunque en estos casos se trata más de un aumento de la capacidad de evocación de memoria propiamente dicha.

- Por defecto o hipomnesia o amnesia: la primera alude a una disminución de la memoria que puede darse en personas que no memorizan por estar demasiado focalizadas en vivencias morbosas. La amnesia es la incapacidad para aprender nueva información o para evocar información previamente aprendida. Se pueden clasificar como:

a) Amnesia anterógrada o de fijación: incapacidad para registrar información nueva. Suele ser debida a problemas neurológicos y afecta siempre a la memoria reciente.

b) Amnesia retrógrada: es típica de traumatismos, en los que no se recuerdan los momentos anteriores.

Pueden ser masivas (demencia de alzhéimer, amnesia global transitoria) o lacunares o localizadas (intoxicación etílica); selectivas (se olvida sólo lo más cargado afectivamente, por causa de represión o disociación); reversibles o irreversibles; estables o progresivas; orgánicas o psicógenas, etc.

2. Alteraciones cualitativas:

- Alomnesia o alteración del recuerdo: se recuerda de forma equivocada por causas emocionales o por daño neurológico.

- Paramnesia o alucinación del recuerdo: consiste en considerar recuerdos auténticos lo que no es más que imaginación. Se da en las psicosis, también llamados en este caso recuerdos delirantes o pseudomnesias. La fabulación es la elaboración de un recuerdo para llenar un vacío amnésico (típico del síndrome de Korsakoff). La pseudología fantástica es la narración de hechos falsos por necesidad afectiva a sabiendas de que lo son.

- Criptomnesia o alteración del reconocimiento: son alteraciones de la sensación de familiaridad. Se pueden dar en personas normales (*déjà vu*), en crisis de angustia, en la esquizofrenia (síndrome de Capgras y Fregoli) y son muy típicas de la epilepsia (*déjà vu* y *jamais vu*).

Atención

La atención es la capacidad de concentrarse en una actividad o el esfuerzo por centrarse en ciertos aspectos de la experiencia. Con fines didácticos las alteraciones de la atención se pueden clasificar en cuantitativas y cualitativas o del foco.

1. Alteraciones cuantitativas:

- Por disminución: llamadas hipoprosexias o aprosexias. Ocurre en estados fisiológicos como la infancia, el sueño y la fatiga y en estados patológicos como la depresión, la manía, la ansiedad, la psicosis (hasta llegar a la perplejidad) y por supuesto en enfermedades neurológicas junto con alteraciones de la conciencia.

- Por aumento: llamadas hiperprosexias. Suele acompañarse de un cambio rápido del foco. Es típico de los estados maníacos. También en cuadros orgánicos e intoxicaciones por drogas estimulantes o psicodislépticas. También puede haber un exceso de atención dirigido al interior como en la hipocondría o en los trastornos obsesivos y en grado extremo en el autismo típico o como síntoma esquizofrénico. Por supuesto también puede ser un fenómeno normal.

2. Alteraciones del foco de la atención: como atención selectiva (atender sólo a lo que más interesa, puede ser normal pero también en estados paranoides), perseveración (incapacidad para cambiar el foco de atención) o atención dividida (incapacidad para atender a dos tareas a la vez, a veces tras un traumatismo).

Sueño

El sueño es un fenómeno biológico regular caracterizado por la aparición recurrente de un estado particular de la conciencia fácilmente reversible mediante la estimulación ligera, acompañado de inactividad externa relativa, de un aumento del umbral de respuesta a estímulos ambientales y de cambios fisiológicos que afectan a la respiración, la función cardiaca, el tono muscular, la presión arterial, la regulación hormonal y los ritmos circadianos.

Los trastornos del sueño se clasifican en:

1. Disomnias: afectan a la calidad y cantidad del sueño y al ritmo circadiano.

Son:

Insomnio: dificultad para iniciar y/o mantener el sueño	En personas normales a veces por malos hábitos y enfermedades mentales. Son típicos el despertar precoz de la depresión endógena y el insomnio de conciliación de los trastornos de ansiedad, hipocondríacos y psicósomáticos.
Hipersomnias	Aumento de la somnolencia diurna. Primaria en algunas personas y también secundaria a enfermedades mentales y neurológicas. La hipersomnias es característica de la depresión atípica.

Narcolepsia-catapleja	Trastorno caracterizado, entre otras cosas, por accesos bruscos de sueño REM durante la vigilia.
Trastornos de la respiración	Obstructivos o centrales.
Trastornos del ritmo circadiano	Por retraso o adelanto de fase.
Mioclonus nocturno	Contracciones musculares bruscas en las extremidades con aumento del número de despertares. Distintos de los espasmos normales en la conciliación del sueño y diferenciar también de la epilepsia.
Síndrome de las piernas inquietas	Sensaciones molestas que obligan a mover las piernas con dificultad secundaria para conciliar el sueño.
Síndrome de Kleine-Levin	Cuadro de origen desconocido con accesos periódicos de hipersomnia, hiperfagia, hipersexualidad, confusión, agitación, síntomas psicóticos. Muy raro, casi siempre varones y de remisión espontánea.
Disomnia asociada a la menstruación	Hipersomnia intermitente relacionada con el trastorno disfórico premenstrual. Algunos lo consideran la variante femenina del anterior.
Borrachera del sueño	Prolongación anómala de la confusión característica del momento del despertar. Infrecuente.

2. Parasomnias: fenómenos anormales que ocurren en alguna de las fases del sueño o en las transiciones sueño-vigilia.

Pesadillas	Sueños angustiosos que hacen despertar. En fase REM.
Terros nocturnos	Episodios de despertar brusco en fases de sueño profundo (3 y 4) durante la primera mitad de la noche. Con descarga vegetativa e intensa angustia. El paciente permanece dormido o está confuso. Se pueden asociar a ansiedad, fobias, síntomas obsesivos y enuresis. A veces se recuerda alguna imagen terrorífica pero no un sueño estructurado como en las pesadillas.
Sonambulismo	Actividades nocturnas que ocurren en sueño profundo (fases 3 y 4) y en la primera mitad de la noche, como vestirse, sentarse, caminar. Hablar e incluso tareas complejas como conducir. Típico de la segunda infancia y asociado a terros nocturnos.
Enuresis	Micción durante el sueño en mayores de 4 años. Primaria si nunca ha habido control y secundaria si se pierde después de un periodo de control nocturno.

Alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas	Generalmente visuales y que aparecen en las transiciones del sueño a la vigilia o viceversa. También pueden ser olfativas, auditivas... Pueden aparecer en personas sanas sobre todo con ansiedad o fatiga y son características de la narcolepsia.
Bruxismo	Rechinar de dientes en la fase 2 del sueño.
Alteraciones conductuales de la fase REM	Generalmente en varones. Consiste en una fase REM sin la parálisis característica por lo que pueden actuarse los sueños a veces de forma violenta. Suele ser secundario en pacientes con tratamientos psicofarmacológicos.
Somniloquia frecuente	Emisión de palabras e incluso charlas, normalmente incomprensibles.
<i>Jactacio capitis</i>	Nocturno balanceo de la cabeza en las fases ligeras del sueño (1 y 2).

Percepción

La patología de la percepción ha sido tradicionalmente, junto con los delirios, uno de los síntomas determinantes de la «locura». Así, a grandes rasgos consideramos «psicótico» a quien no distingue la realidad externa de los productos de su mente.

Ejemplos: un obsesivo puede sentir miedo a contaminarse al tocar objetos, pero sabe que su temor es excesivo. Un psicótico delirante creería que existe un peligro real. Del mismo modo una alucinación se considera un síntoma psicótico cuando el paciente cree que es real y actúa en consecuencia.

La sensopercepción es el conocimiento del mundo exterior a través de los sentidos. Para que tenga lugar este proceso se necesita un estímulo, una vía nerviosa que lo transmita y una zona del cerebro que procese la información recibida. El estímulo puede ser exterior, en cuyo caso es percibido por la vista, el oído, el gusto, el olfato y el tacto (con sus facetas de presión, dolor, temperatura, vibración...) pero también interno (propiocepción o percepción de la postura y el movimiento). A todas las percepciones se les añade un componente psicológico subjetivo que depende del estado emocional del momento y de los momentos en que se percibió anteriormente.

Los trastornos de la función perceptiva se pueden dividir en fallos de la percepción, distorsiones y engaños de la percepción.

1. Fallos de la percepción: casi siempre por lesiones en el órgano receptor y sus vías de transmisión (periférica) o en la zona del cerebro correspondiente (central). Ejemplo: una ceguera por lesión ocular sería periférica y una ceguera por lesión de la corteza visual sería central (el ojo ve pero el cerebro no sabe interpretar lo que ve, en ocasiones el paciente ignora que no ve y se comporta como si viera inventando el entorno —> síndrome de Anton). También puede tener causa psicógena, generalmente en relación con experiencias traumáticas.

2. Distorsiones de la percepción: existe un objeto externo que se percibe modificado:

- En intensidad: hipo e hiperestésias.
- En forma y tamaño: metamorfopsias de objetos (dismegalopsias: macropsias y micropsias; dismorfopsias: objetos deformados); metamorfopsia del propio cuerpo (heautometamorfopsia o ver el propio cuerpo o partes del mismo deformadas).
- En su integración perceptiva: sinestesias (varias modalidades sensoriales se funden en una sola experiencia perceptiva: las más habituales son las auditivo-visuales, una vivencia en la cual al contemplar colores se escuchan música u otros sonidos). Pueden ocurrir en personas normales, en intoxicaciones con drogas psicodislépticas y en las psicosis.
- Trastornos de la vivencia del tiempo: transcurre más deprisa o más despacio según el estado emocional (por tanto también en la depresión y la manía), puede perder su curso normal y avanzar a saltos (psicosis) o perderse la noción del tiempo (confusión).

3. Engaños sensoriales: se produce una percepción «nueva», aunque sea en respuesta a una percepción real. Varios tipos:

Ilusiones: el objeto real se combina con imágenes mentales y la percepción resulta errónea. Por inatención (ej.: leer mal una palabra) o afectivas o catatímicas (ej.: un sombra en la noche se convierte en una figura amenazante).
Pareidolias: imágenes que surgen combinando la percepción de un objeto real con la fantasía (ej.: ver caras en una nube). Sirven para el test de Rorschach.
Vivencias alucinatorias: de diversos tipos.

<p>Alucinaciones: percepciones falsas que no son distorsiones sensoriales ni falsas interpretaciones y que tienen lugar a la vez que las percepciones verdaderas. Ocurren en ausencia de un estímulo apropiado (a diferencia de las ilusiones), tienen la fuerza y el impacto de las percepciones reales (a diferencia de las pseudoalucinaciones) y no se pueden controlar voluntariamente (a diferencia de las pareidolias y los recuerdos vívidos).</p>
<p>Las causas son fisiológicas (las alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas ya mencionadas o situaciones de hiper o hipotermia o deprivación de agua o alimentos); ambientales (aislamientos sensorial o social); orgánicas (enfermedades que afectan a los órganos sensoriales, delirium, epilepsia, tumores, síndrome de Charles Bonnet (el cuadro clásico es en ancianos con patología orgánica que presentan alucinaciones liliputienses al anochecer) o psiquiátricas (en la esquizofrenia suelen ser auditivas y cenestésicas, en trastornos afectivos son más raras pero posibles).</p>
<p>Según la esfera sensorial son visuales (características de cuadros orgánicos y drogas psicodislépticas), auditivas (las más frecuentes, y entre ellas las verbales), gustativas, táctiles (frecuentes en esquizofrenia en forma de sensación de agarrones, pinchazos, quemaduras, cortes...; formicación en la intoxicación por cocaína, abstinencia alcohólica), cenestésicas (sensación de estar hueco, vacío, petrificado... En la esquizofrenia y síndrome de Cotard) y cinestésicas (sensación de ser desplazado o inmovilizado, en psicosis y pacientes neurológicos).</p>
<p>Pseudoalucinaciones: clásicamente se diferencian de las anteriores en que se localizan en el espacio interior.</p>
<p>Alucinosis: de causa orgánica. Alucinaciones verdaderas sin objeto con juicio conservado sobre su naturaleza patológica. Ejemplo: síndrome del miembro fantasma. En psiquiatría se da en alcohólicos un cuadro de alucinaciones con conciencia relativamente preservada.</p>

Afectividad

Difícil de definir y por tanto con poco consenso en el uso de la terminología. La afectividad es el matiz subjetivo que se añade a la experiencia que contribuye a orientar la conducta en una u otra dirección, que tiende a ser comunicado y que suele distribuirse en términos duales o polaridades (placer-dolor, alegría-tristeza, atracción-repulsión, etc.). Para facilitar la exploración y el registro suelen diferenciarse:

1. Las emociones: afectos bruscos que se desencadenan por una percepción interna o externa o una representación (sentimiento) y que suelen tener correlato somático vegetativo (ejemplos: sudor, palpitaciones, temblor, taquicardia). La emoción sería la expresión de un sentimiento.

2. El estado de ánimo o humor: son afectos más sostenidos en el tiempo. Se acompaña de menor respuesta vegetativa pero se afectan más el sueño, las secreciones hormonales, la alimentación y los ritmos biológicos.

3. La expresión afectiva: se registran distintos aspectos:
- a. La forma de aparición: patrones diurnos, situacionales, intensidad, variaciones...
 - b. el grado de adecuación al contexto o similitud entre contenido y lenguaje no verbal (un esquizofrénico puede relatar un hecho muy triste sonriendo)
 - c. el grado de proporcionalidad. Ejemplo: fobia a las arañas.
 - d. la reactividad afectiva. O capacidad de expresar respuestas ante estímulos afectivos. Estaría elevada, por ejemplo, en las personalidades histriónicas, y disminuida en las psicosis, demencias, melancolías... En la esquizofrenia se habla de falta de *intonía afectiva* para definir la escasa reactividad a la situación interpersonal durante la exploración.
 - e. la irradiación afectiva: o el grado de capacidad de hacer que otros sintonicen con el estado afectivo. Un deprimido puede hacernos entristecer, un maníaco sonreír, pero la moria de las lesiones frontales produce un humor vacío que no se contagia.

De la exploración afectiva se pueden deducir los síntomas afectivos:

EL HUMOR MANÍACO-DEPRESIVO:

- *Humor maníaco, hipertimia o alegría patológica*: subjetivamente hay optimismo, energía y elevada autoestima. A nivel externo la tendencia es a la expansividad, la rapidez asociativa con discurso acelerado, distraibilidad, hiperactividad, proyectos grandiosos, escasa necesidad de sueño, desinhibición social, desinhibición sexual y conductas poco juiciosas. Es frecuente que aparezcan ideas delirantes megalomaniacas o de grandeza.

- *Humor depresivo, hipotimia o tristeza patológica*: sería el reverso del humor maníaco. Subjetivamente hay sentimientos de tristeza, desesperanza, incapacidad de disfrutar (anhedonia), infelicidad, baja autoestima, disminución de la energía vital, sensación de incapacidad y pérdida de interés por el entorno. Externamente se observa escasa actividad, lentitud mental y física, tendencia al llanto, falta de reactividad emocional, ansiedad, pérdida de apetito y peso, insomnio, fluctuaciones diurnas y estacionales. También pueden aparecer ideas de ruina, hipocondríacas, nihilistas (síndrome de Cotard), indignidad y culpa que pueden alcanzar la intensidad delirante.

La principal diferencia entre la tristeza normal y la patológica es la auto-depreciación del paciente reflejo de la agresión autodirigida.

- *estados mixtos*: en algunas ocasiones los síntomas depresivos y maníacos se mezclan en combinaciones diferentes de difícil diagnóstico (depresión agitada, manía disfórica, etc.).

EL HUMOR ANSIOSO:

La ansiedad o angustia patológicas son términos que se usan indistintamente, aunque en realidad representan diferentes aspectos de la experiencia emocional. La ansiedad haría referencia al componente psicológico y la angustia al somático. Se pueden distinguir tres tipos de ansiedad:

1. La ansiedad normal: el estímulo amenazante es real y la ansiedad no resulta paralizante. Ejemplos: un peligro, la ansiedad existencial...

2. La ansiedad neurótica: el estímulo es inconsciente. Aunque se desencadene por experiencias «gatillo» la ansiedad es desproporcionada a ellas. La vivencia central es la de inseguridad.

3. La ansiedad psicótica: el temor es más primitivo, a la desintegración, a la aniquilación.

Síndromes clínicos en los que la ansiedad es el síntoma central:

- las crisis de ansiedad o ataques de pánico
- la ansiedad generalizada
- el trastorno obsesivo-compulsivo
- las fobias: agorafobia, fobia simple o específica, fobia social

EL HUMOR IRRITABLE: disminución del control volitivo sobre el propio temperamento, que deriva en conducta verbal irascible o en estallidos de agresividad física durante los cuales el humor o el estado de ánimo no tienen por qué estar alterados. A parece asociado a la mayor parte de los trastornos afectivos, a algunos trastornos de personalidad y a algunos trastornos de base orgánico cerebral.

LA DISTIMIA: Consideramos distimia toda desviación del estado anímico normal (eutimia). En los últimos años el término ha cambiado su significado para definir un tipo de depresiones crónicas similar a las antiguamente llamadas depresiones neuróticas.

LA INDIFERENCIA AFECTIVA: Experiencia subjetiva de incapacidad para experimentar y expresar sentimientos. Es característica de la esquizofrenia y el autismo, aunque se da en patologías neurológicas y en menor grado en otros trastornos psíquicos.

LA INADECUACIÓN AFECTIVA O PARATIMIA: en este caso la respuesta afectiva del individuo no parece apropiada al contexto, ni cuantitativa ni cualitativamente. También característica de la esquizofrenia y otras psicosis y de los trastornos orgánicos.

ALEXITIMIA: incapacidad para encontrar palabras o representaciones cognitivas que definan los propios sentimientos. Se ha asociado con los trastornos psicósomáticos, en los cuales es el cuerpo el que expresa los sentimientos.

Motricidad

La conducta motora normal responde a la coordinación fina y es intencional y adaptativa. Para llevarse a cabo precisa de voluntad de actuar, planificación de la acción y ejecución de la acción.

1. Hiperactividad motora: inquietud y agitación: actividad motora persistente, excesiva e inapropiada.
2. Actividad motora disminuida:
 - a. inhibición psicomotriz: es el signo motor de la depresión melancólica por excelencia. Hay retraso en el comienzo de los movimientos y lentitud de los mismos.
 - b. estupor psiquiátrico: suspensión de la actividad motora espontánea y relacional. Se da en los trastornos afectivos y la esquizofrenia.
3. Alteraciones motoras:

Catatonía	Síndrome psicomotor característico que incluye síntomas como catalepsia («flexibilidad cérea» o anormal conservación de una postura), negativismo (acentuación de la oposición), estupor, ecosíntomas (repetición de palabras o ecolalia, movimientos o ecopraxia o gestos o ecomimia), mutismo, rigidez muscular y estereotipias (conductas repetitivas inadaptadas). Inicialmente se consideró una entidad nosológica y posteriormente un subtipo de la esquizofrenia. Realmente la catatonía es frecuente en trastornos afectivos y alteraciones neurológicas, metabólicas y tóxicas.
Tembler	Movimientos oscilatorios involuntarios: ansiedad, fatiga, intoxicaciones, secundarias a fármacos y relacionadas con enfermedades neurológicas.
Parkinsonismo	Rigidez, temblor e hipocinesia. En enfermedades neurológicas pero también por efecto secundario de fármacos antipsicóticos.
Movimientos distónicos	espasmos musculares también de causa neurológica o farmacológica.
Acatisia	Inquietud motora característica del tratamiento antipsicótico.
Tics	Movimientos involuntarios repetitivos y rápidos sin objetivo aparente. Trastornos por tics, síndrome de tourette y asociados a enfermedades neurológicas y a intoxicaciones por estimulantes.

Pensamiento

Flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigido a metas, iniciado por un problema o tarea y dirigiéndose hacia una conclusión orientada a la realidad. Para su estudio se las alteraciones del pensamiento se dividen clásicamente en trastornos del contenido y trastornos de la forma.

1. TRASTORNOS DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

a. El delirio (ideas delirantes): el concepto de delirio, al igual que el de alucinación, va indisolublemente unido al concepto de enfermedad mental. Un delirio es una idea o creencia falsa, incorregible por la evidencia empírica y la experiencia, que no está en consonancia con la procedencia social y cultural del paciente y que es sostenida con una convicción extraordinaria y certeza subjetiva incomparable. Aparecen en los trastornos psicóticos y algunos trastornos orgánicos y afectivos. Según la forma del delirio Jaspers los divide en procesales o primarios (el delirio aparece de forma gradual, es una vivencia impuesta que surge en la conciencia directamente, es incomprensible, disgregado e implica un cambio en la

personalidad —> los de la esquizofrenia); y secundarios o ideas deliroides (son comprensibles en relación con la personalidad o el humor de base —> los de la paranoia y los trastornos afectivos). Según su contenido se dividen en:

<p><u>Delirios de perjuicio</u>: el más frecuente. Creencia de que alguna o varias personas pretenden perjudicarlo. Una variante son los <i>delirios de persecución</i>, en los que el paciente se siente perseguido, observado y vigilado.</p>
<p><u>Delirios de referencia o autorreferenciales</u>: interpretación delirante de un sentimiento de extrañeza, en el que hechos del entorno que en otras condiciones pasarían desapercibidos, se consideran dirigidos al paciente.</p>
<p><u>Delirios de celos o celotípicos</u>: convicción delirante de que la pareja está siendo infiel. La convicción puede ser en mayor o menor medida real pero igualmente ser un delirio si cumple las características de la definición.</p>
<p><u>Delirios erotomaniacos</u>: o <i>síndrome de Clerambault</i>. El paciente cree que una persona habitualmente de una posición social superior está enamorada de él. Puede ser o no conocida. A veces es peligroso para esta persona.</p>
<p><u>Delirios megalomaniacos</u>: el paciente se cree poseedor de alguna característica extraordinaria. Una variante son los <i>delirios místicos o mesiánicos</i> en los que el paciente considera que tiene una vinculación especial con la divinidad o algún poder sobrenatural.</p>
<p><u>Delirios de culpa y condenación</u>: los pacientes se creen culpables de algún mal o pecado y acreedores de un castigo.</p>
<p><u>Delirios hipocondríacos</u>: el paciente está convencido de sufrir alguna enfermedad e interpreta cualquier signo corporal de acuerdo a esta creencia. Una variante es el <i>delirio dismorfofóbico</i> según el cual el paciente cree que alguna parte de su cuerpo es fea o desproporcionada.</p>
<p><u>Delirios de pobreza y ruina</u>: el paciente cree haber perdido todas sus posesiones o estar a punto de hacerlo.</p>
<p><u>Delirios de negación o nihilísticos</u>: el paciente cree que partes de su cuerpo o funciones fisiológicas del mismo han desaparecido. También llamado <i>delirio de Cotard</i>.</p>
<p><u>Delirios de infestación</u>: el paciente cree estar infestado por parásitos, generalmente invisibles. También llamado <i>síndrome de Ekbom</i> o «<i>de la caja de cerillas</i>».</p>
<p><u>Falsas identificaciones</u>: en el <i>síndrome de Capgras</i> el paciente cree que alguna persona significativa para él ha sido sustituida por un impostor con el mismo aspecto. En el <i>síndrome de Frégoli</i> el paciente cree que personas desconocidas son personas conocidas disfrazadas.</p>
<p><u>Delirios de alienación del pensamiento</u>: conjunto de fenómenos que no son exactamente un delirio que implican la pérdida de familiaridad y privacidad de nuestros pensamientos. Se trata de una sensación inefable de que la propia actividad psíquica es ajena a uno mismo, y al poner palabras a esta sensación es cuando se genera el delirio, más o menos elaborado. Por <i>inserción del pensamiento</i> entendemos la sensación de que éste ha sido introducido en la cabeza por algún agente externo. El <i>robo del pensamiento</i> es la sensación de que alguien del exterior le ha retirado los pensamientos. Si siente que sus pensamientos pueden ser leídos de su mente al fenómeno se le llama <i>lectura del pensamiento</i>. La sensación de que cualquier persona puede saber lo que uno piensa de un modo u otro se llama <i>difusión del pensamiento</i>. Si el paciente llega a oír sus pensamientos en alto, conformando una alucinación auditiva, se trata de <i>sonorización del pensamiento</i>. Cuando el paciente cree que sus pensamientos no son producidos por él mismo, sino por algún agente externo, se llama <i>control del pensamiento</i>.</p>

<u>Ideas sobrevaloradas</u> : a medio camino entre la normalidad y el delirio, en relación con una intensa sobrecarga emocional. Su contenido es comprensible en el contexto que atraviesa el paciente y la convicción con que se sostiene no es total.	
<u>Ideas obsesivas</u> : ideas repetitivas que invaden la mente del paciente sin que puedan evitarse o evitadas a costa de gran ansiedad. A menudo el paciente realiza actos que en su opinión neutralizan la obsesión, aunque a menudo no guardan relación lógica. A diferencia de los delirios, las obsesiones emanan del yo. Son vividas como una imposición y se intenta resistir a ellas, generalmente sin éxito. El paciente reconoce su naturaleza patológica y son reiterativas y se acompañan de ansiedad.	
Los tipos de obsesiones más frecuentes son:	Ideas o pensamientos
	Melodías o canciones
	Representaciones o recuerdos
	Temor a impulsos
	Actos o rituales obsesivos
<u>Fobias</u> : miedo irracional a una situación, actividad u objeto que conlleva su evitación. Hay varios tipos:	
Agorafobia: ansiedad o conductas de evitación en situaciones o lugares de donde sea difícil o embarazoso escapar	
Fobia específica: a situaciones u objetos (tormentas, sangre...).	
Fobia social: ansiedad y evitación de situaciones sociales o actuaciones en público.	

2. TRASTORNOS FORMALES O DEL CURSO DEL PENSAMIENTO:

Para comprenderlos es útil el modelo de Jaspers según el cual una idea o representación da lugar a una serie de representaciones asociadas a través de diversos mecanismos como la semejanza, la asonancia, el contraste, el tono afectivo, etc., de forma que cada evento psíquico evoca un «engrama mnésico» asociado relacionado con él. A estas representaciones o ideas asociadas se las llama *constelaciones*. Existe un gran número de asociaciones posibles, sin embargo al dirigir el flujo del pensamiento a un objetivo se van seleccionando. A este flujo dirigido a una meta se le llama *tendencia dominante*.

Aceleración del pensamiento o pensamiento ideofugaz: Se debilita la fuerza conductora por irrupción de otras ideas de la constelación por déficit de mecanismos inhibitorios psíquicos. Se pierde la idea directriz con continuos saltos de tema (pensamiento saltígrado) cualquier estímulo hace perder el hilo. Es característico de los estados maníacos.

Pensamiento inhibido: se refleja en lentitud del habla y producción escasa. No se pierde la idea directriz ni el sentido global. Es característico de la depresión, aunque no exclusivo.

<p><u>Pensamiento estrechado</u>: también propio de la depresión. El paciente no se puede despegar de determinadas ideas, desatendiendo otras posibilidades.</p>
<p><u>Pensamiento bloqueado o interceptado</u>: es una interrupción brusca del pensamiento. Se pierde la idea directriz y se rompe la cadena asociativa. Es típico de la esquizofrenia.</p>
<p><u>Pensamiento disgregado</u>: pérdida de la idea directriz y de las asociaciones normales, dando lugar a un discurso inconexo. También característico de la esquizofrenia.</p>
<p><u>Pensamiento tumultuoso</u>: invasión de ideas inconexas vivida de forma pasiva (el pensamiento es controlado desde fuera, no es propio del paciente como en la fuga de ideas maníaca).</p>
<p><u>Pensamiento incoherente</u>: es el resultado de la disgregación anteriormente descrita más la adición de elementos fantásticos que hacen el discurso totalmente incomprensible. También llamado <i>esquizofasia</i> o <i>ensalada de palabras</i>. Es típico de la esquizofrenia pero también puede ocurrir en fatiga extrema y trastornos neurológicos como la demencia.</p>
<p><u>Concretismo</u>: pensamiento carente de abstracciones o simbolismos tanto en la vertiente expresiva como en la comprensiva. El paciente no puede liberarse del significado literal de la palabra. Se da en el retraso mental y en la esquizofrenia.</p>
<p><u>Pensamiento prolijo o circunstancial</u>: sobreabundancia de datos innecesarios o accesorios sin pérdida de la idea directriz. Típico de la epilepsia, el déficit cognitivo y en los pacientes obsesivos.</p>
<p><u>Pensamiento perseverante</u>: repetición de representaciones generalmente verbales y motrices que se introducen como relleno cuando hay déficit en la capacidad de evocar elementos nuevos. Es característico de los síndromes orgánicos y también de la esquizofrenia. En cierta medida es normal.</p>

Sexualidad

La sexualidad humana tiene la doble función de permitir la reproducción humana y la de obtener placer. La conducta sexual normal o sana es un fenómeno de difícil definición en el que se mezclan factores biológicos, psicológicos y sociales. No obstante se han descrito numerosas disfunciones sexuales que pueden clasificarse en cuatro apartados:

a. **DISFUNCIONES SEXUALES DE BASE NO ORGÁNICA**: según la fase del acto sexual en que se producen:

1. El deseo: deseo sexual hipoactivo, aversión sexual, erotomanía o hipererotismo.

2. La excitación: impotencia masculina, trastorno de la excitación sexual en la mujer, dispareunia, vaginismo.

3. El orgasmo: anorgasmia femenina, anorgasmia masculina, anhedonia orgásmica, eyaculación precoz.

4. La resolución: disforia poscoital, cefalea poscoital.

b. TRASTORNOS DE LA INCLINACIÓN SEXUAL, PARAFILIAS O PERVERSIONES:

Fetichismo:	Determinados objetos inanimados son indispensables para la consecución del orgasmo.
Exhibicionismo:	Necesidad de exponer los genitales, generalmente ante personas del sexo contrario para obtener satisfacción sexual.
Voyerismo, visualismo o escopofilia:	Excitación sexual preferente o exclusiva ante fantasías o actuaciones reales de espionaje de personas desnudas o manteniendo relaciones sexuales.
Froterismo:	Excitación sexual preferente o exclusiva ante fantasías o actuaciones reales de frotarse contra otras personas sin su consentimiento.
Sadismo y masoquismo:	Obtención de placer sexual a través de recibir o infringir al otro dolor físico o humillación.
Pedofilia, pederastia:	Impulsos sexuales intensos hacia menores de 13 años. A menudo relacionado con el incesto.
Travestismo fetichista:	Excitación sexual por el hecho de vestir ropa del sexo contrario
Necrofilia:	Gratificación sexual a través de cadáveres.
Zoofilia o Bestialismo:	Relaciones sexuales con animales.
Coprofilia, coprofagia, coprolalia y clismafilia:	Deseo y obtención de placer sexual por defecar sobre la pareja sexual o que ésta defecue sobre uno mismo, por ingerir heces, por emitir lenguaje soez o por el uso abusivo de enemas.
Urofilia:	Deseo y obtención de placer sexual por orinar sobre la pareja sexual, por ser orinado por ella o por ingerir orina.
Parcialismo y oralismo:	Interés sexual por una única parte del cuerpo ignorando el resto. El oralismo es una variante en la que el sexo oral sustituye totalmente al coito.
Hipoxifilia:	Deseo de alcanzar un estado particular de conciencia durante el acto sexual a través de la hipoxia.

c. TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL, TRAVESTISMO Y TRANSEXUALIDAD: tienen en común el sentimiento de malestar con su identidad sexual, sexo biológico o rol sexual, junto con el deseo de pertenecer al otro sexo o la afirmación de que ya se pertenece a él.

- Trastornos de la identidad sexual: discrepancia entre el sexo biológico y la identidad genérica nuclear o conciencia individual e íntima de pertenecer a uno u otro sexo.
- Travestismo: necesidad de vestirse ocasionalmente con ropa del sexo opuesto para disfrutar de la experiencia de pertenecer a él.
- Transexualidad: malestar intenso y duradero respecto al propio sexo que conlleva el deseo de cambiar su aspecto físico en consecuencia. A menudo ha sido precedido por un trastorno de la identidad sexual.

d. **HOMOSEXUALIDAD EGODISTÓNICA:** La American Psychiatry Association eliminó la homosexualidad de las clasificaciones diagnósticas de las enfermedades mentales en 1973. No obstante, hay un subgrupo de homosexuales que viven su orientación sexual con angustia y buscan ayuda intentando modificarla.

Alimentación

Los trastornos de la alimentación se dividen en trastornos por exceso, por defecto y cualitativos.

1. Trastornos por exceso:

a. polidipsia, potomanía, dipsomanía: ingesta excesiva de líquidos en ausencia de enfermedad física que lo justifique. En trastornos psicóticos, hipocondríacos y como un síntoma más dentro de la bulimia.

b. bulimia: episodios recortados de descontrol y sobreingesta alimentaria. En la hiperfagia la ingesta excesiva es más regular y sostenida en el tiempo. Es un síntoma de la bulimia nerviosa y también puede darse en enfermedades neurológicas.

c. obesidad: exceso en un 20% o más del peso normal por exceso de ingesta calórica con respecto a las necesidades del individuo.

2. Trastornos por defecto:

a. adipsia: disminución de la sensación de sed y de la ingesta de líquidos. Raro y generalmente de causa orgánica.

b. Anorexia: disminución del deseo de ingerir alimentos, a veces acompañada de asco y repugnancia. Es un síntoma de muchos trastornos orgánicos (casi cualquier enfermedad con malestar general) y psiquiátricos (anorexia nerviosa, trastornos depresivos, trastornos psicóticos).

3. Trastornos cualitativos:

a. Pica o alitrofia: ingesta de sustancias no nutritivas (tierra, papel...). Es normal hasta los 2 años. Se da en el autismo, trastornos psicóticos, retrasos mentales y demencias, bulimia, trastorno obsesivo-compulsivo y embarazo.

b. Rumiación o mericismo: en el primer año de vida salvo retraso mental grave. Regurgitación repetida voluntaria de la comida ingerida, que es masticada y tragada de nuevo o escupida, en cuyo caso puede producir pérdida de peso. Relacionado con problemas del desarrollo y de la relación materno-filial. Conviene asegurarse de que no está causado por reflujo gastroesofágico.

Lenguaje

El lenguaje es la capacidad de comunicarnos mediante símbolos. La lengua es el idioma en el que lo hacemos y el habla la realización concreta de la comunicación verbal.

Para una exploración completa del lenguaje hay que evaluar el habla espontánea, la capacidad de repetir palabras o frases, la comprensión, la capacidad de nombrar objetos correctamente, la lectura y la escritura.

La psicopatología del lenguaje incluye numerosas entidades, de causa tanto orgánica como psiquiátrica.

Mutismo: el sujeto no habla. Por negativismo, estrés severo, ideas delirantes o alucinaciones imperativas, histrionismo, simulación, defecto sensorial o simple deseo de expresar algo con el silencio. Una variante es el mutismo selectivo, que suele darse entre los 3 y los 5 años de edad y que ocurre en determinadas situaciones y no en otras.
Empobrecimiento del lenguaje: producción escasa de palabras. En la depresión, psicosis, bajo nivel educativo, déficit intelectual, lesiones orgánicas.
Aumento de la intensidad o hiperfonía: aumento del volumen acústico. En situaciones de irritación o excitación, incluidas las causadas por episodios psicóticos o maníacos o por intoxicaciones.
Disminución de la intensidad o hipofonía: disminución del volumen acústico. En la mutación el paciente habla entre dientes de forma inaudible. En la esquizofrenia, la depresión, trastornos del aparato fonador y como forma de atraer la atención.

Aprosodia o disprosodia: pérdida de la modulación normal, lenguaje monótono o entonación anormal.
Taquifemia, taquifasia: habla muy rápida. En trastornos de ansiedad, manía o hipomanía y otros estados de desinhibición. El habla rápida y compulsiva difícil de interrumpir se llama verborrea o logorrea.
Bradifemia, bradifasia: enlentecimiento del habla. En la depresión y trastornos orgánicos cerebrales.
Trastornos de la fonación y articulación del lenguaje:
Afonía y disfonía: a veces es psicógena.
Disartria: alteración de la articulación del lenguaje por enfermedades del aparato fonador, lesiones neurológicas o medicaciones o tóxicos.
Espasmofemia o tartamudez: bloqueo intermitente de la emisión del habla, con repetición o prolongación de los sonidos. Puede acompañarse de trastornos respiratorios y movimientos anormales. Discutido su origen orgánico, psicógeno o por aprendizaje.
Trastornos iterativos: la repetición es el elemento común:
Verbigeración: repetición continuada de palabras o frases que invaden el discurso. Si se repite la última palabra se llama palilalia. Si se repite lo dicho por el interlocutor como un eco se llama ecolalia. En la esquizofrenia y la demencia.
Logoclonía: repetición de una sílaba. Demencia y psicosis deteriorantes.
Alteraciones del modo:
Circunstancialidad: inclusión de detalles excesivos. Obsesivos, epilépticos.
Lenguaje vago: imprecisión en el lenguaje sin llegar a plasmar la idea principal. En ansiedad, psicosis, personalidades obsesivas y limítrofes.
Descarrilamiento: discurso lógico pero con pérdida del hilo conductor y cambio de un tema a otro. En manía, ansiedad, psicosis.
Tangencialidad: se desvía del tema. Puede usarse voluntariamente para eludir una respuesta. También en la esquizofrenia y la demencia, llegando a producirse las llamadas pararrespuestas, o respuestas que no tienen nada que ver con la pregunta.
Perífrasis de uso: se sustituye el nombre de un objeto por su función por no encontrar el vocablo adecuado. En fases incipientes de la demencia.
Alteraciones de la comprensibilidad:
Neologismos: palabras inventadas por el paciente. El discurso resultante del uso masivo de neologismos junto con alteraciones de la sintaxis se llama glosolalia. Típico de la esquizofrenia.
Lenguaje incoherente: discurso incomprensible por falta de conexión lógica entre las palabras, frases incompletas, cambios de tema bruscos, uso peculiar de las palabras y distorsión gramatical. Este término se usa a veces indistintamente con lenguaje disgregado. Algunos autores los diferencian en que en la incoherencia la causa es orgánica y hay alteración de la conciencia y en la disgregación lo central es la pérdida de asociaciones normales y por tanto es más característico de la esquizofrenia.

BIBLIOGRAFÍA

EGUILUZ URUCHURTU, J. I. (2001). *Introducción a la psicopatología*. IM&C S. A.

VALLEJO, J. (2002). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Ed. Masson.

KAPLAN, H. y SADOCK, B. J. (1997). *Tratado de psiquiatría*. 6.ª edición. Inter-Medica editorial.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2001). *Informe mundial de la salud mental: una nueva comprensión, una nueva esperanza*.

III

CLASIFICACIÓN ACTUAL DE LOS TRASTORNOS MENTALES. MODELO DE VULNERABILIDAD. CURSO EVOLUTIVO: PRÓDROMOS, EPISODIOS AGUDOS, SÍNTOMAS RESIDUALES. INTERVENCIÓN TEMPRANA Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS. CRONICIDAD

Maite Ramírez

1. CLASIFICACIÓN ACTUAL DE LOS TRASTORNOS MENTALES

El concepto *enfermedad mental* aglutina patologías de muy diversa índole y que afectan a cada persona que las sufre de una forma diferente. En la mayoría de los casos la causa de la enfermedad mental es desconocida, por lo que muchos autores consideran más adecuado utilizar en el campo de la psiquiatría el término *trastorno mental*, reservando la denominación de *enfermedad* para las patologías de causa conocida. Este término es el que utilizan los dos sistemas clasificatorios más importantes utilizados en la actualidad: la **CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud** y el **DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana**, en los que se describen los criterios que definen cada categoría diagnóstica.

Estos dos sistemas clasificatorios «oficiales» y mundialmente utilizados, intentan establecer un lenguaje común, más allá de las diferencias culturales propias de cada país y más allá de las diversas concepciones teóricas sobre las causas de las categorías que definen. Son especialmente útiles para poder comparar trabajos de investigación, pues garantizan razonablemente que estudios en diferentes países están realmente realizados con pacientes de características similares. No obstante, en contextos informales y conversaciones entre clínicos se siguen utilizando dos **conceptos clasificatorios clásicos** y por ese motivo vamos a mencionarlos:

1. *Trastornos orgánicos frente a trastornos funcionales.*

Hace referencia al grado de génesis fisiológica o psíquica que determine al padecimiento. La evidencia clínica demuestra que ambas esferas no son independientes entre sí y que en la patología, como en el resto del desempeño psíquico «normal», ambos factores interactúan y se correlacionan para generar el amplio espectro del comportamiento humano tal como lo conocemos.

2. *Trastornos neuróticos frente a trastornos psicóticos.*

Las neurosis afectan en mayor grado a la percepción del sujeto sobre sí mismo, y a su nivel de satisfacción e integración del yo, así como a sus relaciones con el entorno social y familiar más cercano. Sin embargo, no presentan grave desconexión con la realidad ni excesivo alejamiento de la vida social y generalmente pueden desenvolverse laboral y académicamente. Según Freud y las escuelas psicoanalíticas este estado es la condición natural de la vida psíquica. El término neurosis ha sido eliminado de la clasificación de la APA pero se resiste aún a desaparecer en la de la OMS aunque relegado a los trastornos cuyo síntoma principal es la ansiedad, la disociación o la somatización.

Las psicosis por su parte abarcan los trastornos más comúnmente asociados a la enfermedad mental. Sus síntomas clásicos incluyen las alucinaciones, los delirios y las graves alteraciones afectiva y relacional, cuyo ejemplo más representativo es la esquizofrenia.

2. CIE-10

En 1853 se celebró el primer Congreso Internacional de Estadística en Bruselas para dar una nomenclatura uniforme a las causas de mortalidad en todos los países. En el congreso de 1893 se elaboró la primera Clasificación Internacional de Causas de Mortalidad. Desde entonces se revisó cada 10 años aproximadamente y desde 1948 en que se creó la Organización Mundial de la Salud es ésta la que se ocupa de su actualización. En la sexta edición se comenzaron a incluir trastornos que produjeran morbilidad además de mortalidad, por lo que se incluyó la «enfermedad y deficiencia mental». La edición actualmente vigente es la décima, cuyo capítulo V se ocupa de los «Trastornos mentales y conductuales».

Los códigos

Los trastornos se codifican con una clave alfanumérica, compuesta por:

- la letra F que indica que es el capítulo V
- un número del 0 al 9 para las clases mayores de trastornos mentales y conductuales
- tercer y cuarto dígitos para identificar categorías progresivamente más definidas

Ejemplo: F30.2 indica capítulo V, trastorno del estado de ánimo, episodio maníaco, con síntomas psicóticos.

Tabla 1. Principales categorías de los trastornos mentales según la OMS:

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.

- F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.
- F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.
- F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.
- F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.

F01 Demencia vascular.

- F01.0 Demencia vascular de inicio agudo.
- F01.1 Demencia multiinfarto.
- F01.2 Demencia vascular subcortical.
- F01.3 Demencia vascular mixta cortical y subcortical.
- F01.8 Otras demencias vasculares.
- F01.9 Demencia vascular sin especificación.

F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.

- F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick.
- F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
- F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington.
- F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson.
- F02.4 Demencia en la infección por VIH.
- F02.8 Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

F03 Demencia sin especificación.

F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

- F05.0 Delirium no superpuesto a demencia.
- F05.1 Delirium superpuesto a demencia.
- F05.8 Otro delirium no inducido por alcohol o droga.
- F05.9 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin especificación.

F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.

- F06.0 Alucinosis orgánica.
- F06.1 Trastorno catatónico orgánico.
- F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.
- F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos.
- F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico.
- F06.5 Trastorno disociativo orgánico.

F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico.

F06.7 Trastorno cognoscitivo leve.

F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.

F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.

F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral

F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad.

F07.1 Síndrome postencefálico.

F07.2 Síndrome postconmocional.

F07.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F07.9 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación.

F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.

F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.

F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.

F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.

F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.

F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.

F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la caféina).

F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.

F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.

F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.

F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.

F19.0 Intoxicación aguda.

F19.1 Consumo perjudicial.

F19.2 Síndrome de dependencia.

F19.3 Síndrome de abstinencia.

F19.4 Síndrome de abstinencia con delirium.

F19.5 Trastorno psicótico.

F19.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.

F19.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F19.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducidos por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F19.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin especificación.

F20-20.9 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

F20 Esquizofrenia.

F20.0 Esquizofrenia paranoide.

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.

F20.2 Esquizofrenia catatónica.

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.

F20.4 Depresión postesquizofrénica.

F20.5 Esquizofrenia residual.

F20.6 Esquizofrenia simple.

F20.8 Otras esquizofrenias.

F20.9 Esquizofrenia sin especificación.

F21 Trastorno esquizotípico.

F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes.

F22.0 Trastorno de ideas delirantes.

F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes.

F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación.

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios.

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.

F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.

F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas.

F25 Trastornos esquizoafectivos.

F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco.

F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.

F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.

F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos.

F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación.

F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.

F29 Psicosis no orgánica sin especificación.

F30-39 Trastornos del humor (afectivos).

F30 Episodio maniaco.

F30.0 Hipomanía.

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos.

F30.2 Manía con síntomas psicóticos.

F30.8 Otros episodios maníacos.

F30.9 Episodio maniaco sin especificación.

F31 Trastorno bipolar.

F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco.

F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos.

F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos.

F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.

F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.

F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.

F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión.

F31.8 Otros trastornos bipolares.

F31.9 Trastorno bipolar sin especificación.

F32 Episodios depresivos.

F32.0 Episodio depresivo leve.

F32.1 Episodio depresivo moderado.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

F32.8 Otros episodios depresivos.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

F33 Trastorno depresivo recurrente.

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes.

F34.0 Ciclotimia.

F34.1 Distimia.

F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.

F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.

F38 Otros trastornos del humor (afectivos).

F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados.

F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.

F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación.

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F40 Trastornos de ansiedad fóbica.

F40.0 Agorafobia.

F40.1 Fobias sociales.

F40.2 Fobias específicas (aisladas).

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.

F41 Otros trastornos de ansiedad.

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.

F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.

F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.

F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos.

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.

F43.0 Reacción a estrés agudo.

F43.1 Trastorno de estrés posttraumático.

F43.2 Trastornos de adaptación.

F43.8 Otras reacciones a estrés grave.

F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación.

F44 Trastornos disociativos (de conversión).

F44.0 Amnesia disociativa.

F44.1 Fuga disociativa.

F44.2 Estupor disociativo.

F44.3 Trastornos de trance y de posesión.

F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad.

F44.5 Convulsiones disociativas.

F44.6 Anestias y pérdidas sensoriales disociativas.

F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.

F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión).

F44.9 Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación.

F45 Trastornos somatomorfos.

F45.0 Trastorno de somatización.

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado.

F45.2 Trastorno hipocondríaco.

F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa.

F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo.

F45.8 Otros trastornos somatomorfos.

F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación.

F48 Otros trastornos neuróticos.

F48.0 Neurastenia.

F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización.

F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados.

F48.9 Trastorno neurótico sin especificación.

F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F50 Trastornos de la conducta alimentaria.

F50.0 Anorexia nerviosa.

F50.1 Anorexia nerviosa atípica.

F50.2 Bulimia nerviosa.

F50.3 Bulimia nerviosa atípica.

F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria.

F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.

F51 Trastornos no orgánicos del sueño.

F51.0 Insomnio no orgánico.

F51.1 Hipersomnio no orgánico.

F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia.

F51.3 Sonambulismo.

F51.4 Terrores nocturnos.

F51.5 Pesadillas.

F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño.

F51.9 Trastorno no orgánico del sueño de origen sin especificación.

F52 Disfunción sexual no orgánica.

F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual.

F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual.

F52.2 Fracaso de la respuesta genital.

F52.3 Disfunción orgásmica.

F52.4 Eyaculación precoz.

F52.5 Vaginismo no orgánico.

F52.6 Dispareunia no orgánica.

F52.7 Impulso sexual excesivo.

F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos.

F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico.

F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar.

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar leves.

F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar graves.

F53.8 Otros trastornos mentales en el puerperio no clasificados en otro lugar.

F53.9 Otro trastorno mental o del comportamiento del puerperio, sin especificación.

F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.

F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia.

F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.

F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F60 Trastornos específicos de la personalidad.

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad.

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad.

F60.2 Trastorno disocial de la personalidad.

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad.

F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad.

F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad.

F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad.

F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación.

F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad.

F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad.

F61.1 Variaciones problemáticas de la personalidad no clasificables en F60 ó F62.

F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral.

F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica.

F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica.

F62.8 Otras transformaciones persistentes de la personalidad.

F62.9 Transformación persistente de la personalidad sin especificación.

F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.

F63.0 Ludopatía.

F63.1 Piromanía.

F63.2 Cleptomanía.

F63.3 Tricotilomanía.

F63.8 Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.

F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación.

F64 Trastornos de la identidad sexual.

F64.0 Transexualismo.

F64.1 Transvestismo no fetichista.

F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia.

F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual.

F64.9 Trastorno de la identidad sexual sin especificación.

F65 Trastornos de la inclinación sexual.

F65.0 Fetichismo.

F65.1 Transvestismo fetichista.

F65.2 Exhibicionismo.

F65.3 Escoptofilia (voyerismo).

F65.4 Paidofilia.

F65.5 Sadomasoquismo.

F65.6 Trastornos múltiples de la inclinación sexual.

F65.8 Otros trastornos de la inclinación sexual.

F65.9 Trastorno de la inclinación sexual sin especificación.

F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.

F66.0 Trastorno de la maduración sexual.

F66.1 Orientación sexual egodistónica.

F66.2 Trastorno de la relación sexual.

F66.8 Otros trastornos del desarrollo psicosexual.

F66.9 Trastorno del desarrollo psicosexual sin especificación.

F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F68.0 Elaboración psicológica de síntomas somáticos.

F68.1 Producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio).

F68.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto especificados.

F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.

F70-79 Retraso mental.

F70 Retraso mental leve.

F71 Retraso mental moderado.

F72 Retraso mental grave.

F73 Retraso mental profundo.

F78 Otros retrasos mentales.

F79 Retraso mental sin especificación.

F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.

F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.

F80.0 Trastorno específico de la pronunciación.

F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje.

F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje.

F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner).

F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje.

F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.

F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.0 Trastorno específico de la lectura.

F81.1 Trastorno específico de la ortografía.

F81.2 Trastorno específico del cálculo.

F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.8 Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.

F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor.

F83 Trastorno específico del desarrollo mixto.

F84 Trastornos generalizados del desarrollo.

F84.0 Autismo infantil.

F84.1 Autismo atípico.

F84.2 Síndrome de Rett.

F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia.

F84.4 Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados.

F84.5 Síndrome de Asperger.

F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo.

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.

F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico.

F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.

F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F90 Trastornos hiperkinéticos.

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.

F90.1 Trastorno hiperkinético disocial.

F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos.

F90.9 Trastorno hiperkinético sin especificación.

F91 Trastornos disociales.

F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar.

F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados.

F91.2 Trastorno disocial en niños socializados.

F91.3 Trastorno disocial desafiante y opositorista.

F91.8 Otros trastornos disociales.

F91.9 Trastorno disocial sin especificación.

F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos.

F92.0 Trastorno disocial depresivo.

F92.8 Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos.

F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.

F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.

F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.

F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia.

F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia.

F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos.

F93.8 Otros trastornos de las emociones en la infancia.

F93.9 Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación.

F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F94.0 Mutismo selectivo.

F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.

F94.2 Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido.

F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia.

F94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación.

F95 Trastornos de tics.

F95.0 Trastorno de tics transitorios.

F95.1 Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios.

F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette).

F95.8 Otros trastornos de tics.

F95.9 Trastorno de tics sin especificación.

F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F98.0 Enuresis no orgánica.

F98.1 Encopresis no orgánica.

F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.

F98.3 Pica en la infancia.

F98.4 Trastorno de estereotipias motrices.

F98.5 Tartamudeo (españolismo).

F98.6 Farfullero.

F98.8 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados.

F98.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación.

F99 Trastorno mental sin especificación.

Clasificación multiaxial: la valoración en varios planos aporta información no sólo sobre el estado clínico actual del paciente (eje I), sino también sobre características más o menos permanentes (eje II) y sobre factores del ambiente que influyen en el trastorno mental (eje III).

- Eje I: diagnósticos clínicos: Trastornos mentales y no mentales.
- Eje II: incapacidades: Escala de Valoración de Incapacidad de la OMS, que evalúa el autocuidado, las actividades ocupacionales, las actividades familiares y el comportamiento social.
- Eje III: factores contextuales: Incluye aspectos relacionados con el ambiente, como empleo, vivienda, aspectos legales, problemas de salud de familiares, etcétera.

3. DSM

El DSM, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, es también un instrumento realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos. Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o psiquiatría. En 1952 salió la primera edición, DSM-I, como una variante del CIE-6. Los continuos desacuerdos sobre su contenido han provocado numerosas reediciones y actualizaciones, al igual que ocurre con la CIE. El que está en vigor es el DSM-IV-TR. Los equipos que lo elaboraron se esforzaron en hacerlo compatible con la CIE-10 de hecho las categorías son superponibles en gran medida en muchos casos aunque no en todos. Al igual que en la CIE-10, hay un código numérico para cada entidad.

3.1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

El manual agrupa en este apartado los trastornos que surgen en esta edad (aunque no necesariamente se diagnostiquen durante la infancia o adolescencia).

Retraso mental: entendido como la capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (medido a través del CI). Puede ser leve, moderado, grave o profundo.
Trastornos del aprendizaje: rendimiento académico sustancialmente por debajo de lo esperado en el área afectada, considerando la edad del niño o adolescente, su inteligencia, y una educación apropiada para su edad. Pueden ser:
Trastorno de la lectura
Trastorno del cálculo
Trastorno de la expresión escrita
Trastorno del aprendizaje no especificado
Trastorno de las habilidades motoras
Trastorno del desarrollo de la coordinación. En este apartado se consideran las deficiencias del habla o del lenguaje:
Trastorno del lenguaje expresivo
Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
Trastorno fonológico
Tartamudeo
Trastorno de la comunicación no especificado
Trastornos generalizados del desarrollo: son déficits graves y alteraciones en diversas áreas del desarrollo, como la interacción social, la comunicación, o en la existencia de comportamientos, intereses o aptitudes estereotipadas. Se incluyen:
Trastorno autista
Trastorno de Rett
Trastorno desintegrativo infantil
Trastorno de Asperger
Trastorno generalizado del desarrollo no especificado
Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador: incluyen trastornos cuyas características son la desadaptación impulsividad-hiperactividad, o trastornos del comportamiento perturbador (violación de derechos de otros, hostilidad, conducta desafiante). Están incluidos:
Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad
Trastorno disocial
Trastorno negativista desafiante
Trastorno de comportamiento perturbador no especificado

Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez: consisten en diversas alteraciones, que se dan de manera persistente en la conducta alimentaria de niños y adolescentes. Estas constituyen:
Trastorno de Pica
Trastorno de rumiación
Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez
Trastornos de tics
Trastorno de La Tourette
Trastorno de tics motores o vocales crónicos
Trastorno de tics transitorios
Trastorno de tics no especificado
Trastornos de la eliminación: trastornos cuya característica es la eliminación de heces y orina en lugares inadecuados y de manera persistente. Son:
Encopresis
Enuresis (no debida a una enfermedad médica)
Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia
Trastorno de ansiedad por separación: definido como ansiedad excesiva para la edad frente a la separación del hogar o de seres queridos
Mutismo selectivo: cuando el niño o adolescente no habla en situaciones específicas, como sociales, pero en otras no tiene problemas de lenguaje.
Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez: dado por una relación social manifestamente alterada, generalmente causada por crianza patógena.
Trastorno de movimientos estereotipados: trastorno por movimiento repetitivo aparentemente impulsivo, estereotipado y no funcional que causa malestar en el sujeto.
Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado.

3.2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

El manual los define como un déficit clínicamente significativo en las funciones cognoscitivas o en la memoria que representa un cambio en relación con el nivel previo de actividad. Pueden ser:

Delirium: es el fenómeno agudo, de corta duración, que se caracteriza por una disfunción cerebral global. Hay muchos factores que lo pueden producir, esta clasificación recoge los siguientes:
Delirium debido a enfermedad médica
Delirium inducido por sustancias
Delirium por abstinencia de sustancias
Delirium debido a múltiples etiologías
Delirium no especificado
Demencia: en contraste con el delirio o delirium, la demencia es una enfermedad progresiva y crónica del sistema nervioso central que afecta las funciones cognitivas superiores (pensamiento, lenguaje, memoria)
Demencia tipo alzhéimer
Demencia vascular
Demencia debida a enfermedad por VIH
Demencia debida a traumatismo craneal
Demencia debida a enfermedad de Parkinson
Demencia debida a enfermedad de Huntington
Demencia debida a enfermedad de Pick
Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
Demencia debida a otras enfermedades médicas
Demencia persistente inducida por sustancias
Demencia debida a múltiples etiologías
Demencia no especificada
Trastornos amnésicos: deterioro de la memoria sin deterioro de otras funciones cognitivas
Trastorno amnésico debido a enfermedad médica
Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias
Trastorno amnésico no especificado
Trastorno cognoscitivo no especificado

3.3. Trastornos mentales debidos a enfermedad médica no clasificados en otros apartados

Se incluyen en este apartado trastornos cuya causa está en una enfermedad médica, pero cuya manifestación implica síntomas psicológicos o comportamentales que merecen atención clínica especial.

- Trastorno catatónico debido a enfermedad médica
- Cambio de personalidad debido a enfermedad médica
- Trastorno mental no especificado debido a enfermedad médica

3.4. Trastornos relacionados con sustancias

Son los que se relacionan con el consumo de drogas de abuso, con los efectos secundarios de medicamentos y con la exposición a sustancias tóxicas. En cuanto al consumo de sustancias, es importante la distinción entre «abuso de sustancias» y «dependencia de sustancias».

- El **abuso de sustancias** ocurre cuando, durante al menos 1 año, la persona que consume incurre en actitudes como: es incapaz de cumplir con sus obligaciones (laborales, educacionales, etc.), debido al consumo; consume la o las sustancias en condiciones físicamente riesgosas; tiene problemas legales recurrentes debido al uso de sustancias, o sigue consumiendo a pesar de problemas persistentes de tipo social o interpersonal.

- La **dependencia de sustancias** ocurre cuando, durante al menos 1 año, la persona experimenta un efecto de tolerancia (necesidad de consumir mayor cantidad para lograr el mismo efecto), el efecto de abstinencia (síntomas que siguen a la privación brusca del consumo), intenta disminuir el consumo y no puede, o consume más de lo que quisiera, y deja de hacer actividades importantes debido al consumo. Además, la persona sigue consumiendo a pesar de padecer un problema físico o psicológico persistente que dicha sustancia exacerba.

Sin embargo, el DSM-IV recoge una mayor cantidad de trastornos que pueden ser producidos por sustancias, y los clasifica por cada sustancia psicoactiva, o grupo de sustancias psicoactivas. Éstos pueden ser:

Trastornos relacionados con el alcohol (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación, abstinencia, delirium, amnésico, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por alcohol)
Trastornos relacionados con alucinógenos (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación, delirium por intoxicación, perceptivo persistente, psicótico, de ansiedad o del ánimo inducido por alucinógenos)
Trastornos relacionados con anfetaminas (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación, abstinencia, delirium por intoxicación, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por anfetaminas)
Trastornos relacionados con la cafeína (trastorno de ansiedad o del sueño inducido por cafeína)
Trastornos relacionados con cannabis (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación [con alteraciones perceptivas o sin ellas], delirium, psicótico o de ansiedad, inducido por cannabis)
Trastornos relacionados con cocaína (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación [con alteraciones perceptivas o sin ellas], abstinencia, delirium, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por cocaína)
Trastornos relacionados con fenciclidina (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación [con alteraciones perceptivas o sin ellas], delirium por intoxicación, trastorno psicótico, de ansiedad, del ánimo, inducido por fenciclidina)
Trastornos relacionados con inhalantes (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación, delirium por intoxicación, demencia persistente, trastorno psicótico, de ansiedad, del ánimo, inducido por inhalantes)
Trastornos relacionados con nicotina (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno abstinencia, inducido por nicotina)
Trastornos relacionados con opiáceos (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación [con alteraciones perceptivas o sin ellas], delirium por intoxicación, trastorno psicótico, del ánimo, sexual o del sueño inducido por opiáceos)
Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación, abstinencia, delirium [por intoxicación o abstinencia], demencia persistente, trastorno amnésico, psicótico, de ansiedad, del ánimo, sexual o del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos)
Trastorno relacionado con varias sustancias
Dependencia de varias sustancias
Trastornos relacionados con otras sustancias o con sustancias desconocidas (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación [con alteraciones perceptivas o sin ellas], abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, psicótico [con alucinaciones o ideas delirantes], de ansiedad, del ánimo, sexual o del sueño, inducido por otras sustancias o sustancias desconocidas)

3.5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Este apartado involucra aquellos trastornos que tienen síntomas psicóticos como característica definitoria. Psicótico es entendido aquí como la pérdida de los límites de uno mismo y de la evaluación de la realidad. Como característica

de esta sintomatología pueden existir, por tanto, alucinaciones, ideas delirantes, trastornos del pensamiento, lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico, entre otros. El manual los clasifica como:

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizofreniforme
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno delirante
- Trastorno psicótico breve
- Trastorno psicótico compartido (*folie à deux*, locura a dúo)
- Trastorno psicótico debido a enfermedad médica
- Trastorno psicótico inducido por sustancias
- Trastorno psicótico no especificado

3.6. Trastornos del estado de ánimo

Aquí se clasifican los trastornos cuya característica principal es una alteración del humor. El DSM-IV define, por una parte, episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o maníaco (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable). Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo.

Episodios afectivos
• Episodio depresivo mayor
• Episodio maníaco
• Episodio mixto
• Episodio hipomaniaco
Trastornos depresivos (con episodios depresivos)
• Trastorno depresivo mayor

• Trastorno distímico
• Trastorno bipolar I
• Trastorno bipolar II
• Trastorno ciclotímico
• Trastorno bipolar no especificado
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
Trastorno del estado de ánimo no especificado

3.7. Trastornos de ansiedad

- Trastorno de angustia (con agorafobia o sin ella), o agorafobia sin trastorno de angustia
 - Fobia específica
 - Fobia social
 - Trastorno obsesivo-compulsivo
 - Trastorno por estrés postraumático
 - Trastorno por estrés agudo
 - Trastorno de ansiedad generalizada
 - Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
 - Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
 - Trastorno de ansiedad no especificado

3.8. Trastornos somatomorfos

Son trastornos con síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica, pero que, luego de la evaluación requerida, no pueden explicarse completamen-

te por la presencia de una enfermedad física. Tampoco se explican por otro trastorno mental (por ejemplo, una depresión o un trastorno ansioso). Los síntomas ocasionan un malestar significativo en el individuo o interfieren en su vida cotidiana. Se describen los siguientes:

- Trastorno de somatización
- Trastorno somatomorfo indiferenciado
- Trastorno de conversión
- Trastorno por dolor
- Hipocondría
- Trastorno dismórfico corporal
- Trastorno somatomorfo no especificado

3.9. Trastornos facticios

Están constituidos por síntomas tanto físicos como psicológicos que son falsos, creados intencionalmente para asumir el papel de enfermo. Se clasifican en:

- Trastorno facticio
- Trastorno facticio no especificado

3.10. Trastornos disociativos

Consisten en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno (con síntomas como la pérdida de memoria de eventos traumáticos, sensación de distanciamiento de los propios procesos mentales y del propio cuerpo, hasta el control del comportamiento por varios estados de personalidad sucesivos). Se distinguen:

- Amnesia disociativa
- Fuga disociativa
- Trastorno de identidad disociativo

- Trastorno de despersonalización
- Trastorno disociativo no especificado

3.11. Trastornos sexuales y de la identidad sexual

Son los relacionados con la sexualidad. Son de tres tipos:

Trastornos sexuales: las llamadas disfunciones sexuales, entendidas como alteraciones del deseo, cambios psicofisiológicos en la respuesta sexual normal, malestar o problemas interpersonales relacionados al tema:
• Trastornos del deseo sexual (deseo sexual hipoactivo y trastorno por aversión al sexo)
• Trastornos de la excitación sexual (en la mujer y de la erección en el varón)
• Trastornos orgásmicos (femenino y masculino, y eyaculación precoz)
• Trastornos sexuales por dolor (dispareunia y vaginismo)
• Trastorno sexual debido a una enfermedad médica, inducido por sustancias, o no especificado
Parafilias: son impulsos sexuales, fantasías, o comportamientos recurrentes e intensos que implican objetos o actividades poco habituales. Sin embargo, para considerarse un trastorno mental debe además causar daño a otro (por ejemplo, la pedofilia), o deteriorar la vida del sujeto:
• Exhibicionismo
• Fetichismo
• Froterismo
• Pedofilia
• Masoquismo sexual
• Sadismo sexual
• Fetichismo transvestista
• Voyerismo
• Parafilia no especificada (escatología telefónica, clismafilia, zoofilia, necrofilia, coprofilia, urofilia y parcialismo)
Trastorno sexual no especificado

La homosexualidad fue eliminada en 1973 y la transexualidad el 17 de mayo de 1990, y ése fue el Día Internacional contra la Homofobia y la Transfobia.

3.12. Trastornos de la conducta alimentaria

Los conforman alteraciones graves de la conducta alimentaria, acompañadas o causadas por una distorsión de la percepción de la propia imagen corporal. Son:

- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

3.13. Trastornos del sueño

• Trastornos primarios del sueño: son alteraciones del ciclo de sueño que no son producto de otro trastorno, como de la depresión por ejemplo. Incluyen:

- Disomnias (insomnio primario, hipersomnias primarias, narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano)
- Parasomnias (pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo)

• Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental (insomnio e hipersomnias)

- Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica
- Trastorno del sueño inducido por sustancias

3.14. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados

Consisten en una dificultad para resistir un impulso de llevar a cabo actos que pueden ser perjudiciales para otros o para uno mismo. En la mayoría de los casos se experimenta una tensión intensa antes de ejecutar la acción impulsiva, acción que libera esta tensión, alcanzando consecuentemente un estado de calma. Se clasifican como sigue:

- Trastorno explosivo intermitente
- Cleptomanía

- Piromanía
- Juego patológico
- Tricotilomanía
- Trastorno del control de los impulsos no especificado

3.15. Trastornos adaptativos

Es el desarrollo de síntomas emocionales o de comportamiento relacionados con un estresor psicosocial que es identificable en forma clara. La reacción es mayor o causa un malestar superior al esperado en relación con la causa. Se clasifican según la reacción sea un estado de ánimo depresivo, ansiedad, trastorno del comportamiento

3.16. Trastornos de la personalidad

Consisten en un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de experiencia de la persona, que se aleja demasiado de lo que la cultura en que está inmersa espera. Se inicia en la adolescencia o principio de la edad adulta, no varía con el tiempo, y causa malestar en el sujeto y prejuicios contra él. Se clasifican como sigue:

Grupo A:
• Trastorno paranoide de la personalidad
• Trastorno esquizoide de la personalidad
• Trastorno esquizotípico de la personalidad
Grupo B:
• Trastorno antisocial de la personalidad
• Trastorno límite de la personalidad
• Trastorno histriónico de la personalidad
• Trastorno narcisista de la personalidad

Grupo C:
• Trastorno de personalidad por evitación
• Trastorno de la personalidad por dependencia
• Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
• Trastorno de la personalidad no especificado

3.17. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Aquí se incluyen problemas que son de interés clínico por causar dolor o sufrimiento psicosocial, pero que no conforman trastornos, o es de relevancia tratarlos por separado. Pueden ser de diversos tipos:

Factores psicológicos que afectan al estado físico
Trastornos motores inducidos por medicamentos
• Parkinsonismo inducido por neurolépticos
• Síndrome neuroléptico maligno
• Disonía aguda inducida por neurolépticos
• Acatisia aguda inducida por neurolépticos
• Discinesia tardía inducida por neurolépticos
• Temblor postural inducido por medicamentos
• Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado
• Trastornos inducidos por otros medicamentos
• Efectos adversos de los medicamentos no especificados
Problemas de relación
• Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica
• Problemas paterno-filiales
• Problemas conyugales
• Problema de relación entre hermanos

• Problema de relación no especificado
Problemas relacionados con el abuso o la negligencia
• Abuso físico del niño
• Abuso sexual del niño
• Negligencia de la infancia
• Abuso físico del adulto
• Abuso sexual del adulto
Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención médica
• Incumplimiento terapéutico
• Simulación
• Comportamiento antisocial del adulto
• Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia
• Capacidad intelectual límite
• Deterioro cognitivo relacionado con la edad
• Problema académico
• Problema laboral
• Problema de identidad
• Problema religioso o espiritual
• Problema de aculturación
• Problema biográfico

Evaluación multiaxial

El DSM-IV-R contiene cinco ejes:

- Eje I: Trastornos clínicos y otras afecciones que pueden ser objeto de atención clínica.
- Eje II: Trastornos de personalidad y retraso mental.
- Eje III: Enfermedades físicas.

- Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales que influyen en el trastorno actual.
- Eje V: Escala de Evaluación de la Actividad Global (GAF), de 0 a 100 puntos.

Ejemplo:

Eje I: 296.23 trastorno depresivo mayor, episodio único grave sin síntomas psicóticos

Eje II: 301.6 Trastorno de la personalidad dependiente

Eje III: Ninguno

Eje IV: Amenaza de perder el trabajo

Eje V: GAF = 53

Es importante aclarar que ambos sistemas diagnósticos siempre deben ser utilizados por personas con experiencia clínica, ya que se usan como una guía que debe ser acompañada de juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

4. EJEMPLOS DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y CASOS CLÍNICOS DE TRASTORNOS DEPRESIVOS

F32 EPISODIO DEPRESIVO

G1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas

G2. Ausencia de síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes como para haber satisfecho los criterios diagnósticos de episodio maníaco o hipomaniaco (F30) en cualquier momento de la vida del individuo

G3. Criterio de exclusión más frecuentemente usado: El episodio no es atribuible al uso de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a trastorno mental orgánico (F00-F09).

Síndrome somático:

Algunos síntomas depresivos son ampliamente considerados por su especial significado clínico y aquí se denominan somáticos.

Un quinto dígito puede ser utilizado para especificar la presencia o no del síndrome somático. Para codificar el síndrome somático, deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

1. marcada pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras
2. pérdida de la reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales que habitualmente producen respuesta emocional
3. despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual
4. empeoramiento matutino del humor depresivo
5. presencia objetiva de inhibición psicomotriz clara
6. pérdida marcada del apetito
7. pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes)
8. pérdida marcada de libido

F32.0 Episodio depresivo leve

1. Se satisfacen los criterios generales de F32, episodio depresivo
2. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:
 - 1) humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas
 - 2) marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras
 - 3) falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad
3. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas adicionales:

- 1) pérdida de confianza y estimación de uno mismo y sentimientos de inferioridad
- 2) reproches hacia uno mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada
- 3) pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida
- 4) quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones
- 5) cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición
- 6) alteraciones del sueño de cualquier tipo
- 7) cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso

Debe usarse un quinto dígito para especificar la presencia de un síndrome somático:

F32.00 sin síntomas somáticos

F32.01 con síntomas somáticos

F32.1 Episodio depresivo moderado

- A. Se satisfacen los criterios generales de F32, episodio depresivo
- B. Presencia de al menos dos de los tres síntomas del criterio B de F32.0
- C. Síntomas adicionales del criterio C hasta completar en total al menos seis

Quinto dígito:

F32.10 sin síntomas somáticos

F32.11 con síntomas somáticos

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Nota: si están presentes síntomas importantes como la agitación o inhibición psicomotrices el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir los síntomas con detalle. En estos casos está justificada la evaluación global de la gravedad del episodio.

- A. Se satisfacen los criterios generales de F32, episodio depresivo
- B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0
- C. Síntomas adicionales del criterio C hasta completar en total al menos ocho
- D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

- A. Se satisfacen los criterios generales de F32, episodio depresivo
- B. Se satisfacen todos los criterios diagnósticos del episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2) con la excepción del criterio D
- C. No se satisfacen los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo, grave o moderado (F25.10 y F25.11)
- D. Están presentes 1) o 2) de los siguientes:
 - 1) alucinaciones o ideas delirantes que no satisfacen los criterios de ninguno de los grupos de síntomas A1 b), c) o d) o A2 e) de F20, esquizofrenia
 - 2) estupor depresivo

Se debe utilizar un quinto dígito para especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo:

F32.30 con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo (ideas de culpa o ruina, alucinaciones despectivas...)

F32.31 con síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo (ideas de persecución o autorreferencia o alucinaciones sin contenido afectivo)

F33 Trastorno depresivo recurrente

G1. Ha habido en el pasado al menos un episodio depresivo, ya sea leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y 3), con una duración mínima de dos semanas y separado de otros posibles episodios por un período de al menos seis meses libres de alteraciones significativas del estado de ánimo.

G2. No ha habido en el pasado ningún episodio que satisficiera los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco.

G3. Criterio de exclusión más frecuentemente usado: el episodio no puede ser atribuido al uso de sustancias psicoactivas (F1) o algún trastorno mental orgánico en el sentido de F0.

Se recomienda especificar el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, dudoso).

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

F33.00 sin síntomas somáticos

F33.01 con síntomas somáticos

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

F33.10 sin síntomas somáticos

F33.11 con síntomas somáticos

F33.2 Trastorno depresivo, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

F33.30 con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo

F33.31 con síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo

F33.4 Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión

A. En el pasado se satisficieron criterios del TDR

B. Actualmente no hay criterios de episodio depresivo de cualquier gravedad, ni de ningún otro trastorno de F30-F39

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes

F34.1 Distimia

A. Presencia de un período de al menos dos años de estado de ánimo deprimido de forma continua o constantemente recurrente. Los períodos intermedios de ánimo normal raramente duran más de unas pocas semanas y no existen períodos de hipomanía.

B. Ninguno —o casi ninguno— de los episodios de depresión durante ese período de al menos dos años tiene la gravedad o duración suficientes como para satisfacer los criterios de trastorno depresivo recurrente leve (F33.0)

C. Por lo menos en alguno de los períodos de depresión deben hallarse presentes tres o más de los siguientes síntomas:

- 1) disminución de vitalidad o actividad
- 2) insomnio
- 3) pérdida de confianza en uno mismo o sentimientos de inferioridad
- 4) dificultad para concentrarse
- 5) llanto fácil
- 6) pérdida de interés o satisfacción por actividades sexuales u otras placenteras
- 7) sentimientos de desesperanza o desesperación
- 8) sentimientos de incapacidad para enfrentarse con las responsabilidades habituales de la vida diaria
- 9) pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado
- 10) aislamiento social
- 11) menor locuacidad de lo normal en el sujeto

5. MODELO DE VULNERABILIDAD

El modelo de vulnerabilidad-estrés es una formulación teórica sobre el origen de la psicosis, que combina múltiples factores causales. Este modelo explicativo parte del supuesto de que existe una predisposición a la psicosis de naturaleza genética o adquirida como consecuencia de daño cerebral. Esta **vulnerabilidad**, sin embargo, no se considera suficiente para manifestar el trastorno sino que necesita ser desencadenada por procesos ambientales. Los **desencadenantes ambientales** pueden ser biológicos (por ejemplo, una infección o el consumo de alcohol y drogas) o psicológicos (por ejemplo, situaciones vitales estresantes, exámenes, conflictos familiares, cambios de residencia o de trabajo, etc.). La

intensidad del estrés ambiental necesario para desencadenar la psicosis difiere de una persona a otra, del mismo modo que el grado de vulnerabilidad. Asimismo, existen **factores de protección** personales (por ejemplo, la inteligencia, las habilidades sociales o las capacidades para resolver problemas) y ambientales (como el apoyo familiar o social) que pueden atenuar el riesgo de psicosis, en personas constitucionalmente predisuestas.

Si bien este enfoque se ha utilizado para explicar el desarrollo de la esquizofrenia, parece ser un buen punto de referencia para comprender otros trastornos, tales como la depresión y otros trastornos afectivos.

«**Los factores de vulnerabilidad** para producir trastornos mentales graves son anomalías patológicas, relativamente resistentes de los individuos, presentes antes, durante y tras los episodios sintomáticos. **Las variables protectoras o moderadoras** son factores ambientales y personales que determinan cuándo un determinado nivel de vulnerabilidad al trastorno mental conduce a una sintomatología manifiesta bajo un determinado nivel de estrés. Los **estresores** son acontecimientos ambientales o transitorios que exigen del individuo cambios para adaptarse y que cuestionan su **capacidad de afrontamiento y competencia** habituales».

R. P. Liberman (1993)

De acuerdo a este modelo, el individuo que presenta una afección psiquiátrica no puede considerarse un «enfermo», sino una persona con una predisposición a sufrir determinada sintomatología, la cual será provocada por la presencia de acontecimientos vitales estresantes o por la tensión presente en la familia o en trabajo, en tanto estos sobrepasen las capacidades de afrontamiento del individuo o de su medio social.

De este modo, es importante considerar que para evitar la recidiva en cualquier tipo de trastorno es importante que se encuentren presentes los factores de protección del individuo, siendo los más importantes la capacidad de afrontamiento y competencia de los individuos, las familias, los sistemas de apoyo naturales y el tratamiento profesional. Este último incluye, por un lado el mantenimiento de una medicación que controle los factores biológicos de vulnerabilidad,

y por otro, los programas de rehabilitación conductual que incluyen el aprendizaje de habilidades sociales y laborales.

Ejemplo:

Vulnerabilidad: piel clara

Estrés: exposición a la luz solar

Afrontamiento y competencia: usar protección solar, evitar el sol del mediodía...

6. CURSO EVOLUTIVO: PRÓDROMOS, EPISODIOS AGUDOS, SÍNTOMAS RESIDUALES

Hay dos grandes categorías nosológicas de relevancia clínica que se ajustan a este modelo de evolución natural caracterizado por la tendencia a la recaída y el deterioro a largo plazo. La más estudiada por su especial gravedad es la esquizofrenia, pero también progresivamente se ha ido prestando más atención a los trastornos afectivos graves (la depresión recurrente y el trastorno bipolar). En ambos grupos de trastornos no basta con tratar eficazmente los síntomas agudos, sino que es necesario el seguimiento continuo del paciente para prevenir futuras recaídas y disminuir la discapacidad resultante.

La esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno que aparece en fases:

En la **fase premórbida** el funcionamiento es normal, pero ocurren cosas que contribuyen a la posterior aparición del trastorno, como complicaciones en el parto, sucesos estresantes, etc.

En la **fase prodrómica**, desde semanas hasta años de duración (media de 2 a 5 años), aparecen la alteración funcional y síntomas inespecíficos como insomnio, ansiedad, irritabilidad, estado de ánimo depresivo, fatiga, retraimiento social o falta de concentración. En la etapa final de la fase prodrómica aparecen los pri-

meros síntomas como ideas de autorreferencia o suspicacia, indicativos del inicio inminente de una fase aguda de psicosis.

La **fase psicótica** comienza con el **primer episodio psicótico**, que puede ser de inicio brusco o gradual. En los países occidentales pasan una media de 1 a 2 años hasta que se recibe tratamiento, período que es notablemente más largo en hombres que en mujeres y que se conoce como **período de psicosis no tratada**. Dentro de la fase psicótica puede evolucionarse a una **fase aguda**, con exacerbación de los síntomas como delirios, alucinaciones y desorganización del pensamiento y la conducta también llamados síntomas positivos, y de los llamados síntomas negativos, como la apatía, el abandono del autocuidado, la tendencia al aislamiento y el aplanamiento afectivo, que conducen a la incapacidad para continuar relacionándose con otras personas y cuidando de uno mismo.

Los 6-8 meses posteriores al inicio del tratamiento constituyen la **fase de estabilización** en la que los síntomas disminuyen de intensidad en mayor o menor medida. Los síntomas que no desaparecen a pesar del tratamiento después de la fase aguda se llaman **síntomas residuales**. Pueden persistir tanto los síntomas llamados «positivos» (alucinaciones, delirios, desorganización del pensamiento y la conducta) como los llamados «negativos» (alogia y empobrecimiento cognitivos, aislamiento social y anhedonia, abulia y apatía, aplanamiento afectivo...). Cuando se instala un conjunto de síntomas negativos que no responden al tratamiento y por tanto persisten de modo indefinido hablamos de **deterioro psicótico** o **síndrome deficitario**. Cuando en el pasado ha habido algún episodio agudo de esquizofrenia pero en la actualidad no hay síntomas agudos y predomina el deterioro al cuadro resultante se le llama **esquizofrenia residual**.

El período posterior al primer episodio, cuya duración incluye como mínimo los 5 primeros años, es extraordinariamente importante y se conoce como **evolución precoz**. Su importancia deriva de que va a determinar el grado de enfermedad y nivel funcional finales porque después de 5-10 años los pacientes suelen estabilizarse. Esta fase también se denomina **período crítico**, porque el 80% de los pacientes recaen en esos 5 primeros años.

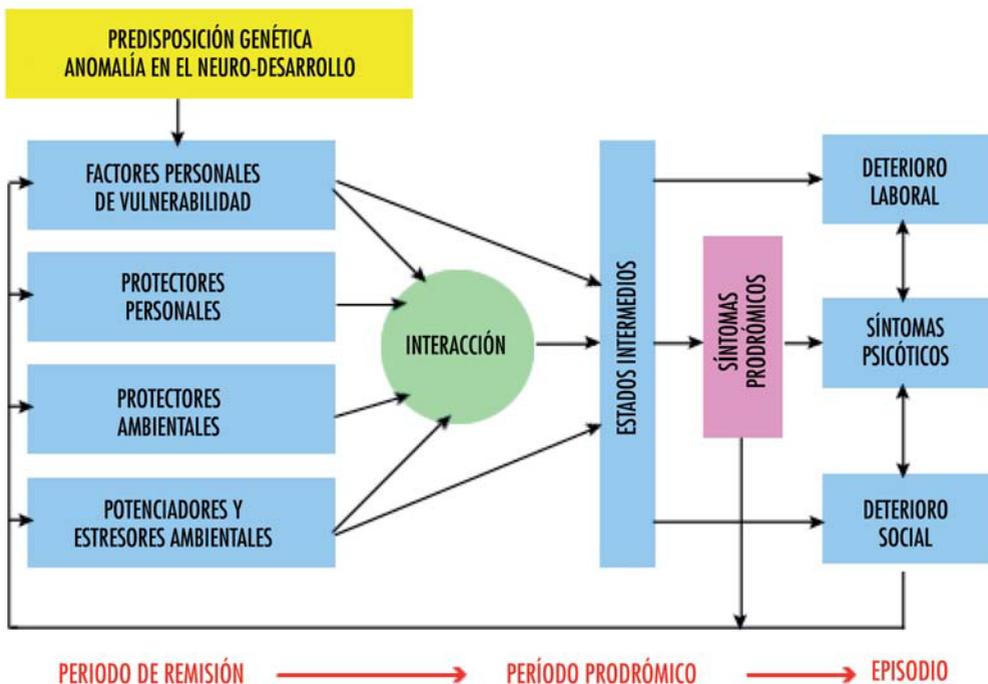
A largo plazo, el **pronóstico** de la esquizofrenia varía en un continuo que va desde la recuperación razonable hasta la incapacidad total:

- el 10-15% no sufren más episodios
- otro 10-15% permanece gravemente psicótico de forma continuada

- la mayoría sufre agudizaciones y remisiones con mayor o menor grado de deterioro

Las variables asociadas a un mejor pronóstico son: sexo femenino, antecedentes familiares de trastorno afectivo en lugar de antecedentes de esquizofrenia, buen funcionamiento premórbido, nivel de inteligencia alto, estado civil casado, edad de inicio tardía, inicio agudo con estrés desencadenante, recuperación completa después de las exacerbaciones (períodos de remisión), subtipo paranoide, predominio de síntomas positivos frente a los negativos y pertenecer a un país poco desarrollado.

Por último, la **mortalidad** de los enfermos esquizofrénicos es de dos a cuatro veces mayor que la de la población general. Entre el 4 y el 10% mueren por suicidio, un número muy importante muere por otras causas no naturales como accidentes y traumatismos y también sufren una mayor mortalidad que la población general por enfermedades médicas cardiorrespiratorias e infecciosas, hecho que se ha relacionado con hábitos insanos de vida así como con recibir una peor asistencia médica para dolencias comunes.



Los trastornos afectivos

El trastorno bipolar consiste a grandes rasgos en la aparición de episodios maníacos (o hipomaníacos o mixtos) habitualmente alternando con otros depresivos. Suele ser una enfermedad episódica, de larga duración y con curso variable. El primer episodio puede ser maníaco, hipomaníaco, depresivo o mixto. Lo más frecuente es que el primer episodio sea depresivo. Sin tratamiento suelen presentar más de 10 episodios durante su vida con una duración de los episodios y del intervalo entre ellos que se suele estabilizar después del cuarto o el quinto episodio. Pueden transcurrir varios años entre el primer episodio y el segundo, pero generalmente el tiempo transcurrido entre ellos se va reduciendo progresivamente. A menudo pueden identificarse signos inminentes de recaída o prodrómicos, como insomnio, irritabilidad o abandono de actividades habituales, con gran variabilidad individual. El suicidio consumado ocurre en el 10-15% de los pacientes, especialmente en ausencia de tratamiento. Además causa también un perjuicio psicosocial, tanto a nivel familiar, como laboral como en otras áreas. Se ha estimado que un 60% de los pacientes diagnosticados de Trastorno bipolar tienen síntomas residuales de forma permanente y problemas interpersonales y ocupacionales. Al igual que en el modelo «vulnerabilidad-estrés» de la esquizofrenia, en el trastorno bipolar hay evidencias de la importancia de la genética en la aparición del trastorno, pero los factores de estrés ambiental y el estilo de vida (abuso de alcohol, cambios del ritmo de sueño y vigilia, etc.) influyen también en la gravedad y el curso de la enfermedad.

El trastorno depresivo mayor

El primer episodio puede ocurrir a cualquier edad pero como promedio suele suceder a finales de la segunda década de la vida. Los síntomas pueden desarrollarse en días o semanas. En los meses anteriores puede haber síntomas prodrómicos como ansiedad generalizada, crisis de angustia, fobias o síntomas depresivos que no alcanzan el umbral diagnóstico. En algunos casos el inicio es brusco, generalmente asociado a un estrés intenso. Sin tratamiento un episodio suele durar 6 meses o más. Si un paciente sufre después un episodio maníaco, hipomaníaco o mixto debe hacerse el diagnóstico de trastorno bipolar.

Entre un 50 y un 85% de las personas que han presentado un episodio presentarán otro, con lo que cumplirán el criterio para el trastorno depresivo mayor

recidivante. El curso de este trastorno es variable. En algunos casos hay muchos años de remisión completa, en otros los episodios se dan agrupados y en otros los episodios se van haciendo más frecuentes con los años.

En el 25-35% de los casos la recuperación tras un episodio no es completa, en forma de remisión parcial si los síntomas ya no son suficientes para seguir cumpliendo criterios de episodio depresivo, o de depresión crónica si se siguen cumpliendo.

Los pacientes pueden morir por suicidio (10-15% de depresivos se suicidan y en la inmensa mayoría de los suicidios consumados pueden rastrearse síntomas depresivos), pero también sufren problemas conyugales, familiares, laborales y sociales. Asimismo la depresión empeora el pronóstico de las enfermedades físicas.

7. INTERVENCIÓN TEMPRANA Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

El inicio de una enfermedad mental, y en especial de una psicosis, produce efectos sociales y familiares devastadores que requieren una estrategia de intervención global. El tratamiento farmacológico es una de las prioridades en el abordaje del primer episodio, aunque no la única. Deben incluirse intervenciones de tipo psicosocial, como programas de psicoeducación familiar, psicoterapia y apoyo social y educacional, ya que el curso y el pronóstico de la enfermedad dependen en gran medida del tratamiento inicial. Una **intervención temprana** debe tener el potencial de reducir el impacto de la enfermedad (suicidio, estigma, deriva social, aislamiento, etc.) reducir los tiempos de recuperación, prevenir recaídas y reingresos, y con ello ganar autonomía y adaptación social.

Se ha hablado de una hipotética toxicidad neurológica de la psicosis que condiciona un peor pronóstico cuanto más tiempo dure el período de *psicosis no tratada* (DUP o *Duration of Untreated Psychosis*) asociada a una mayor pérdida de sustancia gris. Aunque este concepto es discutible y los estudios realizados han dado resultados dispares, la toxicidad social de la enfermedad psicótica está fuera de toda duda.

El tratamiento inicial de la enfermedad tiene varios objetivos principales:

- conseguir la remisión de los síntomas psicóticos positivos.

- prevenir de los síntomas concomitantes o su identificación y tratamiento tempranos: síntomas negativos, síntomas afectivos, ansiedad, ataques de pánico, abuso de sustancias, etc.

- promover la adaptación y la recuperación psicosocial ante una experiencia disgregadora, estigmatizante y por lo general muy traumática, en un momento crítico del desarrollo, como es la adolescencia y los primeros años de la vida adulta, edad a la que suele debutar la enfermedad.

- conseguir el bienestar subjetivo.
- brindar a familiares y amigos apoyo y estímulo para crear un ambiente favorable para el establecimiento y el mantenimiento de la recuperación.
- asegurar el cumplimiento del tratamiento.

Desafortunadamente, a pesar del correcto tratamiento, una de las características del curso de la esquizofrenia es la tendencia a la cronicidad con una probabilidad elevada de recaídas que empeoran el pronóstico a largo plazo del trastorno. Se consideran implicados un mecanismo de neurodegeneración (la toxicidad neuronal antes mencionada) junto con las consecuencias negativas a nivel social, familiar, laboral y de autoestima del paciente. Los subsiguientes ingresos suelen ser más largos y la recuperación más incompleta. No es fácil obtener datos precisos y comparables, pero la frecuencia de recaída tras un primer episodio oscila entre el 61 y el 96% según sean más o menos restrictivos los criterios de recaída y según se trate de pacientes que abandonan o no el tratamiento farmacológico.

El factor más claramente relacionado con la recaída es el abandono del tratamiento, que multiplica el riesgo por cinco. Sin embargo, sigue habiendo recaídas en pacientes que cumplen con el tratamiento adecuadamente, lo que implica la necesidad de considerar un modelo más complejo de aparición de recaídas.

Según el modelo descrito anteriormente de vulnerabilidad-estrés-afrontamiento-competencia, una recaída ocurre cuando:

1. Sobre los factores personales de vulnerabilidad psicobiológica (alteraciones cognitivas, personalidad esquizotípica, hiperreactividad autonómica, hiperactividad dopaminérgica...)...

2. ... aparecen estresantes inespecíficos (acontecimientos vitales, alta emoción expresada en el medio familiar —sobreimplicación emocional y criticismo—, etc.)...

3. ... y/o se rompen o disminuyen los factores protectores externos (el cumplimiento del tratamiento, un ambiente familiar contenedor, etc.) y/o...

4. ... fracasan o son insuficientes los factores de protección personales: las habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas (resiliencia, elevado ajuste previo, habilidades sociales...).

Estos factores están interrelacionados de manera compleja, por lo que los intentos de explicar las recaídas con hipótesis unidimensionales fracasan. Se ha visto que los factores estresantes son mucho más importantes como desencadenantes en los pacientes que siguen tomando el tratamiento farmacológico, de lo que se puede deducir que éste actúa elevando el umbral de vulnerabilidad para recaer.

Un problema frecuente que surge cuando se planifica el tratamiento de cara a la prevención de recaídas es el bajo nivel de **cumplimiento** de la prescripción. Este problema no es exclusivo de los trastornos mentales, ocurre también en otras enfermedades crónicas e incluso agudas, como la toma de antibióticos durante el tiempo suficiente para tratar una infección. No obstante, en la enfermedad mental reviste características especiales que tienen que ver con la capacidad de introspección limitada sobre la propia enfermedad, el estigma asociado a los trastornos mentales y la percepción de los efectos adversos de los tratamientos. Normalmente el problema del incumplimiento no es una cuestión de todo o nada. Más frecuentemente es una cuestión de cumplimiento parcial. A menudo es un problema oculto que sólo sale a la luz cuando se produce una recaída. Algunos de los factores que facilitan el cumplimiento son una buena relación terapéutica con el paciente y psicoeducación sobre la necesidad de tratamiento y sobre los efectos tanto terapéuticos como adversos de los fármacos.

8. LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES CRÓNICAS

Los avances de la psiquiatría en las últimas décadas, la introducción de nuevos tratamientos farmacológicos, la integración de la asistencia psiquiátrica en la atención médica normalizada, las unidades de agudos en hospitales generales, los nuevos antipsicóticos y los crecientes conocimientos del funcionamiento cerebral han contribuido sin duda a una mejor imagen de la enfermedad mental y a su consideración como un problema de salud que puede y debe afrontarse con los medios que la medicina actual ofrece. Pero existe un porcentaje considerable de

pacientes que no mejoran o no lo hacen de forma suficiente, manteniéndose crónicamente enfermos.

Las personas que padecen enfermedades mentales crónicas tienen un perfil y unas necesidades muy diferentes a las de hace unos años. Aspectos como los nuevos tratamientos farmacológicos (a los que ha habido que esperar casi 50 años desde los primeros antipsicóticos), los cambios en las políticas sanitarias, con el especial énfasis en los costes, las modificaciones en la expresión sintomática, en la actitud social y familiar hacia la enfermedad mental, la distribución de recursos, etc., fuerzan a una adaptación continua.

La cronicidad se establece en relación con la afectación que la enfermedad produce en el funcionamiento social: su dependencia de la familia, de estructuras sanitarias y sociales, su incapacidad para obtener trabajo e independencia económica, de conseguir relaciones sociales satisfactorias o de evitar la marginalidad.

Nuestros pacientes, especialmente los más desfavorecidos desde el punto de vista social, o los que terminan de tal manera a medida que la evolución de su enfermedad va condicionando rupturas de su soporte sociofamiliar, terminan por desubicarse, por vivir de hospitalización en hospitalización, por perder a los amigos, por terminar en precariedad económica, por vivir en ambientes marginales. Y cumplen su destino de crónicos, cronicidad definida siempre, no tanto en cuanto a sus síntomas o diagnóstico, sino a través del déficit en el desempeño social, en la pérdida de habilidades de desempeñar roles socialmente valiosos y necesarios para desenvolverse de forma exitosa en la vida en la comunidad.

La minusvalía resultante se hace evidente en la desventaja social del paciente, sobre todo si la sociedad no proporciona factores de compensación de los deterioros y discapacidades (por ejemplo, acceso a trabajo protegido, recursos intermedios, protección económica, alojamiento digno...).

La organización de una completa y adecuada atención comunitaria integral a esta población constituye un reto y un objetivo fundamental para los sistemas sanitarios de salud mental y los sistemas de servicios sociales a fin de ofrecerles los tratamientos, intervenciones psicosociales y apoyos necesarios a través de una amplia gama de recursos comunitarios que asegure el mayor grado posible de funcionamiento, autonomía e integración social de esta población en la comunidad.

El conjunto de estas medidas de atención integral a los enfermos mentales crónicos es lo que se conoce como **rehabilitación psicosocial** y que puede

definirse como el proceso que dota a las personas con incapacidades de las habilidades físicas, intelectuales y emocionales necesarias para poder vivir, aprender y trabajar en la comunidad con los menos apoyos posibles de servicios y profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2006). *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos mentales. Compendio*. Ed. Ars Medica.
- KAPLAN, H. y SADOCK, B. J. (1997). *Tratado de psiquiatría*. 6.^a edición. Inter-Medica editorial.
- LIBERMAN, R. P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Ed. Martínez Roca.
- ROCA, M.; BACA, E.; CERVERA, S.; CUENCA, E.; GINER, J.; LEAL, C.; y VALLEJO, J. (2007). *Trastornos psicóticos. Fundación española de psiquiatría y salud mental*. Sociedad española de psiquiatría. Sociedad española de psiquiatría biológica. Ed. Ars Medica.
- URIARTE, J. J. (2001). Editorial Boletín Informativo n.º 1, octubre, ASVAR (Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial).

IV LA CONSTRUCCIÓN NARRATIVA DE LA EXPERIENCIA

Manuel Villegas Besora

1. MODALIDADES DE CONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Las diversas modalidades de construcción de la experiencia no pueden considerarse independientemente de los procesos psicológicos a través de los cuales se construyen. Estos procesos incluyen tanto las formas más primarias de construcción —construcciones sensorio-motóricas y emotivas— como las más abstractas y formales —categorías y juicios—. Los diversos niveles de construcción de la experiencia no son, sin embargo, homogéneos ni equivalentes, sino que se hallan jerárquicamente subordinados a una organización cognitiva que va de menor a mayor complejidad.

Las formas evolutivamente más elementales de construcción se reducen a impresiones sensoriales con sus correlatos emocionales y constituyen puntos discontinuos que pueden relacionarse o no entre sí de modo aleatorio o asociativo. Tales impresiones se hallan limitadas al *hic et nunc* y carecen de proyección temporal. Son antepredicativas por naturaleza y están desprovistas de formulación proposicional. Sus modalidades expresivas son prelingüísticas o protolingüísticas (reacciones neurovegetativas, gestos, mimo) y constituyen el fondo emotivo con el que vivenciamos cualquier situación. Este fondo emocional, con todo, constituye el primer referente informativo para el organismo y determina las discriminaciones significativas con los que construimos la experiencia. La experiencia emocional es la base sobre la que el niño, y más tarde el adulto, establecen sus preferencias y afectos, los cuales contribuirán decididamente a otras tantas funciones psíquicas como la atención, la motivación y la memoria. Nótese, por ejemplo, cómo la emoción distorsiona la memoria de los eventos, actuando selectivamente sobre su recuerdo.

1.1. La modalidad narrativa en la construcción de la experiencia

Lo que llamamos un «evento» no es más que un «acontecimiento narrado» con referencias explícitas a la acción y al contexto temporal en que se produce [«mien-

tras jugaba —contexto temporal— mi hermano —agente— me ha roto —acción— la muñeca» dice la niña llorando], estructurada como una historia organizada por la **memoria episódica**, la cual retiene de este evento una estructura *esquemática* no siempre fiel a los hechos, sino más bien coherente con los intereses del sujeto (**memoria semántica**) y la estructura prefijada por los guiones (Mandler, 1984) sobre los que se apoya la actividad narrativa de la conciencia.

Ésta, como dice Husserl, constituye la propia identidad en la unidad de una *Geschichte*, palabra alemana que significa simultáneamente historia y narración (*history/story*). Parece en efecto, que la experiencia humana sea, por sus características intrínsecas, «prenarrativa» (Ricoeur, 1984) en el sentido que exige ser narrada. Los niños desarrollan, entre otras, muy pronto la habilidad narrativa. De acuerdo con Bruner (1990) el impulso infantil de dar significado o estructura a la experiencia cotidiana determina, incluso, el orden prioritario en la aparición de las formas gramaticales que permiten al niño construir narraciones. El principal interés lingüístico de los niños se centra en la acción humana y sus consecuencias, y más en particular en la interacción humana. Para Charles Fillmore (1968, 1977) los casos gramaticales —agente, acción, dirección, etc.— podrían ser una abstracción lingüística de los temas de acción sobre los que se organiza nuestra experiencia relativa a la actividad humana, de modo que la estructura lingüística fuese particularmente apta para expresar narrativamente tales experiencias. Las modalidades indicativas de temporalidad, lugar, causa, efecto, etc. tendrían la función de expresar gramaticalmente los procesos y resultados de la acción humana.

En el trasvase de la acción a la estructuración narrativa se pasa del orden paradigmático de la praxis al sintagmático del lenguaje donde el significado de la experiencia adquiere una configuración narrativa. Ricoeur (1986) considera la narrativa como una innovación discursiva que estructura semánticamente los eventos, aglutinando circunstancias, causas, efectos, fines y objetivos en una unidad coherente no heterogénea sino homogénea, en la que todos los acontecimientos se relacionan entre sí [«Mientras jugaba —circunstancia— ha venido mi hermano —causa— y me ha destrozado la muñeca —efecto— porque yo no quería jugar con él —motivo—»].

Todas las narraciones se construyen sobre el eje temporal que es característico de la existencia humana (Heidegger, 1927). Carr (1986) fundamenta su bien detallada teoría sobre la narrativa en el análisis fenomenológico de la experiencia temporal de Husserl (1960). Esta actividad narrativa es parte constitutiva de la experiencia y de la acción. «Las narraciones se cuentan desde la vivencia y se

viven al ser explicadas. Las acciones y el sufrimiento de la vida pueden vivirse como procesos de explicarse historias a uno mismo y a los demás, de escucharlas, de llevarlas a la práctica o de vivir a través de ellas». Independientemente de la continuidad o discontinuidad de la experiencia, o de la proyección de la narratividad sobre la vida o de la vida sobre la narración, lo que es cierto es que **construimos nuestra existencia sobre la base de una estructura narrativa**.

Ésta se configura alrededor de un argumento que se desarrolla según un esquema que algunos autores —Propp (1928), Labov (1972)— consideran estructuralmente universal, compuesto por cinco elementos designados por Burke (1945):

- escenario: «mientras jugaba»
- agente: «mi hermano»
- acción: «ha destrozado la muñeca»
- instrumento: «violencia»
- meta: «venganza»

Independientemente de su universalidad o no, la dimensión dinámica de la estructura narrativa facilita notablemente la constitución de la experiencia. La secuencia narrativa incluye efectivamente: emociones, motivaciones, pensamientos, intenciones y acciones. La combinación de estos elementos dinámicos puede darse solamente en el momento en que suceden los hechos. Éstos, sin embargo, no pueden retenerse en su transcurrir, sino que precisan ser sostenidos por una reconstrucción narrativa.

La narración se convierte de este modo en la forma de representar y reproducir dramáticamente los eventos. Solamente las formas narrativas pueden contener las tensiones, sorpresas e incoherencias de la experiencia real. Tal función, sin embargo, no es únicamente memorialística, sino que realiza otras importantes funciones retóricas y pragmáticas. Con nuestros relatos no solamente queremos retener y reelaborar nuestra experiencia, o autojustificarnos, sino también convencer, persuadir o impresionar a los demás a fin de obtener comprensión, aceptación, valoración, ayuda o recompensas.

En terapia, en efecto, los pacientes intentan no solamente profundizar en su autoconocimiento, sino obtener ayuda y comprensión por parte de los demás, particularmente del terapeuta como agente social cualificado, a través de la narra-

ción a veces dramática de sus experiencias; y aunque sea cierto que en las distintas patologías la organización discursiva sigue con frecuencia esquemas muy empobrecidos, centrados en la descripción de síntomas —como en las fobias y obsesiones—, o en la reiteración de creencias negativas y absolutistas —como en las depresiones—, la finalidad de la terapia es la de hacer evolucionar estos discursos hacia la narratividad. No se trata tanto, en psicoterapia, de combatir las ideas absurdas o de modificar o corregir los hábitos disfuncionales, sino de entender el sentido de la acción humana, la cual es fundamentalmente discursiva.

1.2. El giro narrativo en psicoterapia

La década de los ochenta constituye un punto de inflexión en que las diversas terapias y la psicología misma han empezado a experimentar un giro hacia la narratividad o discursividad (Gergen y Gergen, 1986; Howard, 1989; Parker, 1992; Polkinghorne, 1988; Sarbin, 1986, 1990; Schank, 1990) tal como los pioneros de la Revolución Cognitiva habían soñado a fines de los cincuenta. La finalidad de esta revolución —de acuerdo con Bruner (1990)— era la de recuperar la mente en las ciencias humanas, pretendía vincularse con la antropología, la lingüística, la filosofía y la historia. No incluía entre sus fines la reforma del conductismo, sino más bien su sustitución. Esta sustitución, sin embargo no se llevó a cabo en la práctica, a causa de la confusión semántica producida desde los primeros momentos entre significado e información, entre la *construcción* del significado y el *procesamiento* de la información. Los procesos computacionales se convirtieron en el modelo de la mente y a ésta se la concibió como un sistema cibernético dotado de recursos autorregulativos propios.

En el ámbito psicoanalítico Spence (1982) fue de los primeros en llamar la atención sobre la dimensión narrativa de la terapia. Las narrativas son construcciones interpretativas, no reconstrucciones históricas como pretendía Freud con su concepción arqueológica, definida como el acto de poner ante el paciente «un fragmento de su historia precedente que había sido olvidada». La interpretación, dice Spence, «es siempre un acto creativo cuya verdad histórica no puede determinarse». Todas las interpretaciones, en cambio, son construcciones, fundadas en distinto grado sobre datos de hechos históricos. La finalidad de tal construcción no es otra que la de proporcionar al paciente una historia coherente de la propia vida; coherencia que introduce un sentido de continuidad en la experiencia.

No ha resultado fácil tampoco en el seno de la comunidad de terapeutas cognitivos la reorientación hacia modelos de terapia narrativa en lugar de racional. El enfoque narrativo parte del supuesto de que el ser humano es intencional y trata de dar coherencia al caos de la experiencia a través de estructuras narrativas y operaciones hermenéuticas. Teóricos cognitivos como Mair (1989), Angus y Hardtke (1992) Gonçalves y Craine (1990), Gonçalves (1992) se han decantado hacia la narratividad: «en este marco los pacientes no se ven ya como científicos inductivos a la búsqueda de la confirmación de sus teorías, sino como narradores de la propia experiencia, empeñados en la construcción de historias vivibles» (Russell, 1991) y los terapeutas ya no se pelean por combatir retóricamente las creencias o las hipótesis filosóficas falsas de sus pacientes (Villegas, 1990).

En contraste con la psicología cognitiva racionalística, la psicología cognitivo-narrativa propone la comprensión psicológica del paciente sobre la base de la comprensión de narrativas prototípicas. Éstas resumen de un modo metafórico o ejemplar —como en las novelas de Cervantes— el núcleo semántico de los acontecimientos constitutivos de la vida personal (Crites, 1986; Gonçalves, 1992, Haskell, 1987; Lakoff, 1987; Wurf y Markus, 1991). Expresan a nivel concreto las construcciones formales, que forman el germen de la matriz discursiva. Hacen las veces de construcciones paradigmáticas del propio *self*. Los diversos niveles expresivos del discurso cumplen, en efecto, funciones complementarias desde el punto de vista evolutivo en la estructuración de la entrevista terapéutica (Villegas, 1993). Así, una expresión abstracta como «Me siento culpable de mis sentimientos y deseos» puede desarrollarse en su aspecto concreto, dramático mediante la narración de este episodio:

«Cuando tenía seis años robé ocasionalmente una pistola de juguete. Un niño de mi edad llevaba esta pistola en el autobús y jugaba con ella; pero en un frenazo imprevisto le cayó por el suelo, la busqué inútilmente sin llegar a encontrarla. Yo la veía pero no decía nada, y cuando se bajó del autobús, la cogí y me la quedé. Mi madre me recriminó por esta acción; yo quería retenerla, pero me sentía muy culpable por ello. Finalmente mi madre me dijo en un tono impercativo “caigan sobre mí todas tus culpas”, y me arrancó de las manos la pistola que no he vuelto a ver más.»

O bien, la expresión formal: «Siempre me he preocupado por los demás» puede adquirir un significado mucho más dramático y operativo en esta narración:

«De niña me gustaba ir a casa de mis abuelos. Los quería tanto que tenía miedo de que se murieran algún día. Rezaba siempre para que esto no sucediera. Me acuerdo que el

lavabo estaba al final de un largo corredor y cuando iba a hacer pipí, recitaba allí sentada en la taza del wáter una larga letanía: “Dios mío haz que mis abuelos continúen vivos mañana, y al otro día, y al otro y al otro, y al otro, y al otro... y así hasta que terminaba de hacer pipí».

Probablemente los pacientes prefieren la narración episódica de los acontecimientos porque se hallan presentes todavía de este modo en su memoria, pertenecen a su experiencia emocional, y, con frecuencia, no han llegado todavía a explicitar su significado más estructural. De hecho, como dice Crites (1975), sólo las narraciones pueden contener la totalidad de la experiencia temporal en una unidad formal. Sobre la base de estas narrativas prototípicas el terapeuta intenta

- 1) ayudar a los clientes a desarrollar sus habilidades narrativas,
- 2) extraer el significado de sus narraciones,
- 3) deconstruir y desarrollar significados alternativos,
- 4) probar la viabilidad de estos nuevos significados proyectando nuevas alternativas.

1.3. Condiciones para una hermenéutica narrativa

Las personas que se acercan a una terapia traen siempre consigo una historia que contar. Ésta es frecuentemente una historia atormentada y confusa, desgraciada o triste o de una vida de relaciones destrozadas. Para otros se trata de una historia de acontecimientos que atentan contra su bienestar, satisfacción o sentido de la eficacia. Independientemente de cuál sea, el terapeuta se halla ante una historia que interpretar. La interpretación es una disciplina hermenéutica (Gadamer, 1975; Ricoeur, 1986; Wachterhauser, 1986), regulada por las teorías semióticas (Eco, 1990) e inserta en el marco del construccionismo social (Gergen, 1988; Shapiro y Sica, 1984; Shotter y Gergen, 1989).

El poder transformativo de las narrativas reside en su capacidad de renarrar los acontecimientos de nuestras vidas en el contexto de un significado nuevo y distinto. Vivimos en y a través de la identidad narrativa que desarrollamos en el diálogo con los demás. Desde el punto de vista hermenéutico el cambio en psicoterapia exige la creación dialógica de nuevas narrativas. A medida que el diálogo se desarrolla se van construyendo nuevas historias todavía no contadas.

En la medida en que el lenguaje constituye la matriz de cualquier comprensión, la psicoterapia se puede construir como una actividad lingüística en la que la conversación da paso al desarrollo de nuevos significados. Dicho de otro modo: la psicoterapia se puede concebir como un proceso semiótico de construcción de significado a través de un discurso colaborativo (Villegas, 1992) en el que se anima a los pacientes a asumir el papel de autores privilegiados de sus propias historias de vida y a los terapeutas se asigna el de coautores o escribas.

Conseguir este tipo especial de conversación terapéutica exige del terapeuta la adopción de una posición de ignorancia o desconocimiento, de «no saber». La actitud del no saber requiere que nuestra comprensión, explicación e interpretación no se vea limitada por las experiencias anteriores o conceptos *a priori*. La posición ignorante se basa en la curiosidad genuina, en la necesidad de conocer mejor el mundo discursivo del paciente, en lugar de ceñirse a opiniones o expectativas preconcebidas sobre el cliente y sus problemas o las modalidades de cambio. Posibilitar el cambio exige, desde luego, un contexto de comprensión y aceptación. Pero esto no significa la conformidad estática con las premisas del cliente. Requiere más bien la búsqueda de nuevas premisas para la exploración (Gergen y Kaye, 1992) en un contexto de negociación.

Mediante la negociación se desarrolla un proceso de co-construcción que produce por sí mismo efectos terapéuticos. Los discursos del paciente son frecuentemente patológicos no por sus condiciones de textualidad, sino por su reiteración infructuosa, por su incapacidad de evolucionar hacia un discurso alternativo y vivificante. Esta es la razón por la que llegan los pacientes a psicoterapia. Esperan de la terapia la colaboración necesaria para la construcción de nuevas narrativas. Esta colaboración se desarrolla a través del diálogo terapéutico que abre nuevas posibilidades al mundo discursivo del paciente. Utilizando un concepto de Vygotsky podría decirse que la terapia es un instrumento para activar la zona de desarrollo proximal o potencial del sujeto en sus diversas dimensiones expresivas: pensamientos, acciones y emociones.

2. HERRAMIENTAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS: LA LÍNEA DE VIDA

La línea de vida se entiende como un cronograma, un gráfico (*grama*) del tiempo (*cronos*) vital. La finalidad de trazar una línea de vida es la de obtener una

secuencia cronológica que permita contextualizar los acontecimientos en el arco del desarrollo vital. El resultado inmediato es una relación cronológica que puede adoptar distintos formatos, por ejemplo vertical u horizontal, abstracto o gráfico, que servirá para generar una narración o historia donde dichos acontecimientos adquieran su significado y donde sea posible detectar determinados momentos de inflexión.

La fuente de información para trazar dicha línea de vida es, naturalmente, el mismo paciente, el cual puede diseñarla personalmente o puede hacerlo con la ayuda del terapeuta o inversamente éste con la ayuda del paciente. La consigna es muy clara:

«Trazar una tabla cronológica donde consten ordenadamente por años los principales acontecimientos de tu vida».

Algunas personas se limitan a señalar únicamente aquellas fechas que para ellas han tenido algún significado especial, otras solamente aquellas que creen han incidido en su problemática actual; otras hacen un recorrido de su vida por etapas destacando en cada una de ellas los acontecimientos que consideran de interés; otras hacen una tabla cronológica año por año, aunque en algunos de ellos no haya nada a destacar; algunas incluso llegan a hacer un diario de algún período importante de su vida, por ejemplo por la importancia que atribuyen a sus relaciones de pareja. Puede haber, finalmente personas que consideren que solamente merece referenciarse algún período concreto de su existencia, obviando todos los demás.

Se trata en principio de una «tarea para casa», pues la persona puede tener necesidad de elaborar su línea de vida consultando documentos, reconstruyendo reflexivamente su historia, o incluso preguntando a padres o hermanos u otros familiares para aclarar dudas o completar lagunas de memoria, y todo eso lleva su tiempo. En otros casos hay que ayudar al paciente en esta labor y aclarar con él equívocos e incongruencias, de modo que el terapeuta sirva de amanuense del paciente. Existen situaciones en las que tal vez por las circunstancias del *setting*, o por carecer el paciente de tiempo o de habilidad, la construcción de la línea de vida la tenga que recomponer el propio terapeuta basándose en un diálogo más o menos espontáneo o semidirigido con el paciente, sonsacándole la información necesaria basándose en preguntas más o menos explícitas o de sus propias verbalizaciones. En cualquier caso suele ser un ejercicio que por sí mismo tiene una

gran utilidad como base para la construcción de una narrativa propia y en este sentido suele ser ya terapéutico.

La mayoría de historias de los pacientes presenta una continuidad en su vida, pero en esa continuidad hay *acontecimientos vitales* como son el nacimiento, la muerte de alguien, el matrimonio que merecen señalarse como tales; luego están los *acontecimientos significativos* que sin ser necesariamente vitales, por ejemplo el día que alguien conoce al amor de su vida o se marcha a estudiar un tiempo en el extranjero, marcan hitos determinantes; existen también *momentos de inflexión* donde la vida, como en el caso de la ruptura de una relación, pasa por una crisis, pero que a veces remonta e incluso la persona sale beneficiada de ella; finalmente podemos hablar de otros *momentos de corte* en que esa inflexión supone un corte que a veces es una catástrofe y que da lugar a entrar en depresión o en pánico, por ejemplo después de un traumatismo grave o de pérdidas muy significativas. En algunos pacientes este punto de inflexión es muy visible, pero otras personas van como languideciendo sin saber determinar cuándo empezó el declive. Éste es más difícil de percibir, porque es progresivo y viene desde hace mucho tiempo, que cuando se produce un corte más radical.

Esto da lugar a dos tipologías posibles en la línea de vida de los pacientes la *rupturista* y la *regresiva*:

La primera que podría llamar *rupturista*, donde se puede percibir una *continuidad* y a partir de cierto momento una *ruptura*. Los pacientes suelen expresar su deseo de volver a ser como antes, había una época feliz que a partir de un momento determinado se rompe. En estas condiciones la conciencia rupturista marcada por un momento determinado de corte o inflexión es muy clara.

Este es el caso de Ceci, nombre inventado como todos, joven mujer de 38 años, madre de dos niños, que vivió la invalidación de sus propios recursos en pocos segundos. Casada a los 19 años, embarazada de su primera hija, llevaba una vida feliz e irreflexiva. Diez años más tarde de su matrimonio le ocurrió de repente pensar en su responsabilidad sobre la vida y la muerte de sus hijos. Un acontecimiento banal fue el desencadenante de la aparición de este pensamiento: un ligero desmayo de su hija de diez años al volver de la playa una tarde de verano, probablemente producido por un exceso de insolación. Este acontecimiento seguramente no habría tenido mayor importancia si no hubiera sido por la existencia de algunos antecedentes. El primero ocurrió cuando a los seis años la niña sufrió un ligero episodio de leucocitosis, que remitió en breve tiempo de mane-

ra espontánea. El segundo, mucho más reciente, se produjo a raíz de dos casos de leucemia infantil que en pocos meses de diferencia provocaron la muerte de dos niños del barrio. El desmayo de la hija tuvo el poder de establecer de repente la conexión entre los acontecimientos pasados y el momento presente. Por primera vez se sintió responsable de la salud de los hijos, y de la suya propia, que hasta ese momento daba por descontado. Su sistema de construcción de la realidad se derribó dramáticamente: la irresponsabilidad se transformó en sentimiento de extrema responsabilidad, la espontaneidad en un exceso de vigilancia sobre cualquier señal corporal, desarrollando una grave hipocondría. Antes, reconoce la paciente:

«Yo era sólo yo: trabajaba, comía, dormía, me iba de paseo, me divertía, como si no tuviese un cuerpo, ahora ya no soy yo misma en el intento de controlar cualquier síntoma corporal».

La segunda donde la continuidad es a la baja, en declive, a la que podemos llamar *regresiva*, puesto que la *continuidad* de la historia no hace más que ir de mal en peor. Los pacientes dicen que lo que les sucede ahora les pasa desde siempre sin un referente temporal claro al que remitirse y que es como una confirmación de lo mismo, la «mala suerte» o «el mal de ojo», la fatalidad o el destino.

Maricarmen es una paciente de 48 años, la mayor de 9 hermanos. Desde muy pequeña tuvo que hacerse cargo de sus hermanos menores, puesto que la madre estaba muy ocupada en la crianza de los que iban naciendo. Por esa causa tuvo que abandonar la escuela que era lo que ella más apreciaba ya antes de los 10 años. Le hubiera gustado estudiar medicina y se sentía con capacidad y ganas de hacerlo, pero esas circunstancias truncaron su proyecto. La madre la trató siempre mal, como a una auténtica sirvienta anulando su voluntad y sus ilusiones a fin de tenerla sometida. Sólo se sentía querida y valorada por el padre, el cual trabajaba en una explotación minera del pueblo, donde murió un día en un accidente cuando ella tenía 13 años. Desde entonces siente un ataque de ansiedad cada vez que oye la sirena de una ambulancia. Se casó joven para huir de la situación que vivía en casa y en el pueblo, con la ilusión de encontrar en la gran ciudad más oportunidades vitales, pero fue a dar con un hombre alcohólico y maltratador, muy celoso, que la quería en casa y le boicoteaba cualquier intento de autonomía. Tuvo dos hijos con él que, en la actualidad, ya son adultos: una hija casada, que hace poco ha tenido un bebé, y un chico que todavía vive en el hogar, pero que hace su vida independiente.

Se siente totalmente frustrada en su vida y se considera más bien un estorbo. Esta idea recurrente la ha llevado a intentar repetidas veces «quitarse de en medio» a través de numerosos intentos de suicidio, todos ellos impulsivos. A través de los sucesivos fracasos ha ido construyendo una historia de sí misma como víctima, en realidad una transformación proyectiva de la experiencia de indefensión aprendida, tanto de las cosas que le sucedieron en el pasado como de las que le continúan pasando en el presente (el marido la maltrata, problemas con los vecinos, la hija no le deja cuidar su bebé, no la aceptan en los trabajos...). Es cierto que ha sido objeto de muchas agresiones e injusticias, pero éstas también han sido posibles por su incapacidad de defenderse, la cual, naturalmente en una lógica circular ha sido fruto de falta de protección y de repetidas invalidaciones ya desde la infancia, con lo que se hace realidad aquel refrán que dice «del árbol caído todos hacen leña». Murió pocos años después de la terapia en la calle, cuando iba a cruzarla.

Naturalmente podríamos considerar una modalidad *progresiva*, donde los acontecimientos de la vida fueran avanzando en sentido positivo para el sujeto, pero ésa no sería probablemente objeto de solicitud terapéutica, aunque podría serlo tal vez para el *coaching*.

2.1. Formatos de la línea de vida

No existe un formato estándar para la línea de vida. Ésta puede consistir en un elenco secuenciado de los principales acontecimientos de forma muy esquemática o enriquecerse de comentarios o documentos gráficos (dibujos, fotografías, videos, símbolos, documentos) que la acompañen y es importante dejar a la creatividad del interesado decidir la forma que quiera darle, aunque a veces pueda ser adecuado pedirle más información o ayudarle a completarla. A continuación presentamos algunos de los formatos más habituales que nos pueden ser útiles como modelo, caso de que el paciente muestre dificultades en hallar un formato propio.

2.1.1. El formato vertical

Este formato adopta la forma de un elenco o listado donde por orden cronológico y de arriba abajo. Se señalan los acontecimientos precedidos de las fechas

anuales. Puede servir como ejemplo la cronología de la historia de vida aportada por Miguel, un paciente agorafóbico que cambia su orientación sexual en el ciclo medio de la vida (Villegas, 1999) a partir de una experiencia ocasional:

- 20/11/1952 nacimiento
- 1962 el padre marcha a trabajar a Suiza
- 1967 inicio de la escuela de hostelería
- 1974 dirección en propiedad de un hotel (cerca de casa)
- 1974 matrimonio
- 1974 inicio de los síntomas fóbicos
- 1975 nacimiento del hijo
- 1980 deja el hotel y lleva un bar
- 1982 deja el bar y hace diversos trabajos
- 1990 trabaja como empleado en un internado para estudiantes
- 1991 (octubre) muere la madre
- 1992 (julio) primera experiencia homosexual
- 1997 (junio) segunda importante experiencia homosexual
- 1998 (enero) abandona el domicilio familiar y se va vivir solo
- 1998 (marzo) inicia la psicoterapia
- 1998 (noviembre) separación legal

En estos listados, como en las demás formas de presentación posibles pueden estar señaladas, como en el caso de Miguel, solamente las fechas que se consideren trascendentes para la problemática actual, organizarse por periodos evolutivos u otros criterios (de residencia, escolaridad o relacionales, por ejemplo) o bien detallarse cada uno de los años específicamente aunque no haya nada digno de ser destacado al respecto. Este formato suele ser más abstracto o sintético que otros posibles, pero tiene la ventaja de poderse seguir fácilmente o ser consultado en cualquier momento con suma facilidad.

2.1.2. El formato horizontal

Desde el punto de vista gráfico suele dar mucho más juego el formato horizontal que el vertical, aunque corre el riesgo de requerir varias páginas o varias secuencias de diapositivas, caso de darle un formato electrónico. Por ejemplo el formato horizontal se puede establecer sobre una línea donde se van interceptando los puntos que señalan los principales acontecimientos vitales. En este sentido puede ser exactamente igual que el vertical si no se aprovecha para incluir comentarios. Valga como ejemplo la línea de vida de Marta (Figura 1), paciente fibromiálgica de 58 años.

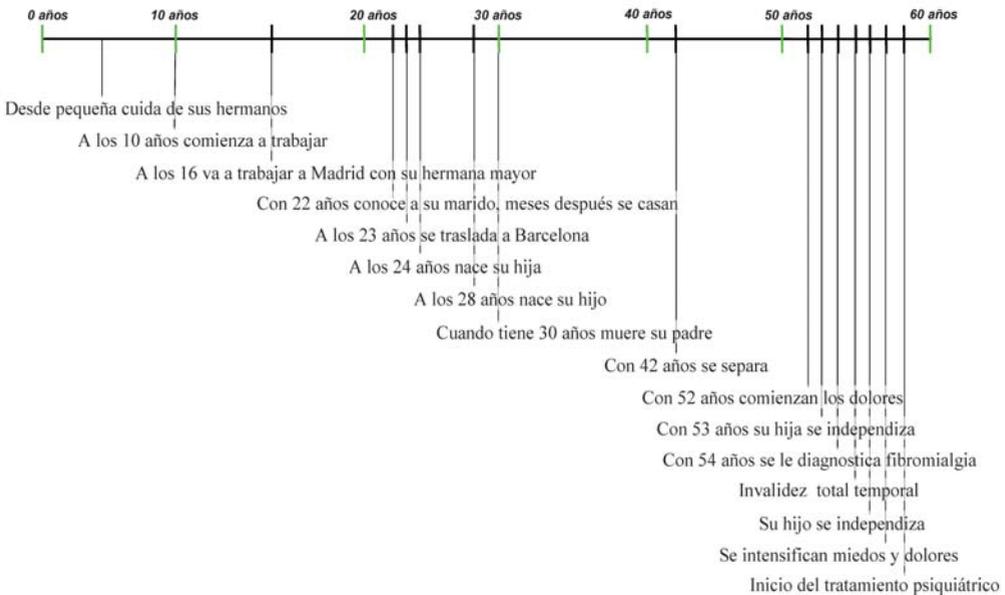


Figura 1. Línea de vida de Marta

Se puede incluso representar cinestésicamente en una superficie plana como el suelo o una mesa donde siguiendo el recorrido de una cuerda se vayan colocando dibujos o símbolos que marquen los distintos años. Conviene, sin embargo, llegar siempre a una reproducción gráfica en el soporte que sea, que permita conservarla como un documento gráfico (papel, documento informático, fotografía, etc.) al que pueda accederse en cualquier momento.

La ventaja que tiene el formato horizontal es la facilidad de añadirle comentarios, información complementaria, símbolos (emoticones, colores, etc.) sin interrumpir la secuencia cronológica. Entre los símbolos usados por nuestros pacientes a partir de objetos, dibujos o fotografías valgan algunos ejemplos: grilletes (atrapado en una relación); diploma (un momento importante como el final de una etapa de estudios); reloj (tiempo perdido o tiempo de espera); corazón (enamoramamiento); muñeca (niñez, juego, inocencia, ser utilizada); vendas (heridas, ceguera); laberinto (la persona se siente perdida); anillos (para representar el compromiso); cruz (fallecimiento); flores (representación de momentos bonitos); bastón (para apoyarse en alguien); medalla (logros); tijeras (rupturas); osito (ternura).

El siguiente caso puede servir de modelo en el que se reproducen algunos de los aspectos comentados hasta ahora. Se trata de la línea de vida de Ana, paciente de 35 años, que llega a terapia al mes de ser dejada por el esposo, el único amor de su vida, con quien estaba unida desde los 15 años. Está claro que este acontecimiento marca el modo cómo estructura su narración de la línea de vida, cuya representación gráfica se puede ver en las figuras 2.1 y 2.2:

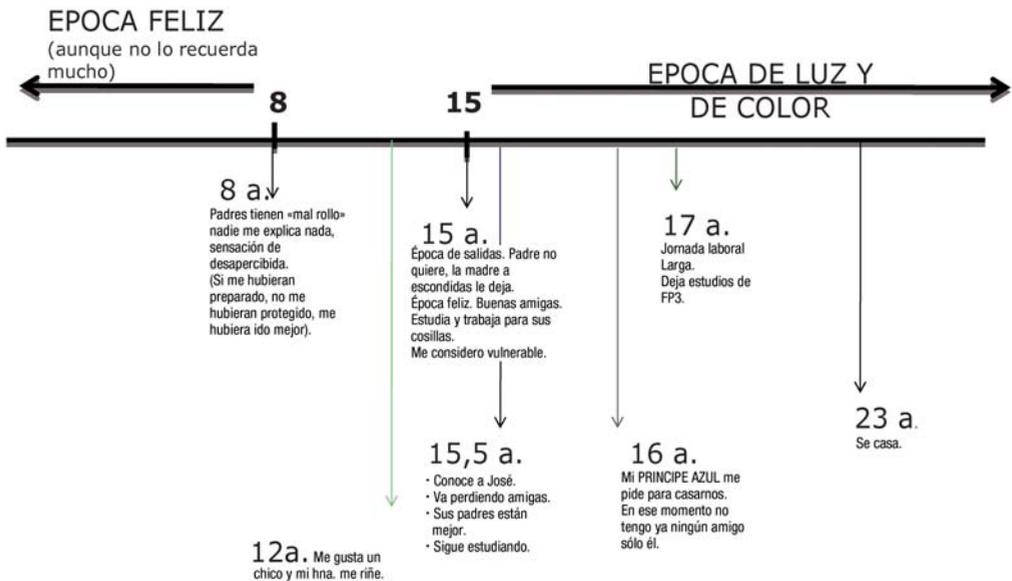


Figura 2.1. Línea de vida de Ana

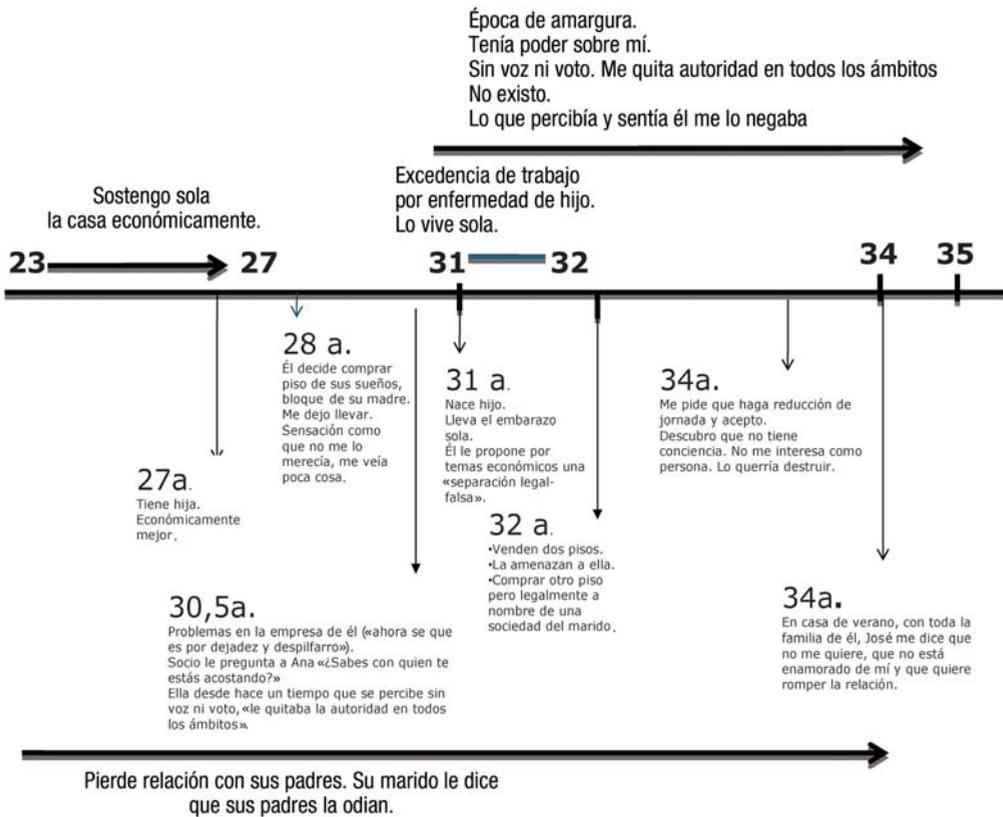


Figura 2.2. Línea de vida de Ana

Ana se casó en el año 1995 con el gran amor de su vida (tampoco había conocido a otro, ya que lo conoció a los 15 años). Empezó su etapa de casada con mucha ilusión, muchas ganas de luchar por aquella relación que tanto le aportaba.

Tuvo dos hijos queridos y maravillosos, pero lo que no sabía era que su vida era una farsa, el gran amor que tenía no era tal, siempre estaba sola o si él estaba se sentía sola porque no le aportaba nada. En septiembre de 2007 su pareja la deja y actualmente no sabe por dónde guiar su vida.

Siente mucho miedo a poder volver a empezar, a que él le quite lo único que le queda importante en la vida, sus hijos, a no saber dar un paso sin que él la coja de su mano y a vivir una vida sin que aquella persona esté presente.

El otro día Ana estaba paseando por el barrio en el que durante los últimos años ha estado viviendo, paseaba con su madre querida y con sus hijos. De pronto sintió una angustia tan grande que no podía respirar, tenía que llegar lo antes posible a su casa. Necesita ayuda, Ana no puede vivir así. ¿Por qué le es tan difícil admitir que aquel ídolo ya no la quiere? ¿Por qué se siente tan pequeña? ¿Podrá continuar viviendo ella sola con sus hijos?

Después de aquella angustia una vez más a Ana se le pasó por la cabeza el suicidio. Le da mucha vergüenza admitirlo pero no puede más, lleva muchos años luchando por una relación que cuando a la otra persona le ha ido bien ha dejado sin más, se queda sin piso donde vivir, sin dinero, sin dignidad y muy probablemente sin la posibilidad de tener durante la semana a sus pequeños (siempre los ha cuidado ella).

¿Por qué la gente promete quererte siempre y luego te deja tirada? ¿Por qué la gente le dice, Ana, no te convenía, es que no lo ves? Y Ana realmente no lo ve.

¿Podrá Ana tirar para adelante sola? ¿La volverán a querer a nivel de pareja? ¿Podrá volver a confiar en alguien? No lo sé. A Ana es lo que le preocupa realmente. Quiere vivir pero lo tiene difícil.

2.2. Gestación e interpretación del cronograma o línea de vida

No es tan fácil ni obvio crear un cronograma. Muchas personas no se han detenido nunca a pensar en su vida, sino que se han limitado a vivir o padecer los acontecimientos tal como venían sin intentar encontrarles una secuencia ni un significado coherente. La tarea pues de trazar una línea de vida puede necesitar ciertas ayudas. Para algunos puede ser adecuado echar mano de antiguos álbumes familiares de fotos; para otros puede ser adecuado intentar plantearse la tarea como escribir un libro con un título por capítulo dedicado a cada año de su vida, aunque no haya sucedido nada en especial o no exista ningún recuerdo sobre alguno de ellos, rellenando por ejemplo una ficha por cada año; o bien plantearse la propia vida por etapas, mirando de encontrar un sentido unitario a cada una de ellas o de señalar los momentos de ruptura que se hayan producido en su desarrollo. Dependiendo también de la edad de la persona la perspectiva podrá ser más o menos global, más o menos detallada, mejor o peor construida.

La finalidad de redactar una línea de vida es múltiple, pero se halla orientada fundamentalmente a establecer las bases para poder construir una historia donde contextualizar la problemática de la persona. Desde una perspectiva transaccional Erskins (2011) considera que forma parte de la tarea de un terapeuta ayudar a que

el cliente pueda contar su propia historia de vida, de modo que pueda separar y resolver los guiones de vida que le resultan limitantes e inhibidores, de aquellos otros que conforman la narrativa única de la experiencia personal de cada individuo. Carl Jung (1961) describió este proceso terapéutico como «desenterrar» el guion de vida personal del cliente:

El paciente que acude a nosotros tiene una historia que no ha sido contada y que, por regla general, nadie conoce. En mi opinión, la terapia únicamente puede empezar una vez que se ha investigado la historia personal completa. Es el secreto del paciente, la roca contra la que se hace añicos. Y, si conozco su historia secreta, tengo la clave para su tratamiento. La tarea del terapeuta consiste en averiguar cómo obtener este conocimiento.

Escribir la historia de vida significa narrar en secuencia temporal los acontecimientos que han sido relevantes en la vida de cada uno desde una perspectiva temporal que permita darles una unidad de significado, lo cual es un trabajo hermenéutico o interpretativo. Se pretende que por este medio y de forma más global los pacientes tengan una visión más analítica y comprensiva de su experiencia de vida (*Lebenswelt*).

La experiencia personal o fenomenológica de la vida sólo puede ser expresada como una historia. Esa historia tal y como la vivimos dentro de nuestras propias mentes se convierte de ese modo en un mito personal. Como Jung (1961) llegó a decir en su autobiografía «se trata de los acontecimientos interiores» (p. 3). Nuestro mito personal se compone de la construcción de significados existenciales, las reacciones, las conclusiones y las decisiones que cada uno de nosotros tomamos a lo largo del camino de la vida.

Un mito personal es como un cuadro impresionista: no como una foto hecha con una cámara fotográfica, ni una representación exacta de la verdad, sino más bien como una vívida descripción de la experiencia emocional. Para Jung (1961) lo importante es «expresar mi mito personal», no la exactitud de los hechos. El mito refleja la visión fenomenológica de la persona y su expresión individual subjetiva de la vida, teñida por el afecto y varias perspectivas del desarrollo. Los mitos son como metáforas. Proporcionan una comunicación expresiva que pone de relieve nuestras perspectivas emocionales y de desarrollo. Los mitos personales son lo que hace que cada uno de nosotros sea único. Los mitos personales son la base de la gran literatura, la poesía y el teatro del mundo.

A veces, esta unidad de significado que le otorga el carácter mítico a la historia se hace evidente desde la propia estructura manifiesta de la secuencia crono-

lógica como si se tratara de la ejecución de un guión preescrito por el destino, como Edipo rey, que cumple todos los pasos marcados por el oráculo y que cuanto más hace por evitarlo, más se aproxima a su cumplimiento. Edipo conocía todos los pasos del guion, sólo que no sabía que el protagonista era él.

Otras veces, esta unidad o coherencia de significado se encuentra sólo en un nivel más profundo, que requiere un trabajo interpretativo, cuya clave está en el propio discurso del paciente. Así por ejemplo, al releer su historia Miguel (Villegas, 1999) entiende su reorientación homosexual como el resultado de una vida de entrega a los demás donde se había vaciado de sí mismo, llevado por las circunstancias familiares de la infancia, sin haberse planteado nunca la elección libre en los momentos cruciales de su existencia, ni siquiera en el momento de contraer matrimonio. La experiencia de enamoramiento homosexual le daba por primera vez en su vida la posibilidad de decidir rompiendo con un pasado impuesto por las circunstancias. A su vez esta ruptura le liberaba espontáneamente de la agorafobia y de la dependencia funcional de la mujer, situándole en condiciones de desarrollar una mayor autonomía. Se ha divorciado de su esposa, se ha alejado de la familia, se ha quedado solo, incluso después de poner punto final a la relación homosexual, causante de la crisis. Pero no ha dado marcha atrás, ha entendido que aquella experiencia desconcertante ha puesto de manifiesto su estructura psicológica. Ha intentado explicarse su orientación sexual de forma coherente con sus creencias heteronómicas y sus valores culturales, como una determinismo de la naturaleza y de la biografía: lo que ha sucedido, según él, es que simplemente ha descubierto que esta tendencia estaba presente en él ya desde pequeño, cuando por las condiciones familiares —padre ausente, trabajando en el extranjero, y madre alcoholizada— tuvo que asumir los papeles de mujer de su casa y madre de los otros dos hermanos. Su elección ha sido la de ser sincero y coherente consigo mismo y la de asumir la responsabilidad en esta condición. No hay pues de qué avergonzarse, sino sólo reconocer las propias necesidades y hacerlas coincidir con las elecciones personales de vida. Aunque ha tenido que pagar un precio muy alto por esto, continuará siendo el de siempre, atento a los demás, pero habiendo aprendido además de dar amor, también a recibirlo.

2.3. Del cronograma a la historia de vida: el proceso de (re-)construcción de la experiencia

En las primeras sesiones: la línea de vida difícilmente supera el estadio descriptivo de una cronología. Más adelante la línea de vida va adquiriendo una

dimensión comprensiva: ¿cómo es que se ha llegado hasta aquí? ¿Cómo es que aquellos vientos trajeron estas tempestades? ¿Qué sentido tiene esto y por qué ha sucedido? ¿Por qué ese corte que se produjo en ese momento o en esa circunstancia dio lugar a esta reacción? ¿De qué manera me estaba regulando yo en aquella época o en aquella situación? ¿Cómo podía haber actuado de forma distinta y por qué actué de este modo? Al comprender y analizar el porqué de lo ocurrido le damos la oportunidad de ser él quien decida su vida en el futuro para no volver a cometer los mismos errores del pasado, de volver a escoger su destino.

La experiencia humana se caracteriza por su dimensión significativa, es decir por las connotaciones con las que revestimos a los acontecimientos vividos. El nacimiento de un niño no es un puro suceso natural, como pudiera serlo en el mundo animal, sino que va precedido de expectativas e ilusiones, jalonado de sorpresas y alegrías y seguido de proyectos y conjeturas sobre su futuro; o, por el contrario, puede ir precedido de miedos e incertidumbres, acompañado de depresión y de rechazo y seguido de abandono, descuido o sobreprotección compensatoria.

¿Cómo lo hacemos los seres humanos para otorgar tantos valores añadidos a los acontecimientos? Las concepciones simplistas de la psicología se limitan a reducir la experiencia humana a un repertorio de respuestas sensoriales, emocionales, motivacionales o conductuales primarias, neurofisiológicas en última instancia, reguladas por los mecanismos de refuerzo y castigo, o sea de placer y dolor. Por ejemplo, la adicción a las drogas o al juego de azar se explica suficientemente por la naturaleza adictiva de la sustancia, o por el valor reforzante del hábito. En una perspectiva reduccionista no entran para nada las variables simbólicas de tales hábitos, como por ejemplo: las formas de vida alternativa o la expresión de rebeldía social, ligadas al mundo de las drogas, las cuales, a su vez, pueden convertirse en una anestesia para el dolor de la vida cotidiana, una evasión ante la dificultad de crecer o un paliativo frente a la angustia existencial; o, en el caso del juego, la persistencia patológica puede basarse en la creencia mágica en la buena suerte, la voluntad de desafío al azar o la arrogancia que no admite la derrota y apuesta hasta que sobreviene la ruina económica.

El ser humano es un animal *simbólico*, que busca sistemáticamente, de acuerdo con la etimología de la palabra (*συμβάλλειν* «simbalein»: ‘embalar’, poner todo junto), relacionar todas las cosas entre sí, dándoles un sentido o significado, como quien observa el aspecto figurativo de un tapiz mirándolo por el anverso, aun

sabiendo que la imagen que se puede contemplar en ella es el efecto de un entramado de los hilos de distintos colores y tamaños que se entrecruzan con aparente desorden en su reverso. Éste es el origen de las más diversas religiones o, en su defecto, de los distintos sistemas filosóficos, que intentan otorgar un significado compartido para la experiencia humana colectiva: de dónde venimos, a dónde vamos, qué valor tienen nuestros actos, cómo nos debemos organizar socialmente. Nacen de la constatación de los límites del ser humano a la vez que de la conciencia de su trascendencia, empeñadas en dar una respuesta a todas y cada una de las preguntas que surgen de esta tensión dialéctica.

Igualmente, en el ámbito individual, cada uno de nosotros trata de dar respuesta a las preguntas que le plantea la propia existencia, esforzándose en otorgar una coherencia a los sucesivos acontecimientos que jalonan su vida cotidiana. El resultado de esta tendencia es la progresiva construcción de una historia o narrativa donde las vivencias no sólo se ordenan temporalmente sino también por su relevancia en relación con el significado central de la misma. Esta es la razón por la que los acontecimientos humanos no sólo se relatan cronológicamente, sino que se organizan discursivamente. Aun los cuentos infantiles, carentes de datación cronológica, utópicos y ucrónicos, tienen una organización discursiva, un tema alrededor del cual la narración se estructura. La previsión es el eje central del cuento del Pulgarcito, la envidia el de la Blancanieves, la diligencia distingue a la hormiga de la cigarra, la vanidad lleva a la Ratita Presumida a caer en la boca del gato, así como la falta de suspicacia le lleva a Caperucita Roja a caer en la del lobo.

Para la construcción de una historia necesitamos algunos componentes esenciales que los narratólogos reducen a tres: actores, escenario y acciones. Los actores son los personajes que intervienen y el escenario el contexto donde se lleva a cabo la acción. Probablemente, la dificultad que tenemos para recordar los acontecimientos de nuestra primera infancia proviene de la inmadurez narrativa característica de este período evolutivo. Ya en sus primeros años los niños empiezan a disfrutar con las narraciones, los cuentos y las pequeñas historias que les explican los adultos, pero todavía son incapaces de articular un relato. Para ello se necesita un cierto nivel de desarrollo cognitivo, capaz de poder establecer secuencias temporales, atribuir intenciones, comprender relaciones causales y motivaciones psicológicas. Esta es la razón por la que el desarrollo de la competencia narrativa es una de las que más tardan en adquirirse dentro del arco de las diversas competencias lingüísticas.

Las narraciones se estructuran alrededor de un núcleo central constituido por una *acción*, cuya descripción da origen a la especificidad del acontecimiento, por ejemplo: una boda, un entierro, un viaje, una violación, un secuestro, una enfermedad, unas vacaciones, un salvamento en la playa, etc. Poder otorgar un nombre a la acción o secuencia de acciones, delimitando su naturaleza y duración en el tiempo es el principio de cualquier organización discursiva y el primer puntal sobre el que se asienta el trípode de la estructura narrativa.

Todo acontecimiento es desencadenado por un *agente* natural o humano: éste es el segundo puntal sobre el que se apoya el trípode de la estructura narrativa. Los agentes naturales tienen carácter impersonal y no se puede atribuir una finalidad intencional a sus acciones, a no ser que se las suponga manejadas por algún dios específico de la lluvia, el viento, el rayo o el trueno o que algún ser sobrenatural se sirva de ellas para premiar o castigar a la humanidad. Identificar los actores humanos, en cambio, significa no sólo ser capaz de señalar quién hace qué, sino por qué, con qué fin, desde qué rol o posición en la relación. Es distinto si el autor de una violación es un desconocido que asalta a una mujer en un parque público o es un pariente próximo que se aprovecha de la relación existente. Los acontecimientos no se desarrollan en el vacío, sino que implican generalmente interacciones con otros actores en un medio físico o social. Las características personales y sociales de los otros actores y sus reacciones contribuyen igualmente a dar sentido al relato. Por ejemplo, no es igual la edad de la persona violada, su reacción pasiva o activa, su silencio o denuncia posterior para el significado que pueda adquirir este acontecimiento en su historia.

Finalmente, el *escenario* donde se desarrolla el acontecimiento constituye el tercer punto de apoyo del trípode de la estructura narrativa. En algunas ocasiones el escenario tiene un carácter determinante, en cuanto permite ciertas acciones y limita o excluye otras. Por ejemplo el escenario rural, latifundista del medio oeste americano donde se desarrolla el argumento de la novela y película homónima *Lo que el viento se llevó* o el ambiente cerrado y clerical de una pequeña ciudad decimonónica del norte de España, probablemente Oviedo, denominada *Vetusta* por Leopoldo Alas, el autor de *La Regenta*, son escenarios necesarios para el desarrollo de las tramas narrativas que se describen en las respectivas novelas.

Construir un relato requiere pues dar respuesta al menos a las siguientes cuestiones:

- ¿quién o quiénes? (*agentes*: personajes, que pueden ser actores o pura comparsa);
- ¿qué? (*acciones*, reacciones e interacciones);
- ¿a quién o a quiénes? (*destinatarios*: receptores);
- ¿dónde, cuándo, cómo, con qué medios? (*circunstancias*: escenario: lugar, tiempo, modo).

Naturalmente la complejidad de una acción puede hacer que los papeles de actor (quién) y receptor (a quién) vayan alternando, dando origen a una secuencia interactiva. Rebeca, por ejemplo, relata un episodio de abuso sexual por parte de su padre en los albores de la pubertad, identificando con claridad cada uno de esos parámetros narrativos:

«Estábamos con mi familia de campin (escenario), durmiendo en una tienda (lugar) mi padre, mi madre, mi hermano y yo (personajes), cuando mi padre (actor) abusó sexualmente (acción) de mí (receptor). Yo (actor) estaba acostada al lado de mi padre (actor), los dos en medio entre mi madre y mi hermano (comparsa). De repente, en la noche (tiempo) él (actor) se abalanzó sobre mí (receptor), besándome e introduciendo (acción) su lengua en mi boca y tocándome (acción) los genitales con la mano (modo). Yo (actor) apenas reaccioné (reacción) y me retuve (reacción) en silencio (modo) para no despertar (finalidad) a los demás (receptor). Al día siguiente (tiempo) yo (actor) conseguí cambiar (acción) mi puesto en la tienda (lugar) con mi hermano (receptor) para evitar dormir (finalidad) al lado de mi padre (receptor)».

La narración del suceso es muy completa, aporta todos los elementos necesarios para construir un relato, pero no basta para incorporarla a una historia. Necesitamos saber qué **significado** le otorgó Rebeca a este suceso, de qué manera vivió esta experiencia, de qué forma influyó ésta en su proyección hacia el futuro, cómo le buscó la coherencia con el pasado. Esto significa que para construir una historia se hace necesaria una interpretación. Ésta es la responsable, en último término del significado que otorgamos a la experiencia.

2.4. El trabajo hermenéutico en psicoterapia

Interpretar un acontecimiento implica connotar los *personajes* (relaciones, atributos, roles), identificar sus *intenciones* (para qué: finalidad), explorar sus *motivos*

(por qué, causa), afrontar las *consecuencias* (efectos), ponderar las atribuciones de culpabilidad o *responsabilidad* (agentividad), evaluar su *valencia* (positiva o negativa), emitir un *juicio* axiológico (valores puestos en juego), reconocer su *incidencia* (cambios en el curso de la historia) etc. En el relato anterior no hallamos indicios de ninguno de estos requisitos. Sólo hay un par de referencias a las finalidades de la propia narradora, protagonista del relato: retenerse en silencio para evitar despertar al resto de la familia y cambiarse al día siguiente de lugar en la tienda con el hermano para evitar que el padre pudiera volver a intentar abusar de ella.

Las informaciones complementarias aparecen en relatos posteriores de Rebeca a lo largo de varias sesiones de terapia. Estas informaciones vienen a completar la comprensión del significado que tuvo para ella esta experiencia. De acuerdo con ellas, sabemos que entre hija y padre existía una fuerte complicidad (*interacción*), que ambos se entendían muy bien en todos los aspectos, hasta el punto que la paciente tenía idealizado (*atributo*) a su padre (*relación*) y lo contraponía a la madre (*relación*) controladora y poco afectiva (*atributo*). En este contexto relacional el suceso de abuso sexual, inesperado e imprevisible, introducía un elemento de desorientación y confusión que dificultaba su integración en la continuidad de la historia (*efecto o consecuencia*).

La sensación inmediata de Rebeca fue de asco y rechazo físicos, pero estas sensaciones hacían referencia a su padre por quien sentía un gran afecto. Suponía, por tanto, una *contradicción* entre tendencias opuestas de proximidad y alejamiento. La situación contextual impedía, además, una reacción clara y definida, no sólo por no despertar a su madre y a su hermano, sino para evitar que los demás familiares pudieran darse cuenta de lo que estaba sucediendo entre ella y su padre. Tampoco podía comentar con ellos al día siguiente lo acaecido la noche anterior para no manchar la imagen idealizada del padre y por haberle jurado que no lo contaría nunca a nadie. Por eso tuvo que forzar la situación con su hermano inventándose cualquier excusa para cambiarle el sitio en la tienda.

Pero todo esto sólo solucionaba lo inmediato, no podía evitar que su sistema epistemológico entrara en crisis. Rebeca tuvo que hacer frente a otras muchas cuestiones derivadas de ésta, la primera de las cuales era encontrar una razón por la que se había producido el abuso. El padre se justificó diciendo que ella era muy cariñosa, que cada vez era más bonita, que le prodigaba demasiados besos y caricias, y que él era un hombre, dando a entender que a los hombres les pasan estas cosas y que por tanto la culpa era más bien de ella por acercarse demasiado (*agentividad: atribución externa de responsabilidad y exención de culpabilidad*). Pero esto

producía a su vez una connotación diferente: el cariño y las manifestaciones de afecto infantil pueden ser erotizadas unilateralmente por un adulto sin que eso corresponda a las necesidades del niño, sino a las del adulto (*evaluación: invalidación*). Esto incluye además otro mensaje: si quieres a una persona tienes que someterte a sus necesidades y complacerla. Mensaje que para una joven mujer (*rol: ser mujer es dejar de ser persona para cumplir un rol*) prepúber significa además: querer a un hombre es someterse a sus necesidades y complacerle en sus impulsos, sin que ello implique necesariamente reciprocidad (*axiología: transformación del sistema de valores*).

Ante esta situación Rebeca tomó una decisión heroica: empezaría a buscar a otros hombres para que la alejaran del padre y así con catorce años se echó un novio formal, diez años mayor que ella con quien terminó por casarse a los veinte y de quien tuvo un hijo a los veintidós. Ésta fue la primera de una serie de relaciones sucesivas con hombres maltratadores y alcohólicos que terminarían todas por fracasar. Tales relaciones eran la consecuencia lógica de la decisión que había tomado de borrar de su memoria la existencia del abuso (*incidencia*). Cada día, dice ella: *«me venía aquella imagen y no sabía qué hacer con ella, era demasiado asfixiante y doloroso para mí hasta que creé un mecanismo de defensa: “era imposible que aquello hubiera sucedido”. Mi papá no podía haber hecho aquello a su niña, mi papá no, era el mejor del mundo; él me quería era imposible que me hubiera hecho daño... Yo sé el momento justo en el que empecé a grabarme como un mantra que no pasaba nada, que no había pasado nada, que debía olvidarme, que no podía estar pensando en esto... que esto no ha pasado, porque, de lo contrario, tú no vas a poder vivir. Yo me acuerdo que me decía a mí misma: “tú vas a ser una mujer, vas a tener ganas de estar con un hombre, esto no va a ser un trauma para ti”...»*.

Esta decisión determinó el sentido de su vida posterior, puso las bases para rescribir la historia desde la negación de una experiencia traumática. Sin embargo, el paso de los años no logró borrar el desajuste emocional, manifestado en múltiples episodios depresivos y una variada sintomatología psicósomática, ni evitar, como hemos visto, los fracasos relacionales. Por ello, a los 50 años Rebeca acude a terapia con el fin de rescribir nuevamente su historia integrando las experiencias negadas. En una carta dirigida a la niña que se durmió inocente y despertó culpable Rebeca le escribe lo siguiente:

«Hace cuarenta años que no te dirijo la palabra, hace cuarenta años que decidí hacerme mayor, no llorar, aguantar, olvidarte. Eras demasiado incauta, demasiado inocente y a la vez provocabas demasiado a los demás. Yo te he tapado la boca continuamente, te he

castigado, te he controlado injustamente, porque tú no tuviste la culpa de nada... De repente en una noche te convertiste en adulta, no permití que te desarrollaras con naturalidad, que vivieras tu adolescencia... Estoy deseosa de hacer las paces contigo... querida mía, tú no tienes la culpa de haber amado y menos de haber manifestado tu amor: papá era nuestro gran amor y también fue nuestro fracaso. Pero tú no hiciste nada malo, tú no sabías, ni pensabas, ni deseabas, ni soñabas más que con un amor puro... no tienes la culpa de nada... Quiero hacer las paces contigo, quiero reencontrarme contigo en mí».

Como puede verse el trabajo con el cronograma o línea de vida no tiene por qué limitarse a las primeras sesiones, sino que puede estar subyacente a todo el proceso terapéutico, dependiendo de la naturaleza y el origen del problema. De lo que se trata es de sacarle todo el potencial al convertirlo en una historia de vida. En algunos casos, como en el de Rebeca, casi todo el proceso terapéutico está concentrado en reconstruir el significado de la historia. En otros casos la historia no es más que el contexto de una problemática actual que requiere una solución en el presente, como suele suceder, por ejemplo en las terapias familiares o de pareja.

3. ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS ALTERNATIVAS EN PSICOTERAPIA

La interpretación de una historia o narración, como ya hemos comentado en otra parte (Villegas, 1993), exige su deconstrucción y reconstrucción, con el fin no sólo de ser comprendida, sino de convertirse también en motor de cambio. Las técnicas deconstructivas de inspiración constructivista no pretenden cambiar las creencias o percepciones erróneas o distorsionadas del paciente. Consideran que éstas ejercen una función en el conjunto del sistema epistemológico de la persona y que, en consecuencia, tienden a perpetuarse —fenómeno que otros modelos llaman resistencia— a pesar de su evidente incomodidad (Feixas y Villegas, 1990; Mahoney, 1991). Tales sistemas autorreferenciales no son más que procesos con los que construir una representación de uno mismo, adecuada para incrementar la propia eficacia adaptativa, mantener la coherencia interna y hacer menos evidentes las contradicciones y las discrepancias del significado personal (Guidano, 1990).

Las técnicas deconstructivas se hallan dirigidas a alcanzar la saturación, los límites y contradicciones de un sistema para ayudarlo en su evolución. Para este

fin se hace imprescindible como primer paso conseguir una síntesis discursiva lo más completa posible, que puede obtenerse, por ejemplo, con las técnicas del análisis textual que hemos descrito en trabajos anteriores (Villegas, 1992).

Una vez se ha sacado a la luz la síntesis discursiva se tienen las bases para su reconstrucción narrativa. La técnica que hay que seguir es ciertamente una indagación, pero no de acuerdo con el método de la sospecha o de los indicios como es el caso de Freud o de Sherlock Holmes (Ugazio, 1991), sino, como ya se ha dicho más arriba, a partir de la ignorancia o el desconocimiento, a partir de una actitud de curiosidad genuina por la construcción del conocimiento. Esta actitud del «no saber» la hemos denominado *heurística negativa* (Villegas, 1993).

Una heurística negativa no implica falta de comprensión, sino que parte de aquellos niveles de exploración que permiten la comprensión paso a paso, en cada momento. De acuerdo con Goolishian (1991): «el terapeuta hace preguntas que exigen siempre nuevas preguntas a las respuestas que se producen». La finalidad de esta heurística negativa es la de llevar la narración del paciente a una reelaboración más rica de la crisis deconstructiva, haciendo aparecer nuevas alternativas de construcción, no tomadas en consideración hasta aquel momento por el paciente.

Una madre de familia, en un estado depresivo, narra una historia de desesperación y sufrimiento. De forma a veces explícita y otras implícita deja entrever la amenaza del suicidio como punto final de toda la historia. El terapeuta después de un delicado trabajo de deconstrucción —durante el cual se pone de manifiesto el constructo «buena madre» como el más nuclear o central— propone a la paciente renarrar su propia historia de una forma alternativa, en términos no de desesperación, sino de cansancio, y terminar la historia no con el suicidio sino con el disfrute de un período de vacaciones o de enfermedad, durante el cual los hijos y el marido se sienten útiles y capaces de ayudar a la madre cansada o enferma que tiene necesidad de ser cuidada y no sólo de cuidar a los demás, permitiéndoles también a ellos ser buenos hijos y marido.

La eficacia terapéutica de las interpretaciones y reconstrucciones del terapeuta depende del grado de discrepancia y a la vez de coherencia que éstas presentan respecto a las percepciones habituales que el paciente tiene de sí mismo. Discrepancia en la medida en que representan alternativas más viables de construcción; coherencia en la medida en que estas nuevas lecturas o reconstrucciones no contradicen en nada la experiencia narrativa del sujeto.

La perspectiva clínica que emerge de este modo de considerar el problema se configura —como señala Guidano (1990)— en la construcción del papel del terapeuta «como el de perturbador estratégicamente orientado». Estratégicamente orientado significa orientado a las estrategias de cambio previamente negociadas con el paciente, de modo que el terapeuta debería abstenerse de intervenciones a ultranza en sectores no acordados... «actuando sólo sobre aquellos sectores de experiencia que se han revelado como críticos a partir de una reconstrucción previa de los temas de fondo del significado personal» (Guidano, 1990), procedimiento que se pone de manifiesto, por ejemplo, en el caso siguiente:

Un comercial de 27 años acude a terapia con una queja difusa sobre un estado de apatía, insomnio y humor depresivo, que según el paciente están injustificados, puesto que tiene todo lo que puede desearse: una novia estupenda y un trabajo excelente. Su discurso gira vagamente, al principio, sobre cambios experimentados después del servicio militar. Sin embargo, a los pocos minutos se polariza, precisamente alrededor de estos dos temas: la novia y el trabajo. Preguntado por cuál de ellos prefiere empezar, asegura que por el primero; pero, al poco rato, deriva hacia el segundo. Sorprendido el propio paciente por esta desviación de su discurso, intenta identificar el puente que une ambos temas, novia y trabajo. Éste no es otro que algo que tienen en común y que en su organización discursiva ha facilitado el paso de un tema al otro, a saber: que ambos le sobrepasan. Esto significa que, a pesar de tenerlos, los vive como inalcanzables. Sólo recuerda haberse sentido bien, ilusionado y casi eufórico, cuando, después de haber conocido a la chica, en un momento en que no tenía trabajo, se sintió espoleado por ella, consiguiendo casi inmediatamente uno por sus propios medios. Este trabajo, sin embargo, estaba al servicio de una actividad más bien especulativa y fraudulenta, y tuvo que abandonarlo en cuanto se aperció de ello. Más adelante encontró otros trabajos similares que tampoco veía muy claros, hasta que, por influencias familiares, se le proporcionó el actual. Éste es un trabajo muy interesante y bien remunerado dentro del mundo comercial, pero él no se siente suficientemente preparado para desempeñarlo satisfactoriamente, como tampoco se siente adecuado respecto a la novia. Llegados a este punto, su discurso vuelve a centrarse sobre sus sentimientos de inferioridad y derrotismo: para estar bien —es decir para no estar ansioso— debería abandonar a la novia y el trabajo. La razón principal es que ambos le han sido ofrecidos, sin que él se los haya ganado. Son «puertas que no he abierto yo, sino que me han sido abiertas». La metáfora de la «puerta» da pie en el diálogo terapéutico a la introducción del tema de la existencia y de su proyección temporal. La existencia es una «puerta» abierta que no hemos escogido ni merecido abrir, sino que se nos ha abierto gratuitamente. Al nacer atravesamos las puertas del vientre materno y somos echados a un mundo que ya está en marcha y al que tenemos la oportunidad de subirnos. El malestar actual de nuestro paciente es un indi-

cador de un momento de crisis existencial en el que la narrativa del futuro puede ser proyectada como una historia de repliegue y fracaso, o como una historia alternativa de desafío para ganarse a pulso el lugar y las oportunidades que le ofrece el mundo. A partir de esta perspectiva el trabajo terapéutico empieza a orientarse hacia la consideración de los medios a su alcance para situarse, al menos, en condiciones de decidir si vale la pena o no subirse al tren en marcha de la vida, que todavía no ha cerrado sus puertas.

La finalidad de las intervenciones terapéuticas no es la de descubrir la verdad narrativa, entendida como correspondencia entre los hechos del pasado y su formulación proposicional en forma de interpretaciones como pretendía Freud con el llamado psicoanálisis arqueológico, sino más bien —como dice Loch (1977)— la de «construir la verdad al servicio de la coherencia presente y futura de uno mismo, basándose a un acuerdo recíproco, entre paciente y analista».

No debe considerarse tampoco finalidad de las intervenciones terapéuticas la modificación de las creencias irracionales, identificando su lógica equivocada, o procediendo a su reestructuración sistemática, tal como lo proponen los terapeutas cognitivos de corte racionalista. La adaptación del sistema debe identificarse según Guidano (1990) «no tanto con la consecución de un equilibrio homeostático y circular, cuanto con un proceso más bien de direccionalidad progresiva de mantenimiento de la coherencia interna que se produce a través de un avance continuo del punto de equilibrio conseguido».

La finalidad última de la psicoterapia, si se puede hablar en estos términos, es la de contribuir a la explicitación de la estructura epistemológica del sistema de construcción de la experiencia del paciente, poniendo de manifiesto el desequilibrio de sus diversos niveles evolutivos de construcción vivamente sentidos a través de la sintomatología o malestar emocional. La acentuación de la conciencia del malestar a través del proceso terapéutico y el aumento de la conciencia de los desequilibrios epistemológicos ponen al paciente o al sistema frente a la alternativa de decidir las opciones de desarrollo o crecimiento propuestas por ellos. Estas mismas opciones ya estaban presentes con anterioridad a la terapia, pero el paciente o el sistema habían escogido sabiamente protegerse de cambios que podían ser vividos como amenazantes para su estructura, prefiriendo el malestar a la desestructuración. La diferencia fundamental que surge de la situación terapéutica frente a la condición de crisis es que la terapia permite recorrer la crisis en un contexto protegido por la aceptación y comprensión del terapeuta, analizarla de modo sistemático, entenderla como una oportunidad evolutiva y superarla en una confrontación dialógica entre antiguas y nuevas narraciones.

BIBLIOGRAFÍA

- ANDERSON, H. y GOOLISHIAN, H. (1988). «Human Systems as linguistic systems: evolving ideas about the implications for theory and practice». *Family Process*, 27, 371-393.
- (1992). «The client is the expert: a not-knowing approach to therapy». In S. McNamee y K. J. Gergen (ed.), *Therapy as social construction*. London: SAGE.
- ANGUS, L. E. y HARDTKE, K. (1992). *Narrative process in psychotherapy*. Canada: Unpublished Manuscript, York University.
- BRUNER, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- BURKE, K. (1945). *A grammar of motives*. New York: Prentice Hall.
- CARR, D. (1986). *Time, Narrative and History*. Bloomington: Indiana Press.
- CRITES, S. (1986). «Storytime: recollecting the past and projecting the future». In T. R. Sarbin (ed.), *Narrative psychology. The storied nature of human conduct*. New York: Praeger.
- DIJK, T. A. Van (1977). *Text and context*. London: Longman.
- ECO, U. (1990). *I limiti dell'interpretazione*. Milano: Bompiani.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart.
- FEIXAS, G. y VILLEGAS, M. (1990). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: PPU.
- FILLMORE, Ch. (1968). «The case for case». In E. Bach y R. T. Harms, *Universals in Linguistic Theory*. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- GADAMER, H. G. (1975). *Truth and method*. New York: Seabury Press.
- GERGEN, K. J. (1982). *Toward Transformation in Social Psychology*. New York: Springer-Verlag.
- (1988). «If persons are texts». In S. B. Messer, L.A. Sass y R. L. Woolfolk (eds.), *Hemeneutics and Psychological Theory*. New Brunswick, N. J.: Rutgers University Press.
- GERGEN, K. J. y KAYE, J. (1992). «Beyond narrative in the negotiation of therapeutic meaning». In S. McNamee y K. J. Gergen (ed.), *Therapy as social construction*. London: SAGE.

- GONÇALVES, O. (1992). «Narrativas del inconsciente. Las terapias cognitivas: regreso al futuro». *Revista de Psicoterapia*, 12, 29-48.
- GONÇALVES, O. y CRAINE, M. (1990). «The use of metaphors in cognitive therapy». *Journal of Cognitive Therapy*, 4, 135-150.
- GOOLISHIAN, H. (1991). «Conversaciones terapéuticas». *Sistemas familiares*, 7, 1.
- GUIDANO, V. F. (1987). *Complexity of the self*. New York: Guilford.
- (1990). «De la revolución cognitiva a la intervención sistémica en términos de complejidad: la relación entre teoría y práctica en la evolución de un terapeuta cognitivo». *Revista de Psicoterapia*, 2/3, 113-139.
- (1991). *The self in process: toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford.
- (1993). «La terapia cognitiva desde una perspectiva evolutivo-constructivista». *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 89-112.
- HAAGA, A. H. y BECK, A. T. (1993). «Perspectiva constructivista del realismo depresivo: Implicaciones para la teoría y la terapia cognitivas». *Revista de Psicoterapia*, 13, 29-40.
- HABERMAS, J. (1987). *Theorie de l'agir communicationnel*. Paris: Fayard.
- HASKELL, R. E. (1987). *Cognition and symbolic structures: the psychology of metaphoric transformation*. Norwood, N. J.: Ablex.
- HEIDEGGER, M. (1927). *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer.
- HOWARD, G. S. (1989). *A tale of two stories: excursions into a narrative approach to psychology*. Notre Dame, IN: Academic Publications.
- (1991). «Cultural tales: A narrative approach to thinking cross-cultural psychology and psychotherapy». *American Psychologist*, 46, 187-197.
- HUSSERL, E. (1960). *Cartesian Meditations*. The Hague: Nijhoff.
- JUNG, C. G. (1961). *Memories, Dreams, Reflections*. New York: Random House.
- KELLY, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- LAKOFF, G. (1987). *Women, fire and dangerous things: what categories reveal about the mind*. Chicago: The University of Chicago Press.

- (1988). «Cognitive semantics». In U. Eco, M. Santambrogio y P. Violi (eds.), *Meaning in mental representations*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- LABOV, W. (1972). «The transformation of experience in narrative discourse». In *Language in the inner city. Studies in the Black English vernacular*. (354-396). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- LIOTTI, G. (1992). «Emozione, motivazione e conoscenza nel processo della psicoterapia cognitiva: intersezioni tra cognitivismo ed epistemologia evoluzionista». *Psicobiiettivo*, 3, 35-45.
- LOCH, W. (1977). «Some comments on the subject of psychoanalysis and truth». In J. Smith, *Thought, consciousness and reality*. New Haven: Yale University Press.
- MAHONEY, M. J. (1991). *Human changes process: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Guilford.
- (1992). «Avances teóricos en las psicoterapias cognitivas». *Revista de Psicoterapia*, 12, 49-61.
- MAIR, M. (1989). *Between psychology and psychotherapy. A poetics of experience*. London: Routledge.
- (1990). «Telling psychological tales». *International Journal of Personal Construct Psychology*, 3, 121-135.
- MANDLER, J. (1984). *Scripts, stories and scenes: aspects of schema theory*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- MATURANA, H. R. y VARELA, F. J. (1987). *The tree of knowledge: the biological roots of human understanding*. Boston: Shambhala.
- MOOK, B. (1992). «Intersubjetividad y estructura narrativa en la terapia familiar». *Revista de Psicoterapia*, 10-11, 13-22.
- ONNIS, L. (1990). «Le sculture del presente e del futuro: un modello di lavoro terapeutico nei disturbi psicosomatici». *Ecologia della mente*, 10.
- (1991). «La renovación epistemológica actual de la psicoterapia sistémica: repercusiones en la teoría y en la práctica». *Revista de Psicoterapia*, 6/7, 5-15.
- PARKER, I. (1992). *Discourse dynamics: critical analysis for social and individual psychology*. London: Routledge.

- POLKINGHORNE, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany, N. Y.: Suny Press.
- RICOEUR, P. (1984). *Time and narrative*. Chicago: University Chicago Press.
- (1986). *Du texte a l'action: essais d'herméneutique II*. Paris: Seuil.
- RUSSELL, R. L. (1991). «Narrative, cognitive representations and change. New directions in cognitive theory and therapy». *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 241-256.
- SARBIN, T. R. (1986). *Narrative psychology. The storied nature of human conduct*. New York: Praeger.
- SELVINI, M. (1989). *L'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli.
- SHAPIRO, G. y SICA, A. (1984). *Hermeneutics*. Amshert, MA: University of Amshert Press.
- SHOTTER, J. y GERGEN, K. J. (eds.). (1989). *Texts of identity*. London: SAGE.
- SPENCE, D. (1982). *Narrative Truth and historical Truth*. New York: Norton.
- SLUZKI, L. (1992). «Transformations: a blueprint for narrative changes in therapy». *Family Process*, 31, 217-230.
- TELFENER, U. (1992). «La terapia come narrazione, un'introduzione». In M. White. *La terapia come narrazione*. Roma: Astrolabio.
- UGAZIO, V. (1991). «El modelo terapéutico sistémico: una perspectiva constructivista». *Revista de Psicoterapia*, 6/7, 17-40.
- VILLEGAS, M. (1990). «El cambio cognitivo». *Revista de Psicoterapia*, 2/3, 51-80.
- (1992). «Análisis del discurso terapéutico». *Revista de Psicoterapia*, 10/11, 23-66.
- (1993). «La entrevista evolutiva». *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 38-87.
- (1993). «Las disciplinas del discurso: semiótica, hermenéutica y análisis textual». *Anuario de Psicología*, 59.
- (1995). «Eclettismo o integrazione: questioni epistemologiche». In P. Lombardo y M. Malagoli-Togliatti, *Epistemologia in Psicologia Clinica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- VYGOTSKY, L. S. (1985). *Le langage et la pensée*. Paris: Ed. Sociales.

- WACHTERHAUSER, B. R. (ed.). (1986). *Hermeneutics and modern philosophy*. Albany: State University of New York Press.
- WHITE, M. y EPSTON, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- WHITE, M. (1992). *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*. Roma: Astrolabio.
- WURF, E. y MARKUS, H. (1991). «Possible selves and the psychology of personal growth». *Perspectives in Personality*, 3, 39-62.

V

EVOLUCIÓN DEL PSIQUISMO DESDE EL PUNTO DE VISTA
DEL PSICOANÁLISIS (ESPECIAL REFERENCIA A BION)

Antonio García de la Hoz

1. INTRODUCCIÓN

A Sigmund Freud, creador del psicoanálisis, le podemos considerar a la vez clínico y teórico del mismo, pero también se le puede poner la etiqueta de «cuasi-filósofo», si pensamos que su intención básica se puede reducir en la búsqueda de la VERDAD, que para él se concretaba en la comprensión de la psique humana, objetivo común a muchos de los grandes filósofos que le precedieron.

El desarrollo de la psique en el ser humano, lo que se denomina en psicoanálisis «el punto de vista evolutivo», fue algo que se le fue imponiendo poco a poco, cuando buscando la verdad en sus primeros pacientes e intentando comprender su psiquismo, tuvo que ir retrocediendo cada vez más en su biografía. Así alcanzó la infancia (la psicosexualidad infantil) y teorizó la estructura edípica como momento de acuñación de los trastornos neuróticos, aunque sin ser temporalmente demasiado preciso (de dos a tres, cuatro, cinco años...). En este sentido evolutivo también planteó una suerte de desarrollo de la pulsión sexual en fases, bastante conocida (oral, anal, genital-fálica, genital) y un conato de asociación de dichas fases con patologías mentales (oral y psicosis, anal y neurosis obsesiva, fálico-genital y neurosis histérica y fóbica). Pero todo ello en forma bastante precaria, pese a que muchos de sus seguidores sigan apegados a la misma. Para ello contó con la colaboración de uno de sus alumnos mas brillantes, muerto prematuramente, Karl Abraham.

En 1923 Freud plantea lo que se conoce como su teoría estructural de la personalidad, (ello, yo y superyó), organizando el psiquismo como un proceso en desarrollo desde una desorganización inicial de las pulsiones (ello), pasando por una organización del yo, hasta una estructura dentro del yo (superyó) que regularía la acometividad energética del ello. La nomenclatura freudiana es mundialmente conocida, aunque no deja de ser una teoría bastante utilizada por los sistemas filosóficos anteriores cuando hablaban del ser humano en cuanto conglomerado de pasiones (ello) y deberes morales (superyó) de los que resulta la

acción (yo). Sin ir más lejos, la concepción del alma platónica. De aquí, Freud extrajo una nueva concepción psicopatológica: en la medida que el ello invade al yo, tendríamos una psicosis. Por el contrario en la medida en que lo que se impone es el superyó se obtendría una neurosis. Todo esto es bastante precario e insatisfactorio en la actualidad, básicamente por su excesiva generalización.

Melanie Klein recoge el testigo teórico freudiano y lo aplica a los niños, inaugurando por un lado la psicoterapia infantil y por otro extendiendo la comprensión de la psique hacia el mundo de la más temprana infancia. Freud nunca fue más allá de la situación edípica en cuanto al estudio de las patologías mentales. Intuyó y escribió en algún momento cuestiones que tenían que ver con momentos anteriores, pero básicamente su centro de interés clínico fueron siempre las neurosis y su explicación por la falta de regulación del complejo de Edipo. Por el contrario M. Klein descendió hasta los primeros momentos de la vida para la comprensión total del psiquismo.

Cambió la nomenclatura, y substituyó el concepto de FASE por el de POSICIÓN, que le pareció más ajustado a la nueva realidad infantil y también más preciso. Describió dos posiciones evolutivas básicas: la posición esquizoparanoide y la posición depresiva. Incluso arriesgó aproximaciones cronológicas para cada una de ellas. La primera, la esquizoparanoide, tendría lugar hasta el sexto mes de la vida, mientras que la depresiva se culminaría hacia los 18 meses. Aunque hay que apuntar que la cuestión de la datación cronológica en psicoanálisis resulta siempre problemática. La nomenclatura se asociaba a las psicosis pertinentes (esquizofrenia, paranoia y depresión) que se gestarían en caso de fallas básicas en esos momentos tan decisivos.

También describió para cada posición tres características concretas: una ANGUSTIA específica (de desintegración, paranoide o depresiva), unas DEFENSAS específicas contra esa angustia y una RELACIÓN OBJETAL (parcial o total) en cada posición, según se reconozca o no la totalidad del otro significativo (generalmente la madre) por el niño.

En resumen, «el niño kleiniano» es un *infans* dotado de una gran complejidad psíquica, con una vida fantasmática muy rica en contenidos, con fantasías inconscientes de pechos, penes, vaginas, relaciones sexuales, etc., y aunque es muy complicado resumir en pocas palabras una obra tan compleja, podríamos decir, en su haber, que rompió de una vez por todas la imagen de una infancia feliz y mirífica, describiéndonosla como todo un mundo de pasiones violentas, extre-

mas, desorganizadas y terroríficas, tanto para lo bueno como para lo malo. Pero en su deber, probablemente, que en su terminología utilizó palabras que Freud adjudicaría al niño mas crecido. Es decir, describió acertadamente el mundo apasionado de los niños pero utilizando una nomenclatura ciertamente adultomórfica. Quizás también nos encontramos con una sobredosis de psiquismo, cuando lo que debería prevalecer sería el dominio biológico.

Por el contrario, «el niño freudiano», que también está dotado de gran complejidad, no se retrotrae a la infancia temprana, sino que se queda en el nivel edípico, lo que estaría más de acuerdo con la maduración cognitiva del mismo.

Varios de los alumnos kleinianos afinan en ese estudio de la primera infancia, alcanzando concepciones interesantes para la comprensión de la evolución del psiquismo del niño. Los hay más heterodoxos como D. Winnicott y más afines a la señora Klein como el autor que nos ocupa, Wilfred Bion. Considero sin embargo, que antes de embarcarnos en los temas bionianos más interesantes, puedo exponer algunas ideas propias surgidas del estudio de textos freudianos y lacanianos, para luego volver a Bion con mayor capacidad para comprender sus aportaciones.

Mi trabajo universitario me ha exigido cierta dosis de empiria, dosis que se echa en falta en Melanie Klein y seguidores. Dicho empirismo no tiene que ver con experimentación, sino con hechos mas o menos irrefutables acaecidos en la infancia, descritos por Freud y Lacan, a pesar de que no nos acordemos ya de las circunstancias en las que acontecieron. Estos hechos son momentos decisivos para el desarrollo del psiquismo y aparecen reflejados en el cuadro siguiente:

MOMENTOS ESTRUCTURALMENTE DECISIVOS PARA EL DESARROLLO PSÍQUICO

1

ESTADIO DEL ESPEJO

Estructuración de la identidad

2

PERCEPCIÓN DE LA DIFERENCIA
SEXUAL ANATÓMICA

Estructuración de la identidad sexual

3

TRIANGULARIZACIÓN EDÍPICA

Estructuración de la identidad sexual social

Se trata de tres momentos de los que no tenemos ya conciencia de adultos, pero que necesariamente tuvieron lugar en algún momento de la infancia temprana. Cada uno de ellos inaugura una suerte de identidad acumulativa. Cada uno de ellos puede ocasionar una suerte de trastorno que se manifestará más adelante, con posterioridad. La estructuración de la identidad humana, planteada por Lacan en su estadio del espejo, a la que se suma la identidad genérica al percibir y comprender la dualidad de sexos, permitirá a la adecuación y la correcta canalización del deseo en la minisociedad triangular que planteó Freud en su descripción del complejo de Edipo. La evolución psíquica a través de estos momentos implica un concepto básico que no está bien perfilado en la obra de Freud, ni tampoco en muchos de sus seguidores, a pesar de ser usada en forma masiva. Nos estamos refiriendo al concepto de IDENTIFICACIÓN. Estuvo muy acertado Lacan cuando afirmaba que la identificación en psicoanálisis es inservible si no va acompañada de un apellido. Aunque no sea el objeto de esta exposición, referiré que cada momento estructural señalado en el cuadro anterior conlleva un tipo y una calidad de identificación, y más aún, los fallos evolutivos en la configuración de estas distintas identificaciones, abrirán la puerta de acceso a estructuras patológicas distintas. El cuadro siguiente ilustra de manera esquemática lo que estamos comentando:



2. W. R. BION

Las contribuciones de Wilfred Rupert Bion a la formación del psiquismo y del pensamiento se enmarcan dentro de lo que fue una tradición en autores postkleinianos: la preocupación por la comprensión de las patologías más graves, más allá de las neurosis freudianas, y más allá de las explicaciones edípicas. Para ello, y siguiendo los indicadores de la obra de Melanie Klein, se fijaron preferentemente en las primeras etapas del desarrollo del *infans*. Este grupo de psicoanalistas, denominado los «independientes británicos» (Fairbairn, Winnicott y Balint) se preocupó de fijar las características de lo que se denomina FUNCIÓN MATERNA. Las aportaciones de Bion le pueden hacer pertenecer a este grupo, aunque Bion era más ortodoxo y fiel a M. Klein y sus conceptos llevan siempre un sello de originalidad y creatividad que a veces dificulta su perfecta comprensión.

Bion se dio cuenta de lo fundamental que son los cuidados maternos para la buena integración del psiquismo y sobre todo para la función del pensar. Y que las más graves patologías mentales (psicosis) tenían mucho que ver con estas primeras fases de la vida, en la relación madre/*infans*. Es decir en paso 1 del esquema que propuse más arriba, donde se trata de la especularización (estadio del espejo de Lacan), momento que la tradición británica caracterizaría por un mecanismo fundamental: la identificación proyectiva. Es estos períodos primarios es donde la función materna es esencial.

¿A qué podemos llamar función materna? En líneas generales y aunque la caracterizaremos mejor un poco más adelante, se puede denominar así a la función de control y devolución adecuada por parte de la madre biológica (o por quien cumpla su papel) del estado inicial anárquico y neurológico del bebé. Esta función es la responsable de la transición desde la biología infantil hacia el psiquismo incipiente y puede comprender las más variadas cosas, desde la mera nutrición hasta las caricias, o desde el contacto de piel a las primeras palabras formuladas al *infans*. Luria (1966) postuló unos sistemas neuropsicológicos, cuya estructura no se asentaba en ninguna parte del cuerpo especial, y que provenían de la interacción de sistemas internos alejados entre sí, que podrían ser perfectamente los forjados por lo que denominamos función materna.

Sin esperar más, dicha función materna la podemos caracterizar por lo siguiente (sin orden de importancia): 1) Una función de alimentación (la más propiamente biológica). 2) En palabras de Winnicott, por el *holding* y el *handing* (sostenimiento y manejo) de quien lleva a cabo esa función. 3) En palabras de

Bion, por un buen continente (*reverie*), que es muy parecido a lo propuesto por Winnicott, aunque para Bion conlleva un plus mayor actividad por parte de la madre. 4) Una función de estimulación, excitación y equilibración. 5) Una función de reducción de las tensiones del bebé y de gratificación. Probablemente se puedan añadir bastantes más. Y para Bion (1977), todas ellas se llevan a cabo mediante lo que Melanie Klein (1946) denominó identificación proyectiva. Esta noción es enriquecida y ampliada por Bion, quien pasa a caracterizarla más como un proceso interpersonal que como un mecanismo defensivo. En este proceso interpersonal (madre/*infans*) es donde la función materna, como recipiente y continente activo (*reverie* materno) es esencial. La identificación proyectiva deviene patológica (o desintegradora), cuando el sostén materno (el *holding* de Winnicott) no es un continente adecuado y activo (la función *reverie* de Bion), y lo proyectado en la forma que sea por el *infans* (los elementos beta de Bion) no son acogidos por la madre para desintoxicarlos y convertirlos en contenidos (los elementos alfa de Bion) que calmen la tensión del bebé. En definitiva ocurre entonces una suerte de rechazo de la función materna. Winnicott (1949) había adelantado la arriesgada aseveración siguiente: «La madre empieza a odiar a su bebé incluso antes de que haya nacido», planteando que este rechazo materno (componente inseparable de la conducta materna) no es descalificante para la madre. El núcleo del asunto es la intensidad de la repetición de este odio y la elaboración materna del mismo. El rechazo puede ser muy amplio y, siguiendo nuestro esquema anterior, puede producir desde un proceso psicótico (o una psicosis puerperal) hasta un proceso neurótico (culposo) compensado con una atención excesiva, pasando por una conducta perversa.

En Bion, incluso los desórdenes psicósomáticos, que tienen siempre un déficit de simbolización, se producen por la imposibilidad de evacuación de los elementos beta por parte del niño, ante la falta de respuesta adecuada —la falla de *reverie* materno, en sus palabras—, lo que hace que esa evacuación se lleve al propio cuerpo. Es importante señalar que esta función de *reverie*, la puede ejecutar también el padre real, aunque en estos momentos sólo existe en la medida que lleva a cabo las funciones maternas.

Para Bion (1959, 1967, 1977 y 1992), todos estos fenómenos producen la génesis del pensamiento y sus posibles trastornos. Proceso que tendría que ver con el pasaje del punto 1 al 2 de mi esquema anterior. El pensamiento, siguiendo las directrices kleinianas, va gestándose a partir de la superación de las frustraciones inevitables que van apareciendo para el niño, resultando más importante

la evacuación del displacer o experiencias negativas que el ajuste del placer mismo. En su trabajo terapéutico con psicóticos (aunque apenas hay historiales clínicos en sus escritos) se trataba sobre todo de dos objetivos: a) elaborar o integrar situaciones y b) evacuar tensiones. Cambiar lo inasible, lo real por algo pensable (función *reverie*). Para Bion, de entrada no hay pulsiones discriminadas, sino un caos de experiencias emocionales en el mundo real, que deben terminar en pensamientos organizados. Por ejemplo, la experiencia de terror no es asimilable por el bebé a solas, y la madre, o quien esté ahí, debe saber descodificar la misma, devolviendo al *infans* que ese terror es real, y no por ejemplo, hambre, calor, frío o lo que sea. Si no, el bebé se zambulle en un terror innombrado y entra en juego la identificación proyectiva masiva, patológica para evacuarlo.

3. RESUMEN FINAL

Con Bion, podemos caracterizar la función materna por el cambio de los elementos beta en alfa. Los elementos alfa son unidades aptas de pensamiento. Y la función materna se debe extender hasta que los elementos alfa los produzca el niño por si solo. Para alcanzar más precisión en la caracterización de estos elementos bionianos, lo resumimos en el esquema siguiente:

EL PENSAMIENTO EN BION

Elementos beta (β)

(Evacúan experiencias no asimilables
vacían la mente)

- Impresiones sensoriales
- Experiencias emocionales primordiales
- No asimilables directamente
- «Cosa en sí» de Kant (*Noumeno*)
- Categoría de lo Real (Lacan)

Elementos alfa (α)

(Evolucionan la mente)

- Aptos para ser pensados
- Aptos para su almacenamiento en la memoria
- Forman el pensamiento e imágenes oníricas y el inconsciente en vigilia
- «Cosa para sí» de Kant (*Fenomeno*)
- Categorías de lo imaginario y simbólico (Lacan)
- Se prestan a variadas transformaciones:
generalización, abstracción, diferenciación,
clasificación, simbolización (Primeras palabras)

En el esquema anterior me pareció oportuno relacionar los conceptos de Bion con otros afines. Toda su obra está preñada de conceptos originales desde el punto de vista lingüístico, lo que a veces dificulta su comprensión. Se puede ser original nombrando las cosas, aunque las cosas mismas son iguales para todos. Por eso me pareció oportuno relacionar los elementos beta y alfa bionianos con otros conocidos para facilitar su comprensión. Desde el campo de la filosofía pura los elementos de Bion parecen lo mismo que Kant describió con la «cosa en sí» y la «cosa para sí», como también con las categorías psíquicas de Lacan, dentro del campo psicoanalítico. De hecho, Lacan y Bion son contemporáneos y probablemente se influyeron mutuamente.

BIBLIOGRAFÍA

- BION, W. R. (1959). «Attacks on linking», *Int. J. of Psychoanal.*, 40, 308-315.
- (1967). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé, 1972.
- (1977). *La tabla y la cesura*. Buenos Aires: Gedisa.
- (1992). *Cogitations*. Ed. By F. Bion, Londres: Karnac Books.
- GARCÍA DE LA HOZ, A. (2000). *Teoría psicoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- KLEIN, M. (1946). «Notas sobre algunos mecanismos esquizoides». En *Obras completas, vol. III, Desarrollos en Psicoanálisis (255-275)*. Buenos Aires: Hormé, 1974.
- LURIA, A. (1966). *Cortical functions in man*. Nueva York: Basic Books, 1980.
- WINNICOTT, D. (1949). «Mind in its relation to psyche-soma». En: *Through pediatrics to psychoanalysis*. Londres: Karnac Books, 2004.

VI

DESARROLLO DE LA AFECTIVIDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOANALÍTICO

Marta Areny i Cirilo

1. INTRODUCCIÓN

El psicoanálisis, desde su origen, está directamente ligado con la búsqueda y comprensión de la afectividad.

Las primeras concepciones de Freud (1856-1939) constituían ya una teoría de los afectos porque no hablaba todavía de las pulsiones, sino de ideas o representaciones mentales, de recuerdos y de afectos.

El afecto básico en psicopatología se consideraba que era la ansiedad. Se entendía como el afecto que acompaña siempre la representación mental. En aquel momento inicial de la técnica psicoanalítica, la finalidad de la misma era la concienciación de las representaciones mentales inconscientes para conseguir una conexión con los afectos o emociones y facilitar su descarga emocional, lo que se denominaba catarsis.

2. FREUD

Hasta bien avanzado el siglo XX, no se habían tenido en cuenta los problemas psicológicos de los niños. Se consideraban seres que no se percataban de lo que sucedía en su entorno, que no sentían las mismas emociones ni tenían los mismos sentimientos que el adulto; por eso no se creía que hubiera que preocuparse de ellos psíquicamente. Fue Sigmund Freud quien abrió camino hacia el descubrimiento, el conocimiento, y la importancia de la vida psíquica infantil, como condicionante para la vida adulta. Por ese motivo, deberíamos considerarle vanguardista de la prevención de la salud mental infantil.

Como no trabajaba directamente con niños, pedía a los amigos que observaran el comportamiento de sus hijos y que se lo transcribieran. Él elaboraba sus postulados a partir de esas informaciones. También observaba a sus nietos y

trataba de entender el significado que tenían sus juegos. Por ejemplo, interpretó que un nieto suyo trataba de contener la ansiedad ante la separación de su madre con un juego en el que lanzaba un juguete atado aun cordel hacia adelante y lo atraía nuevamente hacia él diciendo: «fuera, dentro». Entiende que es un primer paso para la simbolización porque permite al niño elaborar mentalmente la separación y el reencuentro con la madre. Esta representación mental permitía contener el llanto ante la separación.

El descubrimiento, quizás insignificante en aquel momento, es hoy día de una enorme evidencia y la capacidad de simbolizar que atisbó Freud, se entiende como parte del desarrollo de la inteligencia y también de la salud mental.

Intuyó también que el bebé satisfacía el hambre succionando pero, a la vez, que la satisfacción del hambre se sustenta en una sensación placentera que surge del contacto con el pezón y el pecho con la lengua y las mucosas del bebé. Así inició el estudio de la sexualidad infantil.

Esas observaciones tempranas aportaron luz al conocimiento y al estudio de la vinculación afectiva del niño con el entorno, con la madre o sustituto maternal, como motor del desarrollo global del niño y eso, tal como recogerán los estudiosos de la teoría del apego años más tarde, fue probablemente lo más importante no sólo en el estudio de la afectividad, sino también en el estudio de la sexualidad.

2.1. Hemos destacado de Freud:

- Fue el pionero en observar como el bebé recibe no sólo alimento de la madre sino también la sensación placentera con el hecho de succionar, y eso lo lleva a iniciar sus teorías de la sexualidad.
- Parte con la teoría de los afectos: que acompañan siempre las representaciones mentales (recuerdos, afectos...).
- Da idea de la carga afectiva relacionada con la experiencia traumática.
- Consideró la ansiedad como el afecto básico en psicopatología.
- Esas observaciones permitieron iniciar más tarde el estudio de la vinculación afectiva del niño con la madre o sustituto.

3. KLEIN

Cuando unos años más tarde Melanie Klein (1882-1960) aparece en el panorama psicoanalítico, lo hace con investigaciones dentro del ámbito terapéutico con niños. De la observación de la vida emocional del bebé, aporta dos conceptos que fueron y siguen siendo fundamentales para la comprensión del niño y de la afectividad en la vida adulta: la *teoría objetal* y la *fantasía inconsciente*.

La *teoría objetal* parte no solamente de observar cómo el bebé juega con el pecho, como hizo Freud, sino también de observar la percepción que tiene el bebé de la voz de la madre, de su rostro, de sus manos...

Diferencia los aspectos constitucionales de cada niño según su reacción a la frustración de sus necesidades. Esto fue novedoso en aquel momento y aportó la semilla que evolucionó hacia lo que más tarde reconoceremos como el concepto de *vínculo* y de *apego*.

Según Klein, el bebé experimenta ansiedad causada por estímulos tanto internos como externos. Introyecta experiencias externas (comida, ruido, música, voces, caricias...) e internas (sensación de hambre, de frío, calor...) y proyecta hacia el exterior todo aquello que en su interior resulta difícil de tolerar. Por eso los llamados mecanismos de *introyección* y *proyección* son con los que M. Klein tratará de explicar la evolución del mundo emocional del bebé.

Formula la hipótesis de que en la primera experiencia lactante, con alimento y presencia de la madre, se inicia la relación de objeto.

Klein explica cómo el bebé va evolucionando emocionalmente pasando de la *Posición esquizoparanoide* a la *posición depresiva* en un vaivén continuo que marca la evolución emocional. Estas dos posiciones se mantienen y elaboran a lo largo de toda la vida.

La *posición esquizoparanoide* define la percepción disociada del objeto: percepción de que lo bueno y lo malo se reciben de objetos diferentes, o sea, la mamá que alimenta es diferente de la mamá que no lo puede atender cuando él la reclama. A una la ama y a la otra la odia y le proyecta rabia y enfado. Así tiene un objeto ideal (bueno, que lo tiene todo) y otro persecutorio (que nunca satisface).

Cuando el niño percibe a la madre como un objeto total, o sea, que el objeto que ama y odia es el mismo, teme haber destruido a la madre con sus

fantasías y aparece la capacidad reparadora del daño potencial. Por eso llama a la ansiedad de este momento depresiva y entiende que da lugar al sentimiento de culpa y a los primeros intentos de reparación: ésa sería la *posición depresiva* que Klein describe.

Junto con Susan Isaacs describe la *fantasía inconsciente* como una expresión mental de los instintos. Existiría desde el inicio de la vida: cada situación instintiva o impulsiva se expresa en una fantasía. Las experiencias de la realidad, influyen en la *fantasía inconsciente* y ella a la vez influye en la percepción de la realidad, en un proceso de continua retroalimentación.

La *fantasía inconsciente* nos va a permitir manejarnos con nuestros *objetos internos*, buenos y malos. De esos objetos dependeremos en el futuro: la compañía que se hace uno a sí mismo (capacidad de estar a gusto con uno mismo, sintiéndose acompañado con sus pensamientos) tiene que ver con haber podido introyectar buenos objetos. La sensación angustiosa interna (no soportar la soledad, no poder escuchar los propios pensamientos si se está sólo) tendrá que ver con los *objetos malos*, vividos como persecutorios, como dañinos. La seguridad que uno tendrá en el futuro de sí mismo, tiene íntima relación con los *buenos objetos internos*.

3.1. Hemos dicho de Klein:

- Sigue la teoría de las pulsiones, que en Freud no tenían representación mental, complementándola con el concepto de fantasía inconsciente como corolario de la pulsión. La Fantasía inconsciente que nos explica, ya de por sí es vinculativa e implica afecto.
- Aporta la novedad del trabajo psicoanalítico con niños.
- Entiende que los niños expresan sus fantasías internas a través del juego y lo utiliza como método de trabajo.
- Aporta comprensión a las ansiedades del bebé: las nombra ansiedades infantiles arcaicas.
- Introduce el concepto de las posiciones esquizoparanoide y depresiva que sirven para comprender al bebé y a los sentimientos que siguen acompañando al adulto a lo largo de su vida.

4. WINNICOTT

Donald Woods Winnicott (1896-1971), pediatra que conoció la obra de Freud en 1923 y trabajó en supervisión clínica con M. Klein, tuvo muy en cuenta la importancia del ambiente y de las relaciones afectivas en la infancia. Probablemente su trabajo como consultor en el plan de evacuación de niños de Londres durante la Segunda Guerra Mundial, le ayudó a ello. También su trabajo como supervisor de tratamientos de fugitivos y de delincuentes debió influir de alguna manera, así como su propia biografía: provenía de una familia estable, acomodada y tuvo una infancia tranquila.

Continúa en la misma línea de Klein, aunque no da tanta importancia a la fantasía inconsciente. Añade la idea de *objeto transicional* y define la personalidad *falso self*. Dos pilares importantes, junto con el concepto de *madre suficiente buena*, para entender y podernos plantear posteriormente la simbolización en un caso y el estancamiento del *yo* en el otro, cuando hemos de recubrirlo de defensas. Winnicott trabaja con niños y adolescentes en deprivación afectiva a causa de la guerra y ello le lleva a entender la privación afectiva como fuente de dolor mental, que da paso a la agresividad. Entiende las causas de la delincuencia a partir de estos fallos.

La *madre suficientemente buena* que él define como la base para una buena evolución, sería la que procura satisfacción al bebé pero que también puede frustrarlo. Eso ayuda al bebé a establecer un vínculo seguro con la madre y también a desarrollar una separación gradual. El *objeto transicional* antes anunciado, entra ahí a jugar el papel de mediador para este proceso, permitiendo el paso a la fantasía, a la simbolización y a la seguridad interna. La madre que no es suficientemente buena sería la que no es capaz de sentir ni atender las necesidades del bebé.

El *falso self* se entiende como una defensa ante la carencia de las funciones maternas, esto es pretendiendo una fortaleza que no tiene, el pequeño se adapta al medio protegiéndose de las frustraciones e incluso amenazas y heridas emocionales. Esa defensa aparece cuando la madre no es suficientemente buena, en el sentido que Winnicott define.

Este *falso self* hará que el niño reaccione y atienda las demandas del entorno aunque estén distantes de sus propias necesidades: hará un sobreesfuerzo por entender qué es lo que se quiere de él para no provocar malestar en el entorno y sentirse «*como sí*» estuviera bien cuidado. Con este proceso se construye una

personalidad o unas introyecciones tales que lo que es falso acaba apareciendo real incluso para el propio individuo, que se aleja cada vez más de sus emociones reales hasta el punto de desconocerlas por completo, pudiendo aparecer, años más tarde, sensaciones de infelicidad, de no existir, de irrealidad...

De hecho, de alguna manera todos tenemos algo así como un *falso self* que es el que nos garantiza la adaptabilidad. Cada persona tiene un *self* verdadero y un *self* falso, que es el que se adapta a las normas, indispensable para vivir en sociedad y que va desde una adaptación saludable hasta una adaptación patológica, considerada enfermedad (cuando el *falso self* es el único *self* que funciona). Cuando esto ocurre, la capacidad de simbolización y creatividad queda empobrecida o anulada totalmente.

El *objeto transicional* define el puente entre la fusión con la mamá y la individuación. El *objeto transicional* puede ser un objeto tangible o sensorial y permite que no exista vacío entre los dos momentos. Con el *objeto transicional* el bebé puede imaginar y simbolizar la mamá con lo cual inicia la capacidad simbólica que le permitirá integrarse socialmente. Cree que si no hay objeto transicional que permita representar los objetos primarios, aparecerá el delirio que puede llevar a la psicosis. De alguna manera nos está diciendo que, en salud mental, la separación es progresiva y pasa por el fenómeno transicional.

La preocupación que tuvo siempre Winnicott para entender cómo el recién nacido llegaba a integrarse mentalmente y a hacerse persona diferenciada en el curso de su experiencia emocional, lo fue también de Freud y Klein: Freud respondía a esta preocupación en términos de identificación (satisfacción y frustración pulsional) y Klein con el acento hacia el interjuego introyección-proyección. Winnicott comprende la existencia de este puente «*objeto transicional*» entre la mamá y el niño y entendemos mucho más esta evolución sin vacíos ni saltos: el *objeto transicional* va ayudando al niño a des-ilusionarse o a separarse poco a poco, de manera que podrá aceptar mejor la realidad.

Winnicott veía inseparable la figura del bebé con su madre, y por eso siempre decía: «*There is no such thing as a baby... and there is no such thing as a mother*». No existe tal cosa como un bebé... y no existe tal cosa como una madre»: siempre es un bebé con su madre.

Entendió la necesidad del constante apoyo emocional que debe ofrecer el equipo de cuidadores, médicos y asistentes porque el cuidado que necesita un bebé no es sólo alimento y aseo sino alimento emocional, vinculación emocional

y cuando no está la madre para dárselo, es el personal de la Institución quien, sintiendo este reclamo, debe tratar de satisfacerlo con el consecuente sobreesfuerzo afectivo.

4.1. Hemos dicho de Winnicott

Que coincide con Klein:

- En el concepto de las Relaciones objetales.
- En la importancia de la manera como se desarrolla el niño.
- En la importancia de la relación madre-bebé.

Que sus aportaciones novedosas son:

- Concepto de falso *self*.
- Concepto de madre suficientemente buena (que implica tener también las funciones de sostenimiento adecuado —*holding*—, manejo adecuado —*handling*— y de presentación real de los objetos —*object-presenting*—).
- Concepto de objeto transicional: puente entre dependencia e independencia que posibilita una adecuada separación desde el punto de vista de la salud mental.
- Se basa en la observación directa de los niños y adolescentes.
- Se interesa por los afectos de la privación y por el momento de la ruptura emocional.
- Considera al recién nacido en un estado de «no integración»: relevancia de la relación emocional para constituirse como persona estructurada.
- Explica una nueva comprensión sobre el origen de la agresividad.

4.2. Casos clínicos

4.2.1. Caso clínico 1

Una paciente de 40 años pide consulta después de haber tenido un intento de suicidio tras el cual se siente amenazada continuamente con unas fantasías terroríficas y macabras.

Ve imágenes de niños descuartizados e incluso llega a ver su brazo cortado en el armario de las blusas. No puede soportar esas visiones, que aunque parecen delirios, el psiquiatra diagnostica que no lo son.

Dice no tener referencias de sus primeros años de vida. Parece que siempre fue alegre y simpática y amable con todo el mundo. Se casó y tiene cuatro hijos ya adolescentes. Siempre se ha sentido acompañada por fantasías más bien infantiles, de cuentos de hadas y de princesas, lo que la hacía flotar en un mundo feliz. Por un lado se siente muy dependiente de su marido pero por otro es una mujer extremadamente servicial tanto con la familia como con los amigos y vecinos. En un trabajo de dependienta que inicia cuando sus hijos son ya preadolescentes, acaba siendo la consultora y consejera de todos los que se relacionan con ella. Los clientes le dicen que se sienten a gusto por su jovialidad y optimismo. Se convierte en la madre de todos, según ella explica, la salvadora de todos, la que les lleva alegría.

Ante una época de crisis económica en la que la tienda donde trabajaba sufre un descalabro y cierra el negocio, su reacción fue de tan gran derrumbe personal que la llevó al intento de suicidio. (Entenderíamos que la atención a la gente era lo que la sostenía. La dependencia de los demás hacia ella era la dependencia que la hacía sentirse alegre y fuerte).

Buscando más en su biografía, aparece que nació en su octavo mes de embarazo. Su madre dio a luz precipitadamente ante un grave accidente de su hijo mayor, que lo sumió a un año y medio en estado de coma. Tras ese coma, el hermano de la paciente quedó en estado de deficiencia grave, en silla de ruedas y con lesiones cerebrales muy severas. Su otro hermano, también mayor que ella, está en la cárcel por problemas de drogas, agresividad y conflictos con la policía.

4.2.1.1. Reflexiones

- a) ¿Cómo explicarías la adaptación que tuvo durante tantos años sin sentirse mal?
- b) ¿Cómo explicas que fuera una mujer tan solícita y alegre con todos?
- c) ¿Cómo entiendes que se le desencadene en este momento la crisis?

4.2.2. Caso clínico 2

Una niña relataba y denunciaba violación paterna. Los especialistas que la visitaron negaron que hubiera sido violada, y al persistir la niña en la acusación, los padres la lle-

varon a un centro de acogida, rechazada por su gran agresividad con la familia y con el diagnóstico de fantasías de violación.

En el centro se comporta de manera también muy agresiva haciéndose imposible una ayuda académica. Continuamente habla de lo mismo (la violación) y continuamente se interpreta como fantasía. La madre la visita esporádicamente, pero siempre acaba regañándola porque la niña insiste en que fue cierto el hecho de la violación. Las visitas de la madre provocan más agresividad y en ningún caso le suponen un poco de alivio.

Finalmente, el centro, cuando la joven tiene quince años, pide ayuda a un psicoanalista y éste trata de ayudarla sin desmentirle nunca esa idea que ella denunciaba, tampoco manifestando estar de acuerdo, sólo tratando de que se sienta comprendida en los sentimientos que esa convicción podía suponerle, de rabia de incomprensión y de abandono.

Mejóro hasta el punto de poder cursar estudios normales y hacerse con una discreta profesión. Fue dada de alta y se independizó del centro de acogida.

Pasados más de 6 años, la analista recibe una llamada de la paciente: le quería informar de que su padre había sido juzgado y encontrado culpable de varias violaciones a menores. «Ahora ya queda claro que yo decía la verdad», le dice.

Aunque el analista nunca la contradijo, ella sintió la necesidad de ratificarse en aquello que la hizo sentir con tanto sentimiento de incomprensión y que fue la causa de separación de su familia a una edad infantil. Debió temer que ni el profesional que la ayudó creyera su historia y por eso necesitó comunicárselo.

4.2.2.1. Reflexiones

- a) ¿Puedes pensar en algún paciente que se comportase con agresividad por no sentirse entendido?
- b) ¿Has conocido algún caso en que no se le hiciese caso a un paciente?
- c) ¿Por qué crees que llama a la analista al cabo de seis años, ante la sentencia ratificadora de su denuncia?
- d) La agresividad de esta chica es una respuesta a la negación de su relato, a la incomprensión que siente. ¿Puedes explicar algún caso similar que hayas conocido?
- e) ¿Has podido conocer de cerca la reacción de algún paciente agresivo que cambia en el momento de sentirse comprendido?

5. BOWLBY: TEORÍA DEL APEGO

John Bowlby (1907-1990), contemporáneo de Winnicott, y bebiendo de las mismas fuentes que él, entiende la conducta a través de aspectos más relacionados con la etología. Debido a sus experiencias de niño mostró una sensibilidad especial hacia el sufrimiento infantil: cuarto de seis hijos, criado por niñera, se reunía con su madre sólo a la hora del té. Sufre la separación de su niñera cuando tiene 4 años y lo describe como una pérdida tan grande como puede ser la de una madre. A los siete años lo ingresan en un internado para que siga sus estudios.

Tiene claro que gran parte de los trastornos emocionales y de conducta que observa en niños tienen su origen en la mala relación o separación entre el niño y sus padres.

La observación directa del niño con la madre, de las vicisitudes de este vínculo y las consecuencias de la mala relación, aporta datos que unidos a los conceptos anteriores da como resultado la *teoría de los afectos*.

Según Bowlby, la separación o pérdida de la figura de apego explica la *ansiedad de separación*. Según él la ansiedad que se despierta frente a la separación o pérdida de la figura de apego es una respuesta biológica, una señal de alarma frente a un indicio de peligro ya que la figura de apego tiene una función protectora arraigada en la biología. Esta señal de alarma es un mecanismo que heredamos filogenéticamente y que cumple un papel de supervivencia.

Desde esta perspectiva, lo patológico para Bowlby sería la falta de ansiedad o bien que ésta se despertara antes de tiempo o con intensidad exagerada.

A partir de él, otros autores realizan experimentos que apoyarán la idea de la importancia de la vinculación con la madre, a diferencia de Klein que subraya la importancia del *mundo interno* y de las *fantasías*. Insiste en que la base para un buen desarrollo cognitivo y emocional parte de que la necesidad de una figura estable —y saludable— en los primeros años esté atendida.

Después de la Segunda Guerra Mundial, la OMS le encargó un estudio sobre los niños deportados como consecuencia de la guerra. De este estudio surgió el libro *Cuidados maternos y salud mental*¹ (Bowlby, 1951). Este libro produjo un cambio importantísimo en el mundo occidental tanto en la atención y comprensión

¹ La traducción es mía.

psiquiátrica como en hospitales, orfanatos y escuelas que a partir de aquel momento tuvieron en cuenta el importante papel de la separación afectiva, por ejemplo, permitiendo que los padres acompañen al niño hospitalizado.

Explica que el requisito esencial para la salud mental es que el bebé y el niño de corta edad experimenten una relación cálida, íntima, continua con la madre (o sustituta permanente), que proporcione a ambos satisfacción y goce.

Demuestra, con cifras convincentes, cómo la separación precoz puede aumentar la tendencia a desarrollar una personalidad psicopática.

La *teoría del apego*, que en aquel momento marcó divergencias y desencuentros, hoy en día, como consecuencia de experiencias posteriores, ha llegado a un acuerdo avalado por los conocimientos actuales en neurociencias.

Todos estos estudios y aportaciones tuvieron y siguen teniendo gran incidencia en la medicina preventiva.

5.1. Hemos dicho de Bowlby

- Su tesis fundamental es la que se conoce como Teoría del Apego.
- Esta teoría explica que una relación de apego seguro depende de la capacidad de respuesta de la figura de la madre o sustituta a las necesidades del niño. También de las competencias del bebé para recibirlas y/o reclamarlas.
- El estado de seguridad, ansiedad o miedo del niño o adulto está determinado por la accesibilidad y disponibilidad de su figura de apego.
- El apego es una necesidad biológica de protección por parte de la persona cuidadora y una necesidad del bebé porque nace indefenso y absolutamente necesitado de ser criado.
- La confianza en la presencia o apoyo de la figura de apego estimula la seguridad, autoestima, capacidad de explorar... Eso le permitirá tolerar la incertidumbre de la vida.
- Da muchísima importancia a la separación y a los duelos. Entiende y demuestra que, mal elaborados, están en la base de la psicopatología.
- Tiene una perspectiva etológica para la comprensión de los afectos humanos.

5.2. Caso clínico

Caso clínico que pretende estimular la importancia de la prevención, publicado por la Dra. Llúcia Viloca en la *Revista Catalana de Psicoanálisis*: «La prevención en salud mental, un reto para el psicoanálisis».

Recibo en mi consulta una madre con su hijo de 22 meses, derivado por un compañero con inquietud de que pudiera estar desarrollando un autismo. El niño hablaba, iba a su aire, no interactuaba con su madre y caminaba de puntillas. En la primera entrevista percibo lo que acabo de describir pero además veo que el niño mira de reojo con un afecto y una ternura diferentes de la de un niño autista. Observo que se acerca a su madre pero ella no lo mira nunca y entonces él se va deambulando de puntillas, sin hacer nada en concreto. Me llama la atención que la mamá me lo presenta con mucho desespero, como si se tratara de un niño anormal; ella cree que nadie de la familia lo quiere mirar porque tiene un bulto en el párpado que lo afea mucho. Debo contenerme para no decirle «pero qué me dice, señora; si es un niño precioso y yo no le veo nada en el párpado». Le digo que es penoso lo que me cuenta, ya que por lo que explica parece que todos quieren al otro hijo, un año y medio mayor, y ella quisiera que éste más pequeño también fuera el centro de atracción del afecto de su marido, de su madre, de sus hermanos, etc., y no lo es. A la mamá se le humedecen los ojos y noto que contiene la emoción cuando menciono en mi intervención a su madre. Eso me estimula a introducir el tema de «y a su propia madre (refiriéndome a la abuela materna), ¿tampoco le cae en gracia su hijo pequeño?». Eso la induce a emocionarse y me explica que ella es la pequeña y la no querida por su madre. Dice que ser el pequeño es penoso para ella y para su hijo. «¿Qué sintió cuando nació su hijo pequeño?». «Cuando lo miré vi a mi madre y desde entonces no puedo mirarlo sin verle el bulto».

Le propuse unas entrevistas para poder explorar más todo esto y también al niño. Durante unos seis meses traté esta pareja, mamá-hijo, abordando las proyecciones y la mala relación de la madre con su propia madre, y ayudando a establecer un vínculo afectivo con el niño. Comprendí que la mamá no podía relacionarse con su hijo pequeño porque debía expiar la culpa; no podía disfrutar de ser mamá si ella odiaba tanto a la suya. El niño caminaba de puntillas e iba a su aire como una expresión de la falta de contención y de relación, no tenía un referente emocional. La mala relación de la madre con la suya propia se concretaba en la proyección al párpado del niño, de una manera muy precisa «el bulto». Pensé que era una «alucinación». En el transcurso del tratamiento madre e hijo se reencontraron rápidamente y el niño, en seis meses, desarrolló un vínculo y consiguió el nivel madurativo de su edad. Sin duda, cuando la madre fue receptiva pudo depositar en la relación todo su potencial de vinculación emocional. Fue muy emotivo verlo crecer; como en el caso de los niños

adoptados, que cuando llegan a la familia adoptiva tienen un retraso del desarrollo emocional y al sentirse acogidos y queridos despliegan todo su potencial emocional y madurativo (Mirabent, Ricart y cols., 2005).

6. COETÁNEOS Y SEGUIDORES DE BOWLBY

En la década de los cincuenta y coincidiendo con el final de la Segunda Guerra Mundial se realizaron muchos estudios basándose en la observación, algunos de los más importantes que han trascendido e influido en la comprensión de los afectos, son los de Harry y Margaret Harlow, el de Spitz y el de Robertson, todos ellos coetáneos y colaboradores de Bowlby.

6.1. Harlow

Harlowe, realiza observaciones con *monus rhesus* (1950). En ellas provee al mono separado de la madre de dos figuras de alambre, una recubierta de felpa que no da alimento y la otra sólo de alambre pero que tiene alimento. Aunque el mono realiza breves y rápidas incursiones a la figura de alambre para alimentarse, pasa todas las horas abrazado a la mamá de felpa. Incluso cuando es separado de esas dos mamás durante más de 6 meses, al volverlo a introducir en la habitación donde estaban las dos figuras, el mono corre directamente con muestras de afecto hacia la mamá de felpa, como si de una mamá real se tratara: la primera reacción de los monos iba dirigida a la búsqueda del contacto y de la calidez materna.

En otro experimento con monos que crió en completo aislamiento social desde el nacimiento, observó que cuando estaban en contacto con otros animales de su especie eran incapaces de relacionarse, los monos se aislaban en un rincón y se pasaban el día balanceándose. Si los otros monos intentaban interactuar, se mostraban huraños y enfurecidos. Observó que eróticamente tampoco permitían contacto alguno. Observando a algunas hembras a las que se embarazó artificialmente, se pudo ver que no podían ocuparse de sus crías ni amamentarlas, llegando a ser agresivas con ellas.

Con ello demuestran que la afectividad está más relacionada con el contacto que con la alimentación.

6.2. Spitz

Spitz realizó observaciones (1952) con bebés en privación materna. Llamó *deprivación anaclítica* o *síndrome de hospitalismo* al causado por la separación de la madre durante el primer año de vida, durante más de tres meses, cuando ha habido previamente un buen contacto con ella.

Descubre cómo la falta de cuidados maternos es la primera causa de mortalidad infantil entre los niños criados en instituciones a pesar de que tuvieran sus necesidades básicas materiales cubiertas. Por ejemplo, los bebés en privación materna paralizan su desarrollo físico.

La película que filmó con casos clínicos reales, *Psychogenic Disease in Infancy*, ayudó a cambiar la atención en hospitales e instituciones a raíz de haber dado a conocer los efectos de la privación materna.

También realizó observaciones directas del bebé (sin relación terapéutica) y eso le permitió definir lo que él dio en llamar tres organizadores: la *sonrisa* de reconocimiento, la *angustia* ante el extraño y el «*no*» de diferenciación. Cada nuevo organizador denota crecimiento y salud mental y se infiere por la aparición de una conducta afectiva específica. Observa que la sola presencia de la madre es un estímulo para que el bebé se sienta capaz de explorar el entorno y que los niños dedican a la mamá todos los progresos.

6.3. Robertson

Robertson observa el proceso de separación en niños menores de 3 años. A través del vídeo de John (1952) muestra la importancia de la calidad de atención afectiva.

Hicieron observaciones sobre las respuestas de los niños de 1 y 2 años ante separaciones prolongadas (en el caso de John, una semana) de sus padres. Se vio que cuando estos niños estaban sin cuidadores estables sustitutos, atravesaban por tres etapas de respuesta cada vez más dañina: protesta, desesperación y por último, desconexión. En la etapa de protesta, se expresan con llantos buscando y reclamando la figura de apego, con la esperanza de que aparecerá. En la segunda etapa se sienten desesperados, lloran pero no se atisba esperanza en su mirada ni en su conducta, mostrando llantos más débiles y mayor apatía hacia todo lo que

les rodea. En la etapa final, que llaman de desapego, los niños empiezan a mostrarse acomodados con el entorno, como si se hubieran adaptado (se sigue confundiendo con frecuencia, incluso en la actualidad, con una buena adaptación) pero a la par ignoran y evitan activamente la *figura de apego* primaria llegando en casos extremos a no poderla reconocer nuevamente.

Filmó las observaciones y las películas tuvieron una amplia repercusión tanto en la enseñanza como en la visión de los pediatras y fomentaron debates sobre las necesidades emocionales de los niños.

De ahí se pudo inferir que es vital dar atención adecuada a quien lo necesita, ya sean niños, ancianos, enfermos mentales o personas privadas de libertad porque todos ellos necesitan relaciones estables de soporte.

6.4. Ainsworth

M. Ainsworth, a partir de un experimento que llama «*situación del extraño*» (1978) en la que durante unos segundos la madre se ausenta de la habitación y deja al niño solo o con otra persona desconocida, clasifica tres tipos de *apego*, dependiendo de la relación que se demuestra con la madre durante el experimento.

a) *Apego seguro*: lloran poco cuando la mamá se va —o no lloran— y se muestran contentos cuando ésta regresa, explorando el entorno muy felices en presencia de ella. (66% de los observados)

b) *Apego inseguro-evitativo*: los niños no se muestran afectados al salir la madre de la habitación pero tampoco buscan su contacto cuando regresa. Lloran con frecuencia aun estando en presencia de su madre. (22% de los observados)

c) *Apego inseguro-ambivalente*: los niños lo pasan mal cuando sale la madre de la habitación y se muestran ambivalentes cuando regresa. A veces irritados, y casi siempre resistentes al acercamiento y al contacto. (12% de los observados)

En su estudio, pudo correlacionar estos tres tipos de relación con los diferentes comportamientos que las madres tenían con el niño en casa (donde prolongó la observación).

En la relación de apego seguro, las madres se mostraron sensibles a las necesidades y llamadas del bebé, mostrándose siempre disponibles.

En la de apego inseguro-evitativo, las madres se habían mostrado relativamente insensibles a las demandas del niño. Los niños se mostraban poco seguros y preocupados incluso en brazos de la madre.

En la de apego inseguro-ambivalente, las madres habían mostrado sensibilidad y calidez unas veces y distancia e insensibilidad otras. Eso llevaba al niño a la inseguridad sobre la respuesta de la madre o figura de apego, no podía prever si sería o no atendido.

6.5. Hemos dicho de los coetáneos de Bowlby

- Sobresaltan la importancia de la relación madre-bebé.
- Dan plena importancia a la teoría de apego (vínculo madre-bebé).
- Dan plena importancia a la separación (de la figura de apego).
- Articulan el ser humano en la relación con aspectos de la etología.
- Entienden y defienden que la salud mental se relaciona con vinculación afectiva.
- Entienden y defienden que la privación emocional prolongada produce enfermedad mental y agresividad.
- Las evidencias experimentales que realizaron han dejado datos valiosos para el futuro investigador.

7. ENCUENTRO DE NEUROCIENCIAS Y PSICOANÁLISIS

Aquello que los investigadores vinculados al psicoanálisis habían afirmado, hoy en día halla muchas confirmaciones en las neurociencias. Esta rama de la ciencia demuestra que todas las experiencias que el niño vive, la calidad del vínculo y de la separación se inscriben en el cerebro. Como dice François Ansermet (2006): «La experiencia deja una huella».

Muestran que el afecto y el vínculo están íntimamente relacionados. El ser humano nace indefenso tanto en el plano físico como en el psíquico y ahora sabemos que la estimulación afectiva que recibe antes y después del nacimiento contribuye al desarrollo de su cerebro, y por ende de sus respuestas emocionales.

Las aportaciones de Sue Gerhardt, Vivette Glover, Alessandra Piontelli, en la línea de la investigación directa, y Mario Marrone y Peter Fonagy en la del desarrollo teórico, muestran y nos alertan acerca de cómo las necesidades del adulto están conformando negativamente las necesidades de nuestros niños y que las enfermedades mentales tienen origen en estas primeras relaciones. Piontelli estudiando el comportamiento fetal, Gerhardt investigando sobre la influencia del afecto en el desarrollo mental y emocional del bebé y Vivette Glover, psicobióloga neonatal, pensando desde la ansiedad y las necesidades de la mujer embarazada a la vez que estudiando cómo afecta el estrés de la madre al feto y al niño, vienen a confirmarlo.

7.1. Piontelli y Negri

Los estudios de Piontelli y Negri muestran cómo fetos de madres esquizofrénicas, por ejemplo, permanecen retraídos e inmóviles en un rincón del útero en tanto que los fetos de madres felices y sanas se mueven con facilidad, acarician la placenta y juegan con el cordón, y ocupan todo el espacio uterino. También, entre otras observaciones, destacan el comportamiento de fetos gemelares, peleando ya en el útero, comprobando que cuando se hace el seguimiento de la evolución a largo plazo se les ve reproduciendo en la vida extrauterina la modalidad de conducta intrauterina. Por tanto, pueden concluir que el comportamiento fetal determina el comportamiento después del parto. También la relación madre-bebé.

7.2. Gerhardt

Sue Gerhardt, psicóloga y psicoterapeuta psicodinámica que ejerce en Oxford, nos muestra que los niños desarrollan circuitos de conexiones neuronales en relación con el ambiente en el que viven durante los tres primeros años. Éstos quedan fijados e influyen en su comportamiento.

Cuando los bebés tienen estrés excesivo segregan cortisol. El cortisol es una hormona negativa que tiende a dificultar la creación de sinapsis. Los bebés no pueden gestionar el estrés excesivo, por lo cual no se pueden deshacer de su propio cortisol. El exceso de cortisol activa la amígdala del cerebro, que es el órgano encargado del control de las emociones. Si el niño crece con exceso de

cortisol porque le dejan llorar mucho o porque se estresa con facilidad, la amígdala acaba acostumbrándose a ese cortisol sobrante y deja de emitir la señal de alarma. Entonces el cerebro no ofrece una respuesta de gestión a ese estrés y el individuo acaba por no saber manejar esas situaciones que le generan ansiedad.

Se han comprobado alteraciones en los niveles de cortisol en niños que asisten bastantes horas a guarderías durante los primeros años. Estas alteraciones marcan un patrón neurobiológico que influye en la regulación de los neurotransmisores y facilitan una tendencia, entre otras posibilidades, a la depresión. El exceso de cortisol no se verifica en niños cuidados en ambiente familiar, por una o unas pocas personas, que actúen como referentes emocionales estables en el tiempo y constantes en la interrelación emocional.

7.3. Glover

Vivette Glover (1942), profesora de Psicobiología Perinatal en el Imperial College de Londres, estudia los efectos del estrés en las mujeres embarazadas, que puede influir en el desarrollo del feto. El estrés daña el cerebro del feto en el vientre materno. Glover ha medido la relación entre estrés en el embarazo y el cociente intelectual del bebé: a más estrés de la madre, cociente intelectual más bajo. Los bebés de estas madres también son más propensos a estar ansiosos y a mostrar signos de trastorno por déficit de atención, de lo cual Glover deriva que mejorar el estado emocional de la mujer embarazada es mejorar la sociedad. El papel del padre (o sustituto) es primordial también para la salud del bebé, si consigue que la madre se sienta feliz, acompañada y comprendida en las nuevas necesidades que van a surgir a partir del embarazo.

8. CONCLUSIONES Y RELACIÓN CON LA PRÁCTICA DIARIA DE LOS PROFESIONALES EN SALUD MENTAL

Hasta aquí hemos estado viendo el valor que los vínculos afectivos y emocionales tienen para la afectividad humana, desde los albores del psicoanálisis hasta las últimas comprobaciones que nos aportan las neurociencias.

El bebé deseado y cuidado se desarrollará felizmente. Ser objeto de satisfacción para la madre o sustituto lo conformará como persona y lo estimulará al

crecimiento y al descubrimiento y, por ende, al conocimiento del entorno. A través de un buen vínculo materno podrá simbolizar y sentirse acompañado por lo que damos en llamar *madre interna*. Tanto las primeras investigaciones y observaciones sobre el desarrollo y comportamiento humano como las actuales coinciden en demostrarnos que los seres humanos son más felices y se pueden desarrollar mejor si sienten existir en el pensamiento y en el deseo de otra persona y eso les ayuda en el futuro cuando surgen dificultades.

El trabajo diario de los profesionales en salud mental comunitaria conlleva tratar con personas que, en lugar de buenos vínculos, han sufrido y sufren situaciones de desamparo o abandono que son la causa de enfermedades de mayor o menor gravedad. Hay muchas clases de abandono.

Por ejemplo, el enfermo que se abandona en su enfermedad: que se entierra en ella.

O el entorno social que abandona al enfermo: su familia lo libra a su suerte.

Incluso el personal encargado del enfermo puede abandonarlo ante un delirio: puede abandonarlo con la incomprensión.

Hemos visto que la falta de cuidados al bebé, la falta de sintonía con una figura importante que lo contenga mentalmente influye enormemente en la salud mental posterior. Nos será fácil imaginar, pues, que el enfermo mental institucionalizado, desprotegido por su propia enfermedad y por el abandono del hogar, sienta doblemente el dolor del abandono.

Por ese motivo, el *apego-vínculo* con el cuidador, psicólogo, asistente social o figura de referencia, se hace muchísimo más importante.

Por suerte, comprobamos cómo, muchas veces, la contención y el trato comprensivo hacia sus síntomas le permiten al enfermo reducir la ansiedad y dar paso al florecimiento de sus aspectos más saludables. Eso nos permite pensar que los vínculos insuficientes en la infancia pueden hallar una reparación en la edad adulta al tener contacto con figuras que aporten contención, comprensión e, inevitablemente, afecto. De la misma forma, tratos con buenas vinculaciones en la infancia, condicionan positivamente a la persona ante posibles turbulencias emocionales en el futuro: lo que algunos autores han dado en llamar *resiliencia*.

Aquí quisiera citar a Boris Cyrulnik, psiquiatra, neurólogo y psicoanalista residente en Francia, que se interesa por la capacidad de resurgir positivamente

después de un trauma gracias a la capacidad que también él llama resiliencia (en alusión a la propiedad de los metales de regresar a su estado inicial después de haber recibido un golpe que los deforma).

Él mismo, con sólo seis años, consiguió escapar de un campo de concentración, donde fue asesinado el resto de su familia judía. Vivió una etapa errando por centros de acogida y aunque todo apuntaba a que iba a convertirse en un granjero analfabeto, se convirtió en un médico absolutamente dispuesto a entender sus enormes ganas de vivir a pesar de las fatalidades vividas en su infancia. Según él, los fuertes vínculos en la infancia con sus padres y su familia fueron la fuente y el motor que no dejaron morir sus capacidades. En su libro *Los patitos feos* (Cyrulnik, 2002) transmite esperanza para todos aquellos casos que han sido abandonados por su entorno afectivo o que tienen una historia traumática. Si el aparato social sabe atender emocionalmente bien a estas personas, tienen más posibilidades de resurgir y abrirse a espacios de creatividad y salud mental.

8.1. Casos clínicos

Estos dos casos clínicos que siguen, quieren ejemplificar las posibilidades de comprensión ante dos situaciones graves y que precisamente el no abandono, el querer comprender, ayudan a rebajar el grado de desconexión del paciente.

8.1.1. Caso clínico 1

Una paciente de veintitantos años llega al servicio de urgencias derivada desde una consulta externa con el siguiente informe:

Conducta heteroagresiva, ideas delirantes de tipo persecutorio y místico, alucinaciones auditivas, pensamiento telepático, aspecto deteriorado y un episodio de fuga y vagabundeo. En los 2 últimos años ha sido ingresada tres veces por patología psiquiátrica. El motivo del ingreso actual tiene su origen en una agresión a la madre. La paciente cree que tanto la madre como el padre son enviados de Satán porque así se lo han hecho saber unos seres extraterrestres buenos que la ayudan espiritualmente y con quienes se comunica telepáticamente, de la misma forma que se comunica con Dios. A veces ha visto en la playa a estos seres extraterrestres. También refiere oír ruidos por la noche. Cree que son los martillazos de los clavos de Cristo cuando lo clavaban en la cruz. Después de la agresión a la madre,

desapareció durante 4 días y, al ser recogida por la policía en pleno vagabundeo, pidió que la llevaran a un sitio donde vivir porque no podía seguir viviendo con sus padres, que son los representantes de Satán.

Ya ingresada la paciente en la unidad de agudos, se siguen recogiendo datos valiosos para la comprensión de los significados y motivaciones. Así, por ejemplo, llama la atención que, a pesar de su agresión a la madre y de creerla representante de Satán, se manifieste hondamente preocupada por el estado de aquélla. La paciente no recuerda bien lo que pasó, pero piensa que pudo haberle hecho daño a la madre y pide que la llamen para saber cómo está. Explica que se sentía acosada y perseguida y que por eso llevó a cabo la agresión a la madre. Habla del delirio de los extraterrestres y comenta: «Los seres son seres buenos que me ayudan espiritualmente, en cambio, las personas no me dejan vivir, traman cosas; mi hermano tiene tendencia al mal y mis padres canalizan la energía muy negativamente».

Preguntada por su infancia, lo único que refiere es que la madre retuvo el parto y que hubo que provocarlo indicando que quedó «señalada» a causa de los fórceps.

Resumiendo y ordenando los datos biográficos cronológicamente, la paciente ha trabajado desde los 15 años, se casó hacia los 20 forzada por un embarazo accidental y siguió trabajando. Un año después de tener el hijo, el marido (que era drogadicto) la abandonó para irse con otra mujer. La paciente intentó seguir trabajando y cuidando a su hijo, pero al no poder hacerlo sola y dado que su madre no podía responsabilizarse del niño, a los 25 años tuvo que «cederlo» (son palabras suyas) a un matrimonio y seguir trabajando y viviendo en casa de sus padres. Es justamente en esa época, después de haber perdido al marido y al hijo y de fracasar su deseo y su intento de cumplir con su función maternal, rechazada por su madre, cuando empezó a oír el ruido de los clavos de Cristo y se iniciaron las ideas delirantes sobre el carácter satánico de la madre, la maldad de las personas y el contacto telepático con seres buenos que la ayudan. Fue entonces también cuando no pudo seguir trabajando y se produjo aquel primer ingreso 2 años antes del actual, en el que ya era evidente el carácter psicótico del delirio de la paciente. Llegó a urgencias traída por la policía, que la encontró vagabundeando en actitud «extravagante y patológica», se mostraba reticente e irritable y sin conciencia de enfermedad, preguntando si venimos del pasado, del presente o del futuro y diciendo que era un arcángel, que Dios tiene poder y ella sólo era un instrumento de trabajo para El y que disponía de poco tiempo para echar a Satanás de Barcelona antes de que destruyera el mundo. Tenía presagios y mensajes divinos, se comunicaba telepáticamente con los seguidores del bien y del mal, etc.

Más tranquila, al cabo de unos días de ser tratada con neurolépticos, seguía no obstante afirmando que tenía una misión que cumplir: «Todas las personas tienen una mente

conjunta y están influidas por el bien y el mal. Todo tiene relación, es como un puzle, cuando tenga todas las piezas tendré la solución».

Más tarde, apagada ya la actividad delirante empezó a interesarse por salir de permiso, no para salvar a Barcelona de Satán o para evitar guerras religiosas como antes, sino para cosas más sencillas y humanas, como renovar el carné de identidad o ir a ver a su hijo.

(Víctor Hernández Espinosa, 2008, pp. 70-73)

Como vemos, el diagnóstico nosológico de psicosis esquizofrénica en este caso, no tiene por qué excluir la comprensión psicodinámica. Como la propia paciente explica, también el personal encargado de la unidad cree que relacionando significativamente todas las piezas del puzle se puede conseguir no la solución pero sí la comprensión. En palabras del Dr. Víctor Hernández, lo que la paciente llama solución (piezas del puzle) sería una mezcla de explicación y comprensión. En el proceso de pensamiento corriente o común, lo que inicialmente abre el camino a la solución de un problema humano es su comprensión; la explicación y, en su caso, la posible solución, vienen *a posteriori*.

8.1.2. Caso clínico 2

Una mujer de mediana edad había ingresado ya 4 veces en un período relativamente corto, las 4 diagnosticada de episodio melancólico con ideas delirantes de ruina y fenómenos alucinatorios que recordaban el síndrome de Cotard. El cuadro de ingreso parecía cumplir los requisitos diagnósticos de depresión mayor, aunque llamaba la atención la rapidez con que se recuperaba. Su relato biográfico remitía a una infancia de desgracias (muerte de varios hermanos) y miseria familiar total (psíquica y material). Atendiendo al relato actual, se veía una clara relación cronológica entre las descompensaciones melancólicas causantes de los ingresos y situaciones familiares (paro, enfermedad del marido, fracasos escolares de los hijos) que se constituían simbólicamente en verdaderas situaciones de riesgo con fantasías anticipatorias de hambre, miseria y muerte como las que había vivido en la infancia. Para ella la institución psiquiátrica en la que ingresaba se constituía transferencialmente en un refugio materno donde obtener consuelo y seguridad, lo que se expresaba en su rápida mejora tan pronto era atendida en la institución y su deseo de ser ingresada en cuanto sufría una descompensación. En el equipo llegamos a diagnosticarla de «miserofobia» porque la ansiedad más manifiesta era claramente el miedo: miedo a la miseria, al hambre y, en el fondo, a la muerte, aunque vivido, expresado y comunicado a niveles psicóticos.

(Víctor Hernández Espinosa, 2008, pp. 194-195)

El Dr. Víctor Hernández nos dice respecto a esta paciente que la fantasía anticipatoria de la situación traumática (contenido mental de la ansiedad) se expresaba como un delirio: no tenía miedo a empobrecerse y a arruinarse, sino que estaba arruinada e incluso lo expresaba corporalmente con un delirio hipocondríaco de ruina física. La anticipación de la miseria y la muerte había perdido su carácter de fantasía anticipatoria y se vivía como realidad presente cuando la paciente no decía, como tantos pacientes melancólicos psicóticos «voy a morir-me», «tengo miedo a morir» sino «estoy muerta» (podríamos hablar de concretización o pérdida del sentido metafórico de la fantasía).

8.1.3. Caso clínico 3

Para terminar, un caso de abandono con enfermedad mental.

Margarita tiene 28 años y vive en una residencia con 15 internos más. Es la mayor de 9 hermanos. Desde los 5 años vive en casa de acogida o residencias. Sus padres están separados de hace muchos años y han ido dejando los hijos siempre en casas de acogida. Actualmente, 5 de sus hermanos están todavía en ellas y otros van haciendo su vida independientes.

Diagnosticada de trastorno psicótico no especificado y de retardo mental leve. Está en la residencia bajo la tutela de una fundación y tiene informe de incapacitación.

Es una mujer que a pesar de saber hacer manualidades muy bonitas, leer y escribir bastante bien, no puede vincularse a ninguno de los talleres que tienen organizados en el centro. Nunca ha podido hacerlo. Tiene la fantasía de que su madre la dejó en un contenedor, cosa que no es cierta pero ella lo relata así.

Se fugaba muy a menudo y regresaba con harapos, con secuelas de haber estado durmiendo en la calle, manteniendo relaciones sexuales y malos tratos. Más de una vez regresó con sarna.

En la residencia nadie le hace caso, el resto de compañeros se la quitan de encima y los asistentes se olvidan a menudo de ella. Por su parte, en sus relaciones es tan invasora que no sabe provocar que la gente la acepte ni se le acerque. Busca proximidad pero provoca rechazo porque molesta continuamente a los otros internos.

Hace tres meses, una nueva psicóloga pasó a hacerse cargo de la residencia. Le impactó el nivel de abandono que transmite Margarita. Por iniciativa de esta profesional, se

intentó conectar con la familia: la madre vive lejos y no se interesa por su hija. El padre está a punto de casarse pero no quiere que asista Margarita a la boda porque «habría que ir a buscarla ya tenemos dificultades para pasar a recoger a los pequeños que están en centros de acogida y con eso ya se nos va el tiempo. Además, no habrá sitio en el coche».

No sólo es abandonada por la familia sino que al pedir información de la historia de la paciente a la fundación que la tutela, advierte que también esa fundación la ha abandonado desde el punto de vista de la atención psiquiátrica: no saben quién es y no tienen presente su historial, lo han extraviado.

Con esas sensaciones, la psicóloga adopta más o menos conscientemente un papel materno, ante lo cual Margarita responde positivamente: se cuida más, no se fuga y le hace trabajos manuales de regalo. El último, es una tarjeta de Navidad en la que le escribe con su infantil grafía: «Para la psicóloga de la peque que te quiero, ¡mua!».

8.1.3.1. Reflexiones

a) Si pensamos en la manera de comportarse esta paciente, en vistas a su historial, ¿qué diríais sobre sus vinculaciones?

b) ¿Piensas que tienen algo que ver con su manera de ser?

c) ¿Por qué crees que molesta tanto y siempre a todos?

d) ¿Has trabajado en algún caso que te provoque actuar con sentimientos maternos? ¿Podrías explicar alguno y pensar si ha sido positivo o negativo trabajar con ese sentimiento o presión?

e) Como trabajador/a en salud mental comunitaria, habrás tenido alguna vez la experiencia de que el personal encargado de los enfermos mentales pide castigos para los internos que no siguen las normas del centro. ¿Estarías de acuerdo con ello?

9. REFLEXIÓN-SÍNTESIS INDIVIDUAL

Aunque evidentemente toda la comprensión del conocimiento humano y, en el caso que nos ocupa, el conocimiento del desarrollo de la afectividad es fruto de un largo proceso, en tu opinión:

- a) ¿Cuáles son las actitudes que promueven afectividad en el niño?
- b) ¿Cuáles serían los aspectos que malograron esta afectividad y nos llevarían a desarrollar enfermedad mental a causa de su ausencia?
- c) ¿Qué autor de los expuestos en este capítulo te ha ayudado a pensar más en tus propias vinculaciones y en la de las personas que te rodean?
- d) ¿Qué autores de los revisados te ha ayudado más a entender algunas patologías de personas que ya habías tratado o que estas tratando actualmente?
- e) ¿Puede reír un bebé que no ha sido tratado con afecto?
- f) ¿Puede ser feliz una persona adulta que no ha sido tratada con afecto?
- g) Las instituciones que acogen niños o adultos deprivados pueden hacer la función de reparar esos vacíos emocionales y de afecto. ¿Podrías describir algún caso vivido o que te hayan narrado en el que se pueda ver la función reparadora del vínculo afectivo que puede dar el personal de la institución?
- h) ¿Podrías describir algún caso en el que entiendas que ha fracasado la función contenedora de la institución?
- i) ¿Qué sugerencias y propuestas podrías aportar a la política de ayuda social en salud mental comunitaria?

BIBLIOGRAFÍA

- ANSERMET, F. y MAGISTRETTI, P. (2006). *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente*. Buenos Aires: Ed. Katz.
- CYRULNIK, B. (2002). *Los patitos feos*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- BOWLBY, J. (1951). *Maternal Care and Mental Health*. Ginebra: OMS.
- (1993a). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Ed. Paidós.
- (1993b). *La separación afectiva*. Barcelona: Ed. Paidós.
- (1993c). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Ed. Paidós.
- GERHARDT, S. (2008). *El amor maternal*. Barcelona: Ed. Albesa

- HERNÁNDEZ, V. (2008). *Las psicosis, sufrimiento mental y comprensión psicodinámica*. Barcelona: Ed. Paidós.
- KLEIN, M. (1987a). «Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé». En: *Obras completas*. Buenos Aires: Ed. Paidós. (Orig. 1952).
- (1987b). «Nuestro mundo adulto y sus raíces en la infancia». En: *Obras completas*. Buenos Aires: Ed. Paidós. (Orig. 1959).
- FONAGY, P. (2004). *Teoría del apego en Psicoanálisis*. Barcelona: Espaxs.
- HARDCASTLE, M.; KENNARD, D.; GRANDISON, S. y FAGIN, L. (2009). *Experiencias en la atención psiquiátrica hospitalaria*. Barcelona: Ed. Herder.
- MARRONE, M. (2001). *La teoría del apego, un enfoque actual*. Madrid: Ed. Psimática.
- PIONTELLI, A. (2002). *Del feto al niño. Un estudio observacional y psicoanalítico*. Barcelona: Ed. Espaxs.
- VILOCA, L. (2007). «La prevención en salud mental, un reto para el psicoanálisis». *Revista catalana de Psicoanàlisi*. Vol. XXIV, 1-2, 107-109.
- WINNICOTT, D. (2008). *Realidad y juego*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- (1990a). *Los bebés y sus madres*. Barcelona: Ed. Paidós.
- (1990b). *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

VII APROXIMACIÓN PSICOANALÍTICA A LA PSICOSIS

Javier Garmendia

1. INTRODUCCIÓN

Ilustrado con varios fragmentos clínicos se abordan tres momentos de la psicosis. La coyuntura del desencadenamiento: situación o acontecimiento que abre un vacío y precipita la emergencia de la psicosis. El desencadenamiento: en una serie continua; el enigma, la perplejidad ante el enigma y la certeza relativa al enigma, la psicosis despliega toda su estructura y el paciente asiste atónito a la aparición de los fenómenos elementales. Posibilidad de estabilización: solución que puede encontrar el paciente para vivir con su psicosis sin que ésta lo anule. Perspectiva de las estrategias terapéuticas que hay que seguir para descubrir con el paciente todas las vías, recursos y capacidades con las que cuenta para enfrentarse a su psicosis.

Como el título de la intervención indica, intentaremos aproximarnos a la psicosis desde una perspectiva psicoanalítica sin pretender agotar el tema. Muchos desarrollos quedarán sin concluir, no importa si logramos entre todos este acercamiento y comprensión sobre un tema en el que, en ocasiones existen algunos malentendidos.

Lo primero que tenemos que precisar cuando hablamos de una aproximación psicoanalítica a la psicosis es que, obviamente, hay otras aproximaciones distintas, diferentes a la psicoanalítica, que ésta no es la única, que hay diferentes modos de pensar la psicosis, enfoques diferentes sobre una misma psicopatología. Estas diferencias constituyen en la práctica cotidiana una fuente de conflictos entre los profesionales que tratan con la psicosis. Hay enfoques teóricos muy diferentes y también expectativas muy diferentes, que abarcan desde su causalidad hasta el modo de entender el tratamiento; hasta qué punto se puede curar la psicosis, qué entendemos como cura en la psicosis o cuáles son los mejores modos de abordar un tratamiento. La polémica no cesa y esto, en un sentido, es enriquecedor pero, en otro, produce una confusión, un laberinto en el que es, a veces, difícil ubicarse. Esta confusión no afecta únicamente a los profesionales, también los estudiantes que quieren formarse en salud mental están en este laberinto, aunque no siempre

sean conscientes del mismo. Por esto es muy importante que sea el propio alumno el que exija saber desde qué modelo teórico y clínico se está impartiendo determinada formación. Hay que ser muy claros en este asunto, pues en algunas ocasiones el que imparte la formación o el que trabaja con la psicosis oculta su modelo teórico dando así la impresión de que es el único, de que no existen otras posibilidades de abordar el tratamiento, o si existen no están consensuadas o no tienen el rigor y la seriedad suficientes.

La situación dista mucho de ser ideal pero hay que conocerla, los profesionales de la salud mental se enfrentan a diario con estas cuestiones, saben que no piensan lo mismo sobre el enigma que supone la psicosis y sin embargo tienen que compartir el mismo espacio; sesiones clínicas, intercambio de informes, trabajo con las familias y con el propio paciente. La comunicación no es siempre fluida y lo que se transmite a las familias o al paciente puede llegar a ser muy diferente, pues diferentes son los modos de abordar el mismo problema, distintas estrategias de tratamiento conviven con distintas expectativas, dependiendo de lo que esperemos del tratamiento así lo abordaremos. En el horizonte está la cuestión insoslayable de en qué consiste la cura en la psicosis. De la forma en que respondamos a esta pregunta se derivará, casi con total seguridad, el enfoque del tratamiento, los distintos pasos que hay que seguir, los acentos puestos en uno u otro aspecto, las recomendaciones o el uso de los psicofármacos, en definitiva nuestro modo de tratamiento de esta patología que nunca deja de sorprendernos.

Hechas estas aclaraciones podemos aproximarnos ahora a la psicosis desde una perspectiva psicoanalítica, pero si somos rigurosos con lo planteado anteriormente debemos especificar qué corriente psicoanalítica nos orienta. Dentro del psicoanálisis hay también variaciones sobre el mismo tema, no todos los psicoanalistas pensaron y piensan la psicosis de una forma única, muchos fueron los debates sobre la psicosis y su posibilidad de abordarla con el método psicoanalítico. El escepticismo, la euforia o el entusiasmo por comprender la psicosis atravesaron una controversia que se prolonga hasta nuestros días. Freud mismo tenía reticencias sobre la posibilidad de aplicar el psicoanálisis a la psicosis, tal como lo había concebido, cierta cautela y prudencia lo embargaban. Sin embargo esto no impidió que su estudio de las memorias de Daniel Paul Schreber (2003), ilustre psicótico que en 1903 publicó su experiencia psicótica en un libro titulado *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, se convirtiera en un texto fundamental para la comprensión de la psicosis, en la primera aproximación psicoanalítica a la psicosis. *Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito*,

título que dio Freud (1972a) a su trabajo, despertó el entusiasmo de parte de sus seguidores que vieron la posibilidad de tratamiento de estos pacientes, siempre teniendo en cuenta ciertas modificaciones sobre el método. El dispositivo analítico que tan buenos resultados estaba dando con la neurosis no era exactamente extrapolable a la psicosis. Así comenzaron a desarrollarse nuevas experiencias, se abrieron clínicas especializadas, institutos, tratamientos intensivos, comunidades terapéuticas, en un intento de generar un tiempo y un espacio para el tratamiento, tiempo y espacio, efectivamente, diferentes del marco clásico de la sesión analítica. Este tiempo y espacio, la creación de este nuevo tiempo y espacio, se les impuso fundamentalmente por dos razones: las dificultades de estos pacientes para el establecimiento del vínculo social y su peculiar relación con el lenguaje. Todos sabemos de esta dificultad y por eso ponemos a disposición del psicótico una serie de lugares, y en esto hay coincidencia, sean hospitales, centros de día, centros de rehabilitación, de inserción laboral, residencias, pisos protegidos, coincidimos en que el psicótico necesita, en un gran número de casos, de estos dispositivos durante un tiempo que no podemos precisar por adelantado. Creamos estos espacios para facilitar este vínculo, para establecer una red de posibles relaciones sociales, que el psicótico, por sí mismo, no podría establecer, para sacarlo del riesgo de aislamiento y para darle el tiempo suficiente de encontrar una solución digna para su psicosis.

Dentro de esta tradición del pensamiento psicoanalítico sobre la psicosis quiero resaltar las investigaciones llevadas a cabo por Jacques Lacan, psiquiatra y psicoanalista francés, que convulsionó los ámbitos psicoanalíticos a partir de los años cincuenta y tuvo la sagacidad de extraer de la psicosis una enseñanza. Produjo cierta inversión, cierto desplazamiento de los ejes que habían configurado hasta entonces la perspectiva psicoanalítica de la psicosis. Sugirió a los psicoanalistas no retroceder frente a la psicosis, pues la psicosis nos muestra la estructura de la subjetividad, dicho con otras palabras si no entendemos los mecanismos que se ponen en juego en el fenómeno psicótico no habremos entendido gran cosa del ser humano. La psicosis dejaba de ser una especialización dentro de la disciplina analítica para convertirse en parte esencial de la misma, un psicoanalista que siga esta orientación nunca podrá por tanto desentenderse de la psicosis. Es desde esta orientación que vamos a desarrollar nuestra aproximación a la psicosis.

2. EL MECANISMO EN LA PSICOSIS

Jacques Lacan aisló un mecanismo preciso que operaba en la psicosis al que denominó forclusión. Este término lo había utilizado Freud (1972b) en el

comentario de uno de sus casos y Lacan (1984) lo rescata para explicarse qué puede hacer que una psicosis se desencadene, que condiciones han tenido que darse para que en un momento determinado de la vida de un sujeto la psicosis irrumpa trastocando su mundo. El concepto de forclusión es complejo, se enmarca dentro de cierta concepción del lenguaje y su relación con el inconsciente y el sujeto, es deudor de la importancia dada al lenguaje en la constitución misma del individuo, no obstante vamos a intentar abordarlo aunque corramos el riesgo de perder cierto rigor en su exposición, cierta precisión en los términos. En una primera aproximación será suficiente si conseguimos hacernos una idea de lo que supone este concepto, si nos ayuda a comprender mejor esta aproximación a la psicosis.

Para ello retornaremos por un momento a Freud (1972c) y a su concepto de represión. La represión fue el mecanismo que Freud distinguió para la neurosis, el mecanismo que explicaba la formación de los síntomas neuróticos. Entendemos por síntoma neurótico un síntoma de origen psíquico que señala que algo no funciona como debería, algo que perturba y hace obstáculo en la vida del sujeto. Como ejemplos más claros tenemos los síntomas obsesivos o fóbicos que son como zancadillas en el deambular del neurótico, traspies constantes en su actividad cotidiana. Tras esta disfunción, que da forma a la queja neurótica, Freud entrevió otro aspecto del síntoma que comprometía al propio neurótico; el síntoma era a su vez portador de una verdad reprimida por el sujeto, el síntoma ocultaría una verdad, inadmisibles para la conciencia, que podría ser desvelada a través de la interpretación analítica. Pero la represión no es un mecanismo perfecto, la represión no logra mantener en el olvido las ideas intolerables, ya que como observó Freud lo que se reprime es la idea pero no el afecto concomitante, se reprimen las palabras asociadas a un afecto o a la pulsión, pero no el afecto o la pulsión misma. Lo reprimido en el inconsciente quiere encontrar sus vías de salida, empuja de una u otra manera por aflorar a la conciencia, quiere encontrar su manifestación, su retorno y lo alcanza a través de las formaciones del inconsciente; sueños, actos fallidos, síntomas, testimonian de este retorno de lo reprimido, son distintas formas de acceso al inconsciente. Retengamos esta idea del síntoma como retorno de lo reprimido.

A diferencia de la represión, la forclusión transmite la idea de rechazo, aquí no hablamos de un significante que fue apartado de la conciencia, sino de un significante que no estuvo. A este significante que tenía que haber estado y no estuvo Lacan lo denominó Nombre del Padre, que lejos de connotaciones religiosas,

hace referencia, para entendernos, a la función paterna. Tiene su interés, y también su dificultad, pensarlo como significativo, ya que la operatividad del mismo no depende necesariamente del padre real. Tomemos como ejemplo a la madre soltera o la madre que con su hijo son abandonados a muy temprana edad, son casos en los que no hay presencia paterna pero esta ausencia no implica que haya forclusión, por el contrario familias constituidas por el padre, la madre y los hijos no garantizan que esta forclusión no se produzca. Muy sucintamente el cometido de la función paterna es instaurar una barrera, un corte, una ley que haga obstáculo a la completud imaginaria entre madre e hijo, que el hijo no colme por completo el deseo de la madre, que no se constituya en su objeto de satisfacción, poner un límite al goce incluido en esa relación, permitiendo que el niño acceda al deseo, que alcance el estatuto de sujeto deseante. Como señalé anteriormente la teoría de la forclusión es muy compleja y exige un conocimiento previo de la obra de Jacques Lacan para captar toda su relevancia. Lo importante de esta teoría, lo que pretendo que conserven hoy de la misma es sin embargo más simple; tanto el mecanismo de la represión como el de la forclusión remiten a la causalidad psíquica como origen de estas patologías, despejando a la psicosis de la rémora deficitaria.

La perspectiva psicoanalítica no concibe la psicosis en términos de déficit; los delirios paranoicos no impidieron a Rousseau desarrollar uno de los pensamientos más influyentes de la modernidad, ni la esquizofrenia al matemático John Nash recibir el Premio Nobel de Economía o la psicosis maníaco-depresiva a Cantor formalizar la noción de infinito. Se me puede objetar que he elegido casos excepcionales, no es así, la elección no está motivada por la excepción sino por ser casos por todos conocidos, en la clínica diaria nos encontramos con pacientes a los que su trastorno psicótico no ha impedido desarrollar una vida laboral o cursar sus estudios. Y ustedes me pueden replicar que a otros este mismo trastorno sí les obstaculizó, les truncó su vida académica o laboral, y tienen razón. Lo que está por dilucidar es la razón de este obstáculo y los psicoanalistas pensamos que no es del orden cognitivo o intelectual, que no es un déficit cognitivo o intelectual, ni ningún tipo de lesión orgánica o funcional lo que se alza como obstáculo. Se trata de ver en cada caso cuáles son las razones y encontrar con el paciente la mejor forma de sortearlas, de encontrar con cada uno la mejor solución para su psicosis, una solución que ha de ser singular pues singular es cada paciente que recibimos y tratamos. Detrás de cada paranoia o cada esquizofrenia hay una persona distinta, debemos tener especial cuidado en que el diagnóstico no borre estas diferencias, una misma sintomatología no hace iguales a los individuos, pues cada

uno se relacionará y responderá a sus síntomas de diferente manera. Esta constatación clínica torna imposible una concepción estandarizada del tratamiento, contemplamos, obviamente, una estrategia en la forma de dirigir un tratamiento, una serie de normas y unos objetivos clínicos que lejos de conformar un estándar pretenden rescatar la particularidad de cada caso, encontrar con el psicótico un modo de vivir con su psicosis con el menor sufrimiento posible, intentar que su vínculo con los otros sea menos dramático, reducir o eliminar si es posible la terrible vivencia de los fenómenos elementales.

3. TRES MOMENTOS EN LA PSICOSIS

Para orientarnos en el abordaje de la psicosis distinguiremos tres momentos: la coyuntura del desencadenamiento, el desencadenamiento mismo y la posibilidad de estabilización. Antes debemos precisar lo siguiente, no todas las psicosis tienen un momento preciso de irrupción, hay psicosis que comienzan su desarrollo en la infancia y en estos casos asistimos a un proceso continuo, a un desarrollo que puede atravesar distintas vicisitudes pero en el que no podemos situar esta irrupción. En el resto, en el transcurso de una vida aparentemente normal, todo se da vuelta, se nubla, al sujeto se le desmorona su mundo, asiste estupefacto a una serie de fenómenos que lo invaden y no comprende, es el momento dramático de la crisis, de los primeros brotes, del gran padecimiento del psicótico.

En la coyuntura del desencadenamiento debemos buscar qué ha producido la crisis, en el desencadenamiento mismo desentrañar el cómo se ha desarrollado y en la estabilización de qué manera, qué respuesta va a darse el paciente sobre este colapso en su existencia, qué elaboración será capaz de realizar para restituir cierto orden en el caos que trajo consigo el desencadenamiento. De estos tres momentos, el de la coyuntura es el que nos es desconocido, no sabemos qué situación desbordó al paciente o qué acontecimiento lo situó en esta encrucijada. Lo tendremos que averiguar con él pues nos proporciona una información valiosa para el tratamiento, es la situación que abrió el vacío y ante la que el sujeto no pudo responder más que con la emergencia abisal de la psicosis. Los otros dos momentos son los propiamente psicoterapéuticos, los que demandan nuestra intervención. El paciente suele acudir a consulta, al centro de salud o al hospital en el momento de la crisis, se impone aquí una valoración urgente del caso, si necesita de un ingreso, si es preciso administrar una medicación, asistir a la familia, hablar con el paciente para mitigar todo lo que sea posible los efectos

devastadores de esta vivencia y disponer de todos los medios para que la crisis remita lo antes posible, pero sin perder de vista que esta remisión de la crisis tiene que ser el prelude para el trabajo con el psicótico y no su epílogo.

Algunos fragmentos clínicos nos ayudarán a ilustrar y desarrollar estos momentos. Como veremos a continuación no tenemos que buscar en la coyuntura del desencadenamiento situaciones especialmente traumáticas o extrañas, en ocasiones un desengaño amoroso o un reclamo sexual son suficientes.

3.1. Coyuntura del desencadenamiento. Estructura psicótica y psicosis clínica

Un paciente de 15 años y que ha vivido la mitad de su vida en instituciones de acogida, pertenece a una familia muy desestructurada con una madre y un padrastro alcohólicos y cinco hermanastros que también residen en centros de acogida, admite asistir a consulta hospitalaria a instancias de la institución en la que actualmente vive. Es un muchacho tímido y muy nervioso, una gran diversidad de gestos faciales acompañan sus entrecortadas palabras mientras se remueve en la silla sin dejar de mover las manos. Se despierta por la noches y en ocasiones grita o profiere frases incomprensibles. Le aquejan diversos terrores; miedo a quedarse encerrado en la habitación, a los pájaros que ve por la ventana y ha desplegado una curiosa fobia a los colores: rojo, amarillo, naranja y blanco le dan miedo, se imagina un mundo sin objetos impregnado exclusivamente por estos colores y se aterroriza, por el contrario el azul, verde y negro lo tranquilizan. Está «muy obsesionado» con la guerra de Irak. Con frecuencia no encuentra las palabras para expresar lo que quiere. Un hombre con el que se encuentra a veces al salir de su residencia parece abrigar malas intenciones, puede hacerle daño. En la primera entrevista manifiesta que siente una gran incomodidad, un gran malestar cuando le preguntan por su familia, hay algo en su familia que no sabe cómo explicar, algo que es muy raro y es que tiene dos padres. Se entera de esto a los cinco o seis años, cuando la madre decide, sin previo aviso, comunicarle que tiene otro padre y que se lo va a presentar y así lo hace. Cuenta desde entonces con estos dos padres, con los que no sabe muy bien cómo debe relacionarse, pero que consigue ordenar llamando a uno el padre verdadero que le dio la vida y al otro el padre que le ha dado el nombre.

Antes de continuar con el caso conviene hacer una precisión y distinguir entre estructura psicótica y psicosis clínica. Hablamos de estructura psicótica cuando en un caso observamos algunos síntomas que nos hacen presagiar la posible irrupción de la psicosis. ¿Qué nos hace pensar que este muchacho puede ser un psicótico? ¿Qué nos hace sospechar que estamos frente a una estructura psicótica, si no se ha presentado la sintomatología propia de la psicosis? Hay tres rasgos en esta breve descripción de su clínica que nos inducen a reflexionar sobre esta posibilidad: su dificultad con el lenguaje; lo que llama su «obsesión» con la guerra de Irak, en la que se siente especialmente implicado, que apunta ya la probabilidad de una construcción delirante y el rasgo paranoico presente en el hombre con el que se encuentra al salir de la residencia. Es importante siempre detectar estos pequeños signos, son el aviso de que una crisis puede precipitarse. No siempre está a nuestro alcance, como veremos a continuación, poder evitar la crisis, pero sí debemos prestar atención a estos avisos para no ser nosotros los que la promovamos, en especial cuidaremos el uso de la interpretación para no enfrentar al sujeto con enigmas para los que no tiene respuesta, por un lado y por otro procuraremos no socavar, respetar el equilibrio que el paciente ha encontrado hasta ese momento, aunque sea imaginario y frágil, volveremos sobre esto más adelante.

¿Qué coyuntura, qué situación precipitó en este paciente el pasaje a la psicosis clínica? Algo tan simple como un ciclo sobre sexualidad impartido en su residencia, podemos constatar que esta situación no tiene nada de especial, no podemos censurar a nadie por dar estos cursos, son útiles en la mayoría de los casos pero a nuestro paciente lo confrontó con este vacío del que hablamos anteriormente.

Una tarde, retomamos ahora el caso, llega a consulta mucho más inquieto que de costumbre y muy enfadado, nunca antes había mostrado enfado o malhumor, no entiende qué está pasando en su residencia, por qué le tienen que hablar de sexualidad sus educadores. Lleva varias noches sin dormir dándole vueltas, no entiende que le hablen de «eso» y además no sabe qué tiene que hacer con lo que le están contando. Este joven paciente toma la información como un mensaje que le exige una respuesta, tiene que hacer «algo con eso». Pasa algunos días muy intranquilo y atormentado, sus miedos se han intensificado y el hombre de las malas intenciones espera ahora todos los días en una esquina con propósitos de violación o secuestro. Ha vislumbrado una «sonrisa ilegal» en una presentadora de un programa infantil de televisión, no sabe qué significa esta sonrisa pero está segu-

ro de que es una provocación dirigida a él, está muy intrigado hasta que al final de esa semana decide averiguar dónde vive, con el firme propósito de establecer relaciones con ella. Regresa a consulta, tras el fin de semana, mucho más relajado y comenta que se le ha pasado la obsesión, que estudia mejor y está contento de tener novia. Ha conocido a la presentadora, han paseado por el Retiro charlando de sus cosas y conociéndose, la chica ha sido muy amable con él, el próximo fin de semana conocerá a sus padres. A partir de este instante se suceden una serie de abandonos y encuentros sucesivos: un día aparece muy agitado porque ha comprado un anillo de compromiso para la chica, pero advierte que ya no es la presentadora «a ésta la dejé, no me permitía estudiar». A la chica del anillo la abandona precipitadamente, le ha puesto los cuernos y además sólo estaba interesada en su dinero. Para concluir con este fragmento clínico podemos preguntarnos ahora: ¿qué hizo el paciente con «eso»?; ¿cómo resolvió lo enigmático de la información sexual? Respondió con una mitomanía delirante de contenido amoroso. Y no fue para él una mala salida, paulatinamente en el curso del tratamiento trabajamos mucho la cuestión del amor, tiramos de este hilo hasta ir deshaciendo esta mitomanía delirante con trasfondo megalómano. Ha quedado como resto su necesidad de estar enamorado, se serena y se alegra cuando se enamora, ahora lo está de una compañera, pero ya no acompaña este amor con una construcción delirante.

3.2. Desencadenamiento

El desencadenamiento es el momento en el que la psicosis despliega toda su estructura y el paciente asiste atónito ante esta aparición de fenómenos extraños que desmoronan su mundo, que transforman su experiencia de las cosas; trastornos del lenguaje, alteraciones del curso del pensamiento, de la ideación y la percepción, desorientación en el tiempo y el espacio, alucinaciones auditivas o visuales. La intrusión de estos fenómenos, llamados clásicamente fenómenos elementales, en la vida de un sujeto produce el desgarramiento y desestructuración inherentes a toda psicosis.

Clínicamente podemos distinguir tres fases en el interior mismo del desencadenamiento, quizás sea más preciso hablar de una serie que contiene estas fases; en primer lugar el enigma, después la perplejidad ante el enigma y por último la certeza relativa al vacío enigmático.

El enigma abre siempre un vacío en la significación, el sujeto se enfrenta con algo que sabe que quiere decir algo pero no alcanza a saber qué quiere decir, esta inquietante paradoja da cuenta de que la relación entre el significante y el significado se ha alterado. Es fácil constatar en esta fase como las palabras, los gestos o determinados hechos que nos parecen anodinos toman para el paciente una gran relevancia, son convertidos en mensajes dirigidos a su persona pero imposibles de descifrar. Un paciente que sufre alucinaciones cenestésicas y del esquema corporal, tiene extrañas sensaciones corporales, siente que la espalda se le inflama, cuenta con estupor como alguien intenta sacarle algo de esta parte del cuerpo, tal vez le quieran robar algo pero no entiende qué ni por qué. Otro que siente atracción por una compañera de instituto inmediatamente comienza a oír rumores sobre él en los pasillos, comentarios de los compañeros, los padres de la chica hablan mal de él. Observamos que del enigma a la perplejidad se pasa apenas sin solución de continuidad, la incógnita que la aparición del fenómeno elemental supone para el paciente lo sumerge rápidamente en el desconcierto y la desorientación.

Es un período muy delicado del tratamiento, un período en el que hay que calibrar muy bien las maniobras con el paciente, custodiar lo que decimos o hacemos, pues también nuestras palabras y actos pueden ser interpretados. Coincide además en muchos casos con el inicio del tratamiento y por lo tanto con el establecimiento de la relación terapéutica. Es el momento de acompañar al paciente en la búsqueda de una explicación, de ver la mejor forma de despejar la incógnita. En un paciente arrasado por alteraciones del contenido pensamiento, alucinaciones visuales, escisiones perceptivas y con una desorientación que se prolongaba mucho en el tiempo fue de gran ayuda trabajar con él sobre estos fenómenos, informarle sobre la esquizofrenia, este pequeño estudio sobre el tema permitió establecer cierta distancia con esta fenomenología y un comienzo de explicación. Por el contrario, una paciente en una situación similar, pero con más peso de la ideación delirante, no quiere ni oír hablar de su enfermedad, no quiere saber nada de su diagnóstico y pide por favor que no se lo digan, no quiere ver los informes, sabe que tiene «una enfermedad nerviosa» pero no desea saber su nombre pues cree que si lo sabe no podrá sacárselo nunca de encima. Traigo este contrapunto para mostrar que la mejor forma de despejar la incógnita tenemos que encontrarla con el paciente, no contamos con un modelo que nos sirva para todos, debemos dejarnos guiar por las pistas que nos ofrece para atemperar lo antes posible su sufrimiento.

La certeza relativa al vacío enigmático es el resultado de despejar la incógnita, es la interpretación que se da el paciente psicótico sobre los fenómenos que ha padecido, para encontrar una significación que cierre de alguna manera el vacío abierto por el enigma. Siempre hallamos la certeza en la psicosis, más o menos explícita siempre esta ahí, es la respuesta al porqué, ya sea al ¿por qué me miran mis compañeros cuando salgo a la pizarra?, ¿por qué hablan de mí?, ¿por qué oigo voces?, ¿por qué me persiguen? o ¿por qué tengo sensaciones extrañas? La certeza se sistematiza comúnmente bajo diversas formas de delirio, aunque hay psicosis en las que la certeza no aparece así. El delirio es esta interpretación de la que hablamos, es el intento de restablecer, como señalamos anteriormente, cierto ordenamiento del caos, aunque no todos los delirios lo logran con igual fortuna; los hay que consiguen estabilizar una significación y dar un sentido que apacigua y otros en los que este sentido se resiste, en los que la interpretación se desplaza de un contenido a otro sin alcanzarlo. Este trabajo de elaboración es la antesala del tercer momento, la posibilidad de estabilización.

Antes de pasar a este punto es necesario hacer algunas precisiones. Estas fases forman parte de una serie continua, su temporalidad varía con cada caso y no deben ser pensadas como etapas que se superan unas a otras. Son sobre todo indicadores que nos ayudan y orientan para el mejor abordaje del tratamiento al señalarnos el momento en el que se encuentra el paciente en la relación con su psicosis.

3.3. Posibilidad de estabilización

Entendemos por estabilización el modo que encuentra el psicótico de tomar distancia del fenómeno elemental, de atemperar sus efectos devastadores, de salir de la dispersión. La dirección de tratamiento apuntará en este sentido, procurar una estabilización que le permita al paciente ir tomando las riendas de su vida. No hay que confundir la estabilización con la cura de la psicosis, la estabilización es la solución que puede encontrar el paciente para vivir con su psicosis sin que ésta lo anule como sujeto.

Expondremos ahora, a través de varios casos, la riqueza de estas soluciones, la particularidad de cada sujeto en relación con su psicosis y la expresión clínica de estos tres momentos. Nos apoyaremos en principio en dos casos, en ambos el recurso encontrado es la escritura, pero no cumplirá la misma función en uno y

otro. Para uno consumará una estabilización, para el otro, una suplencia. Veremos esta diferencia entre Raoul Spifame y Joyce. Joyce es por todos conocido y no necesita presentación. A Spifame tuve la suerte de encontrármelo leyendo *Los iluminados* de Nerval (2007). Nerval presenta explícitamente su obra como un «Elogio de la locura» que no pudo escribir. Se conformó con rescatar, del desván de un tío suyo, seis pequeñas biografías de «iluminados» entre las que destaca la de Spifame como un iluminado en el sentido de loco. Jurista del siglo XVI y tan parecido en su físico al rey Enrique II que terminó por creerse él mismo rey y proclamar en su nombre diversas ordenanzas, proclamas y edictos.

4. RAOUL SPIFAME Y JAMES JOYCE

Una vez hecha la presentación del iluminado Spifame exploraremos las vicisitudes de su existencia a partir del instante de su entrada en la psicosis. Aislaremos los tres momentos que ya conocemos: coyuntura dramática, desencadenamiento y crisis del espejo, estabilización, y una última crisis.

4.1. Raoul Spifame

4.1.1. *Coyuntura dramática*

Spifame es un joven abogado de provincias, recién licenciado, que acude por primera vez a la reanudación de las cámaras del parlamento que tienen como acontecimiento destacado la asistencia del rey. Nuestro joven está sentado en uno de los bancos más retirados de la tribuna principal pero esto no es obstáculo para que los ojos del rey se detengan largamente sobre él. Un rayo de sol le ilumina plenamente el rostro, tan claramente que todas las miradas comienzan a dirigirse también sobre aquello que llama la atención del rey. Es a Raoul Spifame a quien miran de este modo.

Le pareció a Enrique II que un retrato hubiera sido colocado junto a él, transformando en negro sus espléndidos vestidos. Todos señalaron lo mismo, que el joven se parecía extraordinariamente al rey, y a causa de la superstición que dice que poco antes de morir cada uno ve su propia imagen vestida de duelo, el rey estuvo inquieto durante el resto de la sesión.

En cuanto a Raoul, desde aquel día, sus compañeros del colegio de abogados no dejaron de llamarle Señor o Su Majestad. Esta broma insistente llevó a Raoul Spifame a diversos hechos extraños. Así un día se permitió enviar al primer presidente una advertencia con motivo de un juicio, según él mal resuelto, en materia de herencias. Por este motivo fue suspendido de sus funciones durante un mes y condenado a pagar una sanción. Esta conducta llegó tan lejos que los magistrados superiores creyeron ser indulgentes al prohibirle por completo el ejercicio de su profesión. Finalmente, sus hermanos y su hija se vieron obligados a solicitar su suspensión civil, y sólo por este asunto volvió a aparecer en un tribunal.

4.1.2. El desencadenamiento y crisis del espejo

Esto produjo una fuerte revolución en su persona, puesto que hasta ese momento su locura no había sido más que una especie de sentido común y de lógica, y no había habido más aberración que la imprudencia. Pero si el que fue citado ante el tribunal era el visionario Spifame, el que salió de allí era un verdadero loco, uno de los cerebros más ágiles que hubieran reclamado las salas del hospital. Cuando atravesaba el vestíbulo de la sala de sesiones, oyó cien voces que murmuraban: «¡El rey! ¡Abran paso al rey!» Este apodo, cuyo tono burlesco hubiera debido percibir, provocó sobre su inteligencia dañada el efecto de una sacudida que se aplica sobre un resorte frágil: la cordura se alejó tarareando y el auténtico loco hizo su entrada en la sala.

Llamó a los miembros del tribunal «nuestros leales y amados» y honró al fiscal con un «Dios os guarde» lleno de cercanía. En cuanto a sí mismo, Spifame, se buscó en la sala, lamentó no verse, se informó de su salud, y se mencionó repetidas veces en tercera persona, dándose el calificativo de «nuestro amigo Raoul Spifame, de quien todos deben hablar bien». Este juicio tuvo resonancia en la corte. El rey ordenó que el pobre loco fuera bien tratado, sin mostrar, de todos modos, ningún deseo de volver a verle. Fue ingresado y durante más de un mes la fiebre dominó en Raoul a la razón todavía rebelde. Durante el día permanecía en su silla, comprendiendo su verdadera identidad, pero la noche le arrastraba a sueños extraordinarios y sufría por ello una tortura totalmente diferente: era el verdadero rey Enrique II, pasaba revista a los ejércitos, mantenía reuniones de Estado, o presidía banquetes espléndidos.

Hallándose en este estado, un guardia con el que mantenía algunos intercambios, le regala un espejo de acero pulido. El encuentro con su imagen le hizo detenerse repentinamente. Obligado, en ese momento de vigilia, a aceptar su personalidad verdadera, creyó ver al rey que venía hacia él desde una galería alejada. Aquí aparece una página memorable en la que Nerval juega con el espejo, con la confusión de las imágenes entre Spifame y el rey. En el marco de este desorden imaginario Spifame comienza a lanzar reproches a los traidores que le habían puesto en aquella situación. El pobre gentilhombre llega incluso a llorar, defendiendo su inocencia y pide que sean interrogados sus enemigos, lo que parece emocionar al rey, pues una lágrima se desliza siguiendo el contorno de su real nariz.

La noche siguiente, durante el sueño, el pobre loco dio orden de liberar inmediatamente a Spifame, injustamente detenido y falsamente acusado. El delirio fue tan grave que el médico se inquietó e hizo que le trasladaran a una sala más amplia, pensando que quizás la compañía de otros enfermos podría apartarle de vez en cuando de sus meditaciones.

4.1.3. Estabilización

Llevaron a su habitación a un pequeño hombre que anhelaba ser el rey de los poetas y cuya locura consistía fundamentalmente en desgarrar todo papel o pergamino no escrito por su mano, ya que creía ver en ellos las producciones rivales de los malos poetas de la época, que le habían robado los favores de Enrique II. Inmediatamente Spifame, ahora investido por completo en la persona del rey, reconoce al poeta y le otorga los favores reclamados. Este casual y genial encuentro permite que ambos se dediquen por entero a su labor; uno a escribir loas al rey, el otro a escribir sus proclamas y edictos.

Una de las ordenes más memorables de este período es la que ordena a todos los conserjes, guardas y otros secuaces judiciales que dejen entrar libremente a su leal súbdito amigo Spifame y prohíbe a todo abogado, litigante o pasante que interrumpan las expresiones de su elocuencia. Sus otros edictos, conservados hasta hoy y firmados en nombre de Enrique II, tratan de la justicia, las finanzas, la guerra, y sobre todo, de la policía de París.

El poeta y el rey lanzan estas proclamas por la ventana con la intención de transmitir a las gentes de París la conspiración contra la persona del rey. Al no

obtener ninguna respuesta de sus súbditos planean una evasión para informar directamente a estas buenas gentes de lo que se trama a sus espaldas y tras algunos intentos fallidos logran fugarse.

4.1.4. *Última crisis*

Pisadas ya las anheladas calles de París, no les queda más que encontrar a las gentes a las que dirigirse. Tras algunos paseos, no exentos de cansancio y frío, dan con el lugar ideal; un mercado repleto y animado. Se encaraman sobre un improvisado entarimado y el poeta presenta al rey, que emprende su discurso. El buen hablar de Spifame junto con su gran parecido con el monarca encandilan a los oyentes, hasta el punto en que están prestos al alboroto. Es el comienzo del fin, aparecen los guardias y prenden a Spifame, no sin las protestas y perplejidad de una multitud que cree están arrestando al propio rey. Es conducido ante la presencia del rey y la impresión que produjo en el pobre loco la visión del rey en persona fue tan fuerte que cayó en una de sus fiebres más fuertes, durante la cual confundía, como en otros tiempos, sus dos vidas, la de Spifame y la de Enrique II y no era capaz de reconocerse en ninguna de ellas.

El rey sabiendo que la locura de Spifame era inofensiva no quiso que lo enviaran de nuevo a aquel hogar en el que su imagen se encontraba expuesta a burla de los visitantes y sirvientes. Mandó que se le alojara en uno de sus palacios de verano junto con el poeta.

Hay que destacar que el conjunto de las sentencias y las ordenanzas promulgadas por este loco fue enteramente publicado años después y remarcar el hecho de que la mayor parte de las reformas diseñadas por Spifame fueron llevadas a cabo posteriormente.

4.2. James Joyce

Del segundo caso, Joyce, es mucho lo que se ha escrito y seguramente se seguirá escribiendo, no en vano era una de las aspiraciones del propio escritor. Nosotros, para perseguir nuestros propósitos, nos centraremos en una pregunta que se hace Lacan (2006) en el *Seminario 23*. Comienza una de las clases de este *Seminario* preguntándose si Joyce estaba loco. Se dirige a Jacques Aubert, exper-

to en Joyce, y le formula esta pregunta destinada a despejar la estructura clínica. El problema es el siguiente: él sospechaba que se trataba de un psicótico pero no hay un correlato clínico nítidamente reconocible de eso; es decir, piensa que se trata de una estructura psicótica, lo sospecha, pero que no ha desencadenado clínicamente una psicosis. Y entonces al comienzo de la clase se pregunta, y le pregunta a J. Aubert: ¿Joyce estaba loco? ¿No hay en sus escritos algo que llamaría la sospecha de ser, de creerse un redentor? La pregunta remite a si Joyce presentaba un delirio de redención, si se creía un redentor, Lacan busca la certeza. Se ha creído sí o no un redentor, le pregunta. Y Aubert le responde: hay marcas. Hay cierta posición megalómana de engrandecimiento yoico. Podemos encontrar elementos de grandeza, hay un matiz por el cual Joyce se ubica en lo que él llama el espíritu increado de la raza.

Sin embargo no hay en Joyce una psicosis desencadenada, un delirio de redención claramente desplegado y articulado. Aunque en otra de las clases señala la carencia paterna —para Joyce, el padre jamás ha sido padre— y propone esta carencia como una forclusión de hecho.

Entonces, ¿qué es lo que permitió no desencadenar la psicosis?, ¿cómo se reparó la falla que impidió el desarrollo de una psicosis clínica? Con el síntoma; el síntoma de Joyce, algo que logró hacer una suplencia de eso que no estuvo, y Lacan lo denomina ego. Es lo que permitió a Joyce no desencadenar una psicosis. ¿Pero cómo obtiene Joyce ese síntoma, cómo pudo reparar esa falla? Porque logró transformar el goce autista de la escritura, tan frecuente en la psicosis, en un instrumento para hacerse famoso, en un texto capaz de ser publicado y establecer un lazo con el público, hizo de la escritura un lazo social.

Recordemos que antes de ser famoso poseía esta suerte de engrandecimiento yoico. Joyce suple la carencia radical de la función paterna haciéndose un nombre, queriendo ser alguien cuyo nombre, ser el artista del siglo, sobreviviese para siempre.

3.3. Estabilización y suplencia

Retomemos para concluir, ambos casos, y la función que la escritura juega en los mismos. A Spí fame le proporciona cierta estabilización: transita desde el desastre creciente de lo imaginario hasta alcanzar el nivel en que significativo y significado se estabilizan en la metáfora delirante. Metáfora que le permite la

producción de una escritura que no es delirante, que al igual que en Joyce no es autista, una escritura que también se dirige a un público. Ambos, también quieren ser famosos, aunque lo consiguen en muy distinta medida. Sin embargo, Joyce hace suplencia de eso que no está, el ego en Joyce hace función de síntoma e impide el desarrollo de una psicosis clínica. Joyce mismo, por querer hacerse un nombre, hizo la compensación de la carencia paterna. ¿Habría desplegado Spifame su psicosis sin el encuentro con el rey? No lo sabremos nunca, pero sí sabemos que el recurso a la escritura no fue suficiente para evitar el desastre: Spifame, al contrario que Joyce, no pudo engendrarse un nombre, toda su obra está escrita en el Nombre del Rey. Sus edictos y ordenanzas aparecen firmados por Enrique II. ¿Por qué no pudo Spifame escribir en su nombre? ¿Por qué el engrandecimiento yoico le salva a Joyce de la psicosis clínica, sin precipitarle en un delirio de tintes megalómanos?

Estas mismas preguntas con declinaciones distintas nos las hacemos en la clínica diaria con la psicosis y la mayoría de las veces no encontramos una respuesta satisfactoria, no importa. Lo que sí importa es hacerse la pregunta, lo que importa es preguntarnos en cada caso con qué recursos cuenta el paciente para llegar a una posible estabilización más allá de su diagnóstico, cómo podemos desarrollar y favorecer lo mejor de sus capacidades para enfrentarse a su psicosis.

5. ALGUNAS PRECISIONES SOBRE EL DIAGNÓSTICO

Cuando decimos más allá del diagnóstico, ¿a qué nos estamos refiriendo?, ¿nos sugiere este más allá que podemos prescindir del diagnóstico? En absoluto, y enseguida veremos las razones. Lo que nos indica es que no convirtamos el diagnóstico en el destino del paciente, que no lo aplastemos con las categorías diagnósticas que utilizamos. Que hayamos llegado a la conclusión, a través de la exploración psicopatológica, de que un paciente es esquizofrénico o paranoico, no se traduce inmediatamente en un saber sobre el tratamiento, no significa que tengamos ya las claves, pues ni la esquizofrenia ni la paranoia ni cualquier forma que tome la psicosis hace a los sujetos idénticos. La psicosis no hace equivalentes a los psicóticos, hay que desembarazarse de esta idea y hacérsela llegar a los propios pacientes, pues es muy frecuente escuchar su preocupación, por ejemplo, cuando aparece alguna noticia sobre un hecho criminal protagonizado por alguien diagnosticado de psicosis, de si ellos podrán cometer actos del mismo tipo. Lo que dice bastante de la conciencia ética de muchos de ellos. Por el

contrario nosotros, los no diagnosticados de psicosis, no nos hacemos estas preguntas cuando cualquier criminal, que tampoco está diagnosticado de psicosis, realiza sus tropelías.

El más allá del diagnóstico apunta, por tanto, a la singularidad, a lo que hay de más peculiar en cada caso, a lo que hace diferentes entre sí a los sujetos aunque sufran la misma enfermedad. Los pacientes se relacionan de distinta forma ante padecimientos similares, establecen relaciones terapéuticas diferentes, algunos quedan invadidos por la extrañeza de la sintomatología mientras otros se sobrepone, donde unos se abandonan otros toman iniciativas para sostener su vida con un gran esfuerzo.

Hecha esta aclaración, en el transcurso de las primeras entrevistas tendremos que valorar si estamos frente a una psicosis ya desencadenada clínicamente o ante una estructura psicótica sin desencadenar, para tomar las precauciones mencionadas anteriormente.

Si la psicosis ya ha hecho su irrupción, lo primero es ver bajo qué forma se presenta o cómo puede desarrollarse, pues no siempre esta forma aparece con claridad cuando tomamos contacto con el paciente; en esta primera aproximación es en principio importante dilucidar si se trata de esquizofrenia, paranoia o psicosis maníaco-depresiva, para elaborar una estrategia de tratamiento adecuada. También nos ayuda, discernir el momento de la psicosis en que se encuentra, así como estimar su disposición al tratamiento, apreciar su capacidad para establecer vínculos; evaluar si precisa algún tipo de medicación y cómo utilizarla, sobre este aspecto hablaremos en el siguiente apartado; evaluar la pertinencia de un posible ingreso y su modalidad; qué indicaciones, información o apoyo dar a su familia o a su entorno.

Estas cuestiones, y seguramente alguna más, se ponen en juego en estas primeras entrevistas y de cómo las calibremos dependerá, en gran parte, el tratamiento. Es un momento clínico que requiere finura y templanza, tenemos que tomar decisiones muy comprometidas y en muchas ocasiones con rapidez, también hay que señalar que estos mismos aspectos hay que tenerlos presentes a lo largo del tratamiento, no se resuelven definitivamente en este prelude, hay que estar muy atentos y pendientes de la evolución del paciente para introducir las modificaciones necesarias. Ilustraremos con un caso clínico algunos de estos aspectos referidos al diagnóstico, en especial el relativo al uso de los psicofármacos.

6. USO DE LOS PSICOFÁRMACOS DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

Es muy habitual, cuando se trata de los psicofármacos, encontrarnos con pacientes que no quieren ni oír hablar de abandonar una medicación, mientras a otros la perspectiva de tener que tomarlos les produce auténtico espanto. Hoy en día se ha extendido su uso, hasta el punto en que muchos individuos, sin estar aquejados de enfermedad alguna, los utilizan para elegir su estado de ánimo y confían su suerte a la acción de estas sustancias químicas que modifican sus estados psicológicos «desde el exterior», sin necesidad de trabajo personal, sin ningún esfuerzo por su parte, sin ninguna implicación subjetiva.

¿Cómo podemos servirnos de los psicofármacos? ¿Es posible armonizar el uso de fármacos y el trabajo subjetivo, que no sean excluyentes? ¿Cuándo decidimos que un paciente debe seguir una pauta médica y cuándo abandonarla? Imposible extraer conclusiones generales, como ya hemos señalado, en cada caso hemos de plantearnos estas cuestiones y calibrarlas con mucha fineza. Debemos pensar el uso de la medicación en cada paciente, en el momento de la cura en que se encuentra y de qué modo la medicación prescrita le va a permitir su elaboración subjetiva. Con la ayuda de un fragmento clínico intentaremos mostrar este modo de utilizar la medicación en el curso del tratamiento.

Se trata de un caso de psicosis maníaco-depresiva. El paciente tiene cuarenta años cuando acude por primera vez al centro. Se presenta ya con su diagnóstico y únicamente nos demanda un control sobre su medicación. Ha tenido diversos ingresos y tratamientos pero nunca con un psicoanalista ya que considera, y esta consideración ha sido apoyada por otros profesionales, que la causa de su enfermedad no tiene nada que ver con él y por lo tanto no es quien «elige sus estados de ánimo». Sin embargo pretende, al igual que otros pacientes afectados por esta patología, evitar los períodos depresivos o los maníacos donde aparecen síntomas psicóticos, pero no los estados hipomaníacos en los que el sujeto se siente creativo, capaz de desplegar una gran actividad sin percibir agotamiento, viviendo una exaltación de los sentidos que sólo encuentra límite en las censuras de su entorno, lo que provoca cierta irritación en el paciente. Comprobamos entonces que sí hay cierta elección subjetiva, puesta de manifiesto en su preferencia por mantenerse en este estado.

Nuestra apuesta es, en un principio, admitir esta demanda de control sobre la medicación, a la espera de que aparezca ese algo que tiene que ver con él.

Además, el paciente en el momento de esta primera consulta está muy deprimido, quiere morirse y se le cruzan ideas de suicidio, no es la primera vez que lo intenta. Hay un doble riesgo en estos casos; por un lado se debe evitar la consumación del suicidio, por otro al prescribir un antidepresivo contamos con el peligro de producir un viraje hacia la manía. En este caso, y valorando que el riesgo de quitarse la vida era alto, prescribimos un antidepresivo y mantuvimos el litio que tenía pautado. Comienzan una serie de entrevistas bajo la égida del control médico, pero en las que el paciente va desplegando las vicisitudes de su historia. Relata sus diversos ingresos, sus problemas familiares y sociales, sus diferentes elecciones de vida, recuerdos de adolescencia en los que aparecen las primeras exaltaciones acompañadas de algunas revelaciones que no comparte con nadie. En el transcurso de estas entrevistas comienza a sentirse mejor, y ahora es él quien pide seguir viniendo para hablar de lo que no puede compartir con otras personas. A pesar de haber retirado ya los antidepresivos observamos que el paciente va haciendo el viraje hacia un cuadro maniaco. En esta encrucijada le recomendamos que tome un neuroléptico en dosis bajas y el paciente acepta nuestra indicación. Es importante resaltar esta aceptación pues es frecuente que los pacientes en esta coyuntura sean muy reticentes al uso de los neurolépticos. Así y por primera vez se evitó su ingreso. Se pudo contener la alarma familiar y el paciente no sintió la impotencia y soledad que cada ingreso había dejado como saldo.

El establecimiento de esta relación terapéutica a través de lo que era su demanda sobre el control de su medicación posibilitó que el paciente contara su delirio en un contexto de escucha que no tenía la reprobación como anticipo. En este delirio, él tiene un papel redentor, está llamado a salvar al mundo de la ruina y miseria que lo amenaza.

En el intento de llevar a término su misión redentora, habla de escribir un gran libro de historia, es un proyecto que hace tiempo se incubaba en su cabeza; en realidad no un gran libro sino «El libro de Historia». En el intento por convencernos de que es necesario escribirlo comienza a traer a las sesiones su visión de la historia en fragmentos de escritura; son pequeñas ficciones históricas, son pequeños cuentos basados en hechos históricos, muy bien escritos pero que no están a la altura de su proyecto. Aprovechamos su conocimiento y gusto por la historia y su talento para la escritura para proponerle que escriba historias, que aparque por el momento la Gran Historia, que estos relatos pueden perfectamente unificarse en un libro y tal vez ser publicados. Queremos con esta maniobra que el paciente no sea arrastrado por su delirio, de ahí nuestras objeciones a

la Gran Historia, pero que su trabajo tenga un destino, léase una misión con sentido. Atraviesa un período de gran producción, consigue juntar lo mejor de sus relatos y que con el tiempo una editorial se lo publique. La publicación lo sumerge, durante algunas semanas, en un estado hipomaniaco pero no delirante al que sigue un tiempo de tristeza pero no de depresión. Por el momento el sujeto ha hallado un modo de estabilización, pero hay que tener en cuenta su fragilidad: su misión redentora no se ha cumplimentado con la publicación, su inquietud no ha desaparecido. Han transcurrido tres años desde la publicación y mantiene su escritura. Desde entonces ha pasado por muchos momentos de tristeza en los que siente que nada le une especialmente a seguir viviendo, pero vive sin grandes crisis, sin internamientos y sin un deterioro de sus relaciones. Es capaz de bromear e ironizar sobre él mismo. Sigue con muchos proyectos, «pero nos tranquiliza», él ya no puede ser el que durante tanto tiempo creyó que debía ser. Su trabajo terapéutico hizo posible que sus escritos tuvieran un sentido, encontraran un destinatario, del que espera una respuesta que ya no exija su sacrificio o su inmolación.

Prescribir un psicofármaco, como dijimos, no supone «esperar del exterior» la solución, sino ayudar a encontrarla atemperando esa fenomenología devastadora que sitúa al sujeto al borde del abismo; no debe suponer liberar al sujeto del compromiso con su tratamiento, ni de su relación con aquello que le sucede, de ser así habríamos dimitido de nuestra responsabilidad. Responsabilidad, que en los casos que consideramos lo requieren, implica saber cómo y cuándo utilizar una herramienta más en la dirección de la cura; el psicofármaco.

7. ÚLTIMAS CONSIDERACIONES

Antes de concluir esta pequeña aproximación quisiéramos matizar algunas cuestiones. Una en relación, como señalamos al comienzo de nuestro desarrollo, con lo que se espera de la cura en la psicosis, con las expectativas depositadas en cada tratamiento. Desde nuestra perspectiva no concebimos esta cura como un proceso que culmine en la normalización, si entendemos por normalización la desaparición de todo vestigio de la psicosis. Esta aspiración, a lo que podemos llamar normopatía, no conduce al paciente más que a la impotencia, cierra más que abre las posibles soluciones, que consisten en cómo va a hacer, qué puede hacer con lo que la psicosis deja como resto, conviene no confundir la deseable extinción de la sintomatología psicótica con el eclipse de la psicosis. La cura debería

apuntar a que, con este resto, nuestros pacientes encuentren una vida lo más digna posible y lo más lejos posible también del desasosiego y la pesadumbre que la vivencia de la psicosis introdujo en su existencia, pero sin hacerlos pasar por el estrecho pasillo de los cánones que estructuran nuestra normalidad.

Aprovecharemos dos breves ejemplos clínicos para mostrar a qué nos referimos. Un paciente, se presenta con una gran inhibición, no puede salir de casa y ha tenido que abandonar sus estudios, siente una desconfianza total hacia sus compañeros y percibe que le quieren hacer daño, graves dificultades con el lenguaje le impiden expresar lo que piensa y por lo tanto no puede dirigirse a los demás porque nunca le entienden. Entre la desconfianza y esta dificultad el paciente queda sumido casi en un mutismo. En el curso del tratamiento se atemperan considerablemente estos síntomas, poco a poco sale del aislamiento y puede retomar algunas de las relaciones que había abandonado, pero no se siente capaz de retomar sus estudios. Decide inscribirse en un taller de ebanistería, idea que apoyamos, con la intención de encontrar alguna salida laboral, y tiene la fortuna de conseguir un puesto de trabajo apenas finalizado su período de formación. Como es natural está satisfecho con lo logrado, hace cinco años que mantiene este puesto de trabajo y no ha vuelto a padecer crisis, pero un buen día llama por teléfono para adelantar la cita de la consulta. Está muy alterado, ofuscado y enojado cuando acude y narra lo siguiente: en una reunión familiar en la que se encuentran además de sus padres, sus tíos y primos, la madre comenta que es una lástima que él no haya estudiado, que lo del trabajo está bien pero que «lo normal» es que hubiera estudiado una carrera. El segundo caso es el de una joven universitaria que atravesó un largo período con un delirio paranoico; estaba segura de que su familia en connivencia con las autoridades tramaban algo contra ella, la vigilaban y hacían seguir, el cortejo clásico de la paranoia que hace tan delicados estos casos, pues el entorno terapéutico puede deslizarse con facilidad en el delirio del paciente. Cuando comienza su tratamiento en hospital de día se resiste a entablar relación con los profesionales del centro, está recelosa, no quiere participar de las actividades terapéuticas pero sin embargo admite venir todos los días, para nosotros por el momento es suficiente. Más adelante nos comentará que toleró asistir al centro porque empezó una relación amistosa con otra paciente que le transmitió confianza sobre la institución y los terapeutas. Paulatinamente va participando en estas actividades y tras año y medio de tratamiento psicoterapéutico individual y grupal así como farmacológico, el delirio remite considerablemente, especialmente en relación con su familia. La paciente vuelve a la universidad y va retomando su vida, si bien mantiene un

tratamiento ambulatorio y su pauta farmacológica en dosis menores. Y aquí surge, entonces, el empuje a la normalización: la paciente para ir a la universidad tiene que sortear algunos lugares que le despiertan desconfianza y establece un itinerario para evitarlos, da cierto rodeo para llegar, pero una vez que está en la universidad se tranquiliza y puede seguir el desarrollo de las clases. Obviamente sería mejor que no tuviera que dar este rodeo, pero de ahí a tener que escuchar que no estará curada del todo hasta que no vaya a la universidad por el camino más corto hay un abismo. Abismo que, tal vez, la paciente bordea dando, precisamente, un rodeo.

Esta presión hacia la normalización se formula de diversas maneras, esto son sólo dos ejemplos, pero curiosamente este apremio surge siempre en el momento en el que paciente ha logrado cierta estabilización, no aparece en las situaciones críticas, ahí es suficiente con que el paciente salga de ese estado. Confrontar al paciente con estas demandas es el resultado de confundir lo que nos parece deseable con lo exigible y en muchos casos tiene como consecuencia una reagudización del cuadro psicopatológico. Es además de un error psicoterapéutico, una inconsciencia y una crueldad.

Por último, otra consideración que hemos de tener en cuenta es la relativa a las instituciones y su importancia en el tratamiento de la psicosis. Un gran número de pacientes necesitan de ellas en algún momento de su evolución, fundamentalmente por dos razones: favorecen el restablecimiento de los vínculos sociales y nos dan, como mencionamos al comienzo, el espacio y tiempo suficientes para abordar una estrategia terapéutica. Es más, contamos con una ventaja añadida, podemos pensar esta estrategia de un modo interdisciplinar. Queremos destacar, por esto, la relevancia que tienen, para nosotros, las sesiones clínicas en las que participan todos los profesionales que tienen relación con el paciente, pues todos forman parte del proceso terapéutico. Proceso terapéutico que debe estar en constante revisión, que requiere nuestra atención permanente, observar los pequeños signos, abrir los ojos y aguzar los oídos, ya que discurre por un estrecho margen entre la invención y la evitación, entre lo que debemos fomentar y lo que pretendemos eludir. Descubrir con el paciente, indagar con él todas las vías, todos los recursos y capacidades con que cuenta para enfrentarse a su psicosis y hallar la mejor salida posible, y a la vez sortear los escollos, los pequeños errores que pueden precipitar la ruptura de este proceso. Trabajo difícil y apasionante, que no dejará nunca de sorprendernos si nos dejamos enseñar por lo más particular de cada paciente. Nosotros tenemos el saber que los identifica,

ellos tienen el saber que los diferencia. El entrecruzamiento de ambos saberes constituye el abordaje de la psicosis desde una perspectiva psicoanalítica.

BIBLIOGRAFÍA

- FREUD, S. (1972a). «Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (“Dementia paranoides”) autobiográficamente descrito (“Caso Schreber”)». En: *Obras Completas IV*. Madrid: Biblioteca Nueva (Orig. 1911).
- (1972b). «La represión». En: *Obras Completas VI*. Madrid: Biblioteca Nueva (Orig. 1915).
- (1972c). «Historia de una neurosis infantil (Caso del hombre de los lobos)». En: *Obras Completas VI*. Madrid: Biblioteca Nueva (Orig. 1918).
- LACAN, J. (1984). *Las psicosis. El Seminario. Libro 3*. Barcelona: Paidós.
- (2006). *El sinthome. El Seminario. Libro 23*. Barcelona: Paidós.
- NERVAL, G. (2007). *Los iluminados*. Madrid: Arena Libros.
- SCHREBER, D. P. (2003). *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (Orig. 1903).

BLOQUE 2.º
MODELOS DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL

VIII

ACOMPañAMIENTO SOCIO-EDUCATIVO. APERTURA Y DEFINICIÓN: TENSIONES EN EL SENO DE SU PROFESIONALIZACIÓN

Alfredo Berbegal

1. LA APERTURA. CAMINO HACIA LA PERSONA

Moverse hacia la apertura es una actividad de riesgo, descarnada y autodestructiva. Su defensa nos exige remover una tradición logoteórica que la historia del pensamiento moderno y contemporáneo ha atacado. Sin embargo, este combate en las alturas es insignificante respecto al propio que tiene lugar en las medianías (Véase Ilustración I). El desgarramiento intelectual (emocional) es casi insoportable cuando se pretende mantener la apertura al mismo tiempo que se siente la necesidad de definirla, cuando sobre el movimiento del referente no puedo evadirme de la pregunta más común, más pegada a la tierra: «¿qué hago?».

Sobre esta pregunta, en vía a toda «domesticación», «perfeccionamiento» o «educación» del Otro, siempre se ha adoptado un ideal digno de ser atendido. La utopía, la esperanza o fin últimos se han formulado tanto en términos metafísicos como religiosos, científicos e ideológicos, y siempre en los límites de una Razón con serias dificultades para conseguir una traducción epistemológica satisfactoria.

El desplazamiento de esta cuestión hacia el terreno de la antropología dista mucho de confiar en su plena superación. Todo lo contrario, desconfía y mucho. Una desconfianza que permite, desde una antropología que sufre en la apertura, transfigurar este fin último como representación o simbolización, sentido o significado conferido. Así, una antropología inspirada en la complejidad (Morin, 1990) no renuncia ni a lo irracional ni a lo a-racional del ser humano. Aúna esfuerzos para integrar la convivencia no contradictoria entre las dimensiones sociales, políticas, espirituales y biológicas del hombre, sin jerarquía ni relación causal alguna entre ellas. No resuelve la discusión última (qué dirección utópica debiera adoptar mi intervención), pero provee de una serie de «campos» de análisis que, incluso compartiendo una misma esperanza o fin, ponen de relieve aspectos que resisten la crítica, es decir, que son susceptibles de formularse de otra

manera. Sin renunciar a una forma de racionalización, no presume de abarcar racionalmente todo.

Ante la apertura, no se trata de adoptar un relativismo o inmovilismo en la acción... Sí un perspectivismo o *multirreferencialidad* en tanto que permita comprender el «bricolage» de intereses y definiciones múltiples de la situación y de la persona, así como apostar por decisiones y acciones que le den respuesta.

Entre la apertura y su definición, la tensión será profesional. Se generará en esa medianía entre la pregunta y la respuesta. Se localizará y se resolverá en la reflexividad del profesional, responsable a su vez de nuevas y futuras tensiones. Una reflexividad que se moverá sobre el análisis de la «*implicación*» y el «*compromiso*» del profesional, fusionada en la experiencia de relación «con» el Otro, en la experiencia de intervención; que asumirá que lo analizado sigue siendo complejo incluso una vez que ha sido comprendido; que no se revelará como quimera, como solución al problema de la objetivación de la persona, sino como forma de introducirse en ese «bricolaje» co-constituido. Una reflexividad desde la que se irá consolidando todo un proceso de profesionalización.

1.1. Estancia inestable en el modelo

Comencemos cuestionando el modelo.

Es comprensible que el modelo sirva de refugio ante un terremoto existencial de gran escala. Tocar determinadas cartas provoca que el castillo de naipes se desmorone. El paso «de la angustia al método» (Devereux, 1969), y de éste al modelo, parece razonable.

Por ejemplo, una acción de acompañamiento, habitual en el trabajo social y educativo, puede acabar en una función más que integra las propias del equilibrio institucional; en la acción profesional, en términos laborales, no de competencia o profesionalidad; en la gestión y prestación del servicio; como eufemística sustitución del lenguaje de la dominación por el de la comunicación; en el entretenimiento o en la animación como amortiguación; en «entremés» o «lubricación» de una intervención terapéutica... En todos estos casos, y si a ello se redujese la acción de acompañamiento, se evita la reflexividad propia de lo que se hace cuando se está haciendo, certificando una intervención en consonancia con una política institucional o con un corporativismo profesional. Todas estas intenciones

pueden estar asociadas a un saber teórico y a un «saber hacer» reconocidos y agrupados en torno a un modelo predominante (médico, psicoanalítico, humanístico, conductual, organizativo, etc.).

El reconocimiento del modelo conlleva, muy habitualmente, un pensamiento que se ancla con un vector unidireccional que va del modelo a la praxis, como estrategia al servicio de una tecnología intervencionista que, a su vez y como consecuencia de la imposición de una determinada «oligarquía» epistemológica, deriva en una determinada adscripción ontológica del sujeto y de su mundo. De este modo, vía modelo, la intervención se autoriza y se acredita.

La manera más autocomplaciente de refugiarse ante aquel terremoto existencial, de anestesiar todo cuestionamiento por circular e infinito, es por medio de un *vector técnico*, de una articulación concreta *episteme-empíria* que haga descansar la *reflexividad* propia de toda intervención antro-po-social y que permita evadirse de los efectos de sobredeterminación que conlleva toda posición adoptada, a su vez, parte *instituyente* de la realidad social misma sobre la que se actúa o en la que se enmarca la intervención.

En este sentido, el primer ataque al modelo viene desde su comprensión como plataforma ontológica y/o epistemológica estática y, por tanto, completa, cierta, absoluta. La intervención puede alimentarse de un modelo y, en ocasiones, actuar en forma de ley. Aún siendo conscientes de su reduccionismo, no se estará en disposición de renunciar a él. Las pérdidas son mayores. La renuncia viene avalada por su *eficacia* —o más bien su reflexiva o autocomplaciente eficacia—, cuando no por su coherencia en términos de ausencia de *contradicción*, de la desaparición de *incertidumbre* —o más bien de reflexiva y autocomplaciente certidumbre.

La crítica al modelo implica un *presupuesto de normalización* y una apertura epistemológica de claras connotaciones éticas y ontológicas para el sujeto y la sociedad (Sabirón y Arraiz, 2005). Intervenir desde el modelo, o más bien desde una no-reflexividad del modelo, será problematizar el sujeto, el grupo, la institución y la sociedad, según ese referente primero. Pero se hará obviando la interacción con lo social que conlleva su implementación, así como su lugar en la construcción intersubjetiva propia de toda relación de intervención.

Superada una primera apertura, la de la comprobación y refutación en la dimensión de la investigación, no será posible cuestionar permanentemente el modelo en el nivel operativo. Éste habrá de ser unívoco. Y en ocasiones, su claridad y su sencillez serán signo no sólo de profesionalidad, sino de validez científica.

El modelo... Su certeza orienta, pero impone. Su cuestionamiento respeta, pero desorienta. Nos provee de una estancia definida para la intervención, pero angustiosamente inestable en su devenir.

A continuación vamos a ahondar en lo que bulle bajo él y su *acontecimiento*.

1.2. De la paradoja al paradigma. Del pandemonio a la multirreferencialidad

Si atendemos a su historia, las ciencias antro-po-sociales cuentan con trabajos (y modelos) que presuponen *mundo* y *sujeto* desde muy distintas perspectivas: como máquinas, como organismos, como reacciones a la necesidad o como productos del azar o de la historia (Becker, 2002: 54-117). Esta diversidad, interpretada también de forma «diversa» —como indicador de buena salud del pensamiento, como limitación e inmadurez de la ciencia, o como aspecto idiosincrásico del objeto/sujeto de estudio—, nos sitúa en la tesitura en la que «decir algo sobre algo» requiere pasar antes por la siguiente pregunta (Pizarro, 1998: 63): ¿De qué modo abordar el objeto de estudio de las ciencias antro-po-sociales cuando éstas no cuentan con una manera propia de hacerlo?

1.2.1. Paradoja y pandemonio

La respuesta puede esbozarse con astuto oportunismo o alimentarse de una socialización del conocimiento acorde con el imaginario de una determinada época (Foucault, 1969). Podría reflejar el convencido ejercicio de una *militancia* o ser salvada con ecléctica templanza por no saber muy bien por qué razón-referente optar, difuminada en tendencias, modas y tradiciones científico-sociales. Desde cada una de entre las múltiples y variopintas premisas existentes, el objeto de estudio «se viste» y se muestra en cada momento con una singular *inteligibilidad* (Berthelot, 1990). Corrientes y escuelas, atomizadas y divididas, intentarán enfrentarse a esta pregunta, elaborando sus propios paisajes indexicales.

El pandemonio de referentes es evidente. Podemos concebirlo como derivaciones de una tradición dicotómica del logos que fue protagonizada en sus orígenes por Parménides y Demócrito. Se trata de la dicotomía entre la permanencia del Ser y su movimiento, y se instaurará en el pensamiento occidental,

respectivamente, como *credo científico* —asentamientos de corpus epistemológicos sobre esa estática— y, por el otro, como *duda hiperbólica* —imposibilidad de describir la realidad sin perderla—.

La primera tradición del logos, continuada por Platón, Descartes y Comte, abordará al hombre a través de sus múltiples parcelas, sometiéndolo a una decodificación analítica y moldeable.

La segunda, desarrollada posteriormente por Protágoras, Nietzsche y Valéry, planteará aspectos tan controvertidos como la fragilidad del conocimiento a manos de la ideología.

La primera, pondrá a salvo el estatus epistemológico de las ciencias antropológicas.

La segunda, sugerirá la necesidad de incorporar otras dimensiones. Si las ciencias antropológicas están asociadas a la acción, ¿cómo y hasta qué punto pueden ser ciencias? ¿Cómo traducir conceptual y operativamente los hechos humanos? La acción pondrá de relieve el estatuto del sujeto en lo social y, en consecuencia, la dimensión política del conocimiento.

La primera tradición intentará demarcar, definir y orientar, a través de sus modelos, aspectos como enfermedad y salud, normalidad y diferencia, educación y domesticación. En el caso de la educación, procedimientos de diferentes disciplinas, cada vez más ricos, interpretarán el objeto-sujeto «alumno», «educando», «asistido», «paciente», «enfermo», etc.

Transcendido desde la segunda tradición, el modelo «creará» realidad, pero no necesariamente la buscada por su isomorfismo ontológico-epistemológico. Una fijación impondrá, por interesada, una determinada realidad.

La segunda tradición planteará una apertura tal que terminará en conceptos utópicos, tan sumamente reflexivos que habrán de ser inoperativos. Una apertura que se arriesgará, a su vez, a devenir indolente (Berbegal, 2010). Si el que actúa y su acción se ven necesariamente inscritos histórica y conceptualmente, estamos abocados a un *episteme* imposible. No hay descanso alguno, fijación definitiva.

Decantarse por una tradición u otra implica tomar dos importantes decisiones: 1) una *decisión «religiosa»*, en tanto en cuanto de ella se deriva una apuesta ontológica acerca de la naturaleza que le conferimos a la Realidad; y 2) una *decisión «política»*, porque se demanda, en última instancia, un compromiso distinto

del conocimiento generado hacia y para el que conoce (el hombre, la sociedad). Para Jürgen Habermas (2001, vol. I: 29) estas dos decisiones resuelven una *cuestión metateórica*, de tradición y forma dicotómicas en el pensamiento occidental. Por un lado, la *posición realista* (propia de la primera tradición), que parte del supuesto del mundo como suma de aquello que es el caso para explicar, sobre esa base, las condiciones del comportamiento racional. Por otro, la *posición fenomenológica* (ligada a la segunda tradición), que da al planteamiento realista un giro trascendental y se pregunta reflexivamente por la circunstancia de que aquellos que se comportan racionalmente tengan que presuponer un «mundo objetivo».

Razones no faltan para adoptar una posición u otra. Será un axioma de base que coleará a lo largo de todo el proceso, de la investigación al modelo, del modelo a la intervención, afectando a las propiedades y al tipo de relaciones entre cada uno de estos niveles. Como axioma, se trabajará desde él, sin entrar a cuestionarse a sí mismo, en su interior.

Pero la cuestión de fondo es si el modelo puede madurarse desde un saber docto con garantías, universalizable, compuesto por una serie de principios que puedan conquistar el estatus de científico. Es decir, si puede alcanzar una acreditación, por científica, incontestable y que supondría afirmar la viabilidad de un isomorfismo —si no absoluto, bastante aproximado— entre la construcción epistemológica del hombre social y su esencia ontológica.

Si así pudiera ser, la falta de gravedad que parecen acusar las ciencias antro-po-sociales podría achacarse a un estadio prematuro, encontrándose todavía en una era procientífica, incapaz de trabajar dimensiones antropológicas que nos empachan con su viciosa circularidad.

Si no lo fuera, podríamos atisbar, precisamente en estas ciencias, el paradigma de una contestación a una determinada racionalidad o a una manera particular de entender el saber científico. Esto nos llevaría a preguntarnos si, en lugar de ser todavía unas ciencias demasiado frágiles, nos están trazando el camino hacia otro tipo de racionalidad (Sabirón, 2006). En tal caso, la *afiliación* a una cosmovisión científico-social no vendría formulada en términos lógicos de *verdad*, sino de *racionalidad*, reivindicando una particular naturaleza del objeto/sujeto de estudio y, como consecuencia, un modo específico de *cientificidad*. Si el trabajo sobre el objeto/sujeto de estudio, de entrada, se ve afectado por cuestiones ontológicas, ideológicas y psicológicas, será porque estas cuestiones están integradas en el objeto/sujeto de estudio mismo.

Las ciencias de la educación son un buen *analizador* de esta disociación del logos y de la acreditación del modelo en términos de cientificidad (Peyron-Bonjan, 1996). Procesos de acción, interacción, transformadores y alterables a lo largo del tiempo, organizadores y organizacionales, integrados por parcelas y totalidades del Ser son propios de todo fenómeno educativo. Sus paradojas derivan en paradigmas de la anterior disociación, entre la permanencia y el movimiento del Ser, entre su fijación y su evolución. Educar o ser educado implica estar en el corazón de esa disociación. En este sentido, la historia de las ciencias de la Educación ha ido saltando de una a otra tradición, de la inmanencia a su transcendencia.

Su primera edad fue la *edad teológica* —sigue conviviendo actualmente bajo la fórmula del eclecticismo y/o la adscripción convencida—. En ella se remite a las ciencias duras, es decir, al paradigma de la causalidad y a la concepción del sujeto como objeto de investigación. El buen hacer se desprende de una aplicación de las adquisiciones de la ciencia (biología, medicina, sociología, psicología, pedagogía...) cuya raíz es un causalismo explicativo fundamental. Su *imaginario* viene integrado por las categorías kantianas de cantidad, causalidad y concepto, articulados desde un ideal de objetividad, es decir, desde una hipótesis de la medida y de la reducción del sujeto que conoce a un sujeto intercambiable, universal. Su carácter teológico obedece a la creencia en la universalidad de estas adquisiciones. La consecuencia... la suficiencia del modelo y una traducción técnica y operativa en relación con el ámbito práctico que abarca.

La *edad metafísica* es la que toma el relevo. Se trata de una creencia *constructivista*, como alternativa a las tesis tradicionales, racionalistas, realistas e idealistas. Se propone que el objeto no es ya descubierto, sino construido. La idea central es, por tanto, la de una solidaridad íntima entre el pensamiento y lo real. El conocimiento no será definido por su objeto y su objetividad, sino por su proyecto y su proyectividad. La consecuencia... la insuficiencia del modelo y una *transducción* (Lourau, 1997) o *traducción rizomática* (Deleuze y Guattari, 1977) entre pensamiento y acción.

1.2.2. *Paradigma y multirreferencialidad*

Frente a este pandemio de referentes y la tradicional disociación del logos, ¿se puede defender con contundencia, a la par que con humildad intelectual, la

cuestión de la profesionalización de la intervención cuando la elección por sus teorías de referencia y modelos se presenta oscura y retórica, poliédrica y contradictoria? Si para una situación profesional hay tantas soluciones como puntos de vista y teorías, ¿bajo qué referente de cientificidad abogamos por una intervención u otra? ¿No correspondería al «político», y no al «científico», abordar la reflexión sobre la acción? ¿Introducir la cuestión de la intervención no supone caer en la manipulación tecnócrata, justificando «científicamente» una toma de decisión de naturaleza política? Asumámoslo. Las ciencias antro-po-sociales están asociadas a la acción y, por tanto, éstas no pueden escapar a dilemas éticos y políticos.

Desde la primera tradición, la taxonomía deviene taxidermia. La fijación en el modelo termina por imponer y *reificar* una realidad interesada, pero inerte. Las alas del hombre son cortadas, pues desde cierta acreditación epistemológica se nos advierte que no tenemos alas, que no podemos volar.

Desde la segunda, el escepticismo y el relativismo pueden llevarnos a la inactividad, cuando no a la irresponsabilidad y la falta de compromiso. Doblemente grave cuando el infinito bucle intelectual cuestiona todo tipo de acción ante situaciones hostiles, frágiles, inaceptables y denunciabiles.

¿Entonces...?

Permítanme tomar la paradoja como paradigma.

La «angustiosa» reflexión acerca de una inaprensible, inabarcable e inestable intervención profesional es un síntoma de la especificidad del fenómeno antro-po-social. Una especificidad que, para algunos, demanda la construcción de una *nueva cientificidad* que permita integrar las dimensiones axiológicas, ideológicas y psicológicas del objeto/sujeto de estudio. No se trataría de atentar sin más contra las reglas de la cientificidad, entrando en un «todo vale» que hace difícil delimitar la opinión gratuita, la opinión fundamentada y la producción de conocimiento y pensamiento —el «todo vale» feyerabendiano es más profundo y enriquecedor que el de un perpetuo y sofista «depende», sin gravedad alguna—. El cuestionamiento epistemológico tanto del modelo como de su reencarnación en la práctica no significa adoptar un fatuo relativismo. Mitigaríamos la angustia por omisión, no por elaboración racional y comprometida.

El *pandemonio referencial* es una consecuencia de esa especificidad. Un indicador. Dejando a un lado las formulaciones disciplinares y académicas, el fenómeno antro-po-social siempre será especialmente sensible a una determinada decisión

«política» y «religiosa» de base. Por lo que, cuanto antes asumamos esta su determinación, no sólo elaboraremos un sentido teórico ajustado a su indeterminación, sino que evitaremos su sobredeterminación desde sentidos teóricos determinantes.

Esto nos obliga a superar la paradoja desde el plano metateórico, y no de nuevo desde el teórico, sustituyendo una teoría por otra, un modelo por otro mejor. En otras palabras, este *pandemonio* puede interpretarse como la revelación de una naturaleza ontológica y/o epistemológica —según diferentes autores— propia de todo fenómeno antro-po-social, considerando su *multirreferencialidad* (Ardoino, 1998) como una característica intrínseca a su naturaleza *compleja*. Una *complejidad* que escapará a unas normas de científicidad «*prêt-à-porter*» y, por tanto, a una normatividad del modelo, a una aplicación técnica o no reflexiva del mismo. Conferir una *inteligibilidad compleja* al fenómeno (Le Moigne y Morin, 1999), frente a las propias que hasta ahora se han articulado en las ciencias sociales, supone concebir el fenómeno humano de otra manera y, por tanto, las actividades humanas que hasta ahora se han inspirado en aquellas inteligibilidades.

Hacer del *juego de elecciones* y del *poliglotismo epistemológico* una cuestión consustancial puede ser un primer paso. Posicionarse respecto a éste, pero reflejando la forma de jugar con esas elecciones, un principio de base para una intervención fundamentada, no reglamentada.

1.3. Instancia a la modelización

Así pues, frente al modelo, se insta a la *modelización*.

Tal vez sea necesaria una precisión inicial sobre el uso que aquí se hace del concepto de *modelización*. El término debe ser integrado en el mismo debate que el del *modelo*. Afecta al pensamiento, a la manera de salvar el *abismo intervencionista* (Berbegal, 2008b), al salto de la teoría y de nuestros referentes profesionales a la acción educativa, a la intervención.

El «modelo», amén «educativo», puede constreñir la «existencia» a educar —en sus múltiples misiones: formar, integrar, aculturar, socializar...— La intervención, desde un no modelo supone, por tanto, una apuesta por su indeterminación y, en consecuencia, por su autodeterminación. La oposición al modelo, como transcendente al Ser, denuncia el derecho de «Ser» frente a la imposición del «deber Ser», muy habitual en todo territorio educativo.

Entrever lo antropo-social como proceso en curso, confiriéndole el estatus de «acontecer», presupone un inevitable «estar con» lo social. Si acontece, habrá que ser testigo de su acontecer. Será necesario estar ahí, acompañarlo. Acceder al «*allant de soi*», a lo «ya-ahí», a las elaboraciones sutiles y cotidianas, nos exige un «estar con» lo social. Por ello, en su reflexividad, actitud y acción se confundirán. El acompañamiento implicará, además de una acción profesional, profana o relacional definida, una actitud epistemológica y ontológica hacia lo Real (Ardoino, 2000), hacia el Otro. La reflexividad pensamiento-acción, teoría-práctica es incontestable. Sólo se podrá «saber-hacer» si se está ahí y si se está con la actitud que supone cuestionarse cómo se está ahí.

La inmadurez de las ciencias antropo-sociales no será tal. Lo paradójico de su formulación deviene paradigmático. El pandemonio, multirreferencialidad. El paradigma hará de lo paradójico su corolario.

En consecuencia, el debate «Modelo *vs.* Modelización», en defensa de la modelización, supondrá asumir los siguientes postulados:

— La realidad no existe sin un proceso de creación. De ahí que no se trate de aplicar el modelo sin más, sino de trabajarlo en la singularidad propia de todo acontecer, de integrarlo como creación *in situ* y *ad hoc*, como proceso de modelización.

— En consecuencia, el creador busca una *adaptación* respecto a ese acontecer singular, no la *comprobación* de una ley antrososocial que, por universal, se prevé efectiva.

— En este sentido, las ciencias de la creación no pueden aceptar una pre-existencia del fenómeno, pues todas sus connotaciones epistemológicas y ontológicas serán el producto de una determinada manera de formular su existencia. En este sentido, toda creación humana «implica» a su creador. Toda realidad pretendida será la construcción de aquellos que creen haberla descubierto.

— Los artefactos concebidos, creados, no respetan una realidad unívoca, sino que buscan actuar sobre una situación a partir de la percepción que se tiene de la misma.

— Sólo en realidades banales, inertes o sistemas cerrados que responden a una lógica mecanicista es posible calcular la acción óptima o asegurar el principio de la menor acción. Finalidades y racionalidades diversas —no necesariamente racionales— obligan a arbitrajes varios según las coyunturas de la situación. La

lógica de optimización de la acción negará a la vez la propia capacidad de finalización del actor y la complejidad de la situación sobre la que se actúa.

— Frente a la objetividad, el principio rector es el de proyectividad, defendiendo una estrecha interacción entre el sujeto y el objeto. Las ciencias de la creación o de la organización crean constantemente sus objetos. La organización resultante es a su vez organizadora; es la acción de organizarse y el resultado de dicha acción.

Sobre estos presupuestos, la intervención dejaría de pensarse desde la estancia en el *modelo*. En el ámbito educativo, los efectos son opuestos a los derivados del imaginario del *modelo*. Al sustituir el *vector técnico* por un *vector fenomenológico*, se salva la tradicional oposición sujeto-objeto. El profesional pasa de observador a participante, por lo que la reflexión se introduce en el ámbito de lo cotidiano, es decir, la situación va más allá de su definición educativa para intentar pensar y actuar en ella en término de «situación de vida», «situación existencial». Esto conllevará «mirar» al profesional de la educación y al «alumno», «paciente», «cliente», como «ser social», como «persona», aunque la interacción se produzca en unas situaciones sociales y en unos contextos institucionales muy concretos.

La situación de intervención se concebirá como una oportunidad para involucrarse en la construcción y diseño de la realidad existencial de uno mismo y de aquellos sujetos sobre los que se interviene. El proceso de *modelización* llevará asociada, por tanto, esa ya tan nombrada *reflexividad* y que no será más que la vuelta de los participantes de la situación sobre sí mismos, sobre sus respuestas y sobre los contextos en los que se generan dichas respuestas, más allá de la teleología imperante de la acción educativa concreta.

Por ello, no habrá un lugar definido para el pensamiento educativo. Éste existirá siempre y cuando se mueva. En todo caso, podríamos hablar de un lugar temporal, concibiendo el tiempo no como espacio cronológico, sino como «vivencia». Se tratará de pensar toda situación educativa desde una razón deliberante, no suficiente. El trabajo educativo se masticará, se experimentará, pero nunca sabremos localizarlo independientemente de su *acontecimiento*. Ya no se pensará el fenómeno educativo como tal, sino más bien la forma en la que «acontece» en un determinado contexto, abriendo el proceso al fenómeno antro-po-social en su conjunto.

El pensamiento de aquel cuya acción tiene una intencionalidad educativa se verá inundado de dilemas y paradojas, no tanto por la inestabilidad del referente, sino porque la teleología unívoca de toda acción educativa se ve cuestionada. El

intento de ser cuidadoso con la *singular* naturaleza bio-antropo-social de la educación obliga a una aproximación de tipo *transdisciplinar*. Una aproximación que permitirá que el propio fenómeno revele su naturaleza en relación con su particular proceso de construcción, sin someterlo a la represión propia de los momentos disciplinares de las ciencias de la educación (experimentalismo, psicologismo, sociologismo, didactismo) y que terminan orientando la intervención educativa vía modelo teórico.

En relación con los postulados anteriores, las prácticas educativas existen, pero también crean existencia. Y este presupuesto invita a un cambio de perspectiva, pasando...

... del esencialismo, donde las cosas son lo que son porque son así al margen de cómo actuemos sobre ellas —bien amparados por un contexto de justificación científica o por un contexto de argumentación militante—, a una posición fenomenológica o constructivista;

... de la repetición a la creación;

... del déficit a la posibilidad;

... de la replicación a la diversidad;

... del dualismo a la perspectiva de sujetos en contexto;

... del sujeto-contexto como variable a realidades a venir, en devenir.

2. Definición. Camino hacia la profesionalización

La cuestión de definir la apertura propuesta podría parecer excesivamente barroca, retórica y enrevesada... Además, el intento de definirla puede llevarnos a negarla. Pero es necesario:

— Por un lado, la intervención educativa es un ámbito plagado de «buena voluntad», de tendencias emotivistas, de discursos samaritanos, de altruismo y filantropía emprendedores, de utopías pedagógicas liberadoras, de referentes doctrinales múltiples, inundado de apologías, de sextos sentidos e intuiciones. Variopintas moralinas y culturas «*boy-scout*» vertebran no pocos entornos educativos y servicios sociales. Parece como si el *sentido común* orientara todo. En ocasiones, la acción se inspira en marcos de referencia culturales y religiosos,

basando la educación en la reproducción de los mismos. Muchos servicios sociales y muchos centros educativos suelen ser gestionados por órdenes religiosas y otras comunidades, incluido el Estado, solapando ideal educativo e ideal cultural, político y religioso.

— Por otro lado, la formación en ciencias de la educación «acredita» el acceso a la profesionalización, en cuanto pasaporte burocrático al ejercicio, pero ¿de qué manera actúa sobre la futura intervención profesional si las condiciones necesarias para un buen ejercicio profesional son obvias, evidentes, comunes, profanas o religiosas? ¿Cómo formar en cualidades profesionales tan «esotéricas» como la actitud, la vocación, la sensibilidad y la reflexividad?

— En una búsqueda justificadora de referentes —siempre gratificante para el amor propio de las ciencias de la educación, infravaloradas por una competencia profesional reducida a la buena voluntad, al sentido común o al talante salvador y heroico— la intervención y su «mejora» se asocian a una *cuestión de naturaleza técnica*. El lema «hay que resolver problemas», muy propio de un pragmatismo utilitarista, es en cierta manera responsable de esta asociación partidista. Así, si las Ciencias de la Educación no proveen de las soluciones a estos problemas, ¿qué sentido tienen? En ocasiones, la consecuencia inmediata es que la resolución del problema se limita a su desaparición: bien se sustituye por otro, manipulable por los instrumentos y por el pensamiento (y modelos) que se dominan y de los que se hace apología universalista; bien se destierra y se factura eficientemente, ya que la institución o el corporativismo profesional, afines a esa lógica pragmática (y a esos modelos), sienten predilección por resultados que sean susceptibles de ser fotografiados (impacto) y fácilmente comunicables (difusión). Así, dentro de esa cultura de la «mejora», estaríamos obligados a justificar nuestra acción y a formatearla como guía o protocolo, adjuntando orientaciones, fases, pautas, medidas y recursos.

Y es que todos hemos vivido como común una serie de intervenciones educativas y todo se resume a lo más simple: «hacer algo» (sic).

La primera tendencia —sin entrar en la conveniencia o inconveniencia de que puedan o no compartirse valores entre los ideales educativos y los culturales y religiosos— nos dejaría indefensos ante la institucionalización de la intervención educativa, siempre sorprendente, dilemática y conflictiva.

Respecto a la segunda, el debate anterior «Modelo *vs.* Modelización» nos ha ofertado razones más que suficientes para cuestionar la intervención como tecnología educativa.

Intervenir, desde las connotaciones epistemo-ontológicas de la modelización, supone actuar en, para, sobre y con un modo de vida no sólo al que ir, sino desde el que se va. Nos exige que la situación sea vital. No lo exige «como si» lo fuera, sino tal y como es —dimensiones institucionales y técnicas incluidas—. Frente a una educación *in vitro*, de laboratorio, donde los diseños y programaciones, doctrinas e ideales intervencionistas se plantean en forma de «simulacros» de lo que va a ser o debiera ser la situación, la modelización defendería una manera de pensar el fenómeno educativo *in vivo* (Véase Ilustración II).

Así pues, se propone una intervención educativa más allá de una metafísica anticientífica y una física tecnológica. Una intervención que no puede más que empujarnos a una «pedagogía crítica» en la que se provocan, de manera permanente, una «naturalización» de las prácticas profesionales inscritas en dimensiones tan diferentes como las limitaciones institucionales y estructurales, las personales y las sociales. Es el respeto de la singularidad de lo existente y de lo existencial, enmarcada en lo que venimos llamando una *epistemofilia del acontecer*. La manera de articular teoría y práctica, en términos de intervención, se enmarcará en esta epistemofilia que no será clasificatoria, sino que construirá a la persona al mismo tiempo que el sentido del mundo.

2.1. Del acompañamiento como intervención educativa

Estar con, acompañar, ser testigo de ese acontecer, no es necesariamente una alteración o transformación activa de lo que acontece. ¿Se puede considerar el acompañamiento como una intervención? *Stricto sensu*, sí.

2.1.1. *Porque acompañar supone un «venir-entre» la teoría y la práctica. La implicación*

Es en el contexto del análisis institucional (Lourau, 1970) donde el debate ha aparecido, cuando George Lapassade enfrenta la intervención, en su modalidad

institucionalista clásica (el socioanálisis), y la observación de lo cotidiano, tal como se practica en el *análisis interno*.

El análisis institucional intenta estirar al máximo el concepto de institución, intentando, desde una clara posición crítico-humanista, rescatar una existencia absoluta de la persona, cuasiutópica, multidimensional, condenada a crecer en la institucionalización de su actividad social. Es una clara apuesta por la libertad, pero no ingenua, sin pasar por alto las contradicciones que surgen ya desde los primeros devaneos del hombre en la vida. De clara fraternidad con la teoría crítica y su ideario («falsa conciencia», «reificación», «cosificación», «alineación»), el origen y desarrollo del análisis institucional reenvía: 1) a la primera *psicoterapia institucional* de los años 40, para la que toda institución es determinante en la definición y desarrollo de la propia enfermedad (o servicio social) que la gestiona y, por tanto, con elevado potencial en el proceso mismo de curación (Basaglia, 2007; Guattari, 1986; Oury, 2007; Tosquelles, 1987); 2) a una contestación respecto a la primera *psicosociología* de Kurt Lewin, poniendo de relieve la dimensión institucional del grupo mismo en su dinámica, en su proceso de formación y de desarrollo, y de la que surgirá el *socioanálisis* (Lapassade, 1975); y 3) a su paulatina implementación en contextos educativos y de formación, concretamente en los primeros disidentes del movimiento Freinet en Francia (Bessière, Fonvieille), dando lugar a los «*Groupes Techniques d'Éducation*» y, más tarde, a la *pedagogía institucional* (Vásquez y Oury, 1973).

Desde el año 1986, y apoyándose sobre la etnometodología (Garfinkel, 1967), que muestra cómo toda institución produce su propia «*accountability*», Lapassade habla de un «instituyente ordinario». Éste no es más que la sociedad en el proceso de hacerse, de conformarse, e implica que la noción institucionalista de intervención (el acontecer de un tercero en relación con la situación existente, de claro planteamiento dialéctico-hegeliano) no tenga ya demasiado sentido. Al menos en tanto que técnica, no como *postura* o *actitud* hacia lo social, hacia el Otro, orientando la intervención sobre la idea de «estar con» lo social, «estar con» el Otro (Boumard, 1989). Esta postura supondrá una manera de ser, sobre la que el que interviene dejará lugar a esta actitud particular que se define, según Lapassade, como la «novia» del movimiento. En esta línea, Lapassade volverá más tarde sobre un juego de observación, intervención y acompañamiento al referirse a la *observación participante* (2001), destacando la oposición y colaboración entre la *psicosociología clínica* y la *aproximación etnográfica* (intervención *vs.* observación) y proponiendo su superación con la noción de «*etnoclínica*».

Evidentemente, una relación diferente entre teoría y práctica supone un estatus diferente de cada una de ellas. Frente a la articulación propia del análisis sistémico, en términos de optimización o efectividad de la intervención; frente a aquella donde el sistema se presenta como corpus metodológico y heurístico coherente para representar e interpretar lo social; esa actitud *hacia* y *con* lo social, la derivada de una epistemofilia del acontecer, es una articulación *proyektiva*.

La teoría no tendrá sentido apriorístico. Es más, no tendrá ningún sentido, sino en el devenir mismo de la praxis. Se trasciende lo «ya ahí», concibiéndolo como trabajado, al mismo tiempo que se desprende una crítica de lo trascendido por su desnaturalización. La relación se hilvanará desde un *vector fenomenológico* donde intervenir será un «venir-entre» la teoría y la práctica, «venir-entre» la esquizofrenia del logos, «venir-entre», por un lado, lo inmutable y eterno, y por otro, lo alterable, lo móvil y lo cambiante; entre la decantación de un universal desde una aparente multiplicidad de singulares y la crítica a esa decantación como imposición ontológica del Ser; entre la necesidad de una reflexión más general sobre los procesos de conocimiento, y la tentación praxeológica de resolver problemas, la lógica de la acción eficaz.

Por un lado, el conocimiento vigilará no poner énfasis sólo en una parcela concreta del Ser, privilegiando una única dimensión, presuponiendo su estatismo e inmovilidad ontológica. Pero por otro, la praxis, por sí sola, se reconocerá insuficiente. Si se toma la acción como objeto de conocimiento que conduce a establecer leyes respecto a una acción eficaz, estamos privilegiando las ciencias de la organización, la gestión y prestación de dicha acción, no su sentido, sus presupuestos, su significado o sus «implicaciones» alteradoras.

Sin praxis, deformaremos la relación interpersonal y la construcción intersubjetiva al modelo dominante, el más conocido o el supuestamente más coherente en el plano lógico o teórico. Sin conocimiento, la acción se someterá a su teleología institucional o su sistema organizador. El modelo que prevalecerá, sin elección fundamentada, será aquel que se conforma en el ordenamiento de toda acción social.

Es desde ese «estar con» lo social que se podrá elaborar el conocimiento. Es desde la construcción interactiva, desde la visión de una situación «en gerundio» desde la que debemos afrontar el vacío vertiginoso de lo incierto, de lo complejo y lo heterogéneo. Afrontarlo supone una apertura reflexiva hacia el Otro, una resignación ante su incompletitud. Síntomas, por otro lado, de su *indecible* huma-

nidad, de que el sentido de lo social no puede elaborarse más que en esa dinámica interactiva, arriesgada. Nada vendrá dado.

La noción de *implicación* está muy próxima a una articulación alternativa de este tipo, centrada en la intervención como modelización (Boumard, 1995).

De la mano del análisis institucional (Lourau, 1970), la implicación tomará su primer referente de la «contratransferencia» psicoanalista. No obstante, irá más allá del imaginario conceptual freudiano, clínico y psicológico, y será presentada como «contratransferencia institucional».

Para René Lourau su génesis se inscribe en el sistema hegeliano: «el todo que está presente en el saber no es sólo el objeto, sino el yo que lo conoce, así como la relación del yo y del objeto, el uno con el otro, la conciencia» (Lourau, 1983, 14). La posición institucionalista vendrá dada por una crítica al cientificismo positivista, amparada en la fenomenología husserliana y el existencialismo sartreano, haciendo de la fundación del sentido del mundo por el sujeto la tesis principal. De este modo, la noción paradigmática de implicación será el caballo de Troya para refutar toda pretensión inmediata de objetividad.

No obstante, en las aportaciones institucionalistas no se distingue con claridad un uso técnico de un uso o valor epistemológico, incluso existencial. Así, Lourau marcará la diferencia entre la «contratransferencia institucional», que supone una implementación de la aproximación clínica individual al campo psico-social, de la «implicación», que remite más bien al campo social y al sentido epistemológico de la investigación social. El lugar del sujeto en la producción de conocimiento es cuidadosamente atendido por la corriente institucionalista, asignándole a la contratransferencia el sentido propuesto por George Devereux: la conciencia que el hombre tiene de su propia conciencia induce la conciencia del Otro, de modo que produce una relación compleja, perturbadora y recíproca entre observador y observado (1969). Este análisis de la contratransferencia conducirá a un trabajo del objeto de conocimiento por el sujeto que conoce y, recíprocamente, del sujeto por el objeto. La implicación del sujeto será puesta, por tanto, en el centro de la producción de conocimiento, con lo que eso supone cuando este objeto deviene a su vez sujeto, es decir, cuando la producción de conocimiento se sitúa en las dimensiones psicológicas, sociológicas y antropológicas. El postulado fundamental adquiere un sentido absolutamente constructivista.

Jacques Ardoino remarcará la polisemia del concepto de implicación (1983). Insistirá en la diferencia entre implicación y compromiso. Para Ardoino es una confusión peligrosa en todo investigador o práctico que está inmerso en una ideología de la intervención y que, desde el activismo, conlleva una valoración excesiva de los cambios producidos por los participantes de la situación de intervención. Para Ardoino la implicación remitirá a un estado de la realidad antro-po-social y para nada se tratará simplemente de un elemento metodológico. Reflejará la opacidad y la heterogeneidad propias de toda realidad y práctica humana.

Sobre esta misma línea se encontraría Edgar Morin, creador de todo un sistema de pensamiento que anuncia su complejidad intrínseca. Ambos serán fieles a una articulación teórica y práctica de la metodología y de la epistemología en las ciencias antro-po-sociales (Morin, 1976). De este modo, la implicación se trabajará y se estirará hasta una *teoría transdisciplinar del conocimiento* (Nicolescu, 1996), reconociendo la complejidad como asunción ontológica o como funcionamiento fenomenológico de la realidad. La noción de transdisciplinariedad está asociada a una cosmovisión compleja de la vida y del ser humano, como metateoría general de la diversidad de las ciencias antro-po-sociales y como portadora de una inteligibilidad del fenómeno de la vida. No obstante, será necesario vigilar que la transdisciplinariedad no acabe por reducirse a una justificación oportunista de «ciencias segundas» o a una visión exclusivamente filosófica y, por tanto, disciplinar, adoptando la filosofía como disciplina.

El paradigma de la implicación nos pone en un brete ante la seguridad y comodidad de una Verdad neutral. Ya no hay formulaciones preorganizadas que puedan aprehender el discurso sobre la realidad social. La práctica social y la investigación social no podrán ser concebidas más que como una aventura que hay que vivir, donde nada está determinado. Sólo en y a través de las interacciones se podrá elaborar el conocimiento. Podemos afrontar la angustia que supone la actividad de pensar(se) a través de un método que la mitigue, o convivir con ella escuchando los «acontecere» de los que somos partícipes. La misma angustia se revelará como un analizador natural de que el sentido de lo social se elabora en una dinámica interactiva, arriesgada. Se hará «con» nosotros.

No obstante, si bien la implicación nos ayuda a caminar hacia una apertura del Otro y de la concepción de nuestra intervención, no la resuelve por completo, pues continúa enfrentándonos al dilema de la producción de un sujeto epistemológico que se resiste a ser prisionero de su propia construcción epistémica.

2.2.2. *Porque acompañar supone un «devenir-entre» el Otro y Yo. El compromiso*

A su vez, la interacción con el Otro es una forma de articular un aspecto esencial de la naturaleza misma del hombre: la terminación de su primera naturaleza, la animal, y la conquista de una segunda, la humana. Se trata de un *acabamiento* (Lapassade, 1963) en el seno de la intersubjetividad, en la vida con el Otro, con mi igual, de un reconocimiento y autoreconocimiento como hombre gracias precisamente al otro hombre. No «llegaré a ser» hombre sin el Otro. Me haré tal con el Otro. Será en el seno de la intersubjetividad donde se alcanzará la subjetividad propiamente humana.

En este sentido, el acompañamiento nos remite a una condición *sine qua non* para alcanzar la condición antropológica. Podríamos conferir al acompañamiento una función antropológica fundamental: la de configurarnos, en la dimensión simbólica, en la cultura, a través de la intersubjetividad, a través de la interacción simbólica con el Otro (Mead, 1972). La relación con el Otro, en tanto que hombre, será inevitable. Ya se trate de formularla en términos de *educación negativa* o *positiva* (Lapassade y Schérer, 1976).

La situación de «estar con» el Otro es muy habitual en la vida social. Es el motor de la psicogénesis y sociogénesis humanas, definitoria de una idiosincrasia antropológica. Nuestra condición *neotena* (Bolk, 1926; Dufour, 1996) nos condena a un acabamiento imposible de ser culminado de forma aislada y autónoma. Así, el acompañamiento arrastra consigo una naturaleza intuitiva, inherente al ser en su condición humana. Acompañar supone una relación interactiva, afectada y afectiva, subjetiva e intersubjetiva, personal y relacional. El acompañamiento se sitúa en el campo de la «transferencia», no del «transporte», de la alteración, del descentramiento recíproco.

A su vez, el «estar con» reclama habitar un lugar en relación al Otro, ocupar un estatus en lo social y, por tanto, tomar responsabilidades respecto a nuestra localización en lo político. De esta manera, nos hacemos, nos terminamos por y a través del Otro.

De este modo, el acompañamiento es una relación «natural» de la vida «cultural» del hombre. El padre acompaña a su mujer en el parto. La madre, a su hijo en sus primeros pasos. Se acompaña a los niños al colegio o a los jóvenes en los campamentos de verano. A un cliente en asuntos de negocios. Al abuelo que vive

en soledad. El acompañamiento se manifiesta durante la formación del aprendiz, al lado del resabido veterano. En determinados actos sociales, el rol de acompañante está claramente definido, y a veces es de carácter obligado... ¿Asistencia, protocolo, ayuda, tutoría, responsabilidad, deber moral, consejo, placer, cariño? Es una acción propia o consustancial a las relaciones sociales, movida por un «vivir con» el Otro y orientada por una multiplicidad y diversidad de intenciones, racionales, irracionales y a-racionales, espontáneas e instituidas. Una *acción profana* llevada a cabo por *actores profanos* y que se caracteriza por los siguientes aspectos:

— El acompañamiento supone una relación subjetiva e intersubjetiva entre dos personas. No se trata sólo de relaciones neutras, objetivas, desprovistas de afectividad, de emotividad. Se trata de una relación interactiva.

— En el acompañamiento, desde la actitud de «estar con» lo social, con el Otro, estamos en el ámbito de la *transferencia*, no del *transporte*. Son relaciones implicadas, que afectan a la memoria subjetiva, vivida, hecha de olvidos, frustraciones, placeres, testimonios y representaciones. En este sentido, no sólo se trata de poner en el ojo de mira la transferencia del acompañado, en términos de análisis conductual o técnico-psico-sociológico, sino la *contratransferencia* del acompañante, la forma de estar afectado por la relación con el Otro.

— Comporta una serie de interrogantes que movilizan el sistema de valores. El acompañamiento provoca un descentramiento recíproco. Se enmarca en una filosofía de la relación, de un juego entre el uno y el otro, entre lo idéntico y lo diferente, como testimonio de lo plural. Supone un encuentro con el Otro que, a su vez, se me presenta y se me impone como límite.

— Las relaciones de poder no pueden ser evacuadas. El salto del saber al poder, de reiterado cuestionamiento, se retoma permanentemente en las relaciones médicas, educativas y asistenciales. La intervención pondrá de relieve el *estatuto del sujeto en lo social*. Como acción en curso, exige tomar una decisión de orden teórico respecto a la naturaleza de la realidad (sujeto, sociedad, institución, fenómeno educativo) y adoptar un posicionamiento casi voluntario en relación a sus cambios y posibles transformaciones. La intervención nos interroga sin compasión acerca de la *dimensión política* del conocimiento.

Por tanto, el acompañamiento implica una comprensión en términos de temporalidad, de alteridad, de intersubjetividad y de reciprocidad. Estamos en la dimensión del «*face-to-face*» fenomenológico (Schütz, 1970), imperio de lo

particular, lo singular. Aspectos y dimensiones de difícil reflexión si nos refugiamos en el modelo, en la primera tradición del logos o en la edad teológica de las ciencias de la educación.

Frente al intelectualismo, a la construcción de un sujeto que se piensa a sí mismo respecto al Otro o respecto a su objeto-sujeto de conocimiento (implicación), en este caso nos encontraríamos más cercanos a la noción de *compromiso*. Aquí no se toma como punto de partida el sujeto epistemológico, sino la *persona*.

El hombre-persona no se reduciría a los papeles u oficios de «agente», «actor», «sujeto» o «individuo», propios incluso de las ciencias sociales más críticas y radicales. Aunque también pueda desempeñarlos, lo importante en este caso es su condición de «autor».

Desde el paradigma del compromiso, el sujeto se hace persona y la persona, principio.

El origen de esta formulación remite antes al ámbito teológico que antropológico, es decir, más propio de desarrollos del logos anteriores a la denominada Edad Moderna. El concepto de persona, ambiguo, poliédrico, cada vez más adoptado por las ciencias sociales, es originariamente un concepto teológico y, concretamente, cristiano (Álvarez, 1970).

Un ejemplo de ello, en torno a nuestra preocupación filosófico-educativa hacia la apertura y su definición, es el personalismo cristiano (Mounier, 1961). Es una corriente de pensamiento (Gabriel Marcel, Jean Wahl, Jean Lacroix, Jacques Maritain y Charles Péguy) que se asienta sobre una orientación de la vida en sentido comunitario. Tiene una matriz filosófica cristiana y se nutre fundamentalmente de sistemas de pensamiento como el de Jaspers, Scheeler y Alain. Su elaboración analítica y teórica de la noción de compromiso es importante, de ahí que lo presentemos como contextualización de nuestra reflexión. Para el personalismo, el compromiso realiza la historicidad humana y su elusión destruye nuestra cualidad más propia. El carácter histórico del ser humano exigiría el compromiso como medio de humanización, siendo un acto total y libre que no debe confundirse ni con una acción puramente intelectual ni con una militancia sin orientación teórica. El compromiso no es un obstáculo en la búsqueda de la verdad, al contrario, es necesario para reemplazar una teoría individualista del ser humano por una teoría personalista del conocimiento. En este sentido, los

valores emergentes del compromiso tienen un carácter transubjetivo (Landsberg, 1937).

Esta orientación parece encontrar puntos en común con otras perspectivas, otros autores que, incluso no siendo cristianos, defienden postulados similares (Buber, 1986). Pensadores como Paul Ricoeur (1990) y Emmanuel Lévinas (1980) también han orientado su trabajo intelectual en esta dirección, hacia un «*carrefour*» fenomenológico-existencialista, hacia un desarrollo de la conciencia y de la Otredad que no termina por resolver la teología en antropología.

Por otro lado, tomando como reivindicación primera la de la persona, nos sorprenden las conexiones y familiaridades que existen entre una formulación puramente antropológica, descargada con insistentes «sospechas» de toda metafísica (Marx, Nietzsche, Freud), de una formulación que se alimenta directamente de un posicionamiento teológico.

Con el compromiso, la apertura propuesta por la implicación, que cuestiona la descripción científica de la persona, se radicaliza. Comparten el mismo cuestionamiento: la persona no deja reducirse a cosa. Sin embargo, mientras la implicación se limita a trabajar en el nivel epistemológico, el compromiso obliga a remover en el nivel superior, el ontológico.

Que la persona no se deje reducir a cosa forma parte del ideario del proyecto humanista, tanto en su versión naturalista como materialista, no habiendo aparente contradicción entre este corolario y la crítica y abandono definitivo de toda reflexión espiritual o metafísica al respecto. De este modo, existen actualmente formulaciones científico-sociales que, bajo la premisa de la persona, no abandonan el nivel epistemológico, más próximas al «sujeto», al «actor», al «individuo», al «ciudadano».

Es como si la primera elaboración teológica de la persona se mantuviera, culturalmente o moralmente, en el plano antropológico. Víctima de un proceso de secularización, las ciencias sociales quieren asumir lo mismo, pero formulado de otra manera... Verbigracia: explicación naturalista y simbólica de la neotenia y la terminación a través del Otro; noción etnometodológica de «afiliación» y «confianza» (Ogien, 1986; Ogien y Queré, 2006); teoría relacional del interaccionismo simbólico (Becker, 1960); sentido del mundo del sujeto y su vivencia frente a las «reificaciones» de las instituciones (análisis institucional); combate de la enajenación de la persona (Marx); militancia en el «mundo-de-vida» frente a un sistema que instrumentaliza a la persona (teoría crítica-escuela de Frankfurt); teoría

social de la confianza de Niklas Luhmann (1968); teoría de la comunicación; personalismo psicológico de Carl Rogers (1961) y el movimiento de la tercera fuerza; etc.

Algunas teorías del sujeto de las ciencias sociales vibran en simpatía con el axioma de la persona, especialmente en el estudio de la articulación Persona, Poder, Sociedad y Educación. En el trasfondo, multitud de proyectos filosófico-científicos tratan de articular una teoría del conocimiento y una teoría de la acción. En la historia de las ciencias sociales contamos con clásicos que nos ejemplifican el debate que nos ocupa: Max Weber, sobre la plataforma del protestantismo articuló la emergencia de un sistema de producción y de relaciones sociales y económicas, el capitalismo. Entendía que no era tanto el materialismo sino la ideología, fundamentalmente la religiosa, el principio fundamental que rige la vida de los pueblos (1920). En este sentido, sobre una plataforma teológico-cultural común, podríamos preguntarnos por su influencia y articulación en relación al proyecto socio-político de unas ciencias antro-po-técnicas, en su planteamiento final del hombre y de las posibilidades para su transformación.

En términos de profesionalización, el riesgo de remitir a la noción de compromiso es evidente. Siendo fundamental e inevitable todo compromiso en las relaciones humanas, por y para caminar hacia algo, los sistemas pueden ser éstos u otros, en términos teológicos o políticos. Eso implica que la reflexión puede verse desprovista de las armas necesarias que hacen que toda crítica sea susceptible de ser considerada. De este modo, adoptar la noción de compromiso puede conducir a refugiarnos en la buena voluntad como exclusivo argumento fundamentante, habitualmente débil y vacío, en muchas ocasiones contraproducente; en un sofismo muy sofisticado que utiliza esta voluntad para alcanzar otros intereses; o en la no operatividad de las grandes palabras, incommensurables, imposibles de ser integradas en el debate, desconfiando en que una articulación entre saber y compromiso pueda ser un proyecto intelectual efectivo. En otras palabras, el activismo puede devenir folclórico. En nombre de la persona, hay riesgos de perderla.

En este sentido, el discurso políticamente correcto de la tradición humanista iza la bandera del rescate del ser en su totalidad, de la persona, luchando contra la tiranía, la barbarie y la constrictión de no importa qué red estructural o institucional susceptible de aprisionarlo. Un discurso que instaura la ideología del *desvelamiento* y que establece la *implicación* y el *compromiso* como dispositivos privilegiados de las ciencias sociales críticas. Un discurso, ilustrado, moderno, que es

germen y razón justificadora de un pensamiento y de un «saber-hacer» socio-antropo-técnico sobre el Otro, pero que puede devenir artificial e incluso cínico en su desarrollo utópico-tecnológico (Sloterdijk, 1983).

En la acción de acompañamiento emergen múltiples racionalidades. Tanto es así que la acción de acompañamiento tampoco puede pensarse únicamente como destilación de una utopía educativa desde una filosofía de la relación. Pecaríamos de ingenuos.

Así, lo que nos ocupa es cómo esta acción de «estar con» el Otro, clave para la psicogénesis y la sociogénesis del hombre, para hacernos a nosotros mismos como humanos, definitoria de una idiosincrasia antropológica, puede ser puesta en marcha en torno a una intencionalidad muy concreta. Deliberadamente pensada como intervención «sobre» el Otro, como intervención educativa, parece necesario profundizar en las implicaciones recíprocas entre su teleología como campo gravitacional y su potencialidad natural en los procesos de hominización y socialización. La reflexión profesional en torno al acompañamiento debe detenerse...

... cuando la *acción profana* deviene *acción profesional*...

... cuando el *estar CON lo social, CON el Otro*, se traduce a *estar PARA lo social, PARA el Otro*...

... cuando la *relación social, la interacción interpersonal*, y su construcción social derivada, devienen una *relación de asistencia, de intervención sobre el Otro*...

... cuando la teleología de la *acción social* se amalgama con la del contexto institucional en el que se desarrolla, con la *acción institucional*, de manera que la acción social misma es objeto de gestión, distribuida a través de funciones y estructuras, así como objeto de rendición de cuentas, como indicador de calidad y garantía de la prestación de un servicio.

Al respecto, la escuela de Frankfurt se plantearía la siguiente pregunta: ¿cómo mantener el duende fenomenológico del *mundo-de-vida* de toda acción de acompañamiento, con su apertura, su libertad y su sensibilidad humanista, con su potencial natural para alterar como hombre a otro ser humano, al mismo tiempo que dicha acción está sistematizada, inscrita en una racionalidad sistémica?

Se da una difícil conjugación con racionalidades propias de la intervención profesionalizada, *transversales* a toda situación de intervención institucionalizada,

asociadas al modelo profesional dominante o a la forma de institucionalizar la acción social ofertada (verbigracia, lo laboral, lo económico, etc.). El acompañamiento, desde la concepción de la modelización, no excluiría estas racionalidades, sino que las trascendería, integrándolas en esa articulación y conjugación multirreferencial. Se trata de trabajar con ellas y desde ellas, de trascender la intervención como construcción social (Berger y Luckmann, 1995; Hacking, 2001), analizando los efectos que genera en las relaciones humanas institucionalizadas según las racionalidades emergentes de las relaciones mismas.

La intervención deliberada sobre el Otro introduce racionalidades propias de toda institucionalización de la acción. Súbitamente, la intencionalidad y su institucionalización provocan un cambio de *actitud* en relación con ese estar o vivir con lo social. Una actitud en la que el modelo no tardará en situarse. La angustia propia de la interacción interpersonal con el Otro será anestesiada por el método. Su sentido... Distanciarme de mi propia intervención. Objetivar al Otro sobre el que intervengo y a mí mismo como interventor, en pro de una alteridad con garantías respecto a una teleología primera que no necesita justificación: educar desde una ausencia o necesidad políticamente correcta («por su propio bien», para paliar el sufrimiento, para solventar la falta de conciencia de enfermedad, por la integración social, para asistir y cuidar desde unos derechos humanos mínimos, etc.).

Pero por otro lado, una perspectiva radicalmente existencial de la relación puede prostituir, sobre la caricatura de la resistencia y la crítica, la condición compleja del fenómeno antro-po-social, deviniendo ingenua militancia que lo filtra desde la dicotomía absoluta y absolutista de «mundo-de-vida» y «sistema».

Rescatar a la *persona* de una inteligibilidad sistémica, institucional o profesionalizada, es un loable ideal, un referente metatéorico y ético de gran trascendencia. No obstante, una epistemofilia del acontecer se esforzará por superar la dicotomía, integrando el juego *multirreferencial*. El fenómeno antro-po-social, al verse sujeto a una diversidad de racionalidades de naturalezas tan dispares, exigirá superar la tradicional *articulación dialéctica* por la *conjugación dialógica*, sin por ello renunciar, al mismo tiempo, a ese encomiable ideal: la redención de la *persona*.

Desde esta perspectiva de trabajo, en la Ilustración IV se observan algunas dimensiones importantes de una reflexión profesional articulada desde las nociones paradigmáticas de *implicación* y *compromiso*, durante un acompañamiento socio-educativo con menores en conflicto social.

2.3. La apertura en el «límite» y la «*déviance*»

El Otro, en apariciones extraordinarias como «límite», «*déviance*», «*outsider*», es definido desde la diferencia, no desde la diversidad. Una definición habitual cuando la relación con el Otro, concebida y ajustada a través del conocimiento que nos hacemos de él, es mediatizada por un lenguaje científico-social que lo localiza y, por tanto, lo constituye dentro de una geografía apriorística del pensamiento.

Bien sabida es, y reforzada incluso en pro de una coherencia intervencionista, la simbiosis entre el diagnóstico de una situación y su afrontamiento.

En el intento de acogerlo dentro del proyecto científico, la traducción moderna toma al Otro como objeto. Éste es un sacrilegio para los postulados humanistas que, si bien intentan aprehenderlo igualmente al máximo, cuidan de hacerlo sin asesinarlo. En esta línea, podemos preguntarnos en qué medida existen otras traducciones sobre el Otro que se debatan entre su aprehensión y su salvación, su comprensión y su respeto, bien sean logoteóricas y discursivas (estar-en-el-mundo-por-el-lenguaje), bien sean reivindicativas de una nueva alianza científico-filosófica que, aunque a veces parece entrampada en el laberinto postmoderno, se esfuerza por desarrollar otras imágenes de la persona hacia su apertura. En la Ilustración III puede observarse que el análisis relativo a las teoría multinivel (X, XI, XII y XIII) compartirían ese esfuerzo.

El Otro será múltiple o no será. Y, en consecuencia, el Otro no sólo será definido de diversas maneras como «límite» o «*déviance*», sino que será siempre algo más que eso. Su normalización, acogiendo esta diversidad consustancial, estará próxima a una reflexividad profesional que intentará interpretar sus múltiples manifestaciones identitarias como un signo más de su condición de persona. No habrá problema a resolver, por lo que no habrá solución. Habrá necesidades, por lo que deberemos preguntarnos quién las ha creado y cómo se han creado.

2.4. El acompañamiento como intervención deliberada en situaciones complejas

La acción de acompañamiento se ve envuelta en una *convivencia no excluyente, no contradictoria* de racionalidades. Racionalidades que se construyen y comparten como *evidencias intersubjetivas*. Cada una de ellas se presenta en cualquier

momento, manifestándose de una forma u otra forma respecto a la situación o, y mejor dicho, respecto a cómo se defina por los que participan en ella. Obviamente, cada implicado trabajará la situación para que una racionalidad se imponga a las otras, mitigando la manifestación de aquellas que no le interesen. Y cada implicado poseerá distinto peso en la situación para que su «definición» sea finalmente asumida como «objetiva», como más adecuada y coherente. De este modo, la situación de asistencia y de intervención sobre el Otro, normalmente institucionalizadas, conformarán *campos* (Bourdieu y Wacquant, 1992) donde se distribuirá y ejercerá el poder de modelar y presentar como *evidencia intersubjetiva* aquella racionalidad más deseable.

¿Y cuáles son esas distintas evidencias intersubjetivas que conviven entre sí y que manifiestan la naturaleza *compleja* de la acción de acompañamiento? El análisis realizado en mi trabajo de tesis doctoral sobre los distintos acompañamientos ha pretendido acercarse a ellas (Berbegal, 2008a). A modo de síntesis, son las siguientes:

- *Intersubjetividad sistémica*. Rígidamente mediatizada por la lógica institucional. El trabajo educativo viene inspirado por cómo se organiza el medio. La finalidad que la institución tiene como servicio social es centro gravitatorio por excelencia. La asociación prescripción-control es la más visible, dentro de un organigrama y en una gestión de los espacios y de los tiempos. El «buen-hacer» responde a una función que se desarrolla dentro de una particular estructura de la intervención. Es el resultado de integrar la lógica del acompañado, enfrentado, resignado, indignado, frágil o desamparado, a la lógica de una organización y de una gestión de su vida. Ello implicará que, muchas veces, el mantenimiento del equilibrio y la estabilidad de esa lógica organizacional se sitúen por encima del tratamiento de la «conducta desviada», la conducta a educar o la asistencia a prestar. La relación del profesional con el acompañado suele ser una relación de *tutorización*, como seguimiento de su vida institucional (Véase Ilustración V).

- *Intersubjetividad profesionalizada*. Se aborda la reorganización del psiquismo, habitual en los servicios sociales que trabajan la salud mental del acompañado. Las directrices de intervención vienen inspiradas por una autoridad epistemológica, tanto de la disciplina (psicología, psiquiatría) como de la tendencia o escuela adoptada. Como consecuencia, la acción de acompañamiento se «psicologiza». En este caso, el acompañamiento se edifica desde la relación, desde la creación, la modificación y la reconducción de los aspectos claves y orientadores de la acción terapéutica emprendida. Acompañar desde esta óptica se concibe como

relación de ayuda. El profesional deja de ser gestor de necesidades para coparticipar en un grupo interdisciplinar que se centra en un trabajo de naturaleza terapéutica. Se trabaja por encontrar una racionalidad diferente a la anterior que se vive como resistencia, como obstáculo. El trabajo se localiza en los análisis de la transferencia del menor y de la contratransferencia institucional —no necesariamente interpretados desde la escuela psicoanalítica—. El «buen-hacer» se identifica con la «deconstrucción» de la lógica anterior desde la lógica singular del acompañado para caminar hacia una *humanización del medio* y una *curación* de su desequilibrio afectivo (efecto *pharmakon*). La relación entre el profesional y el acompañado sigue siendo una relación de *tutorización*, en el seguimiento de las fases terapéuticas y de la evolución psíquica (Véase Ilustración VI).

- *Intersubjetividad profana*. Se encarna en el *compromiso* y la *implicación*, en términos de «ser social» y no de «profesional» o «asistido». En este caso, frente a la relación de *tutorización*, la relación es de *afiliación* (Ogden, 1985). El sentido nos reenvía al análisis de la *contratransferencia* del acompañante, pero no en términos técnicos, sino existenciales. El «buen-hacer» se presenta como aquel trabajo que nos permite dar salida a esta intersubjetividad dentro de los límites de las dos anteriores (Véase Ilustración VII).

Un ejemplo de esta tensión profesional que se genera entre la apertura y su definición fue reflejada en un diario de investigación de naturaleza etnográfica (Berbegal, 2005). La experiencia se esforzó por definir la apertura con una serie de macrocompetencias profesionales para la acción de acompañamiento socio-educativo.

Son macrocompetencias abiertas y comprensivas, al servicio de una segunda concreción, es decir, de su deliberación estratégica respecto a una situación determinada. No fueron pensadas como técnicas, por lo que nunca podrían aplicarse como tales (Véase Ilustración VIII). Pretenden operativizar la *actitud metateórica* que venimos defendiendo en términos de *aptitud práctica*. A título orientativo y al servicio del análisis de cada profesional en relación con su contexto y su Otro, son presentadas a continuación.

— La interacción

La interacción interpersonal es el motor de la acción de acompañamiento. A su vez, esta interacción es productora y producto de intersubjetividad, es decir, de sentidos compartidos por las personas que se encuentran implicadas en la situación de acompañamiento. El profesional del acompañamiento es un profesional

de la interacción. La cuestión de fondo que se formula desde la interacción interpersonal en términos educativos es la dialéctica persona-sistema. Esta dialéctica, entendida desde la complejidad supera la histórica dicotomía excluyente desde la que siempre se ha planteado. Desde este presupuesto, la interacción interpersonal no sólo es producto y productora de intersubjetividad, sino que lo es de diferentes niveles de intersubjetividad. La acción de acompañamiento se construye dentro de diferentes niveles de realidad, adoptando diversas racionalidades y respondiendo, la intervención profesional, a diferentes referentes de implicación y/o compromiso. La convivencia de esos referentes vendría a generar un sentido transubjetivo. El profesional del acompañamiento debería hacer operativo este sentido en el curso de la acción de acompañamiento para rescatar, dentro de los límites de cada una de las dimensiones de la acción, su naturaleza educativa. El proceso de deliberación-participación de la acción de acompañamiento exige de una actitud profesional que se caracteriza por los siguientes aspectos:

A) La situación de acompañamiento es una situación-dilema. Como tal, la situación de acompañamiento seguirá siendo compleja incluso una vez que haya sido estudiada y analizada.

B) La acción práctica, por tanto, siempre va a superar en complejidad cualquier discurso o análisis de dicha acción.

C) La interacción no se piensa como modelo, sino como juego. Responde a una macrocompetencia teórico-profesional que piensa la acción de acompañamiento dentro de un proceso de modelización.

D) Las consecuencias más inmediatas exigen del acompañante sensibilidad, respeto y extrañamiento para la comprensión de los mundos de vida que interaccionan en la situación de acompañamiento (acompañado y acompañante) y que a su vez lo hacen con el sistema (instituciones sociales y educativas, redes de intervención profesional, recursos socio-educativos artificiales y naturales).

Exige una actitud apreciativa en curso de la relación interpersonal que encuentra su principal referente en una *multirreferencialidad comprensiva* (Ardoino, 1983). Esta actitud facilita la emergencia de nuevos niveles de realidad que pueden enriquecer el debate en torno a la manera de articular la acción de acompañamiento desde su naturaleza educativa. En clave de aptitud, es destacable una necesaria reflexividad profesional que integre los aspectos teóricos ya desarrollados y que producen, coproducen y son productos de la interacción que se establece en la situación de acompañamiento.

— Juego de acompañamientos

El núcleo de la intervención se define en torno al debate entre la oportunidad educativa, en relación con el desarrollo de la persona, y su contención, como riesgo o protección. En este sentido, muchas veces surge la cuestión de si la mejor intervención es la no intervención. La reflexión profesional está obligada a sopesar las limitaciones y las potencialidades de la intervención y situar la reflexión de la acción de acompañamiento en relación con éstas. Por ello, el juego de acompañamientos puede pensarse, al menos, desde tres perspectivas:

- A) Orientación guiada (DELANTE — yo guío)
- B) Compañía (CON, AL LADO — yo estoy)
- C) Acompañamiento (DETRÁS — yo soy).

De la reflexión en niveles superiores se desprenderán tomas de decisiones, estrategias comunicativas y relacionales, etc. En relación con el posicionamiento epistemológico del profesional, la acción de acompañamiento pondrá más o menos énfasis en alguna de esas perspectivas.

Sin embargo, la situación de acompañamiento se verá obligada a establecer relaciones con el no saber. Un saber que acontece en el momento mismo de su realización. Las distintas situaciones que requieran acompañamiento serán siempre situaciones que, integradas en la vida, presentan emergencias continuas, nuevos sentidos y nuevas situaciones de situaciones. La macrocompetencia profesional se desarrolla desde el *poliglotismo* que supone el uso de estas tres posibles formas de «estar-con» el Otro. La aptitud se nutrirá de la capacidad del profesional de poner en marcha los distintos registros y referentes para su realización práctica.

— Límite y «*déviance*» multirreferencial

En ocasiones, el ámbito de intervención en el que se desarrolla la acción de acompañamiento se debate en si es más o menos pertinente pensar el fenómeno de la «*déviance*», «límite», desde la patología, es decir, desde la construcción del Otro en relación con un modelo disciplinar, o desde la diversidad, desde la multiplicidad de definiciones o identidades que le son conferidas al Otro en cualquier situación social. Implica, por tanto, un perspectivismo de las distintas definiciones que del Otro se confeccionan.

Éstas son plurales. Depende tanto del campo disciplinar de los profesionales responsables de la intervención, es decir, del complejo tutelar-asistencial, como de la definición última que el servicio social hace de la persona como usuario o asistido de ese servicio. El psiquiatra, el psicólogo, el trabajador social, el animador socio-cultural, el educador social, el insertor laboral... todos ellos van delimitando el límite, van estableciendo una representación del Otro que pueda ajustarse a la responsabilidad que cada uno asume en la intervención.

Es muy probable que la función profesional desempeñada dentro de un complejo de intervención sea un elemento sustancial en esa imagen última del Otro. Pero quizás lo más importante es el referente que cada uno de ellos utiliza para definir al Otro. En este caso, volveríamos sobre la capacidad que el modelo tiene de crear realidad. Cada uno de estos profesionales, desde su campo disciplinar, adoptará un modelo u otro que terminará por inspirar su intervención y, en último término, qué es lo que hay que tener más en cuenta de la totalidad de la persona a la que se asiste. El servicio social, a su vez, tiene una misión como institución en la sociedad. La sola inclusión de la persona en el servicio provoca una reducción de ésta a su condición de usuario, cliente o paciente. En este sentido, la definición del Otro está más mediatizada por la profesionalidad —cualidad de la persona u organismo que ejerce su actividad con relevante capacidad y aplicación, pero dentro de un dictado estructural-funcionalista— que por la profesionalización —aptitud y actitud reflexiva del profesional, alimentada de una apertura respecto a ese dictado—.

El isomorfismo entre la «*déviante*» apriorística y otras posibles manifestaciones del Otro, emergencias de una «*déviante*-normalidad», se problematiza. La «*déviante*» apriorística suele ser centro de gravedad, tiene mucha fuerza para la construcción de la intervención profesional, hasta el punto de eclipsar otro tipo de interpretaciones de los comportamientos y respuestas que se producen en la situación de intervención. No deben banalizarse «*déviances*» dolorosas e intolerables, pero tampoco asociar automáticamente determinadas respuestas —que en otros contextos serían interpretadas como «normales» o tolerables— con síntomas de una «*déviante*» apriorística.

De este modo, debe asumirse una dialógica, al menos, desde varios frentes:

A) Desde el organizacional o institucional en el que se inscribe la intervención. En la base de esta reflexión se nos interroga acerca de si la «*déviante*» se

formula en términos de integración social (interna o externa al sujeto desviado) o en términos de integración sistémica (interna a la institución que la gestiona).

B) Desde el profesional-disciplinar, especialmente cuando se asume la autoridad de un modelo respecto a otro, monopolizando en el complejo asistencial la comprensión de la «*déviance*» asociada al Otro. Frente a un límite que genera sufrimiento y a la que se le reconoce su estatus, así como el lugar de los expertos para su tratamiento, es necesario respetar la disociación como estado normal del sujeto y como recurso donde apoyar la intervención (Boumard, Lapassade y Lobrot, 2006).

C) Desde el profano. Nos interroga acerca de si se interviene en relación con las coyunturas propias de lo extraordinario, o si se hace desde lo ordinario, en el sentido y alcance de una relación social normalizada. El profesional está obligado a ubicar al Otro dentro del universo «*déviance*», a definir las representaciones que elaboran en ese universo cada uno de los profesionales del complejo, y a localizar la suya propia.

Al mismo tiempo, en el transcurso de la acción de acompañamiento, debe aprenderse a desubicar todo eso, atender y estar receptivo a la emergencia de otras realidades, de nuevas situaciones de vida, desde el respeto a la multiplicidad del Otro.

— Relación de confianza

La relación de confianza parece situarse en la base de la cohesión social:

A) La situación de acompañamiento, como relación con el no saber, exige una exposición permanente a la incertidumbre, a la contingencia y a las apariencias.

B) La relación de confianza requiere una respuesta ajustada ante los diferentes intercambios e interacciones que se manifiestan desde la transubjetividad: eficacia, capacidad, competencia (ámbito gestor e institucional); sensibilidad, respeto, fiabilidad, reciprocidad (ámbito terapéutico); lealtad, compromiso, sinceridad (ámbito social, relacional y profano). Su construcción requiere mucho tiempo. Su destrucción, muy poco.

C) Dentro de los márgenes que impone el control social, la relación de confianza exige deferencia y delegación en el Otro. Esto supone una permanente frustración de las expectativas iniciales. Es muy difícil que el mundo de vida del

acompañante responda inmediatamente al mundo de vida del profesional o a aquel que está más próximo a contextos sociales supuestamente más «normalizados».

Pensar sobre la relación de confianza nos permite concebir la acción como apuesta. Nos adentra en el humanismo y la humildad necesaria para vivir en un mundo de vida que escapa a unos marcos formales de pensamiento. Dar oportunidades y ser decepcionado muchas veces, errar en nuestras previsiones, pero a pesar de ello seguir errando, puede generar poco a poco un sustrato para relaciones que de otra manera no llegarían nunca a darse. La concesión de oportunidades educativas frente a la contención de riesgos o la provisión de protecciones es aquí también un aspecto de la reflexión profesional muy relevante.

Esta elaboración de una relación de confianza requiere una implicación/compromiso activos por parte del profesional.

— Acción comunicativa

Para el acompañamiento, la interacción es el medio y el fin en sí mismo desde el que se articulan los procesos de socialización e integración social. Pero, a su vez, los procesos comunicativos son los medios desde los que esa interacción tiene lugar, adoptando una naturaleza u otra. Por eso, las actitudes y aptitudes profesionales de las macrocompetencias anteriores siguen presentes cuando se intenta concretarlas en términos de comunicación.

El profesional del acompañamiento debe desarrollar la competencia de leer los diferentes «textos» sociales y la diversidad de niveles de realidad latentes y manifiestos, al mismo tiempo que es parte integrante de ellos:

A) Los procesos comunicativos reflejan un intercambio social de valores, un sentido estratégico muy propio de toda acción comunicativa institucionalizada. Estos valores habitualmente son opuestos y encontrados, pues cada participante de la situación presenta interés distinto.

B) En situaciones terapéuticas y asistenciales, donde los interlocutores no se encuentran al mismo nivel, la comunicación se mueve a medio camino entre el emotivismo y la tecnificación asistencial o terapéutica. Atender cuándo se está utilizando un registro u otro, para no confundir el trabajo terapéutico con la construcción de una relación de dependencia afectiva y psicológica es una cuestión que hay que considerar.

C) La comunicación, desprovista de toda intencionalidad apriorística, puede fusionarse con la conversación. La intervención social lleva asociada una convivencia con el Otro. Es conveniente vislumbrar cuándo la espontaneidad de la comunicación está siendo utilizada desde unos referentes estratégicos o emotivistas y cuándo una comunicación espontánea puede generar problemas más graves en otros registros de intervención o en otras dimensiones del acompañamiento.

En este caso, la identidad múltiple, tanto del acompañante como del acompañado, puede ser de ayuda para desarrollar una aptitud lectora de las situaciones sociales y comunicativas. Según el juego de acompañamiento que decidamos implementar, la persona acompañada ocupa un lugar, se le sugiere y a veces se le impone una identidad. El acompañante se muestra en relación por el lugar que le dejemos ocupar, no sólo porque así se le exija desde la «mirada» del profesional, sino porque aprende a hacer uso de estas identidades en relación con sus propios intereses. La relación comunicativa lleva asociada una interesada presentación del «yo».

Sin embargo, no sólo leemos, sino que actuamos y proponemos otras formas de interacción. Como participantes de la situación de acompañamiento y de la relación comunicativa tenemos la posibilidad de lanzar elementos disonantes a las relaciones comunicativas más o menos habituales y prescritas. La reflexión sobre la relación comunicativa no conduciría a una preferencia excluyente. Se entiende que la dicotomía habermasiana «sistema» y «mundo-de-vida» debe ser superada (Habermas, 2001).

Ante la angustia sobre la problemática ontológica-epistemológica del Otro y de los modelos de intervención, el paradigma dialógico parece ofrecernos una nueva anestesia. Pero una formulación hacia el sujeto lingüístico y comunicacional podría mostrarnos el efecto como la causa primera, el medio como el fin. Sobre la apología del *desvelamiento* ilustrado, la comunicación puede terminar siendo «lubricación», desvelando para volver a velar de nuevo, esta vez mejor escondido por la «buena causa».

La acción comunicativa se construirá permanentemente en resistencia y requerirá una reflexión teórica de gran altura. Sólo desde esta reflexión se podrá hacer un uso técnico pertinente y competente de la comunicación, siempre inspirado por la relación compleja entre el individuo y el sistema, es decir, por una formulación lejos ya de ser dicotómica.

En el acompañamiento socio-educativo lo más consustancial a la relación humana se presenta dilemático. El profesional del acompañamiento es un profesional de la ambigüedad. Sus competencias no vienen definidas nítidamente desde un ámbito disciplinar concreto, sino que se caracterizan por su consustancialidad humana y, por tanto, por su exigencia *transdisciplinar*. No podría ser de otro modo. Es a través y por medio del acompañamiento que se gestiona, se asiste, se controla, se cura y se apoya, se interacciona con la vida de otra persona. Si el fenómeno de la vida es complejo, la acción que intente regularla o integrarla debe ser compleja.

La obviedad a la que se enfrenta la acción de acompañamiento demanda mayor atención. El estatus profesional como «experto» de lo «no experto» exige una formación rigurosa. Por ello, actuar sobre el pensamiento profesional tal vez sea la mejor «mejora» a la que podamos aspirar. Un pensamiento en marcha hacia utopías sociales e ideales educativos que persisten, en su sana no completitud, sobre el modo de cómo darles alcance y, por tanto, en los diversos modos de pensarnos a nosotros mismos con el Otro.

3. EN POCAS PALABRAS

El acompañamiento, como toda acción social, presenta una pluralidad de significaciones, de racionalidades, de prescripciones institucionales, de formas de interacción, de elaboraciones intersubjetivas, así como de producciones identitarias tanto del acompañante como del acompañado. La acción puede estar asociada a una determinada mirada, un determinado mundo traído por sus habitantes. De este modo, la (inter)acción puede ser abordada como una «fusión de horizontes», ya sea en su versión hermenéutica, dialéctica, dialógica, deconstructivista... Por un lado, determinadas versiones no escaparán al logocentrismo, siempre responsable de la objetivización e instrumentalización del ser, así como de su vaporización metafísica. Por otro, desde otras versiones, perderemos el punto de apoyo —o lo ignoraremos deliberadamente— para fundamentar una teleología de la (no) intervención. Mientras tanto, en este callejón sin salida, intervendremos.

La apertura...

... una postura o actitud que hará explotar el dilema entre la libertad para terminarse con el Otro y la imposibilidad de una (no) intervención. Nos obligará a

escuchar, a mirar y a contrastar con otras miradas, oficiales, científicas, profanas, vigilándonos a nosotros mismos sobre las consecuencias moldeadoras de nuestra mirada, cuestionándonos la manera en la que estamos poniendo en marcha los postulados humanistas de una intervención sobre el Otro. Una postura o actitud dirigida hacia la normalización del Otro que nos interrogará sobre su transformación premeditada y, en consecuencia, sobre las misiones y modelos de razón de las ciencias socio-antropo-técnicas que quieren dirigir cómo es necesario o adecuado «estar-con» él.

La definición...

... técnicas y estrategias, tomas de decisiones, acciones profesionales, se alimentarán de este cuestionamiento, de la reflexión (reflexividad) del profesional, *in situ, ad hoc, hic et nunc*. Se sitúa en la esfera de lo particular, en coherencia con una epistemofilia del acontecer, siempre en tensión respecto a una delimitación completa y satisfecha del Otro.

La tensión...

... estaremos obligados a entrever la forma de superarla. Pero estaremos obligados a hacerlo «con» el Otro, sobre la escucha de lo que aún queda por venir, sobre el modo de la experiencia, en el interior de la situación misma de acompañamiento. Trabajar en el interior de esa tensión es nuestra misión, implicada y comprometida.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía consultada

- ÁLVAREZ, S. (1970). «El Cristianismo y la formación del concepto de persona». En VV. AA. (dir.) *Homenaje a Xavier Zubiri*, tomo I. (pp. 43-77). Madrid: Editorial Moneda y Crédito.
- ARDOINO, J. (1983). «Polysémie de l'implication, Lanalyse de l'implication dans les pratiques sociales», *Pour*, n.º 88, 19-22.
- (1998). «Vers la multiréférentialité». En Hess, R. y Savoye, A. (dir.) *Perspectives de l'Analyse Institutionnelle* (pp. 247-258). Paris: Méridiens Klincksieck.

- (2000). «De l'accompagnement en tant que paradigme», *Pratiques de Formation: analyses*, 40, 5-19.
- BASAGLIA, F. (2007). «Corps, regard et silence. L'énigme de la subjectivité en psychiatrie», *L'évolution psychiatrique*, nota 72, 681-690 (Orig. 1965).
- BECKER, H. S. (1960). «Notes on the Concept of Commitment», *American Journal of Sociology*, LXVI, 32-40.
- (1986). *Writing for Social Scientist: How to Start and Finish your Thesis, Book or Article*. Chicago/London: The Chicago University Press; trad. francés, *Les ficelles du métier: comment conduire sa recherche en Sciences Sociales*. Paris: La Découverte, 2002.
- BERBEGAL, A. (2005). *Diario de campo*. Documento inédito. Zaragoza.
- (2008a). «*Déviance*» y Educación: el acompañamiento de menores desde dentro. Tesis Doctoral (Mención Europea). Zaragoza: ZAGUAN-Universidad de Zaragoza. [En línea] <http://zaguan.unizar.es/record/2043>. (Página consultada el 23 de mayo de 2010).
- (2008b). *El abismo intervencionista. Del saber etnográfico al saber profesional*. Documento inédito. Zaragoza.
- (2010). «Una etnografía ingenua: Apertura e indolencia epistemológicas», *Ethnography and Education European Review / Revue Européenne d'Ethnographie de l'Éducation*, 7-8, *Ethnographie et Scientificité*, 59-72.
- BERGER, P. y LUCKMANN, T. (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Anchor; trad. castellano, *La construcción social de la realidad* (1.ª ed. 13.ª reimp.). Buenos Aires: Amorrortu, 1995.
- BERTHELOT, J. M. (1990). *L'intelligence du social*. Paris: PUF.
- BOLK, L. (1926). «Le problème de la genèse humaine. Fischer Iéna, trad. franç.» *Revue française de psychanalyse*, 1961, XXV, n.º 2, 243-279.
- BOUMARD, P. (1989). *Les savants de l'intérieur*. Paris : Armand Colin.
- (1995). «L'implication», *Le Télémaque*, 1 (Janvier), *Éducation et philosophie*, 9-13.
- BOUMARD, P.; LAPASSADE, G. y LOBROT, M. (2006). *Le mythe de l'identité: Apologie de la dissociation*. Paris: Anthropos Economica.

- BOURDIEU, P. y WACQUANT, L. J. D. (1992). *Réponses: Pour une anthropologie réflexive*. Paris: Seuil.
- BUBER, M. (1986). *¿Qué es el hombre?* Madrid: Fondo de Cultura Económica. (Orig. 1940, en lengua hebrea).
- DEVEREUX, G. (1969). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris: Flammarion.
- DELEUZE, G. y GUATTARI, F. (1977). *RIZOMA*. Valencia: Pre-textos.
- DUFOUR, D. R. (1996). *Folie et démocratie: essai sur la forme unaire*. Paris: Gallimard.
- DOUGLAS, J. D. y WAKSLER, F. C. (1982). *The Sociology of Deviance: An Introduction*. Boston, Toronto: Brown, Little y Company.
- FOUCAULT, M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard; trad. castellano, *La arqueología del saber*. México [etc.]: Siglo XXI, 1978.
- GARFINKEL, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- GUATTARI, F. (1986). «Les dimensions inconscients de l'assistance», *Actes du colloque: La pratique thérapeutique*, Trieste, septembre 1986. Consultado en octubre de 2009 en http://www.triestesalutementale.it/francese/doc/dimensions-assistance_guattari.pdf.
- HABERMAS, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; trad. castellano, *Teoría de la acción comunicativa*, vol. I y II. Madrid: Taurus, 2001.
- HACKING, I. (1999). *The Social Construction of What?* Cambridge: Harvard University Press; trad. castellano, *¿La construcción social de qué?* Barcelona: Paidós, 2001.
- LANDSBERG, P. L. (1937). «Réflexions sur l'engagement personnel», *Esprit*, Novembre, 179-197.
- LAPASSADE, G. (1963). *L'entrée dans la vie: essai sur l'inachèvement de l'homme*. Paris: Anthropos.
- (1975). *Socialanalyse et potentiel humain*. Paris: Gauthier-Villars
- (1986). «L'instituant ordinaire», *Quel corps?*, 32/33, 37-44.
- (2001). «L'observation participante», *Ethnography and Education European Review / Revue Européenne d'Ethnographie de l'Éducation*, 1, 9-26.

- LAPASSADE, G. y SHÉRER, R. (1976). *Le corps interdit. Essais sur l'éducation négative*. Paris: ESF.
- LE MOIGNE, J. L. y MORIN, E. (1999). *L'intelligence de la complexité*. Paris: L'Harmattan.
- LÉVINAS, E. (1980). *Le temps et l'Autre*. Paris: PUF; trad. castellano, *El tiempo y el otro*. Madrid: Ediciones Paidós Ibérica, 1993.
- LOURAU, R. (1970). *L'Analyse Institutionnelle*. Paris: Minuit; trad. castellano, *El Análisis Institucional*. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.
- (1983). Genèse du concept d'implication, *Pour*, 88, 14-18.
- (1997). *Implication, transduction*. Paris: Anthropos.
- LUHMANN, N. (1968). *Vertrauen: Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*. Stuttgart: Enke; trad. castellano, *Confianza*. México: Anthropos, 1996.
- MEAD, G. H. (1934). *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press; trad. castellano, *Espíritu, persona y sociedad: desde el punto de vista del conductismo social*. Buenos Aires: Paidós, 1972.
- MORIN, E. (1976). *L'homme et la mort*. Paris: Éditions du Seuil.
- (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris: ESF.
- MOUNIER, E. (1961). *Manifeste au Service du Personalisme*. Paris: Éditions du Seuil; trad. castellano, *Manifiesto al servicio del personalismo*, Madrid: Taurus, 1976.
- NICOLESCU, B. (1996). «Levels of Complexity and levels of Reality: Nature as Trans-Nature». En Pullman, B. (ed.) *Proceedings of the Plenary Session of the Pontifical Academy of Sciences on The Emergence of Complexity in Mathematics, Physics, Chemistry and Biology* (pp. 393-417), USA: Pontificia Academia Scientiarum and Princeton University Press.
- (2000). «Vers une éducation transdisciplinaire». En *L'Universel et le singulier: l'éducation comme dialectique, expériences et recherches*, Actes du IXème Colloque International de l'Association Francophone Internationale de Recherche Scientifique en Éducation, Université Rennes-2, pp. 7-16.
- (1986). «L'affiliation. Analyse de la constitution de l'intervention sur autrui», *Pratiques de formation*, 11/12, 158-167.

- OGIEN, A. y QUERÉ, L. (2006). *Les moments de la confiance: connaissances, affects et engagements*. Paris: Economica.
- OURY, J. (2007). «Chemins vers la clinique: Retour à la clinique», *Evolution psychiatrique*, vol. 72 (1), 3-14.
- PEYRON-BONJAN, C. (1996). «Essai de lecture épistémologique des Sciences de l'Éducation», *En question - Les Cahiers de l'année*, Cahier 3. Consultado en diciembre de 2009 en <http://peyronbonjan.free.fr/histoire4.htm>.
- PIZARRO, N. (1998). *Tratado de Metodología de las Ciencias Sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- RICOEUR, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: Éditions du Séuil; trad. castellano, *Sí mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI de España, 1996.
- ROGERS, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable; trad. castellano, *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós, 1986.
- SABIRÓN, F. (2006). *Métodos de investigación etnográfica en Ciencias Sociales*. Zaragoza: Mira.
- SABIRÓN, F. y ARRAIZ, A. (2005). De adolescente a joven: los retos de una vida bajo las paradojas de la investigación, *Revista de Investigación Educativa*, Vol. 23, n.º 2, 523-545.
- SCHÜTZ, A. (1970). *On phenomenology and social relations*. Chicago/London: The University of Chicago Press.
- SLOTERDIJK, P. (1983). *Kritik der zynischen Vernunft*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; trad. castillan, *Crítica de la razón cínica*. Madrid: Ed. Siruela, 2003.
- TOSQUELLES, F. (1987). «L'école de liberté», *Interview à François Tousquelles*, par Giovanna Gallio et Maurizio Costantino - août 1987. Consultado en octubre de 2009 en <http://www.triestesalutementale.it/francese/doc/13%20EcoleLiberteTousquelles.pdf>
- VÁSQUEZ, A. y OURY, F. (1973). *Vers une pédagogie institutionnelle*. Paris: Maspéro; trad. castellano, *Hacia una pedagogía institucional*. Madrid: Editorial Popular, 2001.
- WEBER, M. (1920). «Die protestantische Ethik und der "Geist" des Kapitalismus», In *Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie, Band 1* (17-206). Tübingen: Mohr; trad. castellano, *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Barcelona: Península, 1969.

Bibliografía de ampliación

- BAMBERG, M. (2007). *Narrative — State of the Art*. New York: John Benjamins.
- BECKER, H. S. (1964). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: Free Press; trad. castellano, *Los extraños: sociología de la desviación*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 1971.
- BERBEGAL, A.; BOUMARD, P. y SABIRÓN, F. (2009). «Inside the Companionship for Minors. Troubles and Weaknesses of an Ethnographic Approach to Deviance and Education», In Richards, L. (2009). *Handling Qualitative Data: Methods in Practice*. London [etc.]: Sage. Consultado en septiembre de 2010 en <http://www.uk.sagepub.com/richards/homeP4.htm>.
- BERTAUX, D. y KOHLI, M. (1984). «The Life Story Approach: A Continental View», *Annual Review of Sociology*, 10, 215-237.
- BOUMARD, P. y BOUVET, R. M. (2004). «Comment le travail de terrain peut changer les savoirs sociologiques allant-de-soi: un exemple en Pologne». 1.^a Reunión Científica Internacional sobre Etnografía y Educación, 12-14 de julio 2004, Centro de Estudios Universitarios, Talavera de la Reina, España.
- CIFALI, M. y COURTOIS, B. (2007). *Écrire l'expérience: vers la reconnaissance des pratiques professionnelles*. Paris: PUF.
- COULON, A. (1993). *Ethnométhodologie et éducation*. Paris: PUF.
- DELORY-MOMBERGER, C. (2000). *Les histoires de vie. De l'invention du soi au projet de formation*. Paris: Anthropos.
- DOUGLAS, J. D. y WAKSLER, F. C. (1982). *The Sociology of Deviance: An Introduction*. Boston, Toronto: Brown, Little y Company.
- DOUGLAS, J. D. y JOHNSON, J. M. (1977). *Existential Sociology*. New York: Cambridge University Press.
- FOUCAULT, M. (1954). *Maladie mentale et personnalité*. Paris: PUF; trad. castellano, *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós, 2008
- (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique - Folie et déraison*. Paris: Plon; trad. castellano, *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid [etc.]: Fondo de Cultura Económica, 1991.

- (1963). *Naissance de la clinique - une archéologie du regard médical*. Paris: PUF; trad. castellano, *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI, 1999.
- (1975a). *Les anormaux. Annuaire du Collège de France, 75^e anniversaire, 335-339*; trad. castellano, *Los anormales: curso del Collège de France (1974-1975)*. Madrid: Akal, 2001.
- (1975b). *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard; trad. castellano, *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI, 1990.
- (2003). *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974*. Paris: Gallimard.
- GERGEN, K. J. y MCNAMEE, S. (1992). *The Therapy as Social Construction*. London: Sage; trad. castellano, *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós, 1996.
- GOFFMAN, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Anchor; trad. castellano, *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Madrid: Murguía, 1987.
- (1961). *Asylums: Essays on the Condition of the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Edition; trad. castellano, *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Madrid: H. F. Martínez de Murguía, 1987.
- (1963). *Stigma*. London: Penguin; trad. castellano, *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, 1980.
- GRUPO DE INVESTIGACIÓN APLICADA ETNOEDU (2007). *El portafolio-etnográfico: un instrumento para la evaluación de competencias*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- LAING, R. D. (1960). *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Harmondsworth: Penguin; trad. castellano, *El yo dividido: un estudio sobre la salud y la enfermedad*. Madrid [etc.]: Fondo de cultura económica, 1978.
- LEGRAND, M. y GAULEJAC, V. (2000). «Les récits de vie», *Sciences Humaines*, 102.
- MATZA, D. (1969). *Becoming Deviant*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall; trad. castellano, *El proceso de desviación*. Madrid: Taurus, 1981.
- MERLEAU-PONTY, M. (1958). *Les Sciences de l'homme et la phénoménologie*. Paris: Centre de Documentation Universitaire; trad. castellano, *La fenomenología y las Ciencias del Hombre*. Buenos Aires: NOVA, 1964.

- MORIN, E. (1994). «Praxéologie, Complexité et Education, Entretien avec J. Ardoino et C. Peyron-Bonjan», *Congrès AFIRSE Recherche scientifique et praxéologie, Actes En Question, Aix-en-Provence*, Tome II, 155-161.
- (2000). *Les Sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*. Paris: Le Seuil; trad. castellano, *Los siete saberes necesarios de la educación del futuro*. Barcelona: Paidós, 2001
- OGIEN, A. (1985). L'affiliation [versión electrónica]. *Pratiques de Formation (analyses): Ethnométhodologies*, 11-12. Consultado en septiembre de 2010 en http://www.vadeker.net/corpus/pfem/5-5_affiliation.html.
- PENEFF, J. (1990). *La méthode biographique. De l'Ecole de Chicago a l'histoire orale*. Paris: Armand Collin.
- PINEAU, G. (1998). *Accompagnements et Histoires de vie*. Paris: L'Harmattan.
- ROSENHAN, D. L. (1973). «On being sane in insane places», *Science*, 179, 250-258; trad. castellano, «Acerca de estar sano en un medio enfermo». En Watzlawick, P. (1989). *La realidad inventada ¿cómo sabemos lo que creemos saber?* Barcelona: Gedisa.
- SÁEZ, J. (1989). *La construcción de la Educación (entre la tecnología y la crítica)*. Murcia: ICE.
- VYGOTSKY, L. (1991 [1927]). «El significado histórico de la crisis de la psicología. Una investigación metodológica». En Vygotsky, L. *Obras escogidas (I)* (pp. 257-413). Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia-Visor Distribuciones.
- WEBER, M. (1984). *La acción social: ensayos metodológicos*. Barcelona: Homo sociologicus-Península.

ILUSTRACIONES



Ilustración I. Niveles entre la apertura y la definición

Educación <i>in vitro</i>	Educación <i>in vivo</i>
Mundo externo - objeto	Correspondencia entre el mundo externo (objeto) y el mundo interno (sujeto)
Saber	Comprensión
Inteligencia analítica	Equilibrio entre lo mental, los sentimientos y el cuerpo
Orientada hacia el poder y la posesión	Orientada hacia el extrañamiento, la exploración y la participación
Lógica binaria	Lógica del tercer incluido
Exclusión de valores	Inclusión de valores

Ilustración II. Educación disciplinar y educación transdisciplinar
(Nicolescu, 2000, 15)

NIVEL DE ANÁLISIS	AUTORES REPRESENTATIVOS	EJEMPLO DE TEORÍA DE LA «DÉVIANCE»
EXPLICACIONES CIENTÍFICAS		
I. Entorno físico y organismo físico	NIVEL DE ANÁLISIS Morselli; Lombroso; Glueck & Lorenz	La agresión es una característica heredada biológicamente
II. Sociedad, estructura social y conflicto social	Durkheim; Merton; Parsons; Bell; Erikson; Mark; Quiney	A mayor integración social, menor grado de «déviance»
III. Variación de estructuras sociales específicas	Park; Burguers; Wirth; Thomas; Znaniecki; Shwa; McKay; Weil	El crecimiento de la urbanización causa desorganización social
IV. Subculturas	Lind; Sutherland; Whyte; Jacobs; Cohen; Oblin; Spengel	La conformidad con las reglas del subgrupo produce «déviance» respecto las del conjunto de la sociedad
V. Interacción social	Simmel; Mead; Cooley; Blumer; Hughes; Lindesmith; Lemert; Wallace; Shibutani	Puede ser aprendida a partir de la interacción simbólica y compartida con otros
EXPLICACIONES NO CIENTÍFICAS		
VII. Procesos de interacción concretos	Representaciones de medios de comunicación y personales, imágenes del sentido común	Se produce como respuesta a los tros
VIII. Situaciones y acciones dadas	Ídem.	El incremento de asesinatos es por un mayor número de gánsteres en la zona
IX. Acciones y eventos concretos	Ídem.	Cualquier acto desviado es el resultado de fuerzas inevitables
TEORÍA MULTINIVEL		
X. Teoría del etiquetaje	Tannenbaum; Becker; Dickson; Currie; Emerson; Henry	Los grupos sociales generan reglas cuya infracción crea «déviance»
XI. Teoría dramatrúgica	Goffman; Nu,am; Scott; Manning	El individuo gestiona la imagen que de sí mismo da a los otros, pudiendo presentarse como «déviance» o no
XII. Fenomenología y etnomenodología	Cicourel; Garfinkel; Weder; Zimmerman; Bittner; McHuhg; Daniels; Waksler; Queré; Ogién	El comportamiento «outsider», visto desde dentro puede ser una reinterpretación de la regla
XIII. Sociología existencial	Tiryakian; Douglas; Johnson; Rasmussen; Flanagan	Sentimientos, en concreto de vergüenza, son significativos en la producción o no de «déviance»

Ilustración III. Niveles de análisis de los fenómenos de «déviance» (Douglas y Waksler, 1982, 32-33)

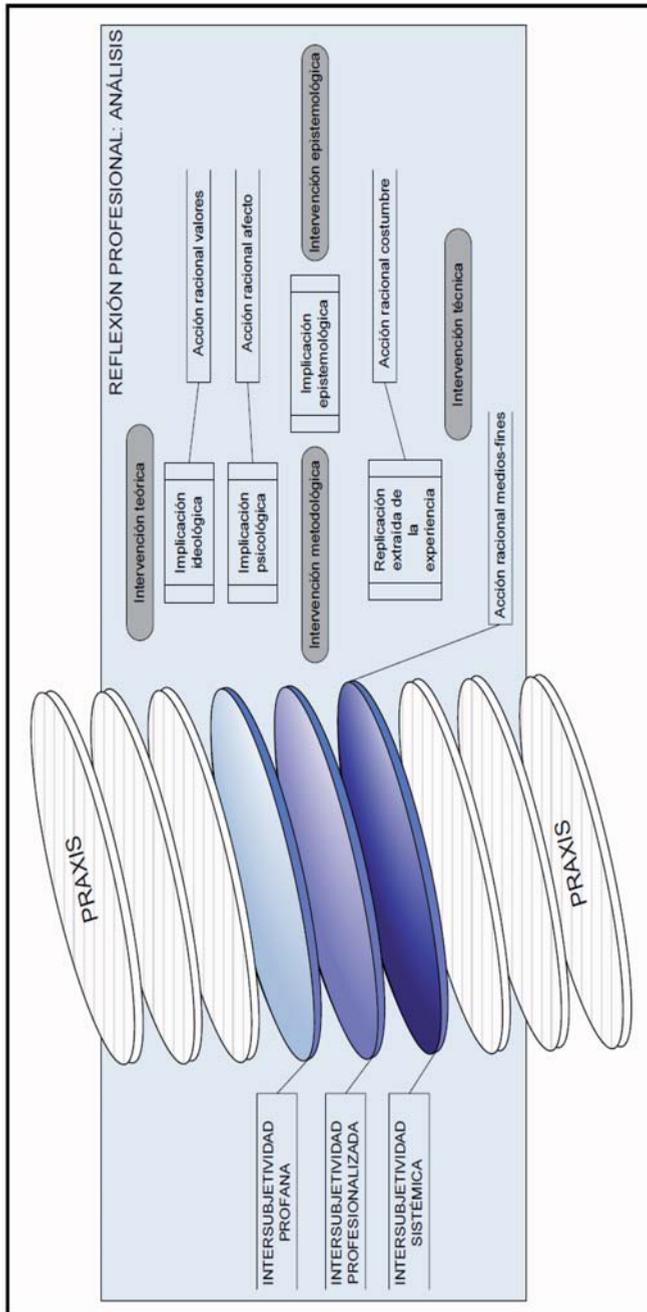


Ilustración IV. Reflexión profesional — Implicación y acompañamiento (Berbegal, 2008a, 374)

ACOMPANAMIENTO I	
Componentes	Asistencia Supervisión/control/vigilancia Mediación institucional
Sentido	Acompañamiento: información-gestión actualizada sobre el acompañado y sobre sus posibilidades en el contexto Dimensión organizativa: gestión de vidas y medidas judiciales Análisis de las limitaciones, prescripciones, constricciones
Racionalidad	Acción estratégica/dramatúrgica Acción medio-fin Acción social Mundo de vida = Sistema
Comunicación	Relación comunicativa: lógica «correccaminos-coyote»: chasta, engaño, mentira, teatralización Intercambio social de valores. Lenguaje evaluativo: sanción-incentivos-sistema de privilegios Presentación del yo integrada al orden institucional
Institución	Institución: dimensión morfológica Tautología analítica: no se dice nada que la propia organización no diga de sí misma
Tipo de relación Intersubjetividad	Relación de tutorización (estar PARA el Otro) Intersubjetividad sistémica
Construcción identidad	Lugar del acompañado: el que le deja y reconocen la lógica organizativa (laboral, institucional) y las teorías profesionales de referencia

Ilustración V. Componentes analíticos
(Berbegal, 2008a, 362)

ACOMPAÑAMIENTO II	
Componentes	Vínculo afectivo Animación
Sentido	Dimensión terapéutica. <i>Pharmakón</i> , humanización del medio Acompañamiento: información actualizada sobre la situación del acompañado Análisis de la <i>transferencia</i> del menor y de la <i>contratransferencia institucional</i> : planificación de la intervención
Racionalidad	Acción estratégica/dramatúrgica Acción medio-fin Acción social <i>Mundo de vida</i> del acompañado
Comunicación	Relación comunicativa: lógica psicologizada Valor. Lenguaje evaluativo: emotivismo <i>versus</i> representación profesional de la situación psicológica-patológica Presentación del yo integrada en la relación terapéutica
Institución	Institución: dimensión dinámica Distorsión de la morfología institucional por el discurso terapéutico
Tipo de relación Intersubjetividad	Relación de tutorización (estar PARA el Otro) Intersubjetividad profesionalizada
Construcción identidad	Lugar del acompañado: las teorías profesionales de referencia (psicológicas, sociológicas, pedagógicas, etc.)

Ilustración VI. Componentes analíticos
(Berbegal, 2008a, 363)

ACOMPANAMIENTO III	
Componentes	Interacción descentrada Convivencia mantenida
Sentido	Dimensión profana. Acompañante/acompañado = ser social Acompañamiento: situación compartida. Relación social Análisis de la <i>contratransferencia</i> del acompañante. Análisis interno: descripción-reflexión de las realizaciones prácticas de las situaciones de interacción
Racionalidad	Acción comunicativa Acción-vañpr Acción-afecto
	<i>Mundo de vida</i> del acompañante y <i>Mundo de vida</i> que se genera a través de la interacción interindividual con el acompañado
Comunicación	Relación comunicativa: compromiso Lenguaje evaluativo: emotivismo <i>versus</i> pretensión de intersubjetividad desde los referentes de vida del acompañante Abolición de la presentación del yo. Identidad compleja. Ámbito del «nosotros»
Institución	Institución: dimensión dinámica Distorsión por las formas de socialización construidas
Tipo de relación Intersubjetividad	Relación de afiliación (estar CON el Otro) Intersubjetividad profana
Construcción identidad	Lugar del acompañado: se define en las condiciones mismas de realización

Ilustración VII. Componentes analíticos
(Berbegal, 2008a, 364)

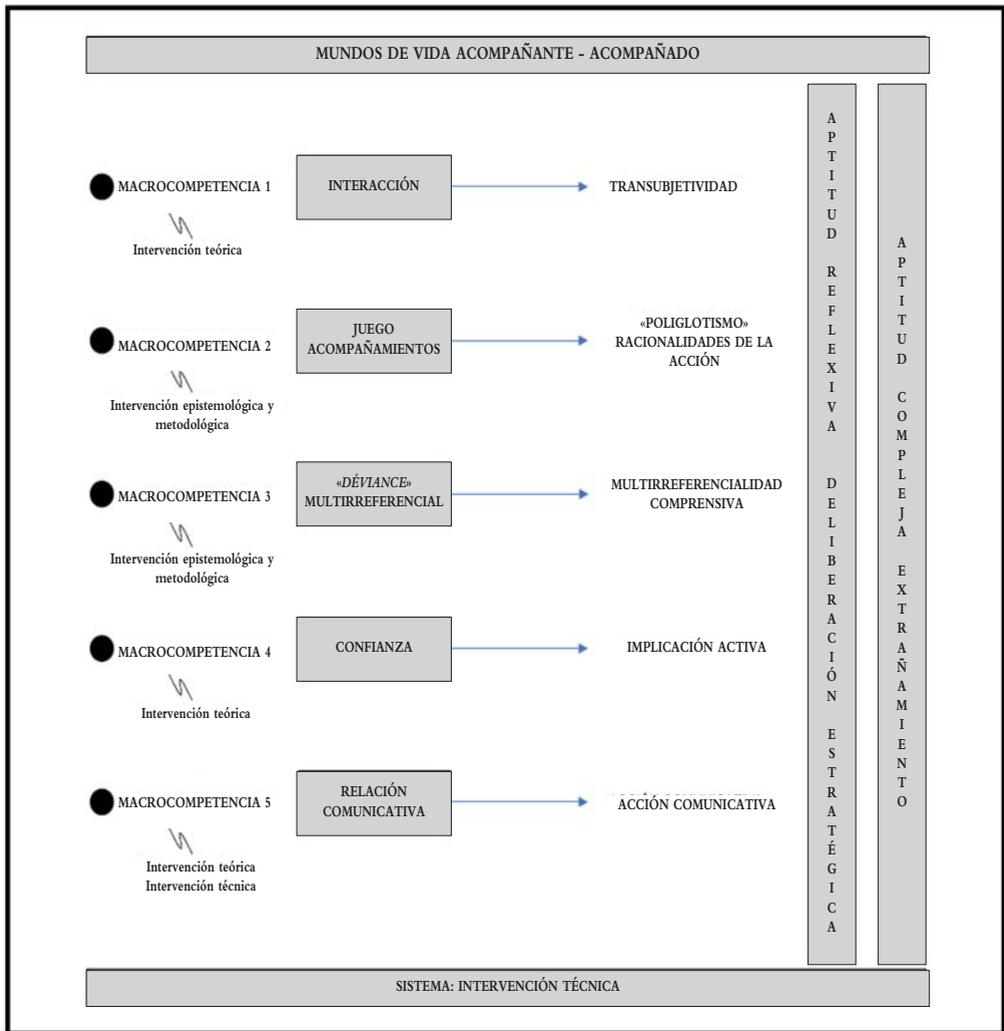


Ilustración VIII. Macrocompetencias y acompañamiento (Berbegal, 2008a, 410)

IX LA REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

N. Ojeda, E. Bengoetxea, J. Peña y A. García

1. INTRODUCCIÓN A LA REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

El desarrollo de la neuropsicología generó la aparición de una nueva forma de intervención denominada rehabilitación neuropsicológica. El término rehabilitación neuropsicológica o rehabilitación cognitiva se diferencia de otros enfoques conceptuales en psicología, como la psicoterapia cognitiva, porque trabaja desde los siguientes principios (Sánchez, Peña, Ojeda, Bengoetxea y Palacios, 2010).

En primer lugar, asume la relación cerebro-conducta; de modo que una alteración en el cerebro se puede reflejar en una manifestación conductual observable y medible. A su vez, una alteración conductual puede ser reflejo del funcionamiento del sistema nervioso central de esa persona. En segundo lugar, el término conducta se entiende en un sentido amplio: conducta en neuropsicología incluye la cognición (atención, lenguaje, memoria, etc.), la emoción, y la conducta. Por último, la intervención o rehabilitación en neuropsicología se centra en la actuación sobre las funciones alteradas con el objetivo final de mejorar la capacidad funcional de la persona en su medio.

Este término también se ha empleado para referirse a ciertas intervenciones neurofarmacológicas, aproximaciones psicoterapéuticas y programas de modificación de conducta. A pesar de que pueden ser herramientas eficaces para tratar secuelas de las funciones neuropsicológicas dañadas, no aportan un reentrenamiento directo de los procesos cognitivos.

Las siguientes son definiciones del concepto de rehabilitación neuropsicológica publicadas por autores de referencia en este campo. Según Sohlberg y Mateer (1989), la rehabilitación cognitiva se refiere al proceso terapéutico de incrementar o mejorar la capacidad del sujeto para procesar y utilizar la información entrante de tal manera que le permita aumentar su funcionamiento en la vida diaria. Prigatano (1999) refiere que la rehabilitación neuropsicológica implica el uso de todas las herramientas disponibles para mejorar la independencia y la

calidad de vida de las personas con alteraciones neuropsicológicas. En una segunda formulación, Mateer y Sohlberg (2003) conceptualizan la rehabilitación cognitiva como la aplicación de técnicas y procedimientos y como la implementación de soportes que permitan a los individuos con deterioro cognitivo funcionar de la manera más segura, productiva e independiente como sea posible en su entorno. Wilson (2003) explicó, a su vez, que el interés principal de la rehabilitación neuropsicológica es disminuir los déficit cognitivos, sociales y emocionales provocados por el daño cerebral. Sus objetivos principales son lograr que las personas con discapacidad alcancen su grado de bienestar óptimo, reducir el impacto de los problemas en su vida diaria y ayudarles a establecer ambientes mejor adaptados a sus limitaciones.

1.1. Perspectiva histórica

La perspectiva histórica de la rehabilitación cognitiva ha sido estudiada por Muñoz y Tirapu (2001) y Sánchez, et al. (2010). Ambos equipos sugieren que la rehabilitación neuropsicológica posiblemente sea tan antigua como la neuropsicología misma. A finales del siglo XIX, Paul Broca, en uno de sus artículos sobre la localización cerebral del lenguaje, ya presentó un programa de rehabilitación para un paciente que no podía leer palabras en voz alta (Wilson, 2003). Fue conocido como el «caso Tam Tam» ya que era la única sílaba que podía pronunciar el paciente que padecía bloqueo en el habla junto con una parálisis del lado derecho del cuerpo.

Según Muñoz y Tirapu (2001), las primeras aproximaciones a la rehabilitación neuropsicológica realizadas de una forma sistemática fueron llevadas a cabo a principios del siglo XX, en torno a la Primera Guerra Mundial. En Alemania y Austria surgió un grupo de centros de cuidado médico y rehabilitación de soldados con heridas cerebrales. Uno de los pioneros fue Walter Poppelreuter, quien, en 1914, fundó una institución para este cometido en Colonia donde estudiaba las alteraciones visuales de los soldados heridos. Aportó aspectos de gran relevancia en los procesos de rehabilitación neuropsicológica como son la necesidad de integración de equipos multidisciplinares, la importancia del apoyo social o la necesidad de entrenamiento en actividades de la vida diaria.

En 1919, Kurt Goldstein fundó el Instituto para la Investigación de los Efectos del Daño Cerebral en Frankfurt (Muñoz y Tirapu, 2001). Puso énfasis en

la necesidad de prestar atención a las pautas de ejecución y error en los test, más que a los resultados cuantitativos. Diferenció entre intervenciones cuyo objetivo era la restauración de funciones y aquellas cuyo objetivo era la sustitución de las mismas. Además otorgó mucha importancia a la terapia ocupacional y señaló la utilidad de otras técnicas psicoterapéuticas como la visualización en la rehabilitación de las alteraciones mnésicas.

Tanto el equipo de Sánchez (2010), como Muñoz y Tirapu (2001) coinciden en que A. R. Luria (1902-1977), considerado por muchos como el padre de la neuropsicología, realizó la aproximación más rigurosa y científica a la rehabilitación del daño cerebral. El conjunto de hallazgos de Luria con veteranos que tenían déficits neuropsicológicos selectivos debido a heridas cerebrales sirvió como base para su teoría de los sistemas funcionales, considerada la base conceptual de la rehabilitación neuropsicológica. Su modelo de rehabilitación ya planteó una aproximación individualizada a cada caso y sugería que la rehabilitación de los procesos cognitivos tenía como base la utilización de las vías cerebrales intactas. Destacaba la importancia de la reorganización funcional después de una lesión y la necesidad de dar *feedback* constante a los pacientes para proporcionarles información sobre su rendimiento en las tareas.

Sánchez et al. (2010) no pasan por alto la labor del neurólogo Russell (1971), quien demostró la importancia de la duración de la amnesia postraumática como variable predictora del resultado funcional del daño cerebral traumático. En la misma década en Edimburgo, Zangwill realizó un número de propuestas teóricas y clínicas que son fundamentales para la rehabilitación neuropsicológica (Wilson, 2003). Su principal contribución fue la propuesta de dos vías esenciales en las estrategias de rehabilitación: el reentrenamiento directo y la sustitución.

En la década de los ochenta comenzó el desarrollo de los programas multidisciplinarios, como intento de superar el planteamiento tradicional centrado casi exclusivamente en la recuperación de los déficits neuromusculares y lingüísticos. El foco de atención de la rehabilitación en este período se centró en las consecuencias del daño cerebral traumático (Muñoz y Tirapu, 2001). Por ejemplo, Ben-Yishay trabajó en Tel Aviv, tras la guerra del Yom Kippur de 1973, con pequeños grupos de veteranos con heridas cerebrales de bala. Los pacientes participaban en programas que incluían ejercicios cognitivos, psicoterapia y actividades comunitarias terapéuticas. Uno de sus objetivos principales era que tomaran conciencia de sus secuelas cognitivas. Christensen y Uzzel (1999) destacaron

la importancia de añadir nuevos módulos de tratamiento destinados a tratar déficits cognitivos específicos. Estudios de seguimiento han demostrado la utilidad de este tipo de programas para mejorar el nivel de independencia funcional y la calidad de vida de los pacientes (Sánchez, et al., 2010).

1.2. Influencias teóricas tempranas

A principios de los años 80, Powell (revisar Powell, 1994) propuso una de las primeras aproximaciones teóricas para proporcionar modelos de tratamiento para las personas con daño cerebral. Sugirió que había seis paradigmas de tratamiento (Sánchez, et al., 2010): (a) la estrategia de no intervención que consiste en dejar que la naturaleza siga su curso; (b) el paradigma protésico, en el que se ayuda a los pacientes a hacer un uso más eficaz de las prótesis; (c) la práctica o estimulación, posiblemente la técnica de tratamiento más utilizada en rehabilitación; (d) el paradigma de maximización, según el cual los terapeutas intentan maximizar la extensión, la velocidad y el nivel de aprendizaje con procedimientos como el refuerzo positivo y el *feedback*; (e) la terapia de función cerebral que consiste en la estimulación directa de ciertas regiones del cerebro mediante actividades para conseguir aumentar su actividad o restablecer funciones en áreas nuevas; y (f) los tratamientos médicos, bioquímicos y quirúrgicos que pueden ser combinados con otros tratamientos terapéuticos.

En 1986, Gross y Schutz plantearon cinco modelos de intervención neuropsicológica jerárquicamente organizados: (a) Modelo de control ambiental para pacientes que no pueden aprender; (b) modelos de condicionamiento estímulo-respuesta para pacientes que pueden aprender, pero no pueden generalizar; (c) modelo de entrenamiento de habilidades dirigido a pacientes que pueden aprender y generalizar, pero no pueden monitorizar sus actuaciones; (d) modelo de estrategia de sustitución con pacientes que pueden auto-monitorizarse y (e) modelo del ciclo cognitivo: para pacientes que pueden realizar todas las acciones anteriormente descritas y que son capaces de establecer sus propios objetivos.

En 1994, Coltheart, Bates y Castles argumentaban que los programas de rehabilitación deberían basarse en un análisis teórico de la naturaleza del trastorno que hay que tratar. A pesar de que es necesario comprender la naturaleza del déficit, los modelos de funcionamiento cognitivo no nos indican por sí mismos el método de tratamiento que hay que utilizar. Por lo tanto, las teorías del funcionamiento cognitivo son necesarias, pero no suficientes en la rehabilitación cogniti-

va (Wilson, 2003). Es difícil conseguir modelos y teorías de rehabilitación neuropsicológica. Su contribución al tratamiento es limitada, aportando más información sobre las lesiones que sobre el modo de actuar sobre ellas.

Wilson (2005) pensaba que había tres áreas fundamentales dentro de la psicología que eran especialmente importantes para el campo de la rehabilitación neuropsicológica: (a) la neuropsicología que ayuda a comprender el funcionamiento del cerebro; (b) la psicología cognitiva, de la que se extraen modelos de funcionamiento cognitivo; y (c) la psicología conductual que aporta estrategias de tratamiento que se pueden modificar o adaptar para las personas con daño cerebral.

Prigatano (1999) propuso en su libro *Principles of Neuropsychological Rehabilitation* algunas líneas de actuación para organizar el trabajo en rehabilitación. Entre ellas destaca la importancia de la experiencia subjetiva del individuo, la interacción entre cognición y personalidad o la concepción del proceso de rehabilitación como una entidad dinámica. El enfoque de Prigatano resultó innovador porque descentralizó el foco de atención de la rehabilitación neuropsicológica, centrado casi exclusivamente en las alteraciones cognitivas y subrayó la importancia de trabajar las variables emocionales y las alteraciones en la conciencia de déficit.

Robertson y Murre (1995) argumentaron que no sólo la edad y la educación son determinantes para la recuperación de la función, sino que también existen pruebas de que el control atencional y el nivel de conciencia son predictores fiables de la probabilidad de éxito. Estos factores cognitivos reflejan la integridad de la función del lóbulo frontal. Destacaron la importancia de la atención ya que modula la conectividad sináptica facilitando la reparación y reconexión de los circuitos dañados.

Mateer y Sohlberg (2003) también destacaron la importancia de trabajar la respuesta emocional del paciente. La educación sobre la naturaleza de los cambios neuroconductamentales es una parte crucial de la rehabilitación, ya que permite al individuo y a sus familiares involucrarse en su cuidado de una manera más precisa y manejar el ambiente con eficacia para fomentar un funcionamiento adaptativo.

1.3. Principales teorías en rehabilitación neuropsicológica

Luria (1982) teorizó que la recuperación de la función puede ocurrir a través del establecimiento de nuevas conexiones aprendidas mediante el reentrenamiento

cognitivo con ejercicios dirigidos específicamente a la fuente de los problemas o a los procesos básicos interrumpidos por la lesión. Distinguió tres unidades funcionales del cerebro organizadas jerárquicamente e integradas funcionalmente:

a. Unidad de arousal: responsable de la activación y regulación del tono cortical. Es el primer bloque cerebral y está constituido por la formación reticular, el mesencéfalo, el hipotálamo y el sistema límbico.

b. Unidad de input sensorial: responsable de la recepción, análisis y almacenamiento de la información. Es el segundo bloque cerebral y está constituido por los lóbulos temporales, parietales y occipitales.

c. Unidad organizacional y de planificación: responsable de la programación, regulación y verificación de la actividad. Es el tercer bloque cerebral y está constituido por los lóbulos frontales.

En el ámbito de la rehabilitación neuropsicológica fundamentalmente se distinguen *tres grandes orientaciones teóricas* que se presentan a continuación y que han sido defendidas por los principales equipos de investigación en rehabilitación neuropsicológica. Las tres asumen principios diferenciados en relación con los mecanismos neurales que sustentan a los cambios cognitivos (Glisky y Glisky, 2005; Mateer y Sohlberg, 2003; Muñoz y Tirapu, 2001; Wilson, 2005).

Tabla 1. Equivalencias de modelos teóricos para el tratamiento en rehabilitación cognitiva.

	Powell (1980)	Gross y Shutz (1986)
RESTAURACIÓN	- Práctica o estimulación	- Modelo de ciclo cognitivo
SUSTITUCIÓN	- Paradigma de maximización - Terapia de función cerebral	- Modelo de condicionamiento (estímulo intrínseco)
COMPENSACIÓN	- Paradigma protésico	- Modelo de entrenamiento en habilidades - Modelos de control ambiental - Modelo de condicionamiento (estímulo extrínseco)

Describamos, en primer lugar, la teoría de la *restauración de la función dañada*. Esta aproximación asume que los procesos cognitivos deteriorados pueden ser restaurados a través de la estimulación. Las técnicas de rehabilitación desarrolladas

desde este enfoque se basan en la realización de un conjunto de tareas y ejercicios de manera repetitiva para conseguir la reactivación de los circuitos cerebrales dañados y, en definitiva, la recuperación de las funciones cognitivas afectadas por la lesión.

La teoría de la *compensación* de la función perdida parte del principio de que los mecanismos cerebrales y procesos cognitivos apenas pueden ser recuperados. En rehabilitación neuropsicológica se usa este término para referirse a los cambios externos o ambientales que ayudan a evitar o aliviar los problemas de memoria. Esta aproximación no requiere asumir que el deterioro cognitivo o neuronal pueda ser alterado o reorganizado. El entrenamiento se centra en buscar maneras de alcanzar resultados funcionales que exijan demandas cognitivas mínimas al usuario. Esta aproximación se ha mostrado especialmente provechosa cuando el daño cerebral es muy extenso o el deterioro de la función cognitiva es muy importante. Fundamentalmente se recurre al empleo de ayudas externas, tales como el uso de calendarios, listas, agendas y a soportes electrónicos como los sistemas de voz asistida por ordenador.

Según la teoría de la *sustitución* u optimización de las funciones residuales, los procesos cognitivos no suelen eliminarse por completo tras la lesión. Simplemente se reduce su eficiencia. Por ende, conviene desarrollar otras estructuras o circuitos cerebrales no afectados para garantizar la función. Supone que esta reorganización a nivel cognitivo y conductual se apoya en una reorganización de la función a nivel neuronal. Estudios de neuroimagen han sugerido que el cerebro podría ser capaz de compensar la lesión usando un área cerebral alternativa, tanto en una región homóloga en el otro hemisferio como en otra estructura que normalmente no está involucrada en dicha función. El objetivo de la rehabilitación desde esta perspectiva es mejorar el rendimiento de la función alterada a través de la utilización de los sistemas cognitivos conservados y no tanto mediante ayudas externas. Los principales predictores de la eficacia de esta aproximación son la edad, la severidad del daño, la especificidad del déficit y el rendimiento premórbido.

1.4. Mecanismos de recuperación y plasticidad cerebral

Sohlberg y Mateer (1989) subrayaron la importancia de reconocer los mecanismos que pueden desarrollarse durante la recuperación del daño cerebral. Hay

un período de tiempo tras la lesión en el cerebro, que se conoce como recuperación espontánea, durante el cual hay cambios en el sistema nervioso central. Este proceso puede ser el resultado de la reabsorción de hematomas, del descenso de la inflamación, de la normalización del flujo sanguíneo o de la recuperación del equilibrio electrolítico y neuroquímico. También existen cambios a nivel estructural. La comprensión de estos mecanismos aporta posibles explicaciones de por qué la rehabilitación cognitiva puede ser eficaz.

Un concepto fundamental en la mayoría de teorías de recuperación neural es la plasticidad del sistema nervioso central. La plasticidad cerebral hace referencia a la capacidad intrínseca del encéfalo para reorganizarse tras el daño cerebral tanto en el sentido neurofisiológico/neuroanatómico como en el sentido conductual/funcional. Robertson y Murre (1995) la definen como los cambios que ocurren en el cerebro como consecuencia de la experiencia. Los procesos de recuperación comparten mecanismos comunes con el aprendizaje normal. Es necesario examinar los mecanismos de la plasticidad cerebral para optimizar la rehabilitación neuropsicológica. Dichos mecanismos incluyen incremento de sustancias químicas que promueven el crecimiento de conexiones neuronales, cambios morfológicos neuronales, alteraciones en el número y naturaleza de las conexiones sinápticas y formación de nuevos circuitos neuronales (Muñoz Céspedes y Tirapu, 2001; Sohlberg y Mateer, 1989). Una vez que el daño cerebral ha tenido lugar y queda establecido, se produce un reaprendizaje que consta de dos pasos: un reforzamiento inicial de los patrones neuronales existentes y el establecimiento posterior de nuevos cambios estructurales (Pascual-Leone, Amedi, Fregni y Merabet, 2005).

Cuando se habla de plasticidad cerebral tiende a considerarse que todas las variables van a actuar en un momento determinado y en la dirección correcta. Frente a esta visión positiva debe considerarse la posibilidad de que algunos efectos de la plasticidad pueden actuar de forma negativa sobre la recuperación de funciones (Muñoz y Tirapu, 2001). De hecho, no todos los procesos de desarrollo y recuperación que se producen en el sistema nervioso central como respuesta a un daño cerebral son necesariamente adaptativos, por ejemplo, puede ocurrir un incremento de la espasticidad motora (Robertson y Murre, 1995).

Tabla 2. Mecanismos de recuperación cerebral más estudiados.

Mecanismo	Cambios cerebrales	Consecuencia
Diaquisis	- Recuperación neuronal tras la interrupción temporal del funcionamiento de las áreas adyacentes al daño primario	- Restablecimiento de sistemas neurológicos no dañados
Crecimiento axonal	- Regeneración de elementos neuronales no destruidos totalmente	- Restablecimiento de sistemas neuronales (funcionales o no funcionales)
Denervación	- Proliferación de receptores post-sinápticos	- Hipersensibilidad de receptores a los neurotransmisores

1.5. Requisitos de un Programa de Rehabilitación Ideal

Tras revisar distintos modelos y protocolos de intervención neuropsicológica, Muñoz y Tirapu (2001) resumen algunas líneas de actuación generales para aumentar la probabilidad de obtener buenos resultados y que conviene tener en cuenta a la hora de diseñar cualquier programa de rehabilitación:

Dibujo 1. Gráfico resumen de las características necesarias para la rehabilitación cognitiva eficaz



a. Tomar modelos teóricos como referencia: se debe tener un conocimiento adecuado del funcionamiento de un organismo o un proceso para intervenir adecuadamente en él.

b. Adoptar una perspectiva interdisciplinar y múltiple: las alteraciones tras el daño cerebral se observan en todos los niveles del individuo: físico, cognitivo, emocional y psicosocial. Por este motivo no pueden ser abordadas de modo exclusivo por ningún profesional, sino que exigen la participación conjunta y coordinada de un equipo interdisciplinar integrado por médicos, neuropsicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y logopedas, entre otros.

c. Establecer un orden de prioridades: tras la evaluación es necesario planificar sobre qué funciones cognitivas y problemas emocionales hay que intervenir y en qué orden hay que llevar a cabo dicha intervención.

d. Comenzar la intervención de forma precoz: se ha comprobado que la puesta en marcha de programas de rehabilitación en las fases iniciales del daño cerebral incrementa de forma significativa las posibilidades de recuperación funcional, al maximizar los avances cognitivos que se producen en el período de recuperación espontánea.

e. Dedicar tiempo suficiente al tratamiento: la velocidad de procesamiento de la información tras un daño cerebral se encuentra reducida y son necesarios tiempo y paciencia para conseguir un resultado satisfactorio.

f. Contemplar las habilidades conservadas como base del tratamiento: cuando no es posible reparar la función dañada habrá que plantearse la sustitución o compensación de la misma.

g. Centrarse más en discapacidad que en déficits: el objetivo último de esta disciplina deber ser la aplicación del conocimiento para conseguir estrategias de rehabilitación más eficaces que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas con daño cerebral.

h. Incluir los aspectos emocionales: los programas de rehabilitación neuropsicológica no se deben centrar exclusivamente en las limitaciones del funcionamiento cognitivo, sino que también han de considerar los problemas de conducta y los trastornos emocionales.

En definitiva, la rehabilitación neuropsicológica debe adoptar una aproximación holística que contemple el trabajo de los efectos cognitivos, emocionales y

sociales de las personas que presentan deterioro cognitivo, más que centrarse exclusivamente en el reentrenamiento cognitivo. Su objetivo básico debe ser disminuir o aliviar los síntomas del paciente reduciendo el impacto funcional de los mismos y la dependencia hacia los cuidadores (Svendsen y Teasdale, 2006).

1.6. Fundamentos de la rehabilitación cognitiva

La rehabilitación se basa en la premisa de que la intervención provoca mejoras superiores en el funcionamiento del paciente que la mera recuperación espontánea. No obstante, existen dos modelos teóricos opuestos sobre los fundamentos de la rehabilitación o recuperación (Katz y Mills, 2007). En primer lugar, se encuentran los modelos biológicos que subrayan la importancia de la plasticidad cerebral y los eventos fisiopatológicos como causantes principales de la recuperación cerebral y funcional. El entrenamiento y aprendizaje realizados en rehabilitación ocuparían un lugar secundario. Los defensores de este modelo se muestran escépticos a la eficacia de este tipo de tratamiento. En oposición, los modelos de aprendizaje consideran que el entrenamiento y la experiencia recibidos mediante esta intervención producen cambios funcionales; gracias a la restauración o/y la sustitución de las capacidades dañadas.

A pesar de la polaridad de opiniones, los autores coinciden en la existencia de la interacción biología-rehabilitación en el proceso de recuperación. Por desgracia, la naturaleza de esta interacción es desconocida en la actualidad (Bach y Rita, 1990; 1992). La incógnita reside en la forma en la que determinadas intervenciones terapéuticas provocan procesos de plasticidad y reorganización cerebral que no ocurrirían de manera pasiva.

En el caso de aceptar y asumir la existencia de la relación entre recuperación espontánea y entrenamiento, sería necesario descubrir en qué «momento post-trauma» tendría lugar el mismo. Parece ser que el aprendizaje y la experimentación tienen poca influencia en estadios tempranos de daño cerebral como pueden ser el coma y estados vegetativos o confusionales. Novack, Cadwell, Duke, Bergquist y Gage (1996) encontraron que los pacientes que recibieron entrenamiento cognitivo en estadios tempranos de daño cerebral (estado confusional en su mayoría) no mostraron mejoras significativamente mayores en atención y funcionalidad que aquellos que no recibieron ningún tipo de tratamiento. De todas formas, la intervención temprana facilitaría una actitud más positiva y comprometida de los pacientes en momentos de rehabilitación posteriores.

La rehabilitación y el entorno parecen influir de manera más relevante en estadios de recuperaciones más tardíos (Katz y Mills, 2007) pero, en contra de las afirmaciones de Novack y su equipo (1996), varios autores han encontrado evidencias a favor de la eficacia de la rehabilitación en distintas fases del proceso de recuperación en daño cerebral.

Mackay, Berstein y Chapman (1992) utilizaron programas de rehabilitación con pacientes de neurocirugía hospitalizados en unidades de cuidados intensivos. Los pacientes tratados obtuvieron tiempo de hospitalización inferior y mejor adaptación al hogar que los controles. De manera similar, Cope y Hall (1982) observaron que, en comparación a los pacientes intervenidos en fases más tardías, aquellos que fueron intervenidos de manera temprana obtuvieron mejoras funcionales significativamente mayores y tiempos de hospitalización inferiores.

La fase de recuperación más estudiada en este campo es la postaguda. Se presupone que en este estadio los cambios biológicos alcanzan cierta estabilidad. La mayoría de estudios de eficacia se sirven de mediciones pre y postratamiento y la mayoría de ellos han encontrado evidencias favorables independientemente del método de rehabilitación utilizado (Cope, Cole y Hall, 1982; Prigatano, Fordyce y Zeiner, 1984; Schezer, 1986; Malec, Smigieski y Depompolo, 1993). Prigatano, Klonoff y O'Brien (1994) sostuvieron que las mejoras funcionales (autonomía, mejor calidad de vida, inserción laboral, etc.) generadas por la rehabilitación cognitiva tenían lugar aún cuando no se observaban cambios psicométricos en las pruebas obtenidas.

Las evidencias mostradas parecen verificar la validez de ambos modelos. En este sentido, se propone la existencia de una interacción dinámica entre factores fisiopatológicos, ambientales, patrones premórbidos de funcionamiento y aprendizaje que varía en su proporción a lo largo del tiempo de restablecimiento.

2. REHABILITACIÓN COGNITIVA EN PSICOSIS

2.1. Deterioro cognitivo en psicosis

La presencia de deterioro cognitivo en la psicosis es indiscutible hoy en día, tanto en el primer episodio psicótico (PEP), como en la esquizofrenia de larga evolución (ELE). Bleuer (1991) y Kraepelin (1919) fueron los primeros en detectar la existencia de deterioro cognitivo en los pacientes con esquizofrenia.

A partir de la introducción de la neuropsicología en el estudio de este colectivo en 1980, una ingente cantidad de estudios dieron a conocer el carácter difuso de las dificultades cognitivas de estos pacientes (Ojeda et al., 2005). Se postuló que ninguna de las habilidades cognitivas se encontraba dentro de los límites normales. Una revisión reciente describe que su gravedad puede ser moderada o severa (alcanzan las 2-3 desviaciones típicas por debajo de la media), y su permanencia en el curso longitudinal interfiere gravemente con el grado de autonomía de los pacientes (Ojeda et al., 2007).

Todos los datos disponibles apuntan a que el deterioro cognitivo está presente desde el comienzo de la enfermedad con un PEP, continuando en la EC y manteniéndose presente en pacientes geriátricos (Ojeda et al., 2005). Se ha llegado a sugerir, siguiendo la hipótesis del neurodesarrollo, que el deterioro cognitivo podría estar presente incluso antes de la aparición de la enfermedad. A pesar de la complejidad que conlleva el estudio en este ámbito, existen algunos trabajos en la literatura con evidencias a favor de esta suposición. Es el caso de Brewer et al. (2005), que tras haber estudiado a 98 personas con alto riesgo de desarrollar un PEP, descubrieron que las tareas cognitivas que requieren mayor rapidez de registro y recuerdo se encuentran afectadas antes de la aparición del PEP. Observaron que el CI de los pacientes de riesgo era más pobre que el de los controles sanos. En suma, todos aquellos sujetos de alto riesgo que terminaron sufriendo un primer brote (50%) presentaron déficits en memoria verbal. No se halló ninguna diferencia en el resto de capacidades cognitivas evaluadas.

Algunos autores han buscado incluso evidencias en poblaciones de alto riesgo infantiles. Cannon, Bearden, Hollister, Rosso, Sánchez y Hadley (2000) estudiaron el perfil neuropsicológico de niños de siete años. Los datos mostraron una ejecución inferior a la normal en pruebas verbales y no verbales. Poseían un CI inferior y menores logros escolares que los niños con problemas afectivos o controles sanos.

El pronóstico de evolución de este deterioro parece seguir una línea bastante similar tanto en PEP, como en ELE, aunque la variedad de capacidades deficitarias es mayor en el segundo colectivo. En el momento en el que la persona sufre un PEP las capacidades cognitivas se muestran alteradas (Hoff, Riordan, O'Donnell, Strizke, Neale y Boccio, 1992). No obstante, su ejecución se mantiene o mejora levemente durante los primeros 5 años (Hoff, Sakuma, Razi, Heyderbrand, Csnansky y DeLisi, 2000). Evaluaciones longitudinales de mayor duración (Andreasen, 2004; Townsend, Ross, Malla, Rychlo, Ahmed,

2002; Stirling, White, Lewis, Hopkin, Tantam y Huddy, 1994; Nopolous, Flshman, Flaum, Arndt, y Andreasen, 2004; Hoff, et al., 2005) refieren la presencia de un deterioro lento pero progresivo de todas las capacidades cognitivas a partir de los 5 años de seguimiento. El deterioro es más acusado en velocidad de procesamiento, velocidad psicomotriz y memoria.

En el caso de los pacientes con ELE los estudios con períodos de seguimiento de entre 1 y 2 años no consiguen llegar a un acuerdo en cuanto a los resultados (Tuninger y Levander, 2001; Rund, 1998; Rund, 1995 y Nuechterlein, 1985). Sin embargo, estudios de mayor duración del seguimiento (Andreasen, 2004) evidencian un empeoramiento moderado de todas las medidas cognitivas. Entre los distintos datos hallados a partir de los estudios citados, Hoff (1999) destaca que uno de los aspectos más llamativos es la persistencia en el tiempo de un peor rendimiento en memoria verbal y que dicho empeoramiento fuese un déficit selectivo de la enfermedad.

Nuechterlein, Dawson, Ventura, Gitlin y Subtonik (1994) proponen una base teórica en la que los hallazgos expuestos pueden incluirse y generar, gracias a ello, una visión global de la evolución del déficit cognitivo de este colectivo. En palabras de este equipo existen tres clases de déficit cognitivo en la esquizofrenia: indicadores estables de vulnerabilidad, indicadores de síntoma o episodio y factores mediadores de vulnerabilidad (déficits cognitivos fluctuantes).

Tabla 3. Tabla resumen de la relación entre la teoría de Nuechterlein et al. (1994) y las evidencias encontradas hasta la actualidad

Tipo	Fase	Déficit cognitivo
Indicador estable de vulnerabilidad	Alto riesgo	- Fluidez verbal** - Memoria verbal** - Memoria visual** - Procesamiento de información - CI inferior
Indicador de síntoma o episodio	Antes y durante el primer brote psicótico	- Aprendizaje asociativo - Velocidad de procesamiento - Velocidad psicomotriz - Memoria
Déficits cognitivos fluctuantes	Esquizofrenia	- Atención sostenida - Memoria de trabajo - Funciones ejecutivas - Memoria verbal***

Nota **: capacidades cognitivas más deficitarias en cada fase.

Los indicadores estables de vulnerabilidad hacen referencia al conjunto de déficits presentes en personas con alto riesgo que no han debutado o familiares de primer orden. Se incluyen en este grupo la denominación, asociación de palabras, la fluidez verbal, memoria verbal y visual a corto/largo plazo y el procesamiento de información preatencional (Rund, 1998). Estudios con familiares de primer orden sugieren que la memoria explícita a largo plazo y la fluidez verbal (Hoff, 1999) son factores estables en esta enfermedad.

Los indicadores de síntomas o episodios son funciones cognitivas que presentan deterioro sólo antes o durante la presencia de un brote psicótico. La función cognitiva más deteriorada es el aprendizaje asociativo, el cual ha sido estudiado en multitud de ocasiones mediante paradigmas tales como la inhibición latente y el efecto de bloqueo de Kamin (Oades et al., 2000).

La atención sostenida, memoria de trabajo, y las funciones ejecutivas constituyen los déficits cognitivos fluctuantes presentes en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (Green, Nuechterlein y Gaier, 1992; Rund, 1998). La gravedad del daño de estas capacidades fluctúa, mostrando una tendencia hacia el deterioro tras la aparición de nuevos brotes y a medida que avanza la enfermedad.

No es casualidad, por tanto, que diversos estudios hayan encontrado evidencias a favor de la existencia de procesos de neurodegeneración en pacientes con esquizofrenia mayores de 65 años. Harvey (2003) encontró muestras de un empeoramiento cognitivo global excesivo y no esperado en pacientes mayores de 65 años con esquizofrenia de larga evolución. Este deterioro se asocia a la edad, menor escolaridad y mayor severidad de sintomatología positiva.

En resumen, la literatura científica avala la existencia de áreas cognitivas deficitarias comunes en todos los pacientes con diagnóstico de psicosis: procesamiento visual temprano, atención, memoria y funciones ejecutivas. No obstante, se debe advertir sobre la inexistencia de un perfil cognitivo común en este colectivo. La sintomatología expuesta es heterogénea y no existe consenso sobre las causas o factores que generan esta disparidad (Wykes y Huddy, 2009).

2.2. Desarrollo de la rehabilitación cognitiva en psicosis

La presencia de déficits cognitivos en la psicosis, su influencia en la autonomía y en la calidad de vida del paciente, junto al relativo fracaso de las terapias farmacológicas y psicológicas en su recuperación, han promovido la introducción

de la rehabilitación cognitiva en el área de la psicosis. Durante los últimos 20 años, la búsqueda de nuevos y eficaces programas de rehabilitación ha generado la publicación de múltiples estudios (ver McGurk, Twanley, Sitzer, McHuge y Mueser, 2007 para una recopilación de los mismos).

La introducción de la rehabilitación cognitiva en la psicosis trajo consigo la creación de una variedad de programas de rehabilitación dirigidos a esta población. Éstos consistían en su mayoría, en ejercicios de papel y lápiz y en tareas de repetición, y diferían en cuanto a duración, método, intensidad, estatus cognitivo de los participantes, etc. (Kurtz y Nicols, 2007; McGurk, et al., 2007). No obstante, su eficacia en relación con la mejora de las capacidades cognitivas empezó a objetivarse y a publicarse. Se llegó a postular que los beneficios de la terapia cognitiva influían incluso en la remisión de la sintomatología clínica (Franck, 2007). Casi simultáneamente, otros autores comenzaron a mostrar una visión más crítica sobre lo conseguido durante esos años (McGurk, et al., 2007; Kurtz y Nicols, 2007; Heyderbrand, 2007).

En el año 2007, autores como McGurk, Kurtz o Heyderbrand realizaron revisiones críticas de todos los objetivos logrados en esta disciplina hasta entonces y subrayaron la necesidad de ampliar nuevas áreas de investigación con objeto de mejorar la eficacia de los tratamientos existentes. McGurk et al. (2007), mediante la revisión de 26 estudios controlados y aleatorizados, concluyó que la rehabilitación cognitiva mejoraba de forma moderada algunas capacidades cognitivas. El incremento en rendimiento en memoria verbal, memoria de trabajo y funciones ejecutivas fueron las más replicadas. Sin embargo, su influencia resultó más limitada en la sintomatología clínica y el funcionamiento psicosocial. Señaló a su vez, que la escasez de estudios longitudinales dejaba el interrogante acerca del mantenimiento a largo plazo de las ganancias obtenidas.

Ante la importancia otorgada por McGurk a la funcionalidad y al mantenimiento de los beneficios, la comunidad científica dirigió sus esfuerzos a la exploración de las mismas. El hecho de que las capacidades cognitivas guardan relación con la funcionalidad de los pacientes con psicosis se había confirmado previamente (Green, 1996; 2000). Por tanto, si el objetivo es mejorar la funcionalidad, la rehabilitación cognitiva debería basarse en modelos teóricos que expliquen la relación entre ambos aspectos (Wykes, 2008). Sin embargo, existe una falta de consenso al respecto. Cada autor postuló una capacidad cognitiva o psicosocial diferente como predictora de la capacidad funcional. Entre estas destacan la memoria (Fiszdon, Choi, Goulet, y Bell, 2008; Levaux, Vezaro, Offerlin-Meyer, Danion y Van der

Linden, 2009; Kurtz, Jeffrey, y Rose, 2009), el aprendizaje verbal (Kurtz, Seltzer, Fujimoto, Shagan y Wexler, 2008), la atención (Kurtz et al., 2009), la cognición social (Horton, y Sirvesteis, 2008; Gil Sanz, Lorenzo, Bengoechea, Arrieta, y Lastra, 2009), factores psicosociales (Dawson y Winocur, 2008) y el potencial de aprendizaje (Kurtz, et al., 2009; Rafard, Gely-Nargeot, Capdevielle, Bayard y Boulenger, 2009). Tras el análisis de estos datos resulta evidente la necesidad de un mayor número de estudios, sobre todo de estudios longitudinales (Kurtz, et al., 2008), para llegar a un mejor conocimiento de esta materia.

Basándose en a los conocimientos obtenidos y siguiendo las sugerencias de Til Wykes (2008), la comunidad científica desarrolló nuevos programas de rehabilitación funcional que pudieran incorporarse a los programas de rehabilitación cognitiva existentes. La combinación de la rehabilitación psiquiátrica y la rehabilitación cognitiva (McGurk, et al., 2007) parecía ser beneficiosa. La rehabilitación psicosocial, terapia cognitivoconductual, el entrenamiento en habilidades sociales, cognición social, la psicoeducación familiar o el empleo protegido fueron otros de los tratamientos postulados como benefactores de la funcionalidad en el marco de la rehabilitación cognitiva (Velligan y González, 2007; Kurtz, et al., 2007; Galderis, Piegari, Mucci, Acerra, Luciano y Rebasca, 2009).

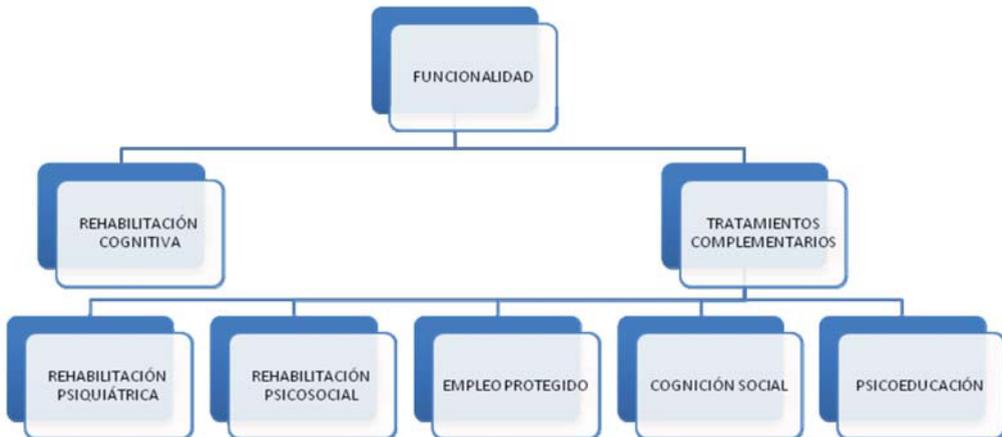


Gráfico 2. Tratamientos complementarios para la mejora de la funcionalidad

2.3. Programas de rehabilitación cognitiva en psicosis

Los programas de rehabilitación pioneros dirigieron sus esfuerzos a la mejora de las capacidades cognitivas comúnmente dañadas y la sintomatología clínica de

la esquizofrenia. Entre éstas encontramos el ITP creado por Roder y Brener et al., (1996). Durante los tres meses de tratamiento trataban de mejorar, mediante restauración y compensación, la concentración, memoria, habilidades sociales y percepción. El Cognitive Adaptation Training (CAT) de Velligan et al. (2000) surgió con objeto de mejorar la sintomatología clínica de los pacientes y el Neurocognitive Enhancement Therapy (NET) de Bell et al. (2001) apareció con objeto de mejorar la memoria, la atención y el razonamiento. Todos ellos tuvieron que adaptar una nueva formulación ante la importancia obtenida por la funcionalidad en años posteriores.

Tabla 4. Resumen de las características de algunos programas de rehabilitación cognitiva existentes

<i>Programa</i>	<i>Calendario</i>	<i>Descripción</i>	<i>Modelo</i>
TPI	3 meses 3 ses./sem.	5 módulos: concentración, memoria, HH. SS., percepción	Restauración Compensación
NET	26 semanas 5 h/sem.	Atención, memoria y razonamiento	Restauración
NEAR	10 sesiones	Resolución de problemas, práctica autoguiada, motivación intrínseca	Restauración
CAT	9 meses	Síntomas clínicos	Compensación
REHACOP	Flexible Mín. 3 meses 90 min/ses.	8 módulos: atención, lenguaje, memoria FF. EE., HH. SS., cognición social, AVD y psicoeducación	Restauración Compensación Optimización
Social Cognition Training Program	20 sesiones 45 min/ses.	Emociones básicas y percepción social	Restauración Compensación
Thinking Skills for Work Program	12 semanas 2-3 ses./sem. (45-60 min/ses.)	5 módulos: atención y concentración, aprendizaje y memoria, FF. EE. y VP. Trabajo protegido	Restauración

Los programas de rehabilitación coetáneos y posteriores a este movimiento comenzaron a introducir modos de tratamiento y evaluación de funcionalidad. McGurk (2007), por ejemplo, desarrolló el Thinking Skills for Work Program (2006) con objeto de facilitar la integración y acceso laboral de los pacientes.

Mogami (2007) presentó otro nuevo programa de rehabilitación cognitiva denominada *Neuropsychological Approach to Remediation (NEAR)*, donde el entrenamiento en cognición se combina con el trabajo en actividades de la vida diaria (AVD), habilidades vocacionales y resolución de problemas sociales. De mano de los investigadores franceses, se publican otros dos nuevos programas IPT (Dubeau, Salome y Petitjean, 2007), el cual combina la rehabilitación cognitiva con la terapia psicosocial, y *RECOS* (Vianin, 2007) que trata de descubrir, en cada paciente, cuáles son los déficits cognitivos que influyen en los distintos problemas funcionales de los pacientes. El ITP fue hasta la aparición del Programa de Rehabilitación Cognitiva en Psicosis-*REHACOP* (Ojeda et al., 2010), el único programa traducido al castellano. El *REHACOP* ofrece un programa de rehabilitación en el que se combina el entrenamiento de las capacidades cognitivas como la memoria, atención, funciones ejecutivas y lenguaje; con la práctica de habilidades de tipo funcional, social y psicoeducativo.

Entre los nuevos programas recientemente en el último año encontramos el *Reinforcement of Autonomy and Social Skills (PRASS)* (Hervieux, Bastien-Toniazzo, Lancon, Gendron, Martano y Umido, 2009) y el *Social Cognition Training Program* (Gil Sanz, et al., 2009). El *PRASS* es un programa de psicoeducación que trata de mejorar la conciencia de los pacientes en relación con los problemas cotidianos. Los puntos tratados son la presentación en público, el entrenamiento en habilidades sociales, manejo del tiempo y manejo de la economía familiar. El *Social Cognition Training Program* consiste en el entrenamiento del reconocimiento de emociones y la percepción social. Después de aplicarlo a 14 pacientes con esquizofrenia, el programa mostró ser útil en la mejora de la percepción y la interpretación social; pero no en el reconocimiento de las emociones. La mayoría de tratamientos expuestos aporta datos de eficacia en la ganancia cognitiva que se mantiene 6-12 meses tras la finalización del tratamiento.

2.4. Avances y líneas futuras de estudio de la rehabilitación cognitiva en psicosis

Es imposible dejar a un lado el hecho de que la tecnología comienza a hacerse un hueco dentro de la rehabilitación cognitiva. Desde los pioneros estudios de Pijnenborg, Withaar, Evans, Van den Bosch y Brouwer (2007) la aparición de programas de rehabilitación en formato digital ha ido en aumento. Lindenmayer et al. (2008) crearon un programa de rehabilitación cognitiva informático de 12

semanas de duración que aplicaron a enfermos mentales de larga duración (85 pacientes). En comparación con la mera utilización de programas informáticos no terapéuticos durante el mismo período de tiempo, el programa piloto logró mejorar las habilidades cognitivas y la sintomatología clínica de los pacientes. Los beneficios parecían incidir en la mejora funcional de los pacientes a largo plazo. Por otro lado, Schoenberg (2008) comparó la eficacia de programas de rehabilitación informatizados con los programas presenciales habituales. Su estudio reveló que los beneficios cognitivos y funcionales obtenidos en ambos programas eran similares, incluso la relación coste-beneficio. Podemos encontrar trabajos más recientes como por ejemplo los estudios de Cavallero, Anselmetti, Poletti, Bechi, Ermoli y Cochi (2009) en Italia; o de Fisher, Holland, Subrebaniam y Vinogradov (2009) en los EE. UU. Ambos programas promueven cambios cognitivos y funcionales presentes incluso en momentos de evaluación posteriores.

Ante el bum tecnológico, autores como Sablier, Stip y Franck (2009), a pesar de defender la utilidad de los programas informatizados, piden prudencia. Esto se debe a que no todos los programas desarrollados son aplicables a pacientes con esquizofrenia, dado que mayoritariamente fueron probados con pacientes con dolencias distintas.

Otra de las grandes críticas dirigidas a la rehabilitación cognitiva reside en la escasez de estudios que analicen la diferencia de respuesta al tratamiento entre pacientes con discapacidades dispares (Heyderbrand, 2007). Este aspecto podría llevarnos a estudiar la eficacia de este tipo de tratamiento en función de otros factores como la edad, la severidad de la enfermedad, o la adaptación del instrumento a las capacidades del paciente.

La mayoría de los estudios con programas de rehabilitación se han llevado a cabo con pacientes de edad adulta o jóvenes (McGurk, et al., 2008). Por ende, es necesario conocer la eficacia de estos tratamientos en muestras aún no estudiadas: por ejemplo PEP y pacientes con esquizofrenia mayores de 65 años.

En un estudio realizado con 34 pacientes con PEP, Twamley, Savla, Zurhellen, Heaton y Jeste (2008) aplicaron un tratamiento piloto basado en el entrenamiento de estrategias de compensación. A partir de los datos obtenidos en los distintos momentos de evaluación (basal, postratamiento y seguimiento 6 meses) se descubrió que el tratamiento ayudaba a mejorar significativamente la atención, el aprendizaje, la memoria, las funciones ejecutivas, la funcionalidad, los

síntomas positivos, los síntomas negativos y la calidad de vida subjetiva. Las ganancias se fortalecían a medio y largo plazo.

McGurk (2008) comparó los beneficios de la rehabilitación entre pacientes jóvenes (menos de 45 años) y pacientes adultos (mayores de 45 años). Se descubrió que los pacientes de mayor edad, a pesar de reducir la sintomatología negativa, obtenían menores beneficios en comparación con los jóvenes. Estos resultados son similares a los que Til Wykes (2009) encontró en sus estudios de revisión. No obstante, ninguno de los dos descarta la utilidad del tratamiento en estos pacientes. La adaptación del mismo a las necesidades más concretas de los adultos sería suficiente para obtener mejoras significativas.

Por último, Heyderbrand (2007) planteó el problema del aspecto ecológico de la rehabilitación cognitiva. En qué grado las tareas realizadas y las mejoras obtenidas conllevan beneficios en el funcionamiento habitual del paciente. Ésta es un área poco estudiada hasta ese momento (McGurk, 2007). La autora Til Wykes (2009) señala la necesidad de estudiar la fase de transferencia o generalización con objeto de comprender mejor como el paciente aplica los conocimientos adquiridos en su medio natural.

A pesar de la continua evolución y creación de los programas de rehabilitación en psicología, esta disciplina tiene muchos frentes que abordar. La adaptación de los programas a la edad y nivel de severidad, la ecología y la transferencia de los conocimientos adquiridos, junto a la incorporación de las nuevas tecnologías son solo algunos de los problemas emergentes de una forma de tratamiento nueva, eficaz y de gran utilidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes con psicosis.

Agradecimientos: Este trabajo fue financiado por el Ministerio de Salud y el Instituto de Salud Carlos III (Beca FIS PIO70245); el Departamento de Educación y Ciencias del Gobierno Vasco (beca del Programa de Formación de Investigadores del Departamento de Educación, Universidades e Investigación BFI 09.123); y EITB-Maratoia (BIO09/EM/023).

BIBLIOGRAFÍA

ANDREASEN, N. (2004). «Course of cognitive symptoms in schizophrenia: its relation to anatomy and negative symptoms». Conferencia pronunciada en la Jornada de Neuroimagen en Psiquiatría: Madrid.

- BACH-Y-RITA, P. (1992). «Recovery from brain damage». *Journal of Neurological Rehabilitation*, 6, 191-199.
- BACH-Y-RITA, P., y WICAB BACH-Y-RITA, E. (1990). «Biological and psychosocial factors in recovery from brain damage in humans». *Canadian Journal of Psychology*, 44, 148-156. doi: 10.1177/136140969200600404.
- BELL, M.; BRYSON, G.; GREIG, T.; CORCORAN, C. y WEXLER, B. E. (2001). «Neurocognitive enhancement therapy with work therapy». *Archives of General Psychiatry*, 58, 763-768.
- BLEULER, E. (1911). *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*. (Traducido por Wagner, D. R.). Buenos Aires: Hormé.
- BREWER, W. F.; FRANCEY, S. M.; WOOD, S. J.; JACKSON, H. J.; PANTELIS, C.; PHILIPS, L. J.; MCGORRY, P. D. (2005). «Memory impairments indentified in people at ultra-high risk for psychosis who later developed first episode psychosis». *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 71-78.
- CANNON, T. D.; BEARDEN, C. E.; HOLLISTER, J. M.; ROSSO, I. M.; SÁNCHEZ, L. E. y HADLEY, T. (2000). «Childhood cognitive functioning in schizophrenia patients and their unaffected siblings: a prospective cohort study». *Schizophrenia Bulletin*, 26(2), 395-410.
- CAVALLERO, R.; ANSELMETTI, S.; POLETTI, S.; BECHI, M.; ERMOLI, E. y COCCHI, F. (2009). «Computer-aided neurocognitive remediation as an enhancing strategy for schizophrenia rehabilitation». *Psychiatry Research*, 169(3), 191-196.
- CHRISTENSES, A. L. y UZZEL, B. (1999). *International handbook of neuropsychological rehabilitation*. Nueva York: Plenum/Kluwer.
- COLTHEART, M.; BATES, A. and CASTLES, A. (1994). «Cognitive neuropsychology and rehabilitation». In Humphreys, G.W. & Riddoch, M. J. (eds.), *Cognitive Neuropsychology and Cognitive Rehabilitation*. London: Lawrence Erlbaum.
- COPE, D. N. y HALL, K. (1982). «Head injury rehabilitation: benefit of early intervention». *Arch Psychiatry Medical Rehabilitation*, 63, 433-437.
- COPE, D. N.; COLE, J. R. y HALL, K. M. (1982). «Brain injury: analysis of outcomes in a post-acute rehabilitation system. Part1: General analysis». *Brain Injury*, 9, 649-670. doi: 10.3109/02699059109008083.

- DAWSON, D. R. y WINOCUR (2008). «Psychological consideration in cognitive rehabilitation». En Stuss, D. T.; Winocur, G. y Robertson I. H. (eds.), *Cognitive neurorehabilitation: evidence and application (2º edición)*. (pp. 232-249). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- DUBEAU, M. C.; SALOME, F. y PETITJEAN, F. (2007). «IPT Programme: a cognitive rehabilitation program for schizophrenia patients. An experience in day-care center». *Annales Medico-Psychologiques*, 165(3), 195-199. doi: 10.1016/j.amp.2007.01.007.
- FISHER, M.; HOLLAND, C.; SUBRAMANIAM, K. y VINOGRADOV, S. (2009). «Neuroplasticity-Bases Cognitive training in Schizophrenia: An interim report on the effects 6 months later». *Schizophrenia Bulletin*. Avance de publicación online en PMID: 19269924.
- FISZDON, J. M.; CHOI, J.; GOULET, J. y BELL, M. D. (2008). «Temporal relationship between change in cognition and change in functioning in schizophrenia». *Schizophrenia Research*, 105(1-3), 105-113.
- FRANCK, N. (2007) «Cognitive remediation for patients with schizophrenia». *Annales Medico-Psychologiques*, 165(3), 187-190. doi: 10.1586/14737175.8.7.1029.
- GALDERIS, S.; PIEGARI, G.; MUCCI, A.; ACERRA, A.; LUCIANO, L. y REBASCA, A. F. (2009). «Social skills and neurocognitive individualized training in schizophrenia: comparison with structured leisure activities». *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Avance de publicación on line en PMID: 19826855.
- GIL SANZ, D.; DIEGO LORENZO, M.; BENGOCHEA SECO, R.; ARRIETA RODRÍGUEZ, M. y LASTRA MARTÍNEZ, I. (2009). «Efficacy of social cognition training program for schizophrenia patients: a pilot study». *Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 184-191.
- GLISKY, E. L. y GLISKY, M. L. (2005). «Memory rehabilitation in the elderly». En D. T. Stuss; G. Winocur y I.H. Robertson (eds.), *Cognitive neurorehabilitation* (pp. 333-346). London: Cambridge University Press.
- GREEN, M. F. (1996). «What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia». *American Journal of Psychiatry*, 153, 321-330.
- GREEN, M. F. (2003). *Schizophrenia revealed. From neurons to social interactions*. New York: W. W. Norton y Company.

- GREEN, M. F.; NUECHTERLEIN, K. H. y GAIER, D. J. (1992). «Sustained and selective attention in schizophrenia». *Progres in Experimental and Personality Psychopathology Research*, 15, 290-313.
- GROSS, Y. y SCHUTZ, L. (1986). «Intervention models in neuropsychology». En Uzell, B. y Gross, Y. (eds.). *Clinical Neuropsychology of Intervention*. Boston, MA: Martinus-Nijhoff Publishing.
- HARVEY, P. D. (2003). «Commentary: Chickens and egg; carts and horses: an outsider perspective on the study of the early stages and potential prevention of psychosis and schizophrenia». *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 845-849.
- HERVIEUX, C.; BASTIEN-TONIAZZO, M.; LANCON, C.; GENDRON, A. M.; MARTANO, B. y UMIDO, G. (2009). «A new program of social rehabilitation PRACS (program of reinforcement autonomy and social capacities)». *Encephale*, 1, 24-32.
- HEYDERBRAND, G. (2007). «Issues in rehabilitation of cognitive deficits in schizophrenia: a critical review». *Current Psychiatry Reviews*, 3(3), 186-195.
- HOFF, A. L.; RIORDAN, H.; O'DONNELL, D.; STRITZKE, P.; NEALE, C. y BOCCIO, A. (1992). «Anomalous lateral sulcus asymmetry and cognitive function in first episode schizophrenia». *Schizophrenia Bulletin*, 18, 257-272.
- HOFF, A. L.; SAKUMA, M.; WIENIKE, M.; HORON, R.; KUSHNER, M. y DELISI, L. E. (1999). «Longitudinal neuropsychological follow-up study of patients with first episode schizophrenia». *American Journal of Psychiatry*, 156, 1336-1341.
- HOFF, A. L.; SAKUMA, M.; RAZI, K.; HEYDEBRAND, G.; CSERNANSKY, J. G. y DELISI, L. E. (2000). «Lack of association between duration of untreated illness and severity of cognitive and estuctural brain deficits at the first episode of schizophrenia». *American Journal Psychiatry*, 157, 1824-1928.
- HOFF, A. L.; SVENTINA, C.; SHIELDS, G.; DELISI, L. E. (2005). «Ten years longitudinal study of neuropsychological functioning subsequent to a first episode of schizophrenia». *Schizophrenia Research*, 78, 27-34.
- HORTON, H. K. y SIRVERSTEIN, S. M. (2008). «Social cognition as a mediator of cognition and outcome among deaf and hearing people with schizophrenia». *Schizophrenia Research*, 105(1-3), 125-137.

- KATZ, D. I. y MILLS, V. M. (2007). «Traumatic brain injury: natural history and efficacy of cognitive rehabilitation». En Wykes, T. y Rreder, C. (eds.). *Cognitive remediation therapy for Schizofrenia: Theory & Practice*. (pp. 134-160) Nueva Yorck: Rutledge.
- KRAEPELIN, E. (1919). *Dementia Praecox and paraphrenia*. Edimburgo: Livingstone.
- KURTZ, M. M.; JEFFREY, S. B. y ROSE, J. (2009). «Elementary neurocognitive function, learning potential and everyday life skills in schizophrenia: What is their relationship?». *Schizophrenia Research*. Avance de publicación on line en PMID: 19747800.
- KURTZ, M. M.; SELTZER, J. C.; FUJIMOTO, M.; SHAGAN, D. S. y WEXLER, B. E. (2008). «Predictors change in life skills in schizophrenia after cognitive remediation». *Schizophrenia Research*, 107(2-3), 267-74.
- KURTZ, M. M. y NICHOLS, M. C. (2007). «Cognitive rehabilitation for schizophrenia: a review of recent advances». *Current Psychiatry Reviews*, 3(3), 213-221.
- LEVAUX, M. N.; VEZZARO, J.; OFFERLIN-MEYER, I.; DANION, J. M. y VAN DER LINDEN, M. (2009). Cognitive rehabilitation of updating sub-component of working memory in schizophrenia:a case study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 19(2), 244-273.
- LINDENMAYER, J. P.; MCGURK, S. R.; MUESER, K. T.; KHAN, A.; WANCE, D. y HOFFMAN, L. (2008). «A randomized controlled trial of cognitive remediation among inpatients with persistent mental illness». *Psychiatric Service*, 59(3), 241-247.
- LURIA, A. R. (1962/1982). *Las funciones corticales superiores en el hombre*. La Habana: Edición Científico-Técnica.
- MACKAY, L. E.; BERSTEIN, B. A. y CHAPMAN, P. E. (1992). «Early intervention in severe head injury: long-term benefits of a formalized program». *Archives of Psychiatry Medical Rehabilitation*, 73, 635-641.
- MALEC, J. E.; SMIGIESLKI, J. S. y DEPOMPOLO, R. W. (1993). «Outcome evaluation and prediction in a comprehensive-integrated post-acute outpatient brain injury rehabilitation program». *Brain Injury*, 7, 15-17.
- MATEER, C. A. y SOHLBERG, M. M. (2003). «Cognitive rehabilitation revisited». *Brain Impairment*, 4, 17-24. doi: 10.1375/brim.4.1.17.27035.
- MCGURK, S. R.; TWANLEY, E. W.; SITZER, D.; MCHUGO, G. J. y MUESER, K. T. (2007). «A meta.analysis of cognitive remediation in schizophrenia». *The American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1791-1802.

- MCGURK, S. R. y MUESER, K. T. (2008). «Response to cognitive rehabilitation in older versus younger persons with severe mental illness». *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(1), 90-105. doi: 10.1080/15487760701853136.
- MOGAMI, T. (2007). «Cognitive remediation for schizophrenia». *Yonago Acta Medica*, 50(4), 69-80.
- MUÑOZ CÉSPEDES, J. M. y TIRAPU, J. (2001). *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Síntesis.
- NOPOULOS, P.; FLISHMAN, L.; FLAUM, M.; ARNDT, S. y ANDREASEN, N. (2004). «Stability of cognitive functioning early in the course of schizophrenia». *Schizophrenia Research*, 14, 29-37.
- NOVACK, T. A.; CADWELL, S. G.; DUKE, L. W.; BERGQUIST, T. F. y GAGE, R. J. (1996). «Focused versus unstructured intervention for attention deficits after traumatic brain injury». *Journal of Head Traumatic Rehabilitation*, 11, 52-60.
- NUECHETERLEIN, K. H. (1985). «Converging evidence for vigilance deficit as a vulnerability indicator for schizophrenia disorder». En M. Alpert (ed.), *Changes and Constancies* (pp. 175-198). New York: Guilford Press.
- NUECHTERLEIN, K. H.; DAWSON, M. E.; VENTURA, J.; GITLIN, M. y SUBTONIK, K. L. (1994). «The vulnerability/stress model of schizophrenia relapse: a longitudinal study». *Actas Psychiatria Scandinava Supplementum*, 382, 58-64.
- OADES, R. D.; RAOM, M. L.; BENDER, S.; SARTORY, G. y MÜLLER, B. W. (2000). «Neuropsychological and conditioned blocking performance in patients with schizophrenia assessment of the contribution of neuroleptic dose, serum levels and dopamine D2-receptor occupancy». *Behaviour Pharmacology*, 11(3-4), 317-330.
- OJEDA, N.; SÁNCHEZ, P.; ELIZAGÁRATE, E.; YOLLER, A. B.; EZCURRA, J.; RAMÍREZ, I. y BALLESTEROS, J. (2007). «Course of cognitive symptoms in schizophrenia: a review of the literature». *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(4), 263-70.
- (2005). «Evolución de los síntomas cognitivos en la esquizofrenia: una revisión». *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(0), 00-00.
- PASCUAL-LEONE, A.; AMEDI, A.; FREGNI, F. y MERABET, L. B. (2005). «The plastic human brain cortex». *Annual Review of Neuroscience*, 28, 377-401. doi: 10.1146/annurev.neuro.27.070203.

- PIJNENBORG, G. H. M.; WITHAAR, F. K.; EVANS, J. J.; VAN DEN BOSCH, R. J. y BROUWER, W. H. (2007). «SMS text messages as a prosthetic aid in the cognitive rehabilitation of schizophrenia». *Rehabilitation Psychology*, 55(2), 236-240.
- POWELL, T. (1994). *Head injury. A Practical guide*. Oxón: Wislow Press Limites.
- PRIGATANO, G. P. (1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. New York: Oxford University Press.
- PRIGATANO, G. P.; FORDYCE, D. J. y ZEINER, H. K. (1984). «Neuropsychological rehabilitation after closed head injury in young adults». *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 47, 505-513.
- PRIGATANO, G. P.; KLONOFF, P. S. y O'BRIEN, K. P. (1994). «Productivity after neuropsychologically oriented milieu rehabilitation». *J Head Trauma Rehabilitation*, 9, 91-102.
- RAFFARD, S.; GELY-NARGEOT, M. C.; CAPDEVIELLE, D.; BAYARD, S. y BOULENGER, J. P. (2009). «Learning potential and cognitive remediation in schizophrenia». *Encephale*, 35(4), 353-360.
- ROBERTSON, I. A. y MURRE, J. M. J. (1995). «Rehabilitation of brain damage: brain plasticity and principles of guided recovery». *Psychological Bulletin*, 5, 544-575.
- RODER, V.; BRENNER, H. D.; HODEL, B. y KIENZLE, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- RUND, B. R. (1998). «A review of longitudinal studies of cognitive functions in schizophrenia patients». *Schizophrenia Bulletin*, 24, 425-435.
- SABLIER, J.; STIP, E. y FRANCK, N. (2009). «Cognitive remediation and cognitive assistive technologies inn schizophrenia». *Encephale*, 35(2), 160-167.
- SÁNCHEZ, P.; PEÑA, J.; OJEDA, N.; BENGOTXEA, E. y PALACIOS, M. (2010). «La Rehabilitación Neuropsicológica en Psicosis I: Aspectos teóricos y conceptuales». En J. Ezcurra, M. Gutiérrez y A. González-Pinto (eds.), *Esquizofrenia: sociogénesis, psicogénesis y condicionamiento biológico* (pp. 417-470). Madrid: Editorial Aula Médica.
- SCHERZER, B. P. (1986). «Rehabilitation following severe head trauma». Results of a three-year program. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 67, 366-374.
- SCHOENBERG, M. R.; RUWE, W. D.; DAWSON, K.; McDONALD, N. B. y FORDUCEY, P. G. (2008). «Comparison of functional outcomes and treatment cost between a

- computer based cognitive rehabilitation teletherapy program and a face-to-face rehabilitation program». *Professional Psychology*, 39(2), 169-175.
- SOHLBERG, M. M. y MATEER, C. A. (1989). *Introduction to cognitive rehabilitation. Theory and practice*. New York: The Guilford Press.
- STIRLING, J.; WHITE, C.; LEWIS, S.; HOPKIN, R.; TANTAM, D. y HUDDY A. (1994). «Neurocognitive functioning and outcome in first episode schizophrenia: a 10-year follow-up of epidemiological cohort». *Schizophrenia Research*, 65, 75-89.
- SVENDSEN, H. A. y TEADSDALE, T. W. (2006). «The influence of neuropsychological rehabilitation on symptomatology and quality of life following brain injury: a controlled long-term follow-up». *Brain Injury*, 20, 1295-1306.
- TOWNSEND, L. A.; ROSS, M. G. N.; MALLA, A. K.; RYCHLO, A. D. y AHMED, R. R. (2002). «Changes in cognitive functioning following comprehensive treatment for first episode patients with schizophrenia spectrum disorders». *Psychological Research*, 113, 69-81.
- TUNINGER, E. y LEVANDER, S. (2001). «Neuropsychological impairments in patients treated with depot neuroleptic: a longitudinal study». *Actas Psychiatria Scandinava*, 104 (Suppl. 408), 75-80.
- TWAMLEY, E. W.; SAVLA, C. H.; ZURHELLEN, C. H.; HEATON, R. K. y JESTE, S. V. (2008). «Developmental and Pilot Testing of Novel Compensatory Cognitive Training Intervention for People with Psychosis». *American Journal of Psychiatry Rehabilitation*, 11(2), 114-163.
- VELLIGAN, D. I.; BOW-THOMAS, C. C.; HUNTZINGER, C. D.; RITCH, J.; LEDBETTER, N.; PRIHODA, T. J. y MILLER, A. L. (2000). «A randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia» *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1317-23.
- VELLINGAN, D. I. y GONZÁLEZ J. M. (2007). «Rehabilitation and recovery in schizophrenia». *Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), 535-548.
- VIANIN, P. (2007). «Cognitive remediation for schizophrenia. Presentation of the RECOS program». *Annales Medico-Psychologiques*, 165(3), 200-205.
- WILSON, B. A. (2005). «Memory rehabilitation in brain-injured people». En Stuss, D. T., Winocur, G. y Robertson, I. H. (eds.). *Cognitive neurorehabilitation* (pp. 333-346). London: Cambridge University Press.

- WILSON, B. A. (2003). *Neuropsychological rehabilitation: theory and practice*. New York: Psychology Press Ltd.
- WYKES, T. (2008). «Cognitive rehabilitation». En Mueser, K. T. y Jeste, D. V. (eds.). *Clinical Handbook of Schizophrenia*. New York, NY, US: Guilford Press.
- WYKES, T. y HUDDY, V. (2009). «Cognitive remediation for schizophrenia: it is even more complicated». *Current Opinion in Psychiatry*, 22(2), 161-167.

X PSICOFARMACOLOGÍA

Juan Medrano Albéniz, Pablo Malo Ocejo y José Juan Uriarte Uriarte

«Soy un asiduo suscriptor de la prensa científica. Últimamente, en *Science News*, publicaron unas notas acerca de los nuevos elementos psicotrópicos, del grupo de los llamados benignativos (que inclinan al bien), los cuales se distinguen por el hecho de reducir la mente a la serenidad y la alegría aun en ausencia del más mínimo motivo. ¡Bah! ¡Dejémonos de tonterías! Tenía bien frescas en la memoria esas notas: el hedonidol, la benefactorina, la enfasiana, el euforiasol, el felicitol, el altruismol, la bonocaresina y toda una amplia gama de derivados, sin contar el grupo de los hidroxilenos amínicos sintetizados con todos aquellos cuerpos, tales como el furiasol, la lisina, la sadistina, la flagelina, el agressium, el frustraciol, la amocolina, y muchos otros preparados pertenecientes al llamado grupo zurrológico (que insta a zurrar y maltratar a todo ser, vivo o muerto, que se halla cerca de uno) y entre los cuales cabe destacar primordialmente el zurrandol y el atacandol» (Lem, 1981).

«El buen vendedor no vende Coca-Cola, el buen vendedor vende sed» (Sabiduría popular).

«Los nuevos fármacos son ahora como parte de un paquete comercial que, sin que apenas se hayan dado cuenta los psiquiatras, ha alcanzado el punto en que tiene el poder de rescribir los libros de texto de la Psiquiatría. En este nuevo mundo, los conceptos psiquiátricos se han convertido en productos de mercadería de una manera que condiciona el auge y la caída de las teorías psiquiátricas a los caprichos de la normativa industrial o a las disposiciones sobre patentes. La retórica del desarrollo de los medicamentos modernos es tan poderosa que los clínicos no son capaces de darse cuenta de que se pueden prevenir algunas muertes [derivadas del uso de fármacos] o de que la expectativa de vida de sus pacientes, en lugar de crecer, está disminuyendo» (Healy, 2002).

1. PSICOFARMACOLOGÍA

1.1. Una visión crítica

La psicofarmacología nació hace cerca de 60 años, con el litio y la clorpromacina, unos productos cuya eficacia se descubrió por casualidad (serendipia) o

partiendo de hipótesis equivocadas. Este fenómeno se repetiría en el desarrollo de otros psicofármacos, introducidos con unas expectativas que poco tienen que ver con su uso posterior en terapéutica (Tabla 1). De hecho, hasta la síntesis de la fluoxetina a inicios de los setenta no hubo una teoría capaz de alumbrar un psicofármaco (Healy, 2002).

Tabla 1. Serendipia en el mundo de la psicofarmacología y sus aledaños

- El litio se introdujo en farmacología siguiendo una hipótesis equivocada, y el descubrimiento de su acción profiláctica en la psicosis maniaco-depresiva (trastorno bipolar) fue accidental.
- La clorpromacina (Largactil®) se probó como sedativo. Su acción antipsicótica se descubrió al administrarla a pacientes esquizofrénicos.
- La acción antipsicótica de la reserpina se percibió a partir de su acción sedativa, que a su vez fue constatada por un internista que la usó como antihipertensivo.
- El uso de las benzamidas sustituidas como antipsicóticos (sulpirida: Dogmatil®, Tepavil®; amisulprida: Solián®) surgió de la observación de que la metoclopramida (Primperán®), primera molécula de la familia, que se utilizaba en patologías digestivas, producía la distonía y el parkinsonismo que se consideraban vinculados al efecto terapéutico de los neurolépticos.
- El primer IMAO, la iproniacida, se ensayó como antituberculoso. Administrado a enfermos con esta patología se observó una mejoría anímica, con lo que se concluyó que tenía una acción antidepressiva.
- El primer tricíclico, la imipramina, se probó inicialmente como antipsicótico. Al administrarlo a una serie amplia de pacientes se vio que los verdaderamente mejoraban tenían depresión endógena.
- La mianserina (Lantanon®), ensayada como antihistamínico, mejoraba el estado de ánimo, por lo que finalmente se comercializó como antidepressivo.
- Según las teorías en boga en la época en que fue sintetizada, la estructura química de la clozapina (Leponex®), predecía una acción antidepressiva.
- La estabilización del estado de ánimo de pacientes epilépticos tratados con carbamacepina (Tegretol®) o valproamida (Depamide®) abrió las puertas al uso de los anticomociales en los trastornos del humor.
- En los ensayos para validar su efecto timorregulador la lamotrigina (Lamictal®, entre otros) demostró un efecto antidepressivo notorio.
- El sildenafil (Viagra®) iba a ser un antianginoso.

Aunque ha contribuido decisivamente a la desinstitucionalización y a la atención a las enfermedades mentales graves en la comunidad, la psicofarmacología no siempre se ha considerado como algo beneficioso para los pacientes. A ello se debe, por una parte, la endeblez de sus planteamientos teóricos (muchas de ellas de cientifismo cuando menos dudoso) y el uso no siempre adecuado que se ha hecho de ella, ya sea por exceso, como sucede con la ubicua administración de ansiolíticos o antidepressivos, o por abuso, como en el caso de algunos disidentes políticos de la antigua URSS, que entre otras vejaciones eran sometidos a dosis altas de antipsicóticos (Bloch, 1991). Pero también ha sido denostada desde otras

posiciones, entre románticas e insensatas, que aún en épocas recientes, ponían en cuestión la base cerebral de buena parte de los padecimientos psiquiátricos más graves.

Por otra parte, no existe psicofármaco (ni fármaco en general) que carezca de efectos secundarios o colaterales. Es algo bien conocido desde la Antigüedad, como lo muestra el vocablo griego *phármakon*, apto para designar a drogas y medicamentos por incorporar significados tan dispares y contrapuestos como remedio, cura o veneno. A veces algunos productos son muy bien tolerados por un determinado paciente, en tanto que en otro dan lugar a secundarismos insostenibles o incluso funestos. El proverbio inglés *One man's meat is another man's poison* refleja perfectamente esta disparidad. Por último, los psicofármacos son producidos por una industria, la farmacológica, identificada (no sin razón, en muchos casos), como el malo de la película, lo que no ayuda a que la imagen de los medicamentos sea precisamente favorable.

Una de las aportaciones más peculiares de los psicofármacos ha sido su contribución a la creación de hipótesis y teorías biológicas mediante un razonamiento inductivo. Por ejemplo: la constatación de que la clorpromazina mejoraba determinados síntomas psicóticos hizo pensar que «deshacía» alguna alteración cerebral responsable de la esquizofrenia (Healy, 2002; Moncrieff, 2009). Puesto que se descubrió que el fármaco era un antagonista de la transmisión dopaminérgica, la conclusión fue que en la esquizofrenia hay un exceso de esta vía o de este neurotransmisor. A partir de ahí se fueron sintetizando fármacos que para ser considerados antipsicóticos debían cumplir la premisa básica de ser antagonistas dopaminérgicos. Este razonamiento ha representado un gran avance, pero no deja de ser incompleto, ya que los medicamentos psiquiátricos (ver más adelante) no se limitan a actuar sobre un solo neurotransmisor; en otras palabras: hemos atribuido la acción antipsicótica al antagonismo dopaminérgico pero, ¿quién nos puede asegurar que entre las muchas acciones identificadas o por identificar de la clorpromazina no hay otra más importante que la dopaminérgica para explicar su efecto antipsicótico? Hay que distinguir, por lo tanto, entre una neurociencia sólida y lo que podría llamarse «neurociencia ficción», y que podría definirse como la elaboración de hipótesis explicativas del origen de los síntomas psiquiátricos, o de la acción o el efecto de los fármacos sobre la base de los actuales conocimientos incompletos, provisionales o sesgados de la neurociencia, con el fin de explicar hallazgos o defender el empleo de un procedimiento terapéutico.

El razonamiento inductivo, por otra parte, corre el riesgo de utilizarse de manera inadecuada para justificar *a posteriori* o ratificar (más que evaluar) teorías ya establecidas. Uno de los primeros especialistas en Psicofarmacología, Lehmann (1993), relataba una llamativa anécdota al respecto. En las primeras décadas del siglo XIX, cuando empezaba a configurarse la neurología, era habitual suponer que la epilepsia se debía a prácticas masturbatorias. En un afán por reducir las crisis, hubo quien trató a enfermos epilépticos con bromuros, fármacos que por su inhibición de la erección debían obviamente impedir la masturbación. Para alegría de aquellos pioneros de la farmacología, se observó una reducción de las crisis en los pacientes tratados, lo que, de paso, ratificó la hipótesis del origen masturbatorio de la enfermedad. Tuvieron que pasar años antes de que se descubriera que el efecto antiepiléptico de los bromuros nada tiene que ver con su acción genital. Aunque evidentemente no pueden compararse los métodos y procedimientos de la psicofarmacología actual con los existentes en el siglo XIX, la humana tendencia a la simplificación abusiva de los hechos y a encontrar respuestas sencillas a los problemas puede conducir a excesos. En este sentido, convendría recordar que según un estudio publicado en 2002, la vida media de los dogmas médicos no pasa de 45 años, y que al ritmo actual dentro de 50 años sólo pervivirá el 26% de lo que actualmente consideramos como cierto y fundado (Poynard et al., 2002).

Paralelamente al desarrollo de la psicofarmacología, la psiquiatría ha conocido el triunfo de hecho del modelo categorial y del concepto de trastorno. Se ha impuesto una filosofía más «médica» de la especialidad que parece justificar el uso de remedios químicos, y se complementa por el excesivo sesgo biológico —farmacológico de la formación de los psiquiatras—. Asimismo, y aunque en nuestro medio no existen estos condicionantes, el repliegue de las psicoterapias en favor de los psicofármacos por las constricciones económicas impuestas en los EE. UU. por el *managed care* o porque estos tratamientos tienen un menor rendimiento económico que los psicofármacos (Carlat, 2010), puede estar contribuyendo entre nosotros al actual auge del abordaje farmacológico como respuesta asistencial, dada nuestra tendencia a fascinarnos por los procedimientos norteamericanos. Son muy ilustrativos los casos de la clozapina (Leponex®) o el valproico (Depakine®). La primera se retiró de nuestro mercado en 1988 por su toxicidad hematológica. El mismo año se publicaba un estudio realizado en EE. UU. que demostraba su eficacia en la esquizofrenia resistente a otros fármacos (Kane et al., 1988), ante lo que se volvió a utilizar el producto e incluso se consiguió su recomercialización. A su vez, el valproico debe en buena medida su estatus de regulador del humor a una

serie de trabajos realizados en Norteamérica, sin que aparentemente se cayera en la cuenta de que la valproamida (que en esencia viene a ser lo mismo), venía utilizándose en Europa en la psicosis maníaco-depresiva desde casi 25 años antes (Medrano Albéniz et al., 1999).

El sueño hasta la fecha irrealizable de la terapéutica farmacológica es la especificidad de los fármacos, y con ella, la garantía de seguridad. El fármaco ideal sería un producto encaminado de forma directa, efectiva y segura a corregir un síntoma o enfermedad: una especie de bala mágica, específica e inteligente, que hiciera diana en el talón de Aquiles de la enfermedad que hubiera que tratar. Desgraciadamente, en terapéutica psiquiátrica los fármacos se parecen mucho más a perdigones que hacen diana de forma menos certera que la ideal bala mágica y que al tiempo golpean indiscriminadamente a objetivos no deseados causando los daños (o efectos) colaterales que caracterizan todo el cortejo iatrógeno de nuestros medicamentos. La pretensión de toda la investigación farmacológica es avanzar en el camino de la especificidad a medida que se vayan discerniendo los mecanismos fisiológicos de las patologías.

Es importante tener presente que los medicamentos psiquiátricos son «sintomáticos»; es decir: no se orientan a tratar específicamente enfermedades, sino síntomas o diferentes enfermedades a las que puede suponerse (con ciertas dosis de imaginación y neurociencia ficción) sustratos neuronales comunes. Por ejemplo, el haloperidol es un excelente antipsicótico y como tal es eficaz para tratar los síntomas positivos de la esquizofrenia, pero no suele serlo para mejorar los síntomas negativos. Por lo tanto sólo trata una parte de la esquizofrenia. Los ansiolíticos producen sedación y ansiolisis inespecífica, por lo que son beneficiosos para cualquier paciente con ansiedad, aunque su diagnóstico no sea exactamente un trastorno de ansiedad. Por último, los antidepresivos son útiles en una amplísima gama de trastornos psiquiátricos que al menos desde el punto de vista nosológico no parecen fáciles de interrelacionar (por ejemplo, la fobia social, la depresión y la bulimia). Por lo tanto, los apelativos con los que denominamos a los grupos de fármacos podrían ser objeto de una detenida reflexión.

Además de todo lo ya enumerado, puede decirse, desde una perspectiva un tanto cínica, que la psicofarmacología es una ciencia interactiva: con los fármacos se abordan, mitigan y alivian síntomas, pero también se crean nuevos síntomas y problemas que requieren un posterior tratamiento. Este aspecto, el de las iatrogenias, se tratará en detalle más adelante. Una parte importante de la iatrogenia psicofarmacológica tiene su origen en la polifarmacia, muchas veces

habitual en las pautas de tratamiento. Los medicamentos psiquiátricos se combinan con generosidad y a veces alegría, lo que multiplica los riesgos de iatrogenia y, al mismo tiempo, reduce drásticamente las probabilidades de que el paciente siga debidamente el tratamiento. Los nuevos antipsicóticos, que no han cumplido las expectativas despertadas como verdaderos antiesquizofrénicos que suscitó su comercialización, se emplean cada vez más en pautas de asociación y combinación propugnadas por la propia industria, mientras que hay quien plantea si es posible tratar el trastorno bipolar con menos de cinco fármacos (Gershon, 2005). La polifarmacia es especialmente frecuente en unidades de agudos, cuyos tratamientos al alta son a veces tan ricos y variados que en buena lid sólo cabe echar en falta el huevo duro sistemáticamente reclamado por Harpo Marx en *Una noche en la ópera*. Desde el símil del perdigón, estas pautas corren el riesgo de ser algo parecido a disparar proyectiles a discreción sin reparar en las bajas por fuego amigo. Por otra parte, seguir estos tratamientos con múltiples fármacos y tomas exige al paciente una considerable dosis de voluntad, fe en el prescriptor, constancia y conciencia de enfermedad, así como un organismo con una elevada tolerancia a los efectos secundarios de los medicamentos. No siempre es fácil que se den conjuntamente todas estas circunstancias favorables, lo que se traduce en que una de las consecuencias de la polifarmacia sea el abandono del tratamiento.

Existen dos formas más sutiles de polifarmacia. Una es la de las combinaciones. Hace unos años eran muy populares las combinaciones de neuroléptico y antidepresivo (Mutabase, Deprelío, Deanxit), o de benzodiazepina y antidepresivo (Nobritol, Tropargal) pero han caído en la desgracia al desaparecer del conjunto de medicamentos financiados por el Estado. Sin embargo siguen en el mercado, con excelente salud comercial y terapéutica combinaciones de sulpirida (neuroléptico) y diazepam, como el Ansium y el Tepazepan.

La otra forma de polifarmacia es la que podríamos llamar «monofármaco», ya que el carácter de perdigón de algunos productos supone tocar múltiples teclas a la vez, y no siempre para bien. Administrar clozapina, por ejemplo, supone dar «algo de» otros productos como haloperidol, akineton, fenergan (un antihistamínico muy sedante), risperdal y cardurán (un antihipertensivo) todo a un tiempo. Así pues, ciertos fármacos psiquiátricos conllevan en sí mismos una verdadera riqueza de efectos secundarios... al tiempo que en cierta medida hacen que sea imposible saber cuál es exactamente su mecanismo de acción terapéutico. Igual sucede con las pautas de polifarmacia, en las que finalmente es imposible

discernir si la mejoría se debe a un fármaco, a otro, o a la combinación a la que se ha llegado.

Por último, no puede olvidarse a dos agentes muy importantes en esta historia: la industria farmacéutica y la administración sanitaria. La industria no sólo investiga, prueba y comercializa los fármacos que configuran la disciplina, sino que disemina teorías y conceptos que arraigan firmemente en los profesionales de la psiquiatría (Tabla 2). Como en otras especialidades médicas, los psiquiatras han ido modificando su manera de ver las enfermedades gracias a la información suministrada por los fabricantes, lo cual habla muy mal de la formación continuada de los profesionales (y de los organismos que tendrían que velar por ella). Son laboratorios interesados en la cuestión los que han sensibilizado al clínico sobre secundarismos como los efectos extrapiramidales, los anticolinérgicos, el síndrome serotoninérgico, la discinesia tardía, el llamado «síndrome de discontinuación», los efectos metabólicos de los nuevos antipsicóticos, el impacto de toda suerte de productos en la función sexual, la importancia de la elevación de la prolactina o el riesgo de la prolongación del intervalo QTc. Todos estos fenómenos clínicos o iatrógenos se han convertido en elementos de márketing para vehicular las virtudes de sus productos o la necesidad de su utilización.

Tabla 2. La divulgación de conceptos y enfermedades ligada a la promoción de fármacos

El trastorno de pánico fue descrito en los primeros años 60 pero se hizo popular a partir de su inclusión en el DSM-III (1980) y, en nuestro medio, gracias a que se divulgó con la comercialización y promoción del alprazolam. La hipótesis serotoninérgica de la depresión se basa en datos parciales y no siempre exclusivos de este padecimiento. Consiguió llegar a los clínicos (y a toda la población) gracias a la promoción de los ISRS.

La adicción a las benzodiazepinas es un riesgo conocido desde poco después de su introducción. En países como el Reino Unido dio lugar a campañas de consumidores ya en los años 70. En nuestro país el alabonazo al respecto tuvo que ver con la introducción de los ISRS, que las han ido desplazando como tratamiento para los trastornos de ansiedad.

Los síntomas extrapiramidales ligados a los antipsicóticos se consideraban un mal necesario e inevitable. Hoy en día se entiende que deben evitarse a toda costa, algo en lo que ha influido la aparición de los atípicos.

Síntomas «no psicóticos» de la esquizofrenia. Para Bleuler los síntomas básicos de la esquizofrenia eran los trastornos de la cognición (pensamiento), el aplanamiento afectivo, el pensamiento peculiar y distorsionado (autismo), la abulia, el deterioro de la atención y la indecisión conceptual. Los síntomas psicóticos y conductuales, pues, eran accesorios, pero con el paso del tiempo se impusieron como «definitorios» de la enfermedad. En las últimas dos décadas los síntomas negativos y cognitivos han sido recuperados coincidiendo con la aparición de los atípicos (muy frecuentemente a propósito de la acción diferencial sobre ellos de dichos productos).

Las reacciones postraumáticas, en especial en guerra, se conocen desde hace un siglo. El DSM-III consagró el trastorno por estrés postraumático, y el uso de los ISRS en su tratamiento ha dado un espaldarazo a la difusión del concepto.

La asociación de la esquizofrenia con la diabetes se describió hace más de 70 años, pero se ha rescatado gracias a la difusión interesada de los efectos metabólicos de algunos atípicos.

El trastorno bipolar ha pasado a un primer plano desde el DSM-III, pero ha alcanzado su cénit coincidiendo con la promoción de antiepilépticos y antipsicóticos para el tratamiento de mantenimiento.

Las arritmias ventriculares ligadas a la tioridazina se divulgaron al tiempo que este secundarismo motivaba la retirada temporal del sertindol o aparecían prácticas de publicidad negativa centradas en la ziprasidona.

La trascendencia a largo plazo de la hiperprolactinemia ligada a antipsicóticos empieza a calar en los prescriptores gracias, en gran medida, a la divulgación que algunas compañías hacen de sus riesgos.

La importancia de la interferencia de los psicofármacos en la sexualidad y el posible daño secundario derivado ha calado en los clínicos después de que haya sido piedra angular de la promoción de productos con un menor riesgo al respecto.

La fobia social es un trastorno presente ya en el DSM-III del que comenzó a existir conciencia en la población (y en los profesionales) poco después de que un ensayo clínico mostrase la eficacia de la paroxetina en su tratamiento.

El Síndrome de piernas inquietas, descrito por Ekbohm como *anxietas tibialis* o *astenia crurum paresthesica* (1944), está siendo reconocido como problema prevalente en paralelo a la promoción del pramipexol y el ropinirol.

El concepto de las dependencias de sustancias se va modificando paulatinamente del modelo químico (tolerancia, abstinencia) al de la impulsividad, descontrol y *craving*. Esta nueva visión va calando en paralelo a la promoción de ciertos antiepilépticos o de la naltrexona para el tratamiento de estos trastornos por su supuesto papel corrector del descontrol.

La asociación de depresión y dolor, constatable en la práctica clínica, se redescubre en la promoción de ciertos antidepresivos.

El cumplimiento del tratamiento, una preocupación clásica en la esquizofrenia, se ha convertido en un reclamo comercial gracias al concepto de «adherencia», que justifica nuevas formas farmacológicas.

Y en cuanto a la Administración, hay que recordar sus obligaciones en cuanto a la regulación de la investigación, comercialización y uso de los fármacos y (no menos importante), en la financiación de su coste a través de los sistemas públicos de salud. Ante el crecimiento imparable de esta partida, en los últimos años se ha intentado contener el gasto utilizando a veces vías chuscas como el visado impuesto a la prescripción de fármacos caros sin cuidar ni supervisar el uso de otros más antiguos y baratos que *a priori* tienen más secundarismos.

Los intereses económicos son obvios en el mercado farmacológico, sometido, pues, a las fuerzas opuestas de la oferta (laboratorios) y la demanda regulada y selectiva por el Estado (que financia la práctica totalidad del gasto). Algunos fenómenos contribuyen a ello:

1. Interés creciente por patologías «menores». Cada vez se dedican más tiempo de asistencia, más recursos humanos y más recetas a formas antiguamente consideradas de mejor relevancia y gravedad. Puesto que estas formas menores de patología afectan a muchísimas personas, el campo de aplicación de los psicofármacos (y las posibilidades de obtener dinero con ellos) son enormes.

2. Uso crónico. Como sucede en otras ramas de la terapéutica con productos como los antihipertensivos, los antidiabéticos, los hipolipemiantes y otros, algunos psicofármacos como los antipsicóticos o los reguladores del humor requieren por lo general toma crónica. Pero también se propugna el uso crónico de los antidepresivos en pacientes con depresiones recurrentes, o tras la resolución del episodio, en función de su severidad o de la edad del paciente. Una retirada precoz o rápida de antipsicóticos, litio o antidepresivos se sigue de rápidas reapariciones de la sintomatología, algo que para algunos autores (Moncrieff, 2009; Kirsch, 2009) sugiere que estas recaídas son reflejo de una privación del fármaco más que del curso natural de la enfermedad.

3. Nuevos trastornos. El DSM-II, en 1968, definía 180 trastornos; el DSM-III-R, en 1987, casi 300; el DSM-IV, de 1994, 350 (Healy, 1997). Aunque la inflación se ha producido en buena medida basándose en describir variantes de trastornos previos (por ejemplo, todas las variedades sintomáticas y evolutivas del trastorno bipolar), también ha surgido, o se ha reconocido, una nueva gama de trastornos (fobia social, pánico...) todos ellos con su potencial abordaje farmacológico.

4. Posible repliegue de la psicoterapia, ya comentado. Durante algún tiempo (menos prolongado en este país que en otros) tuvo lugar una pujanza posiblemente desproporcionada de la psicoterapia y del psicoanálisis que en un curioso movimiento pendular han desaparecido casi del mapa para ser sustituidos por las orientaciones cognitivo-conductuales y, especialmente, por todo un arsenal pastillero. Donde antes podía plantearse un abordaje psicoterápico de la naturaleza que fuera hoy es casi primera elección el antidepresivo.

5. Medicamento como bien de consumo. Hoy en día la relación de la sociedad, del consumidor, con las pastillas, es de uso, más que de otra naturaleza. Los medicamentos se han convertido en bienes de consumo, lo que por una parte aminora el reparo que muchas personas podrían tener a tomarlos y, por otra, aumenta considerablemente el rendimiento económico de estos productos. No es de extrañar que haya quien plantee que los psicofármacos deberían utilizarse sintomáticamente, más como mejoradores y potenciadores de estados psicológicos normales que como agentes curativos de enfermedades (Charlton y McKenzie, 2004).

Con todos estos elementos, no es de extrañar que los laboratorios farmacéuticos, empresas privadas con lícito afán de lucro, se hayan interesado en la psicofarmacología y en el mercado psiquiátrico. Por cierto, que en estos tiempos de globalización y a pesar de que la OMS y la Asociación Psiquiátrica Mundial nos

recuerdan del azote que la enfermedad mental supone en el Tercer Mundo, no estaría de más preguntarse si todo el interés y toda la investigación en psicofármacos (ver más adelante) tienen sentido desde una perspectiva planetaria, cuando enfermedades infecciosas potencialmente tratables devastan amplias zonas de África, Asia y Latinoamérica.

1.2. Uso Autorizado. Medicina basada en la evidencia

Un aspecto importante a la hora de hablar de Psicofarmacología son los criterios que deben regir la utilización de psicofármacos. Hoy en día podemos decir que existen dos tipos: uno es administrativo y el otro, de rigor científico.

El criterio administrativo es el del uso autorizado. Los organismos competentes de cada país, y muy particularmente la FDA de los EE. UU., autorizan el uso de los medicamentos para patologías concretas. Es lo que se suelen llamar en argot de márketing farmacológico las «indicaciones» de los medicamentos. Cuando se dice de un producto que «tiene la indicación de trastorno por ansiedad generalizada» quiere decir que la agencia u organismo competente ha autorizado el uso del fármaco en ese trastorno. Ahora bien, si utilizamos un medicamento en un uso no indicado o autorizado (por ejemplo, cada vez que se prescribe un nuevo anticomicial como regulador del humor), la legislación prevé que se considere esta aplicación como «uso no autorizado» (ver más adelante).

El criterio de rigor científico lo da la medicina basada en la evidencia y todas sus derivaciones, ramificaciones y análogos. Definida como un proceso de búsqueda sistemática, evaluación crítica y aplicación de los hallazgos de la investigación a la toma de decisiones clínicas, intenta ser un medio para afrontar la existencia de una enorme información científica y en evolución continua, la exigencia de ofrecer la máxima calidad asistencial y la limitación de recursos destinados a la atención sanitaria. En términos más simples consiste en un análisis crítico de los resultados de los estudios en torno a los procedimientos diagnósticos o terapéuticos existentes, con el fin de determinar su utilidad, su conveniencia. Para ello existen dos medios fundamentales:

- La revisión sistemática, revisión de estudios primarios que utiliza una metodología explícita y reproducible, y el

- Metaanálisis, síntesis matemática de los resultados de dos o más estudios primarios que investigan la misma hipótesis de la misma manera. Representa una revisión en la que se aplican métodos cuantitativos para agregar los resultados.

Expresándolo en otros términos, la medicina basada en la evidencia dispone de instrumentos fiables para poder cumplir con sus objetivos. De esta manera pueden establecerse conclusiones y recomendaciones que sirvan para protocolizar cómo tratar un determinado trastorno de forma que optimicemos los medios disponibles. Hay, sin embargo, un problema. Tanto las revisiones sistemáticas como los metaanálisis se aplican a los estudios publicados. Para poder ampliar el campo a los estudios no publicados algunos investigadores han debido acogerse a disposiciones legales como la Freedom of Information norteamericana, que obliga a dar acceso a material reservado (Kirsh et al., 2008). Por otra parte, existen casos en los que los firmantes de los estudios publicados son personas de relumbrón académico y supuesta independencia, cuya participación en la elaboración del estudio e incluso en la redacción de los artículos que dan a conocer sus resultados es prácticamente nula, limitándose en un gran número de casos a colocar una firma, muy bien retribuida y que da prestancia profesional al trabajo (The PLoS Medicine Editors, 2009). Dicho de otra manera: hay sospechas razonables de que las fuentes de las que «bebe» la medicina basada en la evidencia estén en mayor o menor grado sesgadas. Por este motivo, en los últimos años, las principales revistas científicas se han comprometido a intentar captar todos los ensayos que se realicen, ya sean favorables o no para los productos que los financian.

1.3. Cómo se desarrolla un fármaco

1.3.1. *Los ensayos clínicos*

El proceso de creación y desarrollo de los fármacos es largo, arduo y muy costoso. Se inicia con la síntesis de la molécula. Este proceso puede surgir de diversas raíces:

- Conocimiento de la fisiopatología (es decir, de los mecanismos) de la enfermedad. Si se conoce de qué manera se articulan los procesos que dan lugar a los síntomas se puede diseñar un fármaco que los contrarreste. Este conocimiento, mal que le pese a la neurociencia ficción, no se da aún en psiquiatría.

- Razonamiento inductivo. Como se ha indicado anteriormente, si se identifica el mecanismo de acción de un fármaco eficaz, podemos concluir que todos los que actúen de manera similar serían también eficaces.

- Modelos bioquímicos. Existen modelos *in vitro*, experimentales (cultivos celulares, por ejemplo) que reproducen los fenómenos que se observan en enfermos. Estos modelos son útiles para estudiar la posible acción antidepressiva, por ejemplo, de un nuevo medicamento, aunque nadie ha podido demostrar que son esos y no otros los fenómenos centrales y esenciales en la enfermedad o en la acción de la botica en cuestión.

- Modelos animales. Existen modelos animales de enfermedades psiquiátricas (por ejemplo depresión) o tests en animales que orientan hacia que un fármaco tenga determinados efectos (por ejemplo, capacidad antipsicótica). Si se sintetiza una nueva molécula se ensaya bien en modelos animales o bioquímicos y se valora si puede ser interesante seguir adelante con ella.

- *Me too*. Esta expresión inglesa significa «yo también» y se refiere a la tendencia de los laboratorios a lanzar «su propio» medicamento de un grupo ya en el mercado. Esto supone hacer pequeñas modificaciones en moléculas preexistentes con intención de mejorar algún aspecto (tolerancia, simplificar la pauta...). Es jugar sobre seguro, porque de salida se puede presumir que el producto será efectivo, y los estudios se orientan sobre todo a caracterizar su «perfil», lo que le hace diferente a los ya existentes. Casos de *me toos*: antihipertensivos como los -priles (captopril y todos sus descendientes), y los -sartanes; hipolipemiantes como las -statinas, antiulcerosos como los -prazoles... pero también son «me toos» psicofármacos como todas las -zepinas y en buena medida, los ISRS.

Pero sea cual sea el origen último del fármaco hay que reseñar algunas cuestiones que tienen alguna trascendencia. En primer lugar, la necesidad sanitaria no es el motor principal del desarrollo de fármacos; es evidente que no son necesarios *me toos*, sino medicamentos innovadores, o más aún, fármacos que aporten soluciones para problemas sanitarios poco frecuentes o que asolan países pobres. Pero no es éste el caso. Las empresas farmacéuticas intentan mejorar sus resultados económicos y siendo este su objetivo, salvo contadas y muy meritorias excepciones, el aspecto más humanitario de la farmacología queda un tanto cojo. La valoración que hacen los farmacólogos de gran parte de las novedades introducidas en nuestro mercado, por cierto, suele ser que aportan poco o nada y no pasan de ser *me toos*.

Otra cuestión que hay que tener en cuenta es que una vez que se sintetiza un fármaco los estados conceden una patente de duración limitada durante la cual el laboratorio investigador puede comercializarlo en exclusiva o vender licencias a otros laboratorios para que comercialicen sus propias marcas. Concluida la patente cualquiera puede fabricar y vender el fármaco: aparecen los genéricos. Lógicamente, si el fármaco ha funcionado bien desde el punto de vista comercial al laboratorio investigador le sentará muy mal dejar de venderlo en exclusiva. Para mitigar la pérdida se van ideando procedimientos que poco a poco están anegando el mercado:

- Modificaciones en la presentación: imaginemos un fármaco que funciona muy bien, pero que intuye que en un plazo breve va a perder la patente. Puede ocurrírsele comercializar una presentación alternativa, en solución, en comprimido dispersable, en parche, en inyectable de acción prolongada, en cápsula de liberación sostenida, en presentación semanal...

- Explotación de isómeros: simplificando la cuestión, un mismo producto pueden tener dos isómeros, dos formas de presentación que a pesar de compartir la fórmula química, tienen una disposición espacial simétrica y difieren en algunas propiedades. Habitualmente los isómeros tienen propiedades farmacológicas diferentes, de manera que uno es más activo o más seguro que el otro. Muchos productos incluyen los dos isómeros del fármaco. Pues bien: una tendencia cada vez más clara es desarrollar las formas isoméricamente puras (eutómeros) de un medicamento ya comercializado. De esta manera se consigue una mejora en su eficacia o seguridad pero, sobre todo, obtener una nueva patente con un fármaco que no deja de ser una mínima modificación del antiguo. En psiquiatría esto ha sucedido con el escitalopram, eutómero del citalopram.

- Explotación de metabolitos. Algunos medicamentos se descomponen (se metabolizan) en el organismo en formas activas. En algunos casos los fabricantes optan por comercializarlos directamente en estas formas activas si aportan alguna ventaja. Es el caso de la paliperidona (metabolito activo de la risperidona) o de la desvenlafaxina (metabolito activo de la venlafaxina).

Desde los primeros años 60, en que los EE. UU. lo adoptaron, el método para validar la eficacia y seguridad de un fármaco es el ensayo clínico. Esta posición fue adoptada posteriormente por muchos otros países, entre otros, España. Según el Real Decreto 223/2004, que los regula, un ensayo clínico es (...)

toda investigación efectuada en seres humanos para determinar o confirmar los efectos clínicos, farmacológicos y/o demás efectos farmacodinámicos, y/o de detectar las

reacciones adversas, y/o de estudiar la absorción, distribución, metabolismo y excreción de uno o varios medicamentos en investigación con el fin de determinar su seguridad y/o su eficacia.

Los EC pueden tener un interés directo para la persona que participa en ellos, como es el caso de los que evalúan intervenciones diagnósticas o terapéuticas, pero en otros casos pueden tener una finalidad que no comporta un beneficio directo para el sujeto, como en los EC de fases tempranas del desarrollo de un fármaco, en las que el interés de la investigación se centra más en aspectos farmacocinéticos o farmacodinámicos que en su efectividad.

Los ensayos clínicos se dividen en sucesivas fases:

- Fase I: Constituyen el primer paso en la investigación de una sustancia o medicamento nuevo en el hombre. Son estudios de farmacocinética y farmacodinámica que proporcionarán información preliminar sobre el efecto y la seguridad del producto en sujetos sanos o en algunos casos en pacientes, y orientarán la pauta de administración más apropiada para ensayos posteriores. Su duración aproximada es de año y medio, y los sujetos sanos suelen ser por lo general voluntarios. A veces son los empleados del laboratorio, a cambio de ventajas salariales o sociales.

- Fase II: Representan el segundo estadio en la evaluación de una nueva sustancia o medicamento en el ser humano. Se realizan en pacientes que padecen la enfermedad o entidad clínica de interés. Tienen como objetivo: proporcionar información preliminar sobre la eficacia del producto, establecer la relación dosis-respuesta del mismo, conocer las variables empleadas para medir eficacia y ampliar los datos de seguridad obtenidos en la fase I. Por lo general, estos ensayos clínicos serán controlados y con asignación aleatoria a los tratamientos. Controlados significa que su eficacia y seguridad se compararán con las de otro fármaco, ya utilizado en la enfermedad, y cuyo perfil es ya conocido, o con un placebo. Aleatorizado quiere decir que a cada paciente le corresponderá, al azar, bien el fármaco que se está estudiando, bien el placebo o el fármaco de referencia. Su duración media es de dos años.

- Fase III: Son ensayos clínicos destinados a evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento experimental intentando reproducir las condiciones de uso habituales y considerando las alternativas terapéuticas disponibles en la indicación estudiada. Se realizan en una muestra de pacientes más amplia que en la fase anterior y representativa de la población general a la que iría destinado el medicamento.

Estos estudios serán preferentemente controlados y aleatorizados. Habitualmente son multicéntricos (lo que quiere decir que se realizan simultáneamente en muchos lugares, con el fin de reunir el mayor número posible de pacientes), su duración media es de tres años y medio y su coste, inmenso. Una vez concluida la fase III se remite toda la documentación al organismo competente en cada país, que decidirá sobre su aprobación; obtenida ésta se produce la comercialización

- Por último, los ensayos clínicos fase IV se realizan con un medicamento después de su comercialización. Estos ensayos podrán ser similares a los descritos en las fases I, II y III si estudian algún aspecto aún no valorado o condiciones de uso distintas de las autorizadas como podría ser una nueva indicación. Estos estudios serán preferentemente controlados y aleatorizados. En buena medida estos ensayos y otros, denominados observacionales, se realizaron durante un tiempo para que el prescriptor se acostumbrase a usar el fármaco (y se entiende que a gastar recetas). Dicho de otra manera, han sido en algunos casos una manera encubierta de empujar al uso de un medicamento nuevo. Ante ello, algunos servicios de salud se vieron obligados a recordar que estos ensayos son precisamente eso: ensayos, y que tienen que cumplir las formalidades de los demás (revisión por comité de EE. CC., seguro y, sobre todo, financiación por parte del laboratorio prescriptor y no mediante recetas).

Todo el proceso de desarrollo de un fármaco desde su síntesis hasta su aprobación puede suponer hasta 15 años. Por cada 5.000 a 10.000 fármacos sintetizados, sólo 5 llegan a ensayos clínicos y sólo 1 es aprobado. El coste de desarrollo de un fármaco se calcula en unos \$500.000.000. Tamaña inversión, evidentemente, debe ser amortizada, sobre todo si tenemos en cuenta que el período de explotación de la patente es limitado. Por este motivo, los laboratorios intentan que el fármaco salga a la calle en condiciones de ser utilizado ampliamente. En otros términos, conviene que salga a la calle con muchas «indicaciones autorizadas» o que las reciba en poco tiempo. Por este motivo se está imponiendo la práctica de hacer varios ensayos fase III simultáneos, en diferentes indicaciones (por ejemplo, uno de los antidepresivos de pronta comercialización se está ensayando en la depresión, la ansiedad e incluso en trastornos del control de impulsos).

Los ensayos clínicos, aun reconociendo el legítimo interés económico de los laboratorios y lo costosísimo de su inversión, tienen aspectos mejorables. Son esas dimensiones que se suelen denominar éticas, y que deben ser valorados por los comités éticos de investigación clínica previstos por el real decreto. Por ejemplo, hay ensayos con claros sesgos en su diseño. No es raro que los nuevos

antipsicóticos se comparen con dosis no muy altas de haloperidol, por lo que si su rendimiento es mejor tampoco puede concluirse que superen al producto de referencia. Otras veces el sesgo es de publicación; como se ha dicho antes, muchas veces los «autores» que firman los trabajos sólo hacen eso, firmar, y la redacción corre a cargo del laboratorio, que presenta los datos de la manera más conveniente para sus intereses. Más sutil puede ser el aspecto de que demostrar la efectividad del fármaco A en una determinada patología no quiere decir que sea el único que sea efectivo, sino el único que lo ha demostrado (puede ser que los competidores hayan realizado un ensayo clínico sin hallazgos positivos, o simplemente que no se hayan embarcado en el estudio).

Otro aspecto que hay que considerar es el uso del placebo. Comparar al nuevo fármaco con placebo da más valor estadístico al estudio, pero obviamente el avance de la ciencia no debe sustentarse sobre el no tratamiento (o tratamiento con placebo) de enfermos, a menos que esté claramente justificado. La Declaración de Helsinki, que intenta regular los ensayos clínicos, no termina de contentar a todo el mundo; los metodólogos querrían que fuera más permisiva con el uso del placebo, los clínicos y eticistas, que no lo fuera tanto. La redacción actual limita más el uso del placebo (sobre todo si se lee con disposición a entenderlo así), pero la antigua, que planteaba que se debería comparar al nuevo fármaco con las mejores condiciones existentes para el tratamiento de la enfermedad en el lugar donde se llevara a cabo el ensayo, ha servido para que se hagan los ensayos clínicos de antirretrovirales en países del tercer mundo donde no existen tratamientos (con lo que las mejores condiciones existentes son la falta de alternativas). De esta manera, si en Europa ensayar un medicamento para el sida frente a placebo sería una barbaridad, hacerlo en Guatemala no despertaría resquemores éticos. Un ejemplo más de que los relativismos (culturales, religiosos, sanitarios) son repugnantes.

En el campo de la psiquiatría cobra una especialísima importancia el consentimiento informado. La ley de todos los países establece que para participar en un ensayo clínico hay que otorgarlo, y que si no puede hacerlo el paciente por ser incompetente deberá hacerlo un familiar o allegado. Esto hace que se deba ser extremadamente cuidadoso con la información que se aporta, y llegar a la conclusión inequívoca de que el paciente (o en su caso su familiar) han comprendido perfectamente objetivos, riesgos, etc.

Por otra parte, hay que recordar que el fundamento ético de los ensayos clínicos y de los riesgos que corren en ellos los pacientes es el bien de la comunidad,

que se beneficiará de la disponibilidad de un nuevo medicamento con el que combatir la enfermedad, y tal. Pues bien, al hilo de los *me toos*, de los ensayos interesados para introducir moléculas mínimamente modificadas o presentaciones que dudosamente representan un avance, podemos poner en tela de juicio que muchos de los ensayos actuales cumplan ese requerimiento ético.

Por último, no sería justo centrar todas las críticas en los laboratorios, promotores de los estudios. Los ensayos clínicos reportan grandes beneficios a los clínicos que participan en ellos. A veces son crematísticos, otras académicos, y de hecho hay carreras universitarias construidas a golpe de ensayo clínico. Nadie está obligado a «investigar» pero por uno u otro motivo muchos se apuntan, y no siempre se valora si verdaderamente el objetivo del ensayo (más allá de las ventajas personales) lo justifica. Por lo tanto, habría que reclamar una cierta decencia selectiva y un cierto rigor al respecto al conjunto de la profesión médica.

1.3.2. *El salto al uso clínico*

Existe un desfase entre lo ideal, lo recomendable o lo autorizado y el acontecer clínico diario. Veamos algunos aspectos (Medrano Albéniz, 2009):

- Indicación autorizada *versus* uso no autorizado. En ocasiones el clínico puede verse en la necesidad de utilizar un fármaco aún no autorizado para una indicación porque el habitual no es adecuadamente tolerado por el paciente. Sería el caso, por ejemplo, de una persona con una enfermedad de Alzheimer con síntomas psicóticos que desarrolla extrapiramidales con los fármacos habitualmente autorizados. El prescriptor podría recurrir a la quetiapina, aún no autorizada en la enfermedad.

- Indicación autorizada *versus* uso innovador. En otras ocasiones, el prescriptor introduce un uso nuevo de un fármaco por analogía y esperando una mejor tolerancia. Así se ha ido sustituyendo el uso de haloperidol en la sedación de pacientes con demencia por los «atípicos» hasta que se introdujo el visado de inspección.

- Indicación autorizada y responsabilidad legal. El terreno de la responsabilidad profesional se ha vuelto muy conflictivo y resbaladizo en los últimos años. En relativamente pocos años se ha pasado de una situación en la que los pacientes no recibían ninguna satisfacción ni explicación por los posibles desaciertos en

su atención a otra en la que hay una enorme dificultad para asumir que las enfermedades pueden tener resultados desfavorables o que los tratamientos, incluso cuando se administran con máxima prudencia y corrección, pueden derivar en nuevos problemas. En estas circunstancias, se reclama probablemente en exceso, y la argumentación en muchos casos es el defecto de forma; el uso de un medicamento no autorizado podría de esta manera representar un riesgo si de tal uso se deriva un resultado desfavorable, aunque fuera impredecible.

- El clínico va por delante de la indicación. En otras ocasiones, en clínica se comienza a utilizar un nuevo fármaco anticipándose a la indicación y sin que existan contraindicaciones para los medicamentos habituales: empleo de nuevos antipsicóticos en la sedación de pacientes dementes, introducción de un nuevo anticomicial como regulador del humor, uso de un determinado antidepresivo en una indicación clásica del grupo pero aún no autorizada en el producto en cuestión...

- Indicación personalizada. La terapéutica psiquiátrica es una disciplina particularmente imprecisa, en la que no es raro ver pacientes que responden a un determinado producto y no a otros análogos. Son los que «Van muy bien con...»

- Indicación boca-a-boca. En otras ocasiones entre los clínicos se divulgan a modo de «libro de trucos» indicaciones peculiares, que posiblemente no resistirían una investigación o un ensayo clínico serios, pero que hacen fortuna y en no pocas ocasiones se confirman en la práctica cotidiana. Es el «Va muy bien para...»

- Los laboratorios han animado durante años al clínico a ir por delante de la indicación. Es paradigmático en este sentido el caso de los nuevos anticomiciales, alguno de los cuales puede decirse que es prescribible prácticamente para todo. Esta actuación fue muy común hace años pero ha decrecido mucho después de que algunas empresas fueran sancionadas con multas multimillonarias en otros países.

- El sano uso del efecto colateral. No es infrecuente que los medicamentos se empleen más por sus efectos colaterales que por su acción primaria. Hay múltiples ejemplos de esta práctica, que obviamente es contraria a la «indicación autorizada». Un ejemplo clásico es el de un antihelmíntico, el disulfiram (nombre genérico del Antabus®), que demostró ser aversivo del alcohol y que no se usa hoy día para eliminar gusanos. Otros medicamentos tienen también efecto antabus, como el metronidazol, utilizado en monoterapia en el tratamiento de la tricomoniasis (Flagyl®) o combinado en el tratamiento de infecciones dentarias

(Rhodogil®); en algunos casos su efecto antabus ha servido para que se utilice como aversivo del alcohol. Otros usos del efecto colateral son el empleo del haloperidol en el tratamiento de la corea, el del biperideno o la amitriptilina, utilizados en la sialorrea por su acción «desecante» de la boca. Las parafilias se tratan farmacológicamente aprovechando sus efectos colaterales (la inhibición de la libido de antiandrógenos, ISRS o neurolépticos). La imipramina es un medicamento que inhibe la micción, causando a veces retenciones urinarias; esto sirve, precisamente, para utilizarlo en la enuresis. Por último, la acción inhibitoria de secreciones (la salivar es la más notoria) de la clorpromazina hace que sea útil en los cuidados paliativos de pacientes con secreciones abundantes.

- Los límites de los trastornos psiquiátricos son borrosos. Esto hace que sea difícil precisar si se está tratando exactamente la depresión o la ansiedad, por ejemplo (Shorter y Tyrer, 2003).

- Los grupos terapéuticos tienen límites borrosos. Como se ha señalado antes, los límites entre los diversos grupos son a veces más artificiales que reales, por lo que un ISRS, por ejemplo, puede utilizarse en múltiples indicaciones, no todas ellas «autorizadas».

- Comorbilidad. En el batiburrillo nosológico moderno desempeña un notable papel confusionante la comorbilidad o presentación conjunta de dos o más patologías. A veces sirve para extraer conclusiones precipitadas. Por ejemplo, si un paciente con un «diagnóstico dual» adicción a heroína-esquizofrenia deja de consumir coincidiendo con la administración de un neuroléptico para su psicosis podría llegarse a la conclusión de que ese producto es «antiadictivo», lo cual puede ser cierto, o puede no serlo.

- La demanda de píldora por parte del usuario conduce en ocasiones a prescripciones de complacencia que desbordan el ámbito de la «indicación».

- Se ha ampliado el concepto de enfermedad o trastorno psiquiátrico, y el usuario que ha descubierto en sí, solo o con ayuda de su facultativo, la existencia de un trastorno, espera del psiquiatra que actúe. Esta actuación es a veces más sintomática que de otra naturaleza: el paciente tiene un trastorno borroso, y a la hora de actuar se da una pastilla para mitigar un síntoma (por ejemplo, prescripción de antidepresivo a una persona con ánimo triste que no se acompaña de otros síntomas depresivos). Y no pocas veces los dispositivos psiquiátricos ambulatorios atienden «no enfermedades», que se están convirtiendo en un pretexto para la prescripción.

1.4. Farmacocinética y farmacodinamia

Simplificando, la farmacocinética estudia las características del fármaco que tienen que ver con su movimiento en el organismo (Pacheco Yáñez y Medrano Albéniz, 2007).

- La absorción es la entrada del fármaco. Algunos fármacos pueden administrarse prácticamente por cualquier vía; otros, en cambio, tienen una vía exclusiva o preferente. Por ejemplo, las benzodiazepinas se absorben bien por vía oral y rectal, pero su absorción por vía intramuscular es irregular y en algunos casos, nula. Cada una de estas vías, además, está sujeta a la influencia de factores locales, globales, o a la interacción con otros medicamentos.

- La distribución de los fármacos por el organismo se hace en forma libre (es decir, el medicamento viaja sin ninguna alteración por la sangre) o ligada a proteínas plasmáticas que les sirven de vehículo. Cada medicamento tiene su propio perfil, su propia «fracción libre» (porcentaje que viaja sin unirse a proteínas). La fracción libre es la más disponible, y por lo tanto si aumenta, aumentará también la actividad del medicamento, que puede llegar así a ser tóxico. Por eso es importante conocer las interacciones con ciertos medicamentos que desplazan a otros de las proteínas plasmáticas, incrementando su fracción libre. Por otra parte, hay moléculas que no pueden atravesar la barrera hematoencefálica, con lo que no entran en el cerebro. Es el caso de la serotonina, y por este motivo no se administra como medicamento; en su lugar se utiliza su precursor, el 5-OH-triptófano.

- Metabolismo. El órgano metabólico por excelencia es el hígado, en el que existe un sistema enzimático, el P_{450} , que participa en la destrucción de la mayoría de los medicamentos. Por este motivo, se debe reducir la dosis de los medicamentos cuando se administran a enfermos hepáticos, menos capaces de metabolizarlos; otra posibilidad es emplear fármacos con una metabolización preservada en pacientes con problemas hepáticos (por ejemplo, y por este motivo, el lorazepam es la benzodiazepina de elección en hepatópatas).

- Eliminación. Se lleva a cabo a través de hígado y, sobre todo, riñón. Por este motivo hay que ajustar la dosis en enfermos renales. Algunos fármacos tienen un perfil de metabolismo y excreción que puede ser beneficioso o perjudicial según el paciente del que se trate. Por ejemplo, la amisulprida (Solían®) se excreta sin metabolizar directamente a través del riñón, lo que hace que sea muy

seguro en enfermos hepáticos. En cambio, requerirá un ajuste en la insuficiencia renal, porque tenderá a acumularse.

- El resultado de todos estos procesos es la llamada vida media o semivida de eliminación, que dé idea de la perdurabilidad del medicamento en el organismo. En líneas generales, a más larga vida media, mayor duración de los efectos del fármaco. Esto puede ser favorable o desfavorable en función de lo que se desee tratar, pero a grandes rasgos, los medicamentos con vida media corta suelen ser más proclives a producir tolerancia (y por lo tanto dependencia) y los que tienen una vida media larga pueden acumularse y producir toxicidad. En el caso de las benzodiazepinas, serían ejemplos, respectivamente, el alprazolam y el diazepam.

- En función de todos estos procesos, también, se alcanzarán concentraciones plasmáticas determinadas del fármaco. En algunos productos (litio, valproico, carbamazepina, tricíclicos) se conoce que existen concentraciones terapéuticas, es decir, las que se correlacionan con el efecto terapéutico, de modo que por debajo no hay efecto y por encima podría haber toxicidad.

La farmacodinamia alude a los efectos de los medicamentos. En líneas generales, en ancianos hay una mayor susceptibilidad a la acción de los fármacos, por lo que deben utilizarse, salvo en excepciones, dosis más reducidas.

Mencionaremos a continuación algunos procesos o mecanismos farmacodinámicos relacionados con los psicofármacos, tanto de interés terapéutico como vinculados a secundarismos.

- Neurotransmisores. Son las moléculas especializadas en la transmisión nerviosa. Clásicamente se ha atribuido relevancia en psiquiatría a la acetilcolina (sistema colinérgico), la serotonina (serotoninérgico), la noradrenalina (adrenérgico), la dopamina (dopaminérgico) y el GABA (gabaérgico). Actualmente se está prestando atención a otros neurotransmisores, neuropéptidos o mensajeros intracelulares, en buena medida porque van surgiendo fármacos cuya acción se explica a este nivel.

- Inhibición de la recaptación. La transmisión entre neuronas se realiza en la sinapsis; el mecanismo químico básico es la liberación desde la neurona presináptica («emisora») de neurotransmisor, que se acopla a receptores existentes en la neurona postsináptica, produciéndose cambios que se traducen en la transmisión del impulso nervioso. El modelo neuroquímico de la depresión supone que en esta enfermedad hay una insuficiente actividad de este proceso sináptico, por lo que farmacológicamente se actúa potenciándolo. Puesto que una de las maneras

en que en condiciones normales se elimina el neurotransmisor de la sinapsis es recaptándolo hacia la neurona presináptica, se puede inhibir este proceso, con el resultado de aumentar la cantidad y el tiempo de estimulación de la segunda neurona. Esto parece que hacen con la serotonina los ISRS, con noradrenalina la reboxetina, con ambas la venlafaxina y la duloxetina, con noradrenalina y dopamina el bupropion, y con diversos neurotransmisores los tricíclicos.

- Inhibición enzimática. Siguiendo con el modelo de la depresión, otra vía de eliminación es por medio de enzimas intracelulares. La más significativa es la monoaminoxidasa (MAO); los fármacos que la inhiben son los IMAO.

- Acción sobre receptores. Otra vía de intervención es la modulación de receptores, bien estimulándolos o antagonizándolos. En el campo de la depresión la acción de los diferentes receptores que se creen implicados en la enfermedad es muy compleja, pero hay medicamentos cuya efectividad se cree que se debe a que actúan a este nivel (mianserina, mirtazapina, agomelatina). A su vez, los antipsicóticos antagonizan receptores dopaminérgicos y modulan receptores serotoninérgicos, en el caso de los atípicos. El aripiprazol es un producto agonista parcial de la dopamina.

- Efectos anticolinérgicos. Algunos psicofármacos interfieren en la transmisión colinérgica. Puesto que ésta tiene lugar en todo el organismo, las consecuencias se observan en múltiples órganos. El síndrome anticolinérgico engloba sequedad de boca, estreñimiento, interferencia con la sudoración y la micción, dificultades para la acomodación (con visión deficiente de cerca) y taquicardia. En pacientes con glaucoma de ángulo pueden precipitarse ataques, y en pacientes ancianos, síndromes confusionales.

- Efectos extrapiramidales. Los antipsicóticos (y en menor medida ciertos anti-depresivos), a través de la interferencia directa o indirecta en el sistema dopaminérgico producen parkinsonismo y otros síntomas relacionados con el sistema extrapiramidal o directamente sobre el músculo: parkinsonismo (hipertonía, temblor, acinesia), mioclonias, acatisia, síndrome neuroléptico maligno (ver más adelante).

- Prolactina. Los antipsicóticos clásicos producen un aumento de prolactina, una hormona implicada, entre muchas otras funciones, en la producción de leche y en el ciclo menstrual. La consecuencia es la posible abolición de la menstruación (amenorrea), la emisión de leche por el pezón (galactorrea), la ganancia de peso y la impotencia en varones. También se ha relacionado el exceso de prolactina con un mayor riesgo de osteoporosis. Los nuevos antipsicóticos dan lugar también a

un aumento de la prolactina aunque en menor medida que los clásicos (salvo la risperidona o la amisulprida). Las pacientes que tomen productos que favorecen la secreción de prolactina pueden por ello estar colateralmente expuestas a un «anovulatorio». Si se cambia a un producto no incrementa la prolactina es posible la recuperación de la ovulación, por lo que habrá que tener en cuenta que puede ser necesario asesorar sobre métodos de control de la natalidad.

1.5. Los genéricos

Son medicamentos similares a los originales, pero producidos por otro laboratorio una vez que se extingue la patente. Para ser autorizado, el genérico debe ser bioequivalente al fármaco original (en esencia su absorción y concentración plasmática deben ser comparables). No obstante, esta bioequivalencia admite una variabilidad, que la ley fija del 80 al 125%; esto es: si el original alcanza en sangre una concentración de 100, se considerará que un genérico es válido y bioequivalente si su concentración oscila entre 80 y 125. Sin embargo, en realidad lo que se mide es la biodisponibilidad (que tiene que ver con farmacocinética) y no la bioequivalencia (que tendría que ver con farmacodinamia). Es decir: referido a un psicofármaco, que un genérico se absorba y tenga una concentración comparable a la del original, no quiere decir que sus efectos cerebrales sean comparables. La bioequivalencia sería una cuestión más de calidad que de cantidad, pero justamente se evalúa la biodisponibilidad (esto es, se utilizan criterios más cuantitativos que cualitativos). En la práctica, la variabilidad, como recuerdan los laboratorios originales, supone que el genérico puede quedarse corto (en el 80%, con menor efectividad) o puede pasarse (con un 125% podrían aparecer efectos secundarios que no se dan con el original). No es inhabitual que según la disponibilidad de EFG en las farmacias los pacientes consuman a lo largo del tiempo sucesivas marcas de genérico. Con los márgenes legales de variación de biodisponibilidad, una persona podría tomar sucesivamente un EFG con una disponibilidad de, pongamos, 80% y, después, otro cuya biodisponibilidad es del 125%, lo que supone una variación de más del 50%, lo que a efectos de eficacia y seguridad puede ser muy relevante.

Los genéricos se reconocen porque el nombre del fármaco (no la marca) se acompaña habitualmente del nombre del laboratorio de productor de genéricos y de las siglas EFG (Especialidad Farmacéutica Genérica). Por ejemplo, la marca original de la risperidona es Risperdal; un genérico sería la Risperidona

TxoriPharm EFG. También se están empezando a comercializar genéricos con marca, que se reconocen por mantener las siglas EFG; un ejemplo sería Txoriridona EFG. Además existen «copias» del original, con marca propia. Son medicamentos a los que la ley no exige que demuestren una bioequivalencia con la marca original.

El argumento para autorizar los genéricos e intentar privilegiarlos es económico. A partir del año siguiente a su introducción, se marca un precio de referencia, al que habitualmente se reducen los originales, ya que el farmacéutico, por disposición legal, no debe dar el producto original salvo que tenga el precio de referencia. También se puede prescribir por principio activo (nombre de la molécula, sin el EFG). En este caso, el farmacéutico debe dar cualquier producto (marca, genérico, copia), con preferencia un genérico, si dispone de él.

2. ANSIOLÍTICOS

Los ansiolíticos, hoy en día, se reducen prácticamente a las benzodiazepinas (BZD), con la presencia testimonial de otros productos como el clometiazol (Distraneurine®), la hidroxicina (Atarax®) o la pregabalina (Lyrica®). Las BZD son fármacos con diversas acciones y propiedades, que aparecen resumidas en la Tabla 3 y que justifican tanto sus diferentes indicaciones como el perfil de efectos secundarios.

Tabla 3. Propiedades de las benzodiazepinas

Ansiolíticas
Miorrelajantes
Sedativas
Hipnóticas
Anticonvulsivantes
Inhiben el Centro Respiratorio
Potencial adictivo
Tolerancia cruzada con alcohol y opiáceos
Potencian al alcohol y otros inhibidores del SNC

Por su acción sedativa deben emplearse con precaución en la vejez, ya que pueden provocar hipersedación y torpeza motora, así como caídas. También pue-

den influir negativamente, sobre todo al principio del tratamiento en la conducción de vehículos o en el manejo de maquinaria. Asimismo, suelen afectar a la capacidad de concentración y a la memoria.

Es importante conocer que las BZD son medicamentos que inducen tolerancia. Esto quiere decir que con el paso del tiempo el paciente se hace más refractario a efectos negativos (como la influencia sobre la conducción), pero también en ocasiones a los positivos. Si sucede esto último, será necesario emplear dosis cada vez mayores del fármaco. Si el paciente lo hace por su cuenta puede caer en una adicción. Desde el punto de vista farmacocinético, la vida media (o semivida de eliminación) (VM) de los productos puede ser determinante de este tipo de fenómenos. Las BZD de VM larga tienen el inconveniente de que se acumulan, con lo que pueden provocarse cuadros de toxicidad, y la ventaja de que su potencial adictivo es menor, además de que son raros los rebotes ansiosos entre tomas del producto. Con las BZD de VM corta sucede exactamente lo contrario. En la Tabla 4 se recogen algunas de las BZD más utilizadas, con sus características farmacocinéticas.

Tabla 4. Ejemplos de benzodiazepinas

VM larga:

Diazepam (Valium®, Diazepam)
 Clorazepato (Tranxilium®, Dorken®)
 Ketazolam (Sedotime®, Marcen®)
 Clonazepam (Rivotril®)

VM intermedia y corta:

Lorazepam (Orfidal®, genéricos)
 Alprazolam (Trankimazin®, genéricos)
 Bromazepam (Lexatin®)

La pregabalina (Lyrica®) es un medicamento antiepiléptico utilizado en el dolor neuropático y de uso autorizado en el trastorno de ansiedad generalizada.

3. HIPNÓTICOS

Se trata de medicamentos utilizados para provocar y mantener el sueño. Existen dos variantes principales. Una son inductores del sueño puros y fomen-

tan que el paciente se duerma. Su ventaja es que la duración de su acción es breve, con lo que no existe resaca o sedación matinal. Otros son de acción más duradera, con lo que se evitan los despertares durante la noche, pero a riesgo de que se mantenga sedación matinal (Tabla 5).

Tabla 5. Hipnóticos

<p>Benzodiazepinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lormetazepam (Loramet®, Noctamid®, genéricos) Brotizolam (Sintonal®) Flurazepam (Dormodor®) Flunitrazepam (Rohipnol®) Midazolam (Dormicum®) Loprazolam (Somnovit®) <p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> Clometiazol (Distraneurine®) Zopiclona (Limovan®, Datolán®, Siaten®) Zolpidem (Stilnox®, Cedrol®, Dalparan®, genéricos) <p>Antidepresivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Trazodona (Deprax®) <p>Antipsicóticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Clotiapina (Etumina®) Levomepromazina (Sinogan®)

La mayor parte de los hipnóticos son BZD o productos con cierto parentesco con ellas (como el zolpidem). También se usan en ocasiones antipsicóticos o antidepresivos con acción sedante (aprovechando así su efecto colateral).

El clometiazol (Distraneurine®) es un fármaco de corta VM, y de gran eficacia en ancianos, pero tiene un importante potencial adictivo y una acción inhibitoria del centro respiratorio que debe tenerse en cuenta. Por otra parte, se presenta en forma de cápsula gelatinosa que contiene una solución oleosa de mal sabor, lo cual hace que deba evitarse su uso en pacientes con dificultades para tragar, a quien podría rompérseles en la boca haciendo que rechazaran el producto.

La zopiclona (Limovan®, Datolán®, Siaten®) es un hipnótico selectivo, manejable y seguro. Su excreción salivar hace que algunos usuarios se quejen de un sabor metálico desagradable. El zolpidem (Stilnox®, Dalparan®, genéricos) es otro fármaco seguro y selectivo, potente inductor del sueño.

4. ANTIDEPRESIVOS

Este grupo terapéutico (Tabla 6) es uno de los que más se ha expandido en los últimos años, al albur de la creciente relevancia que se está concediendo a los trastornos afectivos, el énfasis en los tratamientos biológicos y el ensanchamiento de sus indicaciones hasta cubrir cuadros ansiosos, trastornos conductuales o insomnio. Todos ellos tienen un período de latencia de dos a tres semanas hasta que comienza su acción terapéutica, y últimamente se viene recomendando un uso prolongado, de al menos seis meses después de la resolución del episodio, para evitar recaídas.

Tabla 6. Antidepresivos

Tricíclicos
Amitriptilina (Tryptizol®, Deprelío®)
Imipramina (Tofranil®)
Clomipramina (Anafranil®)
IMAO
Tranilcipromina (Parnate®)
Tetracíclicos
Maprotilina (Ludiomil®)
Mianserina (Lantanon®)
ISRS
Fluvoxamina (Dumirox®, genéricos)
Fluoxetina (Prozac®, Adofen®, Reneuron®, genéricos)
Paroxetina (Seroxat®, Motivan®, Frosinor®, Casbol®, genéricos)
Sertralina (Besitran®, Aremis®, genéricos)
Citalopram (Seropram®, Prisdal®, genéricos)
Escitalopram (CipraleX®, Esertia®)
RIMA
Moclobemida (Manerix®)
IRSN
Venlafaxina (Vandral®, Dobupal®, Topibrain®, Zarelis®, genéricos)
Duloxetina (Cymbalta®, Xeristar®)
ISRN
Reboxetina (Norebox, Irenor®)
Otros
Trazodona (Deprax®)
Mirtazapina (Rexer®, Vastat®, genéricos)
Bupropion (Elontril®)

Los antidepresivos clásicos han quedado relegados por los más modernos, de efectividad comparable y mayor seguridad, aunque también con un coste muy superior. Entre ellos, los IMAO son un grupo prácticamente anecdótico en la actualidad, al quedar sólo un compuesto (la tranilcipromina: Parnate®) en el mercado. Estos productos imponen una dieta exenta de tiramina, y no deben administrarse a personas en tratamiento con estimulantes, vasoconstrictores, opiáceos y antidepresivos serotoninérgicos, clásicos o modernos.

Los antidepresivos tricíclicos, por lo general, se caracterizan por una acción anticolinérgica (sequedad de boca, taquicardia, estreñimiento, dificultad para la acomodación y para la micción) que en ocasiones puede dar lugar también a cuadros confusionales. Asimismo, tienen un marcado potencial hipotensor, reducen el umbral convulsivo y su acción cardiopática (arritmias), potencialmente letal hace que no se deban usar en cardiopatas. Su posible letalidad hace también que deban usarse con precaución o con un control especial en personas con riesgo suicidario. Son fármacos altamente eficaces y baratos. El tetracíclico maprotilina (Ludiomil®) comparte muchas propiedades con los tricíclicos clásicos. Tanto este producto como la Nortriptilina (Norfenazin, Paxtibi®) y la dotiepinina (Prothiaden) parecen particularmente recomendables en ancianos. La clomipramina (Anafranil®) es el tratamiento farmacológico clásico del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

La mianserina (Lantanon®) es un antidepresivo con un elevado potencial sedativo, por lo que es útil en pacientes con un insomnio o con un componente ansioso importante.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son fármacos de posología sencilla. Carecen, por lo general de efectos anticolinérgicos (el que presenta una mayor acción a este respecto es la paroxetina), y son seguros en sobredosis y en pacientes ancianos. Asimismo, se ha impuesto su uso en trastornos ansiosos y en el TOC. Los más seguros en cuanto a interacciones son la sertralina, el citalopram y el escitalopram. Entre sus efectos secundarios destacan la intolerancia digestiva (náuseas y vómitos, fundamentalmente), la inquietud (en especial con la fluoxetina) y, en algunos casos, el parkinsonismo. También producen efectos secundarios sobre la esfera sexual (reducción de la libido, impotencia). Últimamente se viene describiendo en pacientes a los que se les ha suspendido estos fármacos un síndrome de discontinuación, caracterizado por molestias digestivas, mialgias, cefalea, astenia... Los ISRS de VM más corta parecen ser más proclives a este problema, aunque también se ha descrito con la fluoxetina, que

es la que tiene una VM más larga. Por todo ello, la retirada de estos productos debe ser muy paulatina.

La moclobemida (Manerix®) es un RIMA (inhibidor reversible de la monoaminooxidasa A), que no requiere dieta exenta en tiramina y que, en principio, puede combinarse con mayores garantías con otros fármacos.

La venlafaxina (Vandral®, Dobupal®, genéricos) es un inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina, con una presentación de dosificación compleja (varias dosis diarias) y otra formulación retard. Puede producir elevaciones de la TA e intolerancia digestiva, pero en la práctica clínica no parecen excesivamente relevantes. Es también un fármaco con riesgo de síndrome de discontinuación, por lo que su retirada debe ser muy paulatina. Al mismo grupo pertenece la duloxetina (Cymbalta®, Xeristar®).

La reboxetina (Norebox®, Irenor®) es un inhibidor de la recaptación de noradrenalina. Tiene propiedades anticolinérgicas y es más seguro a nivel cardíaco que los tricíclicos. Es un fármaco desinhibidor, que puede ser útil en depresiones inhibidas pero que podría provocar inquietud e insomnio en algunos pacientes.

La trazodona (Deprax®) es un antidepresivo de gran potencial sedativo, por lo que se utiliza con éxito como hipnótico a dosis bajas (50 a 100 mg/d). Debe tenerse en cuenta su acción hipotensora. La mirtazapina (Rexer®, Vastat®, genéricos) es un potente antidepresivo, con propiedades sedativas, seguro en la combinación con otros fármacos, y un potente estimulante del apetito.

Por último, el bupropion es un medicamento con una presentación de liberación prolongada para el tratamiento del tabaquismo (Zyntabac®, Quomem®), pero que con otra formulación es un antidepresivo eficaz (Elontril®). Es un producto estimulante, por lo que puede producir nerviosismo, insomnio y crisis convulsivas.

5. ANTIPSICÓTICOS O NEUROLÉPTICOS

Desde su introducción en 1952, los antipsicóticos (APS) han sido los fármacos de elección en el tratamiento de todas las formas de psicosis y en particular de la esquizofrenia. Sin embargo, tienen otras propiedades, resumidas en la Tabla 7, que permiten su uso en otras indicaciones, desde cuadros vertiginosos

hasta la corea de Huntington, pasando por el hipo, la inducción de la lactancia o cuadros que requieran sedación inespecífica, como los trastornos conductuales de la demencia, la manía, la anestesia o el tratamiento del dolor.

Tabla 7. Propiedades de los Antipsicóticos

Antipsicóticos
Sedativos
Apatía/ataraxia
Efectos neurológicos:
Parkinsonismo
Distonías
Reducción del umbral convulsivo
Acatisia
Diskinesia tardía
Distonía tardía
Hiperprolactinemia:
Sd. de amenorrea-galactorrea
Acción anticolinérgica
Acción hipotensoras
Acción neurovegetativa

Algunos productos utilizados en terapéutica no psiquiátrica, como los antieméticos y los procinéticos (metoclopramida: Primperan®; y otros) tienen una potencial acción neuroléptica que explica la frecuente presentación de distonías agudas. Asimismo, algunos fármacos utilizados como ansiolíticos, como el sulpiride (en monoterapia: Dogmatil®, Tepavil®; en combinación con diazepam: Tepazepam®, Ansium®) y pueden dar lugar a secundarismos agudos (distonías, parkinsonismo) o más tardíos (amenorrea, diskinesia tardía).

Desde el punto de vista psicofarmacológico, los APS clásicos, convencionales o típicos son efectivos en los síntomas positivos o productivos de la esquizofrenia (alucinaciones, ideas delirantes), mientras que su efectividad en los síntomas negativos (retraimiento, alogia, apatía, apragmatismo) y cognitivos es muy reducida o nula. En este grupo se distingue entre APS incisivos y sedativos. Los incisivos son efectivos ante síntomas psicóticos productivos (alucinaciones, ideas delirantes), y su perfil de secundarismos es fundamentalmente neurológico, produciendo los siguientes cuadros según las definiciones del DSM-IV de la American Psychiatric Association (1995):

- Parkinsonismo: temblor parkinsoniano, rigidez muscular o acinesia que aparecen a las pocas semanas de iniciar o aumentar la dosis de un NL. El tratamiento habitual consiste en asociar un «corrector» antiparkinsoniano como el biperideno (Akineton®) o el trihexifenidilo (Artane®). Estos productos, lógicamente, conllevan todos los efectos secundarios propios de su capacidad anticolinérgica, incluyendo, en ancianos, el riesgo de un cuadro confusional.

- Síndrome neuroléptico maligno: rigidez muscular grave, temperatura elevada y otros síntomas (p. ej., sudoración, disfagia, incontinencia, alteraciones del nivel de conciencia que van de la confusión al coma, mutismo, elevación o labilidad en la tensión arterial, elevación de la creatinfosfoquinasa [CPK]). Es un cuadro grave que puede dar lugar a complicaciones respiratorias (insuficiencia por rigidez), renales (por mioglobinuria derivada de rotura muscular) y neurológicas (hipertermia). Este cuadro es de extrema gravedad y requiere un estrecho soporte vital. Desde el punto de vista farmacológico se suelen utilizar la bromocriptina y el dantroleno.

- Disonía aguda. Posición anormal o espasmo de los músculos de cabeza, cuello, extremidades o tronco varios días después de iniciar o aumentar la dosis de NL (o después de disminuir la medicación utilizada para tratar los síntomas extrapiramidales). Su tratamiento consiste en la administración de correctores, idealmente por vía parenteral para obtener una respuesta rápida. En ocasiones la distonía aparece de forma tardía, y resulta extremadamente difícil de corregir.

- Acatisia aguda: quejas subjetivas de inquietud que se acompañan de movimientos observables (p. ej., movimientos de piernas, balanceo de pierna a pierna, paseos o incapacidad para permanecer sentado o estar en pie) que aparecen varias semanas después de iniciar o aumentar la dosis de APS (o después de disminuir la medicación utilizada para tratar los síntomas extrapiramidales). La acatisia suele responder a la administración de benzodiazepinas o alfa-bloqueantes.

- Diskinesia tardía. Movimientos involuntarios coreiformes, atetoides o rítmicos (que duran varias semanas) de lengua, mandíbula o extremidades, asociados al consumo de NL durante meses (puede ser durante un corto período de tiempo en los ancianos). No hay un tratamiento satisfactorio para este cuadro. Parece que la vitamina E podría mejorar las diskinesias tardías, y se propone también el uso del atípico clozapina.

Los APS sedativos producen también efectos neurológicos, pero con menor frecuencia e intensidad. Estos productos se caracterizan por un intenso efecto sedativo, de base antihistaminérgica central, que hace que se empleen preferen-

temente en situaciones en que se requiere una sedación (agitación psicótica o maníaca), o como hipnóticos. También tienen una mayor potencia hipotensora y más efectos anticolinérgicos, lo que hace que no se recomiende su uso en cuadros confusionales de pacientes somáticos, o incluso en la agitación de pacientes con demencia, ya que su perfil anticolinérgico podría potenciar el cuadro confusional (Tabla 8).

Tabla 8. Antipsicóticos clásicos

Neurolépticos sedativos: más acción anticolinérgica e hipotensora
Levomepromazina (Sinogán®)
Clorpromazina (Largactil®)
Clotiapina (Etumina®)
Neurolépticos incisivos: más acción antipsicótica. Efectos secundarios neurológicos
Perfenazina (Decentán®)
Flufenazina (Modecate®: presentación depot)
Trifluoperazina (Eskazine®)
Haloperidol (Haloperidol®)
Posición intermedia:
Zuclopentixol (Clopixol®)
Propericiazina (Nemactil®)
Sulpiride (Dogmatil®, Tepavil®; en combinación: Ansium®, Tepazepam®)

Algunos productos se ubican en una posición intermedia. Es el caso del sulpiride y del tiapride, dos fármacos muy empleados como sedativos e incluso ansiolíticos. Sin embargo, no dejan de tener propiedades —y secundarismos— neurolépticos, por lo que debe prestarse atención a la posible aparición de los mismos. Otro fármaco con una posición intermedia es el zuclopentixol, que reúne una alta potencia antipsicótica con un poder sedativo intenso.

Los APS atípicos (Tabla 9) parecen tener acción sobre síntomas positivos, negativos y cognitivos, y menos efectos neurológicos. También son muchísimo más caros que los productos más antiguos. El primer producto de este grupo fue la clozapina (Leponex®) restringida en la actualidad al tratamiento de la esquizofrenia resistente, por riesgo de agranulocitosis. Es un producto que sólo puede prescribirse en psiquiatría y neurología, con un programa de farmacovigilancia que consiste en hemogramas semanales durante las primeras 18 semanas y posteriormente, mensuales.

Tabla 9. Antipsicóticos «atípicos»

Clozapina (Leponex®)
Esquizofrenia resistente
Programa de farmacovigilancia. Hemogramas
Risperidona (Risperidona EFG, Risperdal®, Diaforin®, Arketin®)
Presentación de acción prolongada: Risperdal Consta®
Olanzapina (Zyprexa®)
Quetiapina (Quetiapina EFG, Seroquel®, Rocoz®)
Presentación de liberación prolongada: Seroquel Prolong®
Amisulprida (Amisulprida EFG, Solian®)
Ziprasidona (Zeldox®)
Aripiprazol (Abilify®)
Paliperidona (Invega®)

A partir de 1994 se han ido comercializando otros atípicos, que son actualmente los productos más habitualmente empleados en las psicosis. El Sertindol (Serdolact®), fue retirado del mercado durante unos años por posibles riesgos cardiacos severos. Actualmente sólo se puede utilizar con visado de inspección y se requiere electrocardiograma de control cada tres meses.

Los APS atípicos se han relacionado con la emergencia de síndrome metabólico (obesidad abdominal, hipertensión, dislipidemia, alteraciones del metabolismo de la glucosa, y un estado que favorece las trombosis y la inflamación). Inicialmente se vinculó este efecto a la esquizofrenia, pero posteriormente se ha relacionado también con el trastorno bipolar. Esta complicación, que aumenta el riesgo de infarto, es especialmente importante en pacientes psiquiátricos graves, en los que se dan otros factores que disponen a complicaciones cardiovasculares, como el tabaquismo (>80% en la esquizofrenia) y ciertos «estilos de vida» como la dieta desordenada o el sedentarismo.

5.1. Presentaciones especiales

Uno de los síntomas centrales de la esquizofrenia es la falta de conciencia de enfermedad, que motiva, junto con la intolerancia a los efectos secundarios, que muchos pacientes abandonen el tratamiento. Desde hace muchos años se han diseñado formas farmacológicas que persiguen garantizar una toma adecuada de

los APS. En algunos casos, se utilizan soluciones orales; en otros, inyectables que sustituyen a la administración oral, o presentaciones *depot* que se inyectan cada dos a cuatro semanas (según el producto) y garantizan la permanencia del fármaco en el organismo. Más recientemente se han comercializado productos de rápida disolución en la boca (lo que garantiza la absorción e impide que el paciente expulse de la boca el fármaco).

Tabla 10. Presentaciones especiales

Solución líquida:
Haloperidol®
Sinogan®
Clopixol®
Largactil®
Nemactil®
Risperdal® y Risperidona EFG
Presentaciones de rápida disolución
Zyprexa Velotab®
Abilify dispersable®
Inyectables de fase aguda
Haloperidol®
Sinogan®
Largactil®
Zeldox®
Zyprexa®
Abilify®
Inyectables de duración intermedia (72 horas)
Clopixol Acufase®
<i>Depots</i>
Lonserén®
Modecate®
Clopixol®
Risperdal Consta®
Próximamente, olanzapina y paliperidona

En 2008 se comercializó la paliperidona (Invega®), con una presentación OROS que garantiza una absorción progresiva y lenta del fármaco

6. REGULADORES DEL HUMOR

Se trata de un grupo muy heterogéneo, al que se llama también «eutimizantes» o «timorreguladores». El primer fármaco del grupo fue el litio, y posteriormente se han ensayado otros, esencialmente antiepilépticos.

6.1. El litio

El Litio (Li) se usó inicialmente como antigotoso o como sustitutivo del Na en dietas hiposódicas. Su empleo en psiquiatría se remonta a 1949, en que el psiquiatra australiano Cade lo utilizó para tranquilizar a pacientes agitados. Posteriormente, se empleó en el tratamiento de la manía, y se ha podido establecer su eficacia en diversas indicaciones, especialmente en el campo de los trastornos afectivos (Tabla 11). El único medicamento con Li comercializado en España es el Plenur®, que se presenta en grageas de 400 mg de carbonato de litio.

Tabla 11. Usos del litio

Contrastados:

- Episodio maniaco
- Episodio depresivo bipolar
- Prevención de trastornos bipolares I y II
- Prevención de la depresión recurrente
- Potenciador de antidepresivos en depresión refractaria

Otros:

- Ciclotimia
- Esquizofrenia
- Cuadros de agitación (psicosis, retraso mental, síndromes orgánicos cerebrales)
- Trastorno límite (*borderline*) de personalidad
- Alcoholismo
- Trastorno por déficit de atención y trastornos conductuales de la infancia
- Trastornos sexuales
- Neurosis obsesiva, juego patológico, tensión premenstrual

El margen terapéutico del Li es muy estrecho, por lo que son precisos controles de niveles (litemias) para asegurar una concentración suficientemente elevada que garantice una acción terapéutica y suficientemente baja para evitar toxicidad.

La litemia debe situarse entre 0,6 y 1,2 mEq/L (en tratamientos de mantenimiento se recomienda habitualmente entre 0,6 y 1 y en la fase aguda de la manía, entre 0,8 y 1,2). Las litemias deben realizarse 12 horas después de la última toma del día anterior, y han de llevarse a cabo con asiduidad en los primeros momentos del tratamiento, pudiendo espaciarse posteriormente. No tiene sentido solicitar una litemia hasta que se alcance un nivel estable del fármaco, lo que no sucede antes de los 6 días de tratamiento. Existen protocolos que regulan la frecuencia con que deben realizarse litemias y que establecen las pruebas que hay que realizar antes de iniciar el tratamiento y a lo largo del mismo. En particular es importante revisar las hormonas tiroideas, ya que el Li puede provocar hipotiroidismo y bocio. Muchos pacientes desarrollan con litemias terapéuticas un temblor que puede llegar a ser invalidante.

El Li compete con el sodio (Na) por su reabsorción renal. Por este motivo, si se están administrando fármacos que favorezcan la excreción de Na o el paciente se encuentra en una situación que conlleve la disminución de éste (dietas hiposódicas, diarrea, sudoración...), existirá un riesgo cierto de aumento de los niveles de Li y, por lo tanto, de intoxicación (Tabla 12). Por ello, en estas circunstancias debe cuestionarse su uso o cuando menos hay que realizar litemias con mayor frecuencia. El Li es un fármaco con un amplio potencial de interacciones medicamentosas (Tabla 13). Esta información debería ser aportada también al usuario. Existen algunas contraindicaciones absolutas, como la insuficiencia renal, el fallo tubular renal, la miastenia gravis y el IAM reciente, y es clásica (aunque relativamente discutible) la contraindicación en el primer trimestre del embarazo (el Li se asocia a malformaciones cardíacas, aunque el riesgo absoluto es bajo).

Tabla 12. Efectos tóxicos del Li y acciones sobre sistemas

Sistema nervioso: temblor, debilidad muscular, fasciculaciones, mioclonias, coreoatetosis, hiperreflexia, ataxia, fatiga, letargia, visión borrosa, torpor, confusión, anestesia cutánea, desvanecimiento, disartria, convulsiones, vértigo, incontinencia, estupor y en último término, coma

Riñón: Inhibición de la ADH (poliuria y polidipsia), alteraciones estructurales renales, aumento de Renina

Cardiovascular: arritmias, bloqueos, Inversión o aplanamiento onda T, fallo circulatorio, hipotensión, colapso en último término

Gastrointestinal: diarrea, vómitos, náusea, anorexia, gastralgia, sequedad de boca

Piel: acné, exacerba psoriasis

Endocrino: aumento de ADH y angiotensina II, hipotiroidismo con bocio, inhibición de la TSH, hiperaldosteronismo

Sangre: neutrofilia

(En negrita, los efectos secundarios más frecuentes)

Tabla 13. Fármacos que pueden aumentar los niveles de litio (y el riesgo de intoxicación)

Antiinflamatorios no esteroideos
Antihipertensivos tipo IECA (-pril)
Antihipertensivos tipo ARA-2 (-sartán)
Diuréticos tiazídicos
Espironolactona
Metronidazol

La intoxicación por Li en un cuadro potencialmente muy grave, que puede dejar severas secuelas neuropsiquiátricas (incluida demencia) y abandonada a su curso puede provocar la muerte. Existen algunos signos de alerta de toxicidad ante los cuales es necesario solicitar una litemia de urgencia. Alguno de los fenómenos que se dan en la intoxicación (diarrea, oliguria), favorecen a su vez el aumento del litio sérico, lo que agrava el cuadro, por lo que es esencial reconocer con rapidez su presencia. Una intoxicación por Li requiere una vigilancia médica estrecha y eventualmente, y en función de las litemias alcanzadas, diálisis peritoneal (Tabla 14).

Tabla 14. Intoxicación por Li

Causas:
1. Descenso de excreción renal: nefropatía (incluyendo infección urinaria), dieta pobre en sal, deshidratación
2. Sobredosis (intento de suicidio)
3. Deficiencia de sal y líquidos: enfermedad física, sudoración, fiebre, natriuréticos, dieta pobre en sal, dieta de adelgazamiento pobre en sal
4. Interacción farmacocinética
5. Otros: inconsciencia prolongada, narcosis y cirugía mayor, adelgazamiento excesivo, parto
Signos y Síntomas de Toxicidad:
1. Toxicidad inminente (*): vómitos, diarrea, temblor grosero, mayor enlentecimiento y somnolencia, vértigo, disartria, anorexia
2. Toxicidad por litio (**): alteración del nivel de conciencia, fasciculaciones, hiperreflexia, nistagmo, convulsiones, coma, oliguria-anuria, muerte

(*) Litio sérico alto; (**) litio sérico muy alto

Algunos efectos secundarios del Li pueden manejarse farmacológicamente. El hipotiroidismo clínico o subclínico puede compensarse con la administración de levotiroxina (Levothroid®, Eutirox®), y el temblor responde a los betabloqueantes (el producto del que existe más experiencia es el propranolol: Sumial®).

Por último, la poliuria y en especial la nicturia (aumento de la cantidad y frecuencia de la micción nocturna) pueden manejarse con la administración de tiazidas (que requerirán una revisión más estrecha de las litemias) o utilizando dosis únicas nocturnas de Li.

6.2. Antiepilépticos

A partir de 1990 se ha popularizado el uso de antiepilépticos (o anticomiciales, o anticonvulsivantes) en psiquiatría, y en particular, como alternativa al Li en los trastornos afectivos, con el fin de estabilizar el humor y prevenir nuevos episodios, en especial de trastorno bipolar. Existe suficiente experiencia con carbamazepina (CBZ) (Tegretol®), valproato (VPA) (Depakine®) y valproamida (Depamide®), un profármaco del anterior. De entre los nuevos antiepilépticos se han utilizado la gabapentina (Neurontin®, genéricos), la lamotrigina (LTG) (Lamictal®, Labileno®, Crisomet®, genéricos), el topiramato (Topamax®, Topibrain®, Acomil®, genéricos) y la oxcarbazepina (Trileptal®, Epilexter®, genéricos).

Actualmente se suele recomendar la utilización de anticomiciales en los trastornos con mala respuesta al Li y en las situaciones en que esté contraindicado su uso, así como en cuadros en los que predomine la sintomatología afectiva mixta (maníaca y depresiva en un mismo episodio), o existan rasgos psicóticos acusados.

Al igual que sucede con el Li, existen protocolos que recomiendan una serie de pruebas previas y a lo largo del tratamiento con anticomiciales, en especial con CBZ y VPA. Igualmente, como guía para dosificación y efectividad se monitoriza su concentración plasmática, utilizándose como referencia los niveles terapéuticos en su acción antiepiléptica. Tanto la CBZ como el VPA pueden dar lugar a discrasias y hepatopatía, y el VPA puede provocar también pancreatitis. Por otra parte, la CBZ se asocia a niveles bajos de Na, que pueden llegar a ser peligrosos. Asimismo, es un producto con un complejo perfil de interacciones farmacocinéticas. El VPA es un producto con un alto riesgo malformativo si se toma durante el embarazo.

La LTG es un medicamento con una acción antidepresiva, pero con un riesgo significativo de reacciones cutáneas graves. Por este motivo, debe iniciarse el tratamiento muy lentamente, con incremento de dosis cada 15 días, lo que ralen-

tiza mucho la mejoría. Si además se combina con VPA, las dosis deben ser menores, ya que este último producto interactúa con la LTG aumentando sus niveles.

La gabapentina es un antiepiléptico utilizado también en el tratamiento del dolor, que no ha resultado muy eficaz en el trastorno bipolar. En Psiquiatría se suele usar como ansiolítico.

El topiramato se ha utilizado en el trastorno bipolar, pero su uso, en estos momentos, se centra sobre todo en las adicciones, el trastorno de control de impulsos y la bulimia. A veces se combina con atípicos para intentar corregir la ganancia de peso y el síndrome metabólico. Con todo, no tiene aún indicaciones autorizadas en psiquiatría.

La oxcarbazepina es un producto relacionado con la CBZ, con el que no es necesario realizar niveles en sangre y que resulta más manejable, entre otros motivos, porque no tiene un perfil de interacciones tan complejo, por lo que en los últimos años se utiliza más que la propia CBZ (en el trastorno bipolar, en adicciones, en trastornos de control de impulsos) a pesar de que hoy por hoy no cuenta con ninguna indicación autorizada en psiquiatría. En algunos pacientes se observa una reducción del Na comparable en cuanto a su trascendencia a la observada con CBZ.

7. FÁRMACOS UTILIZADOS EN LAS ADICCIONES

El abordaje farmacológico de las adicciones tiene múltiples vertientes. Por una parte, el control de las intoxicaciones; por otra, la atenuación de los síntomas de abstinencia y privación; por último, las estrategias farmacológicas para evitar el consumo a largo plazo o la recaída en el mismo.

7.1. Fármacos empleados para el control de las intoxicaciones

Las intoxicaciones por BZD pueden provocar sedación, a veces severa. En su abordaje se emplea un antídoto, el flumazenilo. Lo mismo sucede con las intoxicaciones por opiáceos, que se tratan con naloxona, un antagonista de la morfina.

Otras intoxicaciones, como la alcohólica, se acompañan en ocasiones de agitación. En el manejo de este síntoma se suelen emplear APS. También se

emplean APS para tratar los cuadros psicóticos inducidos por cocaína, anfetamínicos o alucinógenos.

7.2. Fármacos para la sintomatología de abstinencia

La mayor experiencia en este campo proviene del tratamiento de la adicción al alcohol, BZD u opiáceos. Todos ellos pueden beneficiarse de una estrategia común con medicamentos que bloqueen la ansiedad, el insomnio o la epilepsia de rebote. Cumplen estos criterios las BZD, el clometiazol (Distraneurine®) o antiepilépticos como la CBZ. Además en la abstinencia de alcohol se ha usado el APS tiapride (Tiaprizal®) y el propanolol (Sumial®). Como tratamientos específicos de la abstinencia de opiáceos se usa la metadona, la buprenorfina (Buprex®) o el antihipertensivo clonidina (Catapresán®).

En todo caso, lo habitual es utilizar una dosis alta al comienzo del tratamiento, para ir rebajándola gradualmente.

7.3. Fármacos para evitar la recaída

En el tratamiento del alcoholismo se han utilizado clásicamente los llamados interdictores del alcohol, que interactúan enzimáticamente con el tóxico. Inhiben una enzima que interviene en su metabolismo, de manera que se acumula un metabolismo tóxico, con gran malestar físico. El tratamiento consiste en administrar al paciente (con su conocimiento y consentimiento) estos productos, explicándole su efecto en caso de que consuma alcohol. El temor del paciente al malestar (que puede llegar a ser no sólo extremo, sino incluso mortal) debería impedir que consuma alcohol. Los productos más utilizados son el disulfiram (Antabus®) y la cianamida (Colme®). El disulfiram se prepara también para su administración *depot*, y hace años estaba disponible en pastillas que se implantaban bajo la piel del paciente.

En el tratamiento de la adicción a opiáceos se ha utilizado la naltrexona (Revia®, Antaxone®), un medicamento antagonista de la morfina. Si el paciente lo toma, no experimentará ninguna sensación al consumir heroína, con lo que se deshace el refuerzo positivo que se supone sostiene la adicción. Otra estrategia es la administración controlada de opiáceos (metadona, buprenorfina, en algunos

lugares heroína) con el fin de que el paciente consuma sin riesgos para su salud (sobredosis, abstinencia, uso de droga adulterada, jeringuillas compartidas) y sin incurrir en conductas delictivas.

Las adicciones a sustancias como la cocaína han puesto de relieve otro modelo, el del *craving* o apetencia desmedida por la sustancia, que no se relaciona con fenómenos como la abstinencia. Siguiendo este nuevo enfoque se utilizan productos como el acamprosato (Campral®, Zulex®) en el alcoholismo, o los antiépilépticos topiramato y oxcabazepina en todo tipo de adicciones. También se han empleado APS atípicos.

Capítulo aparte merece la adicción al tabaco. Existen varios abordajes posibles, siendo el más obvio como la terapia sustitutiva de nicotina con parches, caramelos o chicles. También se han utilizado antidepresivos, con buenos resultados con nortriptilina (Norfenazin®, Paxtibi®) y sertralina (Besitran®, Aremis®, genéricos). El bupropion de liberación retardada (Zyntabac®, Quomem®) es otra alternativa, que como la vareniclina (Champix®) no está financiada por el sistema nacional de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). *DSM-IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4.ª Edición. Barcelona: Masson.
- BLOCH, S. (1991). «The political misuse of psychiatry in the Soviet Union». En S. Bloch y P. Chodoff: *Psychiatric Ethics*, second edition (pp. 493-515). Oxford: Oxford University Press.
- CARLAT, D. J. (2010). *Unhinged. The trouble with Psychiatry — A doctor's revelations about a profession in crisis*. New York: Free Press
- CHARLTON, B.G. & MCKENZIE, K. (2004). «Treating unhappiness — society needs palliative psychopharmacology». *The British Journal of Psychiatry*, 185, 194-195.
- HEALY, D. (1997). *The antidepressant era*. Cambridge, Massachussets: Harvard University Press.
- (2002). *The creation of psychopharmacology*. Cambridge, Massachussets: Harvard University.

- KANE, J.; HONIGFELD, G.; SINGER, J.; MELTZER, H. & the Clozaril Collaborative Study Group (1988). Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic: a double-blind comparison with chlorpromazine. *Archives of General Psychiatry*, 45, 789-796.
- KIRSCH, I. (2009). *The emperor's new drugs. Exploding the antidepressant myth*. London: The Bodley Head.
- KIRSCH, I.; DEACON, B. J.; HUEDO-MEDINA, T. B.; SCOBORIA, A.; MOORE, T. J.; JOHNSON, B. T. (2008). «Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration». *PLoS Medicine*, 5: e45.
- LEHMANN, H. E. (1993). «Before the called it Psychopharmacology». *Neuropsychopharmacology*, 8, 291-303.
- LEM, S. (1981). *Congreso de futurología* (traducción de Melitón Bustamante). Barcelona: Bruguera Libro Amigo. (Orig., 1971).
- MEDRANO ALBÉNIZ J.; URIARTE URIARTE, J. J.; MALO OCEJO, P. (1999). «Otros reguladores del humor». En A. González-Pinto, M. Gutiérrez, y J. Ezcurra (eds.): *Trastorno bipolar* (pp. 157-185). Madrid: Aula Médica.
- MEDRANO ALBÉNIZ, J. (2009). «Tendencias futuras en psicofarmacología». En M. Salazar, C. Peralta, F. J. Pastor (eds.). *Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica* (pp. 14-24). Madrid: Panamericana.
- MONCRIEFF, J. (2009). *The myth of the chemical cure. A critique of psychiatric drug treatment*. Houndmills: Palgrave. (Orig. 2008)
- PACHECO YÁÑEZ, L. y MEDRANO ALBÉNIZ, J. (2007). *Psicofarmacología aplicada en atención primaria*. Barcelona: Glosa.
- POYNARD, T.; MUNTEANU, M.; RATZIU, V.; BENHAMOU, Y.; DI MARTINO, V.; TAIEB, J., et al (2002). «Truth survival in clinical research: an evidence-based requiem?». *Annals of Internal Medicine*, 136, 888-895.
- SHORTER, E.; TYRER, P (2003). «Separation of anxiety and depressive disorders: blind alley in psychopharmacology and classification of disease». *British Medical Journal*, 327, 158-160.
- THE PLOS MEDICINE EDITORS (2009). «Ghostwriting: The dirty little secret of medical publishing that just got bigger». *PLoS Medicine* 6(9): e1000156. doi:10.1371/journal.pmed.1000156.

Bibliografía de ampliación sobre psicofarmacología

CHINCHILLA MORENO, A. (editor) (2010). *Tratado de terapéutica psiquiátrica*. Madrid: Nature Publishing Group.

PACHECO YÁÑEZ, L. y MEDRANO ALBÉNIZ, J. (2007). *Psicofarmacología aplicada en atención primaria*. Barcelona: Glosa.

SALAZAR, M.; PERALTA, C.; PASTOR, F. J. (eds.). *Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica*. Madrid: Panamericana.

1. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (RPS)

Definición: Proceso que facilita las oportunidades a individuos que están deteriorados, discapacitados o afectados de hándicaps (desventajas) por un trastorno mental grave, para alcanzar el máximo de funcionamiento independiente en la comunidad (IMSERSO).

La RPS se utiliza en diferentes sectores o niveles, desde los hospitales psiquiátricos, centros de tratamiento ambulatorio, al domicilio, lugares de trabajo, de estudio, de ocio y la comunidad en general.

Los «actores» o intervinientes en la RPS son múltiples: usuarios, profesionales, familia, gestores, administradores, acompañantes y la comunidad en su conjunto.

El **objetivo** de los programas y procedimientos de la RPS es la RECUPERACIÓN, entendida ésta como el alcanzar una forma de vida en la que es posible sobreponerse a los efectos de la enfermedad, de manera que ésta se asume y se logra definir una expectativa de vida más allá de los efectos de la enfermedad. La recuperación se debe intentar en todas las personas con TMG aunque sepamos que sólo es alcanzable en el 50% de los casos pero en el resto se va a promover una mejoría en su calidad de vida.

1.1. Diseño de los modelos de rehabilitación psicosocial

El Diccionario de la Real Academia define «modelo» como algo susceptible de ser «imitado». Cualquier modelo asistencial que se elabore ha de resultar un instrumento que permita dar una buena atención a la población y ésta se medirá en relación con el grado, en el modelo construido, en el que da respuesta a las necesidades de la misma. Aquí nos vamos a referir exclusivamente a **modelos de rehabilitación psicosocial**. Cuando hablamos de estos modelos hemos de

tener en cuenta la población a la cual van a ir dirigidos y cuáles son sus necesidades, supone por tanto, la planificación de servicios asistenciales y no asistenciales: residenciales, ocupacionales, laborales, relacionados con el ocio y tiempo libre, etc.

Población diana: Son las personas con TMG, es decir, personas diagnosticadas de trastornos mentales con gravedad clínica y en muchas ocasiones síntomas psicóticos persistentes del área positiva o negativa, desadaptación social y familiar, lo que también puede asociarse a consumo de tóxicos.

Y que tengan también: *Restricciones para alguna de estas actividades o autocuidados:* autonomía personal, control de la conducta, capacidad de tener iniciativas, motivación.

Restricciones en la participación: relaciones interpersonales, acceso a los servicios sanitarios, sociales y atención al ciudadano, dificultades para gestionar el tiempo libre, dificultades en el acceso y mantenimiento del trabajo, de la participación asociativa o comunitaria, de la defensa de sus derechos.

Todos los modelos de RPS serán siempre comunitarios (aunque pueden iniciarse durante la hospitalización psiquiátrica), procederán a la valoración de la persona en cada momento evolutivo, determinarán el tipo o tipos de intervención asistencial que precisa según las necesidades de esa persona y se ejecutarán en uno o varios servicios según el tipo de intervención psicosocial predominante.

1.2. Los objetivos específicos de los modelos de RPS son

- Estabilización clínica.
- Recuperación cognitiva y funcional.
- Recuperación de la máxima autonomía posible para que recobre su capacidad para tomar decisiones pero también se responsabilice de las decisiones tomadas, reclame sus derechos pero también se haga cargo de sus obligaciones.
- Adquisición del máximo nivel de inserción e integración social.
- Obtención del máximo nivel de calidad de vida posible, teniendo en cuenta de que ésta depende tanto de los medios externos (alojamiento, economía,

apoyo familiar, social, etc.) como personales (deseos, intereses) y lo por tanto son los que nos van a determinar la calidad subjetiva de vida.

Base del modelo de RPS: Todos los modelos de intervención en RPS se basan en dos **pilares fundamentales**: por una parte los profesionales que los ejecutan y por otra los servicios asistenciales que los dispensan.

En cuanto a los **profesionales**, que son el elemento de aplicación de cualquier modelo de intervención, hay que destacar las características que cobran especial énfasis en la rehabilitación en general:

Capacidad de interacción con el paciente y su familia. Actitud ante el paciente y la rehabilitación: respetuosa, positiva, vocacional en parte, cuando menos de implicación en el trabajo. Motivación, en el sentido de creer en lo que está haciendo. Formación; la rehabilitación está basada en técnicas y modelos que requieren conocimientos. Características personales del profesional: manejar la angustia personal, los delirios, alucinaciones y otros síntomas del paciente, equilibrio entre rigidez y pasotismo, no desanimarse ante las dificultades, flexibilidad, tolerancia, etc. Capacidad de trabajo en equipo: el trabajo es multidisciplinar. Facultad de visión integral y a largo plazo.

Los servicios deben proporcionar:

Tratamiento integral, continuado y a largo plazo que atienda a la persona con TMG en todo su itinerario evolutivo. Modelo que va más allá de los servicios sanitarios, aunque éstos sean siempre el eje del programa: los recursos asistenciales sanitarios, socio-sanitarios y sociales han de ser permeables, flexibles y complementarios, nunca compartimentos estancos. Que permita a la persona estar vinculada simultáneamente y de forma complementaria a varios recursos específicos.

Aquellos pacientes con procesos clínicos de mayor severidad, con graves déficits y dificultades para sostenerse de manera autónoma en la comunidad, a menudo requieren el uso simultáneo o sucesivo de diferentes recursos tanto de la red de atención sanitaria como social, siendo necesario un plan de tratamiento individualizado que garantice la continuidad de cuidados y la adherencia al tratamiento.

2. ITINERARIO SOCIOSANITARIO

El itinerario sociosanitario es un proceso global que comprende una serie de actuaciones sanitarias y sociales sobre la persona con TMG, difícilmente separables que se puede secuenciar de la siguiente forma:

- Seguimiento y tratamiento psiquiátrico: organizado no sólo para controlar el síntoma sino garantizar la recuperación e integración en la comunidad.
- Tratamiento y cuidados de la patología física asociada si coexiste.
- Tratamiento rehabilitador, dentro de los presupuestos de la RPS.
- Evaluación de las posibilidades y necesidades en el ámbito de la ocupación y el empleo.
- Programas específicos de formación y apoyo orientados al empleo o la ocupación: inciden en el conjunto de actividades y recursos dirigidos a favorecer la participación de las personas con TMG en distintos niveles de actividad productiva.
- Actividades de orientación, búsqueda y apoyo al empleo.
- Programas residenciales: orientados a favorecer la integración en la comunidad, a través de la cobertura de un conjunto de necesidades básicas de la vida cotidiana y fomentando la autonomía personal.
- Programas de fomento de las relaciones sociales: facilitando la socialización, la participación en la comunidad y el uso enriquecedor del tiempo libre.

Hoy en día el grado de funcionamiento y la adaptación social son indicadores del resultado global de los tratamientos psicosociales, siendo tan importantes como la remisión de los síntomas o la estabilidad clínica. Todo plan de tratamiento integral debe incluir una serie de intervenciones dirigidas a desarrollar la máxima competencia de la persona en el área personal, social y laboral, aunque, todos los autores están de acuerdo en que el tratamiento farmacológico es el eje vertebrador del programa, ya que si son frecuentes las recaídas y las hospitalizaciones, no es posible la adherencia a la mayor parte de los programas.

3. MODELOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

3.1. Modelos de provisión y organización de servicios

Como su nombre indica van a responder a las necesidades de los usuarios con TMG facilitando los servicios dirigidos a la recuperación integral de la persona. Entre ellos podemos señalar:

Modelos de gestión de casos

Rehabilitación Hospitalaria

Modelos comunitarios: CSM, hospital de día, centros de día, centros de rehabilitación psicosocial, comunidades terapéuticas, etc.

3.2. Modelos de intervenciones o tratamientos psicosociales

Todos ellos, con abordajes individuales, familiares o grupales, van dirigidos a rehabilitar a la persona con TMG, reduciendo las recaídas, consiguiendo mayor adherencia al tratamiento psicofarmacológico, educando y fomentando las habilidades sociales o de la vida cotidiana. Algunas de estas intervenciones vamos a comentarlas a continuación.

- Intervenciones psicoeducativas y de soporte familiar
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Terapias psicológicas: terapia cognitivo-conductual, terapia de rehabilitación cognitiva, otras psicoterapias
- Terapia de rehabilitación vocacional y apoyo al empleo

4. MODELOS DE PROVISIÓN Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

4.1. Modelo de gestión de casos (case management)

Todos los modelos así denominados comparten el objetivo básico de garantizar la adecuada cobertura de las necesidades de los pacientes. Se diferencian en el

rango de servicios que ofrecen y la intensidad del apoyo que proporcionan (Mueser y cols., 1998).

En 1970 nace en Estados Unidos el *case management*, que se ha traducido como **gestión de casos**. Surge como iniciativa liderada por el NIMH (Nacional Institute of Mental Health) para que los CSM desarrollen sistemas de apoyo comunitario para las personas con TMG de su área, con el fin de que garanticen que los enfermos mentales crónicos que lo necesiten tengan acceso a los servicios. Este abordaje se centra en resolver el problema de cómo conseguir continuidad de los cuidados evitando los abandonos y las recaídas de los usuarios al superar los problemas que suponen los sistemas rígidos, fragmentados, inaccesibles para los clientes. El *case management* no es un modelo homogéneo sino que incluye un conjunto de aproximaciones que pretenden garantizar el seguimiento en la comunidad de aquellas personas con mayores dificultades de accesibilidad a los servicios y que mayores problemas plantean en su integración social.

Concepto(s) de la gestión de casos: Según Intagliata (1982), *la gestión de casos* es «un proceso o método dirigido a garantizar, que se proporcionen al consumidor, cualesquiera servicios que necesite, de forma coordinada, efectiva y eficiente». **Todas las definiciones incluyen la coordinación de servicios y la descripción de la gestión de casos como un proceso que tiene lugar tanto a escala del cliente como a la del sistema.**

Como advierte Hunter, no se debe caer en la confusión de hablar de «gestión de casos» como de cualquier intento de coordinación de servicios o confundirla con la «gestión de los cuidados», con el «trabajador de referencia» o con los «coordinadores».

Según Radol Raiff y Shore (1993), **la gestión de casos:**

- Es un servicio básico —con un papel fundamental— y no algo secundario.
- No es una versión «reempaquetada» del trabajo social tradicional.
- Surge como componente fundamental del movimiento de desinstitucionalización que pretende la coordinación de los servicios destinados a aquellas personas que, viviendo en la comunidad, requieren intervenciones complejas de los sistemas de provisión comunitarios.

En referencia (Austin y McClelland, 1996: 78) al apoyo a las personas que necesitan cuidados de larga duración, los **objetivos de la gestión de casos** pueden estar orientados hacia el cliente/paciente, u orientados hacia el sistema.

Características de los «programas de gestión de casos»

- Evaluación global centrada en las necesidades de la persona.
- Elaboración de un plan individualizado de tratamiento y cuidados, adecuado a sus necesidades y con la participación del propio usuario.
- Asignación de la responsabilidad del plan individualizado a un profesional clave o equipo específico (*gestor o responsable de caso*) que coordina y garantiza la continuidad del proceso asistencial sin limitación temporal.
- El gestor o responsable de caso actúa tanto como provisor directo de cuidados como gestor de los distintos profesionales y dispositivos que actúen sobre el paciente para la ejecución de su plan individualizado.
- Monitorización y evaluación periódica del plan ajustándolo a los cambios y a los resultados que vayan obteniéndose.

Siguiendo la excelente revisión de Mueser y cols. (1998) sobre los distintos modelos de atención comunitaria, vamos a describir los **tipos de modelos de gestión de casos**.

4.1.1. Modelo de agencia de servicios (broker model)

Surgió en los inicios de la Reforma Psiquiátrica con el fin de ayudar a los pacientes con TMG a navegar por el complejo y confuso sistema de salud mental comunitaria.

El papel primario del administrador del caso (*case manager*) es poner en contacto al paciente con los servicios que necesita y coordinarse con los distintos recursos:

- Evalúa las necesidades del paciente para derivarle a los servicios apropiados.
- Coordina y monitoriza el desarrollo del tratamiento.

4.1.2. Modelo de habilidades o fortalezas (strengths model)

Se desarrolló como una respuesta a la preocupación de que los modelos tradicionales de gestión de casos tienden a sobreenfatizar las limitaciones y discapacidades asociadas con el TMG, olvidando las aptitudes positivas que los pacientes pueden aprovechar para conseguir sus metas personales.

La gestión de casos en el modelo de fortalezas se centra en la construcción de la identidad y las fortalezas personales del cliente, dirigidas por él mismo, a través de relaciones previamente existentes o de nueva creación. Es una forma de ayuda personalizada destinada a conectar a los usuarios con los recursos que mejorarán su vida en el entorno comunitario y a proporcionar el apoyo necesario para alcanzar las metas diseñadas por el propio cliente. Los principios básicos de este modelo de atención comunitaria se pueden resumir en:

- Se centra en los aspectos conservados más que en la patología.
- La relación paciente–*case manager* se considera básica y fundamental.
- Las intervenciones están basadas en la autodeterminación del paciente.
- La comunidad se entiende más como una fuente de recursos que como un obstáculo.
- El contacto con el paciente se hace en la comunidad.
- Se parte de que las personas con enfermedades mentales crónicas pueden continuar aprendiendo, desarrollándose y cambiando.

4.1.3. Modelo de rehabilitación (rehabilitation model)

Son las metas y necesidades del cliente, más que las metas preestablecidas del sistema, las que dictan la respuesta y forma de los servicios de gestión de casos. Este modelo ayuda a los clientes a tener éxito y encontrar satisfacción en el entorno social que elijan, con la mínima intrusión profesional posible. Aunque se centra en identificar y apoyar las fortalezas específicas de los clientes, también trata de identificar y evaluar los déficits en el funcionamiento del sistema que actúan como barreras para alcanzar las metas personales, convirtiéndolos en sistemas flexibles para adecuarse a las necesidades individuales.

4.1.4. *Modelo Intensivo de gestión de casos (intensive case management)*

Surgió a partir de la constatación de que muchos de los pacientes con TMG no llegaban a los modelos tradicionales de gestión de casos y tenían un patrón de utilización de los dispositivos de urgencias muy elevado.

El *modelo intensivo* comparte muchas de las características del modelo Asertivo, excepto que la gestión de casos no es compartida por todo el equipo sino que la llevan a cabo profesionales individuales y no enfatiza en la necesidad de reclutar a los sujetos independientemente de su disposición inicial a participar.

4.1.5. *Clinical case management*

Surgió como consecuencia del reconocimiento de que los gestores de casos a menudo tienen que desempeñar su papel de clínicos para conseguir que los pacientes utilicen los servicios comunitarios que tienen a su disposición, proporcionando servicios directos de tratamiento psiquiátrico, además de la planificación y evaluación de la intervención.

4.1.6. *Modelo PACT (Program for Assertive Community Training)*

Este modelo combina servicios clínicos y de gestión de casos, proporcionando asistencia psiquiátrica directa y, simultáneamente cubriendo las necesidades básicas y mejorando el funcionamiento social, familiar e instrumental. La función primaria de este modelo es desarrollar una relación clínica con el cliente y su familia, enseñando al usuario a manejar sus síntomas para procurarle un funcionamiento adecuado en el entorno comunitario.

Este modelo se caracteriza por el trabajo de equipos interdisciplinarios responsables de un grupo fijado de personas, con un enfoque asertivo (que va hacia el cliente allí donde esté), individualizado y con intervenciones de tratamiento y apoyo a la medida para cada cliente.

Aspectos comunes de los modelos de gestión de casos antes descritos:

- El centro del modelo es el cliente individual.

- Los servicios de gestión de casos se proporcionan en la comunidad en la que el cliente está inserto y no en entornos clínicos.
- Los ratios profesional/cliente se mantienen lo más bajos posible, de 1/10 a 1/25, excepto el modelo de agencia, que tiene unos ratios de 1/40.
- Los gestores de casos no especializados son supervisados por expertos con, al menos, grado de máster.
- Los servicios de gestión de casos tienen una frecuencia semanal o, en muchas ocasiones, diaria.
- Las funciones básicas incluyen, en todos los casos, la identificación de los clientes diana, la valoración individual, la planificación de los servicios, la vinculación con los servicios y el seguimiento de la prestación de éstos y, (excepto en el modelo de agencia), la defensa de los derechos del cliente.
- No se establece un límite temporal para la prestación del servicio de gestión de caso.
- Frecuentemente, los gestores de caso tienen autorizado un presupuesto determinado para apoyar a sus clientes en situaciones de emergencia.
- Estos modelos se han sometido a evaluaciones empíricas.

Diferencias clave entre estos modelos

- Todos están centrados en el cliente, incorporan las «necesidades percibidas de la persona» en el plan de intervención, pero sólo el modelo de fortalezas está dirigido por el propio cliente.
- Todos los modelos defieren en su enfoque: el de agencia acentúa la función de conexión entre servicios; el de fortalezas tiene una estrategia de consejo y defensa ante el sistema; el terapéutico enfoca hacia la mejora en las habilidades de la vida; y el PACT hacia la reducción y manejo de los síntomas.
- La valoración que se hace del cliente se centra en elementos funcionales (fortalezas o déficits en áreas de la vida) en todos los modelos, excepto en el PACT que remarca la valoración clínica.
- El personal varía entre, el gestor de caso que trabaja solo con una clientela específica (modelos asesor y terapéutico), o el gestor de casos individual que tra-

baja con un equipo (modelo de fortalezas) o un equipo interdisciplinar que tiene como una de sus funciones la gestión de casos (modelo PACT).

- Las funciones principales desempeñadas, son diferentes en cada modelo: defensa ante el sistema (asesor, fortalezas y terapéutico), intervención en crisis (fortalezas y PACT), gestión de síntomas (PACT) y entrenamiento en tareas (terapéutico).

- El enfoque subyacente es también distinto: el modelo asesor vincula al individuo con los recursos de la comunidad; el modelo de fortalezas mejora la calidad de vida y los logros individuales; el modelo terapéutico trata de remediar los déficits para superar las barreras; y el modelo PACT trata de reducir la sintomatología y mejorar la funcionalidad.

Perfil profesional del gestor de caso: La gestión de casos no es una profesión, es un método. Los gestores de caso provienen de distintas disciplinas: trabajo social, psicología, mediación, educación o enfermería.

La realización de estas tareas requiere una amplia preparación por parte del gestor de casos. Es preciso un conocimiento detallado del sistema local donde se va a trabajar: de los proveedores, de los servicios, de los programas, de los requisitos de acceso a cada uno de ellos y de la gestión económica; exige habilidades de valoración y capacidad de planificación y resolución de problemas, de forma flexible y creativa.

Características y destrezas fundamentales del gestor de casos:

- **De valoración:** Se trata de identificar, a través de una evaluación sistemática de cada cliente, las fortalezas y debilidades en todas las áreas pertinentes.

- **De gestión:** Es clave la relación interpersonal, por lo que es preciso contar con habilidades de comunicación y empatía, capacidad de aceptar las diferencias (de edad, de raza, de principios o creencias) y con facilidad para relacionarse simultáneamente con diversos entornos (sistemas proveedores de servicios, profesionales de otros sistemas o entidades, voluntariado, etc.).

- **Confidencialidad:** En España contamos con una Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y una ley básica de autonomía del paciente (Ley 41/2002), que regulan el manejo de la información y suponen una garantía para los ciudadanos. Puesto que estos métodos se mueven en un entorno de cooperación y coordinación entre entidades y servicios, es necesario explicitar a los

clientes y sus familias cuáles son sus derechos respecto a la confidencialidad de la información y pedir permiso concreto, en cada situación, sobre lo que se puede transmitir y aún así, aportar la información mínima necesaria para la colaboración y coordinación con otros agentes y de esta forma garantizando la confidencialidad de los datos.

- **De apoyo:** El gestor de caso tiene que ser capaz de alcanzar un equilibrio entre empatía y objetividad, debe ser capaz de implicarse sin involucrarse.

4.2. Modelo centrado en la comunidad

El modelo de salud mental comunitaria, es un modelo de asistencia psiquiátrica que defiende el establecimiento de los servicios de salud mental a disposición de todos los miembros de la comunidad en un entorno cercano. Las intervenciones que lo caracterizan consisten en la continuidad de cuidados, acompañamiento, relación de ayuda para superar las dificultades cotidianas, para sortear las barreras internas y externas que impiden al usuario utilizar los recursos necesarios para su integración social.

La Ley General de Sanidad contempla la rehabilitación psicosocial como prestación sanitaria, sin embargo en la mayor parte de las CC. AA. depende de convenios o conciertos con diputaciones, cabildos, ayuntamientos, consejerías de servicios sociales o bienestar social con empresas privadas, asociaciones de familiares, asociaciones sin ánimo de lucro, etc. Exclusivamente es una prestación sanitaria en Andalucía, Asturias, Euskadi, Murcia y La Rioja. El n.º óptimo de plazas es de 50/100.000 habitantes. Si bien, el análisis comparativo entre las CC. AA. es dificultoso por las distintas denominaciones y provisiones de servicios que encontramos.

En el Estudio del Observatorio de Salud Mental de la AEN, 2005 se reseñan diferentes dispositivos que se encargan de la Rehabilitación Psicosocial en la Comunidad como **unidades de día, centros de rehabilitación psicosocial** (bajo esta designación se agrupan los denominados centro de día, programa, unidad y/o centro de rehabilitación psicosocial).

4.3. Modelo hospitalocéntrico

El modelo de atención comunitario surge y/o depende de los hospitales psiquiátricos. Como ejemplos: las unidades hospitalarias de rehabilitación no existen en Andalucía y Asturias, han sido sustituidas por las de las Comunidades terapéuticas insertas en el ámbito comunitario.

En el Hospital Psiquiátrico de Zamudio en 2001, como parte de uno de los procesos en base a los que se constituye la Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación, se pone en marcha el Programa de Seguimiento / Hospital de Día para pacientes con TMS y problemas psicosociales.

5. MODELO DE INTERVENCIONES O TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES

Del 30 al 40% de los pacientes sufren recaídas, aún cuando cumplimente adecuadamente el tratamiento farmacológico. Muchos autores coinciden al afirmar que los esfuerzos terapéuticos en la prevención de las recaídas son inútiles sin los fármacos de mantenimiento y que la suspensión temprana de la medicación constituye una temeridad.

5.1. Intervenciones psicosociales familiares

Los estresores crónicos, más que los agudos, son los responsables del mantenimiento de un elevado umbral de estrés, sobre el que actúan circunstancias puntuales precipitando las descompensaciones. Numerosos estudios han focalizado en la familia como fuente de estrés para el paciente, surgiendo así el concepto de «emoción expresada». Su origen está en las observaciones clínicas de los años 50 del siglo XX, en las que los autores observaron una mayor tasa de recaídas en muchos de los pacientes que volvían a casa tras una descompensación, que en los que pasaban a vivir solos o con otras personas no familiares. La Emoción expresada se evalúa en función de tres factores: los comentarios críticos respecto a la conducta del paciente, la hostilidad manifestada hacia el conjunto de su persona, la sobreimplicación emocional de cada miembro de la familia con el paciente.

Por otra parte la familia soporta, por el hecho de la enfermedad, una elevada «carga familiar» como resultado del cuidado del enfermo y sufre una vivencia de estigmatización que le aparta de otros familiares y amigos y reduce su propia red social. Los miembros de la familia se centran en el cuidado del paciente y reducen sus apoyos exteriores, con lo que empeora su carga familiar y su capacidad como cuidadores. En estas familias la emoción expresada es más frecuente.

De la constatación de estos hechos surgen las **intervenciones psicosociales familiares**, como:

- **Terapia conductual familiar de Falloon**, Boyd y Mc Gill (1984): El modelo se aplica en pacientes ambulatorios, estabilizados psicopatológicamente y utiliza técnicas conductuales que incluyen el modelado, la extinción, el refuerzo, la asignación de tareas, etc. Se desarrolla, a lo largo de un período de dos años, con sesiones en el domicilio familiar.

- **Modelo Psicoeducativo de Anderson**, Reiss y Hogarty (1986): Este modelo propone cinco fases de duración variable, en el contexto de grupos multifamiliares:

- a) *Fase de conexión*: que pretende el establecimiento de una alianza terapéutica.

- b) *Taller psicoeducacional*: suministrando información sobre la enfermedad y el tratamiento.

- c) *Inicio de la reintegración familiar*: capacidad para asumir gradualmente responsabilidades, manteniendo los límites de cada uno.

- d) *Reintegración social y laboral*: creación de red social para el paciente y para la familia.

- e) *Desenganche y mantenimiento*: fomenta la autonomía de todos los miembros.

- **Paquete de intervenciones sociales de Leff** y cols. (1985): Plantea un programa educativo con un grupo de familias y un abordaje familiar individual. Los objetivos son la disminución de la emoción expresada, la sobreimplicación y la reducción de la interacción entre el paciente y la familia.

- **Intervenciones cognitivo-conductuales de Terrier**, Barrowclough y Vaughn (1988): Propone a los familiares como rehabilitadores esenciales del paciente, enseñándoles las habilidades de manejo precisas. Sus estrategias son:

a) *Educación*: información sobre la enfermedad y su manejo.

b) *Intervención conductual*: de nueve meses de duración, se trabaja planificando objetivos y desarrollando estrategias para alcanzarlos.

En cuanto a los resultados de todas las intervenciones anteriores, se objetiva una reducción de recaídas e ingresos hospitalarios del paciente, sobre todo en el primer año pero que no es significativa en el segundo. No se observan cambios en la autonomía, relaciones sociales, ni empleo del paciente, pero sí una mejor cumplimentación de la medicación y se reduce la percepción de carga en la familia. Se consiguen mejores resultados si se combinan varias actuaciones, la psicoeducación por sí sola no obtiene grandes beneficios pero asociada a intervenciones familiares y de habilidades sociales, mejora la calidad de vida del paciente.

5.2. Entrenamiento en habilidades sociales

El modelo clásico sostiene que las habilidades sociales son un ingrediente básico para la interacción social efectiva, que estas habilidades pueden ser aprendidas y que el entrenamiento en el aprendizaje y ejecución de dichas habilidades puede constituir una estrategia eficaz para lograr la competencia social.

Entre las causas del déficit funcional en la esquizofrenia los estudios más recientes cada vez dan más importancia al funcionamiento cognitivo, aunque también los efectos secundarios de los psicofármacos, la falta de estimulación o la pobre motivación contribuyen de manera independiente a la disfunción social y discapacidad del enfermo psicótico.

Se describen a continuación los principales programas dirigidos al entrenamiento y mejora de las habilidades sociales:

a) **Habilidades específicas de conocimiento y manejo de la enfermedad**: Los objetivos son el manejo de la medicación y el control de síntomas y prevención de recaídas. El programa incluye las siguientes áreas: conocimiento acerca del tratamiento psicofarmacológico y la administración de la medicación. Identificación de los efectos secundarios. Control de los síntomas y prevención

de recaídas. Control de uso de drogas y alcohol. Técnicas de reducción del estrés. Psicoeducación familiar sobre la enfermedad y los pródromos

- **Programas psicoeducativos:** Como respuesta a la necesidad de simplificar y divulgar los abordajes psicoeducativos familiares se han desarrollado intervenciones más sencillas, globales, breves y centradas en el aspecto informativo y psicoeducacional relacionado con la enfermedad. Siguen el formato de reuniones multifamiliares de 6 a 15 sesiones. La finalidad es que la información y el conocimiento de la enfermedad reduzcan la conflictividad y den la oportunidad de compartir experiencias positivas sobre el manejo práctico de las conductas. Los resultados apuntan a mejoría en la capacidad familiar para detectar signos precoces de descompensación y a la petición temprana de ayuda, así como a mejoras en las habilidades de afrontamiento familiar y en la disminución de la carga subjetiva percibida.

- **Habilidades para las actividades de la vida diaria (AVD):** Promueven las habilidades necesarias para desarrollar un máximo de autonomía en la comunidad. Comprenden una gama de conductas como el autocuidado e higiene, las tareas domésticas, la administración del dinero y el uso del transporte. Para su entrenamiento se utilizan técnicas comportamentales clásicas del tipo de instrucciones prácticas, *role-playing*, modelado y reforzamiento. Son aplicados con formatos individuales o en grupo estimulando posteriormente su generalización al ámbito donde vive el paciente.

- **Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas de Liberman:** Se dirige al desarrollo y reforzamiento de las conductas sociales y a la reducción del estrés y de las dificultades que experimenta el esquizofrénico en su interacción social. Engloba tanto aspectos cognitivos de atención, discriminación y percepción social como comportamentales que configuran el proceso de la comunicación, tales como el lenguaje verbal, paraverbal (tono, inflexión de voz, contacto visual) y gestual. A pesar del gran número de investigaciones en este campo aún falta por determinar la forma en que los déficits cognitivos interfieren en el desempeño de la conducta social para poder desarrollar estrategias que, en primer lugar, permitan el aprendizaje, y en segundo lugar, limiten o compensen las discapacidades que producen. Los programas de tratamiento se realizan en forma de sesiones de *rol-playing* que remedan las situaciones de la vida cotidiana. Son programas muy estructurados y secuenciados con una serie de módulos que se centran en aspectos de la conducta social (inicio y mantenimiento de la conversación, expresión de sentimientos positivos y negativos, asertividad,

etc.) que a través de ejercicios y utilizando técnicas de *feed-back* y de modelado van repitiéndose hasta que son desempeñadas con éxito.

Las **conclusiones sobre los programas de habilidades sociales** que pueden extraerse de recientes revisiones realizadas sobre este tema son:

a) Los pacientes con esquizofrenia pueden aprender y desarrollar una amplia gama de competencias instrumentales y sociales, que van desde simples conductas tales como el mantenimiento y la reciprocidad en la mirada durante la conversación, a otras más complejas como mejorar la asertividad, las habilidades de relación o el autocuidado y la toma de medicación.

b) Las habilidades sociales tienen un efecto positivo en la autopercepción, subjetivamente considerándose más autónomos y menos ansiosos en situaciones de interacción social. Las habilidades sociales, no obstante, han mostrado solo un impacto moderado sobre la sintomatología clínica, las recaídas o la rehospitalización.

c) Parece demostrarse que el entrenamiento en habilidades sociales puede conseguir la generalización de esos comportamientos en condiciones o lugares semejantes a los del entrenamiento pero es más controvertida su aplicación a situaciones nuevas.

d) A pesar de que existen evidencias de que las habilidades adquiridas tras entrenamiento pueden ser conservadas en el tiempo, aun existen pocos estudios sobre su duración a largo plazo.

5.3. Terapias psicológicas

Hasta 1960 la terapia psicológica, por excelencia, en el tratamiento de la esquizofrenia, había sido el Psicoanálisis. No obstante, en los últimos años la importancia conferida a los factores estresantes como moduladores del curso y evolución de la enfermedad han renovado el interés por la efectividad de todos los tratamientos psicológicos. La combinación de tratamiento psicofarmacológico y psicoterapia parecen tener un efecto sinérgico o aditivo sobre la evolución. Entre otras se han analizado:

- **Psicoterapia de apoyo:** Se utilizan medidas directivas para reducir los síntomas, para mantener o mejorar la autoestima, trabajar las funciones del yo

como la relación con la realidad, el pensamiento, la regulación del afecto y las habilidades adaptativas relacionadas directamente con el funcionamiento psicosocial, así se minimiza la frustración y la ansiedad.

Las técnicas específicas de apoyo son: aconsejar, enseñar, reforzar, tranquilizar, reestructurar, normalizar, a través de un estilo dialogado se aumenta la autoestima y se fortalecen las funciones del yo como contacto con la realidad, anticipación, aumentar las defensas.

- **Terapias cognitivo-conductuales (TCC):** Va dirigida al enfoque directo de los problemas identificados por los pacientes. Los pacientes esquizofrénicos además de los problemas asociados con los síntomas psicóticos suelen presentar alteraciones emocionales, riesgo de recaídas y de desadaptación social. Se conocen cada vez mejor una serie de estrategias cognitivo-conductuales que son de gran utilidad para ayudar a los pacientes a manejar sus experiencias psicóticas tales como alucinaciones, delirios, y otros trastornos formales del pensamiento y control de síntomas resistentes.

Las *etapas fundamentales compartidas* por las terapias cognitivo-conductuales en las psicosis, aunque respetando los diferentes modelos y las variantes específicas son:

- Creación de un marco de relación y alianza terapéutica
- Desarrollo de estrategias de afrontamiento de los síntomas y problemas conductuales
- Desarrollo de una nueva comprensión sobre sus experiencias psicóticas
- Trabajo con delirios y alucinaciones
- Crecimiento de la afectividad y autoestima
- Riesgo de recaída y discapacitación social

Modalidades de intervención de terapia cognitivo-conductual (TCC) en la psicosis:

- Terapia cognitivo conductual de la Psicosis de Garety y Fowler
- Terapia cognitiva para delirios y alucinaciones Chadwick y cols.
- Terapia conductual de Kingdom y Turkington
- Estrategia de afrontamiento de alucinaciones Yusupoff y Terrier

Conclusiones sobre TCC en las psicosis: En cuanto a la efectividad a corto plazo (0-6 meses) no reduce ni recaídas, ni rehospitalizaciones pero a medio y largo plazo la TCC puede disminuir los síntomas como delirios y alucinaciones y los reingresos hospitalarios. Respecto a otras variables tales como, funcionamiento social o síntomas negativos no se han logrado resultados significativos. No parece válida, ni aplicable a todos los pacientes, ya que es necesario que éste conserve un mínimo de su capacidad de *insight* para que la terapia sea eficaz. Por otra parte, resulta costosa por el tiempo de aplicación y por la necesidad de disponer de personal especializado.

Algunos autores como Liberman señalan que las mejoras en el funcionamiento cognitivo no son específicas de los programas de entrenamiento cognitivo, sino que a través de otras técnicas, como los programas de entrenamiento en habilidades sociales, también se consiguen los mismos resultados.

- **Terapia psicológica integrada de Roder y Brenner, 1996 (ITP):** Es un programa estructurado de intervención cognitiva en la esquizofrenia, que considera que la disfunción social es una consecuencia de unos déficits cognitivos básicos (atención y memoria), que condicionan una disfunción más compleja (formación y recuperación de conceptos), produciendo una disminución de las habilidades de afrontamiento y un peor manejo de las situaciones de estrés, lo que, a su vez, disminuiría las capacidades del sujeto, creándose de este modo un «círculo vicioso».

El programa sigue un proceso gradual, que parte de una serie de ejercicios donde se trabajan por medio de tarjetas las funciones básicas (atención, percepción y memoria) hasta ir llegando progresivamente al entrenamiento en ejercicios de percepción social y habilidades sociales. Consta de cinco subprogramas: diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de problemas. No se ha podido demostrar que los cambios cognitivos logrados conlleven cambios significativos sobre el nivel de funcionamiento social.

- **Programa de manejo del estrés** (Cañamares, 2001): Un programa de habilidades de autocontrol debe preparar a la persona con psicosis para hacer frente al estrés y evitar las recaídas. Utiliza estrategias cognitivo-conductuales que potencian experiencias exitosas, para conseguir una mejor autoestima, asociadas a la percepción de su competencia para manejar las situaciones que le crean

ansiedad, también emplea métodos de psicoeducación, del entrenamiento en habilidades sociales. Se puede realizar de forma individual o colectiva.

5.4. Rehabilitación vocacional y programas ocupacionales

Ambos deben proveer prestaciones que incluyen: orientación vocacional, formación profesional, ocupación remunerada, empleo en empresas específicas, empleo protegido y apoyo al empleo en medio ordinario. Existe una estrecha relación entre funcionamiento social y funcionamiento laboral. Los estudios realizados sobre amplias cohortes de personas con esquizofrenia y con otros TMG seguidos desde su primer ingreso o comienzo de su enfermedad, arrojan unas tasas muy bajas de empleo al cabo de unos años. Independientemente de razones de tipo social, como la evolución del mercado laboral o las políticas de empleo, las principales causas a las que se ha atribuido esta falta de ocupación laboral han sido las alteraciones neuropsicológicas y los déficits cognitivos, la sintomatología clínica, especialmente los síntomas negativos, los efectos de los psicofármacos y los déficits de habilidades sociales.

Desde las tradicionales terapias ocupacionales que se realizaban en los hospitales psiquiátricos a los actuales programas de formación vocacional pasando por diferentes fórmulas de empleo protegido y apoyo al empleo normalizado y competitivo, se han utilizado múltiples estrategias y recursos para la mejora en la adquisición y mantenimiento de las habilidades necesarias para el desempeño de un trabajo.

En la actualidad existen dos orientaciones fundamentales para facilitar el acceso al empleo:

a. **El modelo tradicional de formación vocacional e incorporación gradual** que ofrece un rango de actividades prelaborales, donde se entrena en todos aquellos prerrequisitos y habilidades que son necesarias para el trabajo, en ambientes o contextos que remedan o simulan los lugares de empleo normalizados, con un tránsito gradual y progresivo, desde espacios menos protegidos o supervisados hasta llegar al empleo competitivo.

b. **Los modelos de soporte y apoyo de empleo normalizado.** Se corresponden con la tendencia actual en la rehabilitación vocacional y apoyo laboral. En este modelo el objetivo primordial es el logro de un empleo o una

actividad laboral competitiva en el mundo laboral normalizado desde el principio. El entrenamiento en el propio centro de trabajo permite a los trabajadores aprender las habilidades y afrontar las dificultades que van a presentarse, salvando así las dificultades de transferencia cuando son aprendidas en otros medios.

Principios básicos de la rehabilitación vocacional: Los estudios que han revisado este tema destacan los siguientes aspectos clave para obtener buenos resultados:

- Evaluación de las **habilidades y competencias *in situ***. Es mejor el resultado obtenido en el contexto real donde se realiza la actividad laboral, valorando tanto el rendimiento (tiempo/producción), la competencia (errores) como las actitudes hacia el propio trabajo y hacia los compañeros y supervisores.

- **Emplazamiento rápido en el puesto de trabajo.** Ya que el hecho de seguir programas de entrenamiento de habilidades en contextos protegidos o segregados del mundo laboral real no facilita el acceso al empleo ni mejora los resultados en su desempeño.

- **Apoyo y soporte continuado en el trabajo.** La incorporación al trabajo puede producir reactivaciones de los síntomas o hacer surgir sentimientos de impotencia y desmoralización, por lo que es muy importante la existencia de un seguimiento por parte de personal técnico del equipo rehabilitador, sobre todo en los momentos iniciales y ante situaciones de estrés.

- **Elección de un trabajo acorde con las preferencias del paciente.** Los pacientes funcionan mejor y expresan mayor satisfacción si tienen la posibilidad de trabajar en una tarea que se ajuste a sus expectativas e intereses.

- **La remuneración económica.** En general los sistemas de ayudas económicas que disfrutan la mayor parte de los pacientes por padecer TMG, constituyen una fuente de desincentivación laboral, ya que, a menudo, los pacientes temen perder su fuente segura de ingresos, si aceptan algún tipo de empleo, o perciben diferencias económicas positivas demasiado pequeñas. Es preciso flexibilizar el sistema de ayudas haciendo que estimule la incorporación al mundo laboral, garantizando su percepción en cuantía superior a la ayuda, sobre todo en pacientes con alojamientos protegidos que exclusivamente perciben el 20% del coste del alojamiento.

Efectividad de los programas de rehabilitación vocacional: Sucesivos estudios con amplias muestras en los años 1960, 70 y 80, revelan que los pacientes con un

diagnóstico de esquizofrenia y síndromes afines han tenido bajas tasas de empleo tras haber seguido programas diversos de rehabilitación vocacional. Los programas de rehabilitación vocacional, tanto el modelo tradicional como los modelos de soporte, todavía presentan modestos resultados con pacientes del espectro esquizofrénico.

5.5. Intervención social: organización del ocio y tiempo libre

En el ocio y sus diversas prácticas se encuentra un ámbito de realización personal, identificación, relación interpersonal y socialización. Ocio entendido como una experiencia positiva, gratificante y satisfactoria, realizado en el tiempo libre y liberado de las rigideces que establecen los horarios y las obligaciones cotidianas, respetando la elección voluntaria entre diversas opciones.

El ocio de las personas con TMG es insatisfactorio por la presencia de factores como el aislamiento, las dificultades para disfrutar, la falta de motivación e interés, la baja autoestima y la percepción de déficit en habilidades sociales. La existencia de un exceso de tiempo libre lleva a un ocio inevitable, obligatorio o forzado y difícilmente contraponible a otras actividades regladas y valoradas socialmente como el trabajo o el estudio. Para que una persona pueda tener experiencias placenteras de ocio debe percibir que hace algo que quiere y que es capaz de hacerlo o tiene habilidades para ello.

Estas actividades pueden llevarse a cabo en recursos comunitarios normalizados o en clubes sociales, en pequeños grupos que sean homogéneos, fomentando la participación de los usuarios y siguiendo las cuatro fases clásicas enunciadas por Liberman:

- Identificación de los beneficios de las actividades recreativas
- Obtención de información sobre estas actividades
- Localización de dónde se pueden realizar
- Evaluación y mantenimiento de la actividad recreativa

5.5.1. *Tratamiento asertivo comunitario*

El tratamiento asertivo comunitario (TAC) fue desarrollado, en los primeros años de 1970, en el Instituto de Salud Mental Mendota (Madison, Wisconsin). Tras examinar los resultados de la evaluación de diversos tratamientos para personas con TMG, los doctores Mary Ann Test, Arnold Marx y Leonard Stein comprobaron que, entre estos pacientes, los ingresos involuntarios en el hospital, altas y los nuevos ingresos se sucedían indefinidamente, dando lugar a la situación conocida como de *puerta giratoria (revolving doors)*. Poniendo de manifiesto la inadecuación del hospital como lugar de tratamiento de las enfermedades mentales severas y demostrando que las personas que sufren esta clase de enfermedades debían ser atendidas en su entorno comunitario.

El TAC es una forma de estructurar la asistencia a las personas con TMG. Las intervenciones domiciliarias constituyen la piedra angular del TAC, tratando de integrar actuaciones diversas (farmacológicas, psicoterapéuticas, sociales, familiares, laborales) en el entorno social más próximo al paciente. Según la filosofía del programa, sus claves son: una provisión asertiva de los servicios (dirigida al usuario), provisión de tratamiento global a través del tiempo y con individualización de las actuaciones.

Los siguientes elementos son generalmente identificados en la literatura como *componentes típicos del TAC*, (Bond et al., 2001; Burns y Firm, 2002; Phillips et al., 2001):

- ***Un equipo multidisciplinar:*** El TAC asume que la presencia de profesionales de diversas disciplinas es necesaria para la atención integral de personas con TMG. Así, los equipos de TAC (especialmente aquellos mejor dotados de recursos) incluyen psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y cuidadores comunitarios, así como especialistas en orientación laboral y apoyo al empleo, en materia de alojamiento, en problemas de alcohol y de drogas y en consejo.

- ***Trabajo en equipo:*** El equipo de TAC en su totalidad es responsable de asegurar que el usuario recibe una asistencia integral con cada componente del equipo contribuyendo desde su respectiva especialidad. Aunque existe un líder o responsable del equipo.

- ***Atención integral:*** Como alternativa a otro tipo modelo de gestión de casos que proveen una asistencia relativamente fragmentada y discontinua, el TAC ofrece al usuario constante apoyo a nivel tanto clínico como personal y social.

Dentro de los objetivos del modelo están promover una adecuada integración de las personas con EMG en el ámbito de sus relaciones familiares y comunitarias, así como el acceso a servicios tanto públicos como privados. *Los equipos de TCA son especialmente activos (o asertivos)* en el establecimiento de contacto inicial con personas con TMG que, por diversos motivos, no acceden a los servicios ordinarios de salud mental, así como en el mantenimiento de la relación asistencial con dichas personas.

- **Baja proporción (10-15:1) usuarios/profesional** con el fin de asegurar un servicio personalizado que tenga en consideración las necesidades y preferencias de cada usuario.

- **Tratamiento in vivo:** La mayoría de los contactos entre los miembros del equipo y los usuarios se producen en los domicilios de estos últimos o en otros lugares de su entorno comunitario (por ejemplo, una cafetería o un centro de recreo) y no en dependencias de los servicios de salud mental.

- **Contacto frecuente y flexible:** Para el usuario de los servicios de TAC, saber que recibe regularmente visitas de apoyo en su domicilio puede aumentar su confianza y seguridad. Las necesidades del usuario cambian o evolucionan, por lo que los miembros del equipo deben adaptar la frecuencia y naturaleza de sus visitas de acuerdo a las circunstancias concretas de cada usuario.

- **Control de los síntomas:** El modelo del TAC postula que la combinación de medicación psicofarmacológica y técnicas psicosociales de probada eficacia contribuye a controlar los síntomas de la enfermedad mental, evitando ingresos en el hospital así como el estigma social derivado de recaídas sucesivas.

- **El servicio está disponible veinticuatro horas al día y siete días a la semana** para proveer una respuesta inmediata y eficaz en caso de crisis.

- **Los servicios ofrecidos por los equipos de TAC no tienen una duración pre-establecida** sino que son prestados mientras que las necesidades del usuario así lo requieran. Esto permite el desarrollo de relaciones terapéuticas a medio y largo plazo, basadas en la confianza mutua entre profesionales y usuarios.

Accesos y derivaciones: El acceso de los usuarios al programa es realizado a través de las derivaciones desde los servicios de salud mental, generalmente a través de un protocolo de derivación o de un informe de continuidad de cuidados.

Son candidatos al TAC: Jóvenes y adultos que tienen enfermedades mentales severas tales como esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos obsesivo-compulsivos graves, depresiones resistentes, algunos trastornos de personalidad, en general los denominados trastornos mentales severos. Personas que no se adhieren a los modelos tradicionales de salud mental porque no acuden a las consultas, no siguen los tratamientos habituales o precisan reingresos muy frecuentes.

Los pacientes son asignados al equipo comunitario multiprofesional que incluye a psiquiatras, psicólogos, enfermeros, monitores comunitarios y trabajadores sociales, que se hacen cargo del tratamiento, la rehabilitación y atención integral de estos pacientes. Básicamente trabajan en la comunidad, atendiendo a los pacientes en sus propias casas o allí donde se encuentren (alojamientos protegidos, albergues, e incluso en las calles), cubriendo las 24 horas del día y haciéndose cargo de las urgencias y de las intervenciones en crisis. Los equipos al tener un alto ratio de profesional/paciente (1/10-15) tienen un alto coste, pero siempre menor que la hospitalización por ello suelen estar dirigidos a poblaciones de pacientes específicos (trastornos severos de difícil mantenimiento en la comunidad, pacientes de puerta giratoria o con diagnóstico dual, *homeless*).

El equipo multidisciplinar: El papel del psiquiatra es crítico en el proceso de tratamiento que ofrece el TAC. A diferencia de otros modelos de gestión en SM, el psiquiatra es un miembro a tiempo completo del equipo. No solo aprueba los planes de tratamiento, sino también participa, en el proceso de planificación del tratamiento, en las reuniones del personal y enseña a los otros miembros del equipo cómo realizar el tratamiento. Prescribe y controla los medicamentos, hace psicoterapia, resuelve momentos de crisis y coordina el cuidado de los pacientes, tanto en su vertiente psiquiátrica como física. El líder del equipo del TAC, según los países, es el psiquiatra o el trabajador social con grado de Máster.

Los miembros del TAC, deben mantener una continuidad en el programa, deben estar entrenados y tener conocimientos del TAC, no ser adscritos contra su voluntad al programa ya que los miembros del equipo asumen la responsabilidad compartida y completa del tratamiento, la intervención en crisis y la planificación del alta, ofrecen aliento y apoyo a los pacientes, animándoles a participar en las actividades terapéuticas. La actitud del equipo TAC sigue una orientación asertiva haciendo llegar el tratamiento al paciente en su ámbito cotidiano y no esperando a que el paciente esté motivado a participar.

Los contactos entre el personal del programa TAC y los pacientes suelen ser diarios durante las primeras semanas del programa. Posteriormente, los contactos se realizan de acuerdo con las necesidades de los pacientes y muchos de ellos precisan indefinidamente de contactos diarios, por ejemplo para control de la medicación. La duración del tratamiento también depende de las características del enfermo; en la mayoría de los casos se prolonga durante muchos años.

El equipo del TAC se reúne a diario, el propósito de estas reuniones es intercambiar información clínica, revisar y ajustar los planes de tratamiento, ratificar las intervenciones de los miembros del equipo y diseñar el plan diario de trabajo dejando siempre espacio para asumir las urgencias y necesidades no esperadas.

Para cada paciente, tras la evaluación inicial, se redacta un **plan de tratamiento individualizado del TAC**. Este plan de tratamiento incluye:

- 1) diagnóstico inicial y evaluación funcional de los problemas del paciente;
- 2) servicios psiquiátricos requeridos por el paciente (ingreso, rehabilitación psicosocial, etc.).
- 3) modalidades de tratamiento que hay que utilizar;
- 4) medicación;
- 5) objetivos a corto plazo;
- 6) objetivos a largo plazo;
- 7) necesidades básicas del paciente (alojamiento, alimentación, prestaciones socio-sanitarias y económicas);
- 8) servicios médicos o quirúrgicos adicionales;
- 9) necesidades educativas, vocacionales y laborales;
- 10) fecha para la próxima revisión del plan de tratamiento.

La aplicación del TAC se registra en la historia clínica del paciente: las intervenciones de todos los miembros del equipo, los resultados analíticos e informes de otros especialistas, su historia familiar y social.

Cada paciente participa en psicoterapia individual y psicoeducación. El objeto de la psicoterapia es hacer consciente al paciente de que padece una enfermedad importante y posteriormente centrarse en los aspectos concretos de su vida

que pueden modificarse para mejorar. Se utilizan técnicas específicas cognitivo-conductuales para ayudar a los pacientes a abordar su sintomatología y para desarrollar modos de consecución de objetivos específicos.

Generalmente, los pacientes del TAC reciben tratamiento farmacológico antipsicótico, antidepresivo, regulador del ánimo, ansiolítico o hipnótico, según precisen, bien para tratar episodios psicóticos agudos, bien para evitar recaídas.

El **programa de tratamiento asertivo comunitario** debe incluir las **siguientes áreas**:

- Actividades diarias
- Salud
- Vida familiar
- Apoyo farmacológico
- Programas vocacionales, laborales y ocupacionales
- Asistencia en el alojamiento
- Ayudas sociales
- Administración económica
- Consejo y *counselling*
- Tratamiento de abuso de sustancias

Efectividad de los programas de tratamiento asertivo en la comunidad: El TAC es la modalidad de intervención comunitaria que ha sido más evaluada y que mejores resultados ha logrado.

El TAC es un programa que reduce costes respecto a los programas tradicionales y que está demostrada la satisfacción del usuario y la familia con ellos. Los resultados del estudio de Stein y cols. demostraron la eficacia del modelo: el grupo de pacientes que había recibido atención TAC vio significativamente reducido el número de días de hospitalización en comparación con el grupo de control (en el que los pacientes seguían recibiendo el tratamiento habitual).

También la práctica cotidiana parece refrendar que los modelos de asistencia comunitarios que funcionan con alta intensidad de cuidados, proximidad en el seguimiento y asertividad en las actuaciones, con equipos multidisciplinares,

cobertura horaria amplia, disponibilidad elevada, intervenciones psicosociales basadas en evidencia, etc. son claramente útiles para mantener a los pacientes con TMG en contacto con los servicios, reducir hospitalizaciones, o garantizar que las mismas se produzcan antes de que surjan situaciones de riesgo.

Otros resultados más relevantes tienen que ver con los altos niveles de satisfacción en el trabajo en las personas que componen el equipo asistencial del TAC.

Una de las objeciones más comúnmente planteadas al TCA radica en que la irrupción de los servicios de TAC en la vida de personas con enfermedades mentales severas que no desean mantener contacto con los servicios de salud mental (y que no están legalmente obligadas a tal contacto) puede suponer una violación de la autonomía y la privacidad de dichas personas.

Otra crítica viene de la mano de la posible dependencia que pueden desarrollar los usuarios con respecto al equipo y la sobreprotección que pueden recibir. Como respuesta diremos que en los programas TAC se trabaja el logro de la autonomía personal máxima y los pacientes reciben el alta. La satisfacción de los participantes en los estudios, se asocia a una relación terapéutica basada en el principio de elección informada y en un trato de dignidad y respeto hacia ellos por parte de los miembros de los equipos de TAC.

Experiencias españolas

Existen en España varias comunidades y provincias que llevan experimentando con esta forma de tratamiento (Málaga, Asturias, Madrid, Barcelona, País Vasco, entre otras).

En Avilés se puso en marcha en 1999 un Equipo de Tratamiento Asertivo comunitario basado en el modelo estadounidense de Stein y Test. Así ha surgido el modelo avilés que es una adaptación del modelo TAC norteamericano a la realidad asistencial española, que puede facilitar la implantación de estos dispositivos que tan eficaces se han mostrado en los estudios publicados hasta el momento. Es un modelo reconocido por el Ministerio de Sanidad y considerado el modelo que hay que implantar en todas las comunidades en el tratamiento de las personas con TMG y con dificultades para vincularse a los dispositivos.

Las visitas domiciliarias y las intervenciones *in situ* con los pacientes son la norma de este tipo de intervención. Se han conseguido llamativas reducciones en los reingresos hospitalarios de los pacientes así como ha mejorado la satisfacción de las familias con la continuidad de cuidados y la adherencia de los pacientes a los seguimientos.

En Álava al modelo TAC se ha llegado de una forma intuitiva, al cubrir las necesidades de los usuarios con TMG de programas de rehabilitación, primero nace la necesidad de cubrir la demanda en el entorno del usuario y a la par procurar atención durante las 24 horas. El programa TAC ha ido creciendo y en la actualidad atiende cerca de 140 personas con TMG que residen en sus hogares o en alojamientos con distintos niveles de supervisión. La característica principal del TAC alavés es que, dentro del mismo dispositivo asistencial y dirigido a estos usuarios, se ofertan programas de rehabilitación psicosocial como parte del plan individual de tratamiento, sin embargo, la orientación vocacional, ocupacional y laboral es derivada a otras instancias.

BIBLIOGRAFÍA

- ALDAZ, J. A. y VÁZQUEZ, C. (1996). *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI.
- ANDERSON, C., REISS, D. y HOGARTY, G. (1985). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BALSER, J.; RODRÍGUEZ MEDINA, C.; CALVETE, R. C., et al. (2002). «La implantación y evaluación del modelo de gestión de casos (CM) en Cataluña». *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(6), 350-357.
- CAÑAMARES, J. M.; CASTEJO, M. A., et al. (2001). *Esquizofrenia. Guía de intervención*. Madrid: Síntesis.
- EGUILUZ, E.; GONZÁLEZ TORRES, M. A., et al. (1998). «Grupos psicoeducativos en esquizofrenia», *Anales de Psiquiatría*, 14, 42-49.
- GISBERT, C. (coord.), (2002). «Rehabilitación psicosocial del Trastorno Mental Severo», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Cuaderno Técnico, 6.
- (coord.), (2003). «Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo». *Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Estudios 28.

- Grupo GEOPTE, MAYORAL, F. (2001). *Funcionamiento social y esquizofrenia: guía de tratamientos psicosociales*, Gráficas Letra. Monografía.
- JAMBRINA, J. J. (2007). «El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario: un pacto con la realidad». *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 7 (2).
- LARRAZ, J. A. (2006). «Modelos de intervención. Modelo de rehabilitación en Salud Mental», *Informaciones Psiquiátricas*, 183: 21-27.
- LIBERMAN, R. P. (1998). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona. Martínez Roca.
- MARSHALL, M.; Lockwood, A. (2007). *Tratamiento en la comunidad para las personas con trastornos mentales severos*. (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus: 4, Oxford www.update-software.com.
- MARSHALL, M.; GRAY, A.; LOCKWOOD, A.; GREEN, R. (2007). *La gestión de casos en personas de Trastornos mentales graves* (revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus: 4, Oxford disponible en <http://www.update-software.com>
- NHS. (2000). «Psychosocial interventions for schizophrenia». *Effective health care*, 6:3
- RODER, V: (1996). *Terapia integrada en la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- RODRÍGUEZ PULIDO, F. (2010). *La recuperación de las personas con trastorno mental grave: modelo de red de redes*. Tenerife: Fundación Canaria Salud y Sanidad de Tenerife.
- STEIN, L. I. y SANTOS, A. B. (1998). *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*. New York: Norton.
- STEIN, L. I. y TEST, M. A. (1985). *The training in community living model: A decade in experience*. San Francisco. Jossey-Bass.
- TEST, M. A. (1992). «Training in Community Living». En *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, R. P. Liberman, (ed.), 153-7, New York: Macmillan Publishing.
- TEST, M. A. y STEIN, L. I. (1976). «Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients». *Community Mental Health Journal*, 12,72-82.
- TEST, M. A. y STEIN, L. I. (2001). «A Critique of the Effectiveness of Assertive Community Treatment». *Psychiatric Services*, 52, 1396-1397.
- URIARTE, J. J. (2001). «La piedra filosofal». *Rehabilitación Psicosocial*, 1 (1), 38-42.

- URIARTE, J. J. (compilador). (2007). «Rehabilitación Psicosocial». *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 7 (2).
- WATTS, N.; BENNETT, D. (1990). «Rehabilitación psiquiátrica». Teoría y práctica. Limusa.
- WILLIAMSON, T. (2002). «Ethics of assertive outreach (assertive community treatment teams)». *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 543-547.

XII GRUPO Y REHABILITACIÓN

Tarí García Antonio y Ferrer Dufol Carmen

1. INTRODUCCIÓN: UN MODO DIFERENTE DE ENTENDER LA REHABILITACIÓN

«La importancia del grupo en la rehabilitación nace de la consideración de que el sufrimiento psíquico presenta siempre un aspecto social e interpersonal, grupal, lo que vuelve importante ubicar y observar al individuo en la situación más concreta y natural: aquella de la recíproca y múltiple relación con el otro.» (Ba, G. y Peserico, M.) (1)

La visión más clásica y tradicional de la rehabilitación definiría su cometido como el lograr que el paciente estuviera en condiciones de desarrollar nuevas actividades o retomar antiguas competencias y habilidades que parecerían haber olvidado.

Integración social e incremento de la autonomía aparecen como los objetivos centrales del proceso de rehabilitación, pero son más bien indicadores externos, emergentes de un proceso evolutivo personal más profundo y global. Este proceso si quiere ser realmente autonomizante ha de implicar autoconocimiento, libertad y asunción de responsabilidad, pues sólo esto, permitirá aflojar gradualmente la dependencia (de la familia, de la institución) para descubrir la capacidad de ser guía de la propia vida.

Quiero proponer una manera diferente de entender la rehabilitación, que confiera importancia a los aspectos afectivos-relacionales de este proceso global de maduración personal.

En todas las manifestaciones de discapacidad de la cronicidad, se manifiesta el reflejo de una profunda angustia del paciente a exponerse a experiencias emocionales demasiado intensas y por lo tanto, una espantosa falta de convicción en las propias capacidades de vivir. Es como si el paciente se dejase lentamente caer en un proceso de vaciamiento, porque la alternativa se presenta demasiado angustiante, demasiado explosiva.

En esta óptica, la rehabilitación puede ser considerada como una operación dirigida a obstaculizar este vaciamiento, este apagamiento general del empuje vital y del entusiasmo del paciente, a través de la suministración lenta, gradual, calibrada de experiencias afectivas, que puedan ser asimiladas. Por lo tanto, la rehabilitación no constituye solo un modo para readquirir competencias técnicas sino que se delinea principalmente como el momento fundamental para el despertar emotivo del paciente (2).

Los espacios grupales en los dispositivos son la posibilidad para el paciente de experimentar relaciones en una situación de protección, donde la presencia de los otros es menos conflictual y ansiógena. Así mismo el grupo reproduce el aspecto microsocial de la vida de relación y se convierte en un espacio transicional entre el aislamiento familiar o institucional y la realidad externa.

Creo que es una experiencia común el hecho de que cuando el paciente llega a ser capaz de interactuar con el grupo que convive en el dispositivo ha sido alcanzada una meta importante en su recuperación.

2. PACIENTES QUE ESTRUCTURAN DEFENSAS FUERTES HACIA LOS ASPECTOS EMOTIVAMENTE PROBLEMÁTICOS DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES

Los pacientes que presentan un TMG tienden a estructurar defensas rígidas contra los aspectos emocionales y afectivos que implica toda relación interpersonal, consecuencia de ello será como veremos la dificultad para la interacción grupal, aspecto este que se constituye en eso que se viene a llamar el núcleo duro de las psicosis.

Detallaré en primer lugar algunas de las dificultades emotivas —relacionales de aquellos pacientes diagnosticados de psicosis:

Estos pacientes experimentan grandes dificultades en vincularse afectivamente a la vez que afrontar la separación de la forma habitual. Si se encuentre próximo emocionalmente a otra persona, existe la amenaza de ser tragado, sepultado, o cesar de existir, experimentando una ansiedad intensa y oposición en relación a esto. En la relación terapéutica suele suceder que todo momento cálido, de inquietud, o ternura, expresada por parte del terapeuta, o bien del paciente, es seguido inmediatamente de un intento de negación del paciente, proveniente del miedo a ser devorado o de la fusión (3).

Por otro lado parecen incapaces de tolerar la ansiedad despertada por la separación o la pérdida. A diferencia de los pacientes depresivos, que reaccionan con depresión en respuesta a la pérdida y separación, en los psicóticos se produce una fragmentación psicótica más regresiva y más desorganizada. El paciente muestra una defensa regresiva, psicótica, en su sintomatología, particularmente en respuesta a experiencias de separación con confusión, desorganización o delirio paranoide en tanto que respuesta a la separación de los otros. El paciente presenta una dificultad para estar solo (diferente de estar aislado) y paradójicamente para estar en compañía.

El paciente con psicosis, sobre todo en las formas de predominio paranoide, experimenta una gran dificultad en poder confiar en los demás y en sí mismos, con tendencia a malinterpretar los hechos de la vida. Bajo la apariencia del rechazo paranoico, observamos el déficit de autoconfianza, las dudas intensas respecto a sí mismo, tras los cuales se esconden profundos deseos de apego.

Hablábamos de defensas estereotipadas frente a los aspectos afectivo-relacionales de las relaciones interpersonales y como estos mecanismos están directamente implicados en el mantenimiento de la cronicidad (4):

— la evitación. Crecen a menudo con una evitación de la implicación de tipo esquizoide, de modo de evitarse la experiencia de la pérdida además de la experiencia precedentemente descrita de la amenaza de devoración. Tener una relación con los demás se experimenta como algo dolorosamente imposible y se asocia con abrumadoras sensaciones de impotencia y desamparo. El paciente evita el contacto para mantener a distancia la sensación de impotencia, la vitalidad perdida y la incapacidad de vivir relacionándose con los demás. Muy a menudo hay una vulnerabilidad escondida y dolorosa a las heridas narcisistas, lo que tiene como resultado un retraimiento de las relaciones, que se acompaña de miedo a perder el control de su mundo interior y del riesgo de insultar y hacer daños al otro. El miedo a la pérdida está dolorosamente presente en cada relación.

— una modalidad de apego exasperado y tenaz, que consiste en el establecimiento de un vínculo intenso con una figura de referencia, que en general es un familiar cercano, como la madre o el padre. La modalidad más o menos simbiótica de vínculo reviste un significado defensivo fundamental (cuidado con los empujes hacia la autonomía).

— la grandiosidad y la omnipotencia manifestadas por la sensación de ser una persona especial y superior a los otros y la vivencia de no tener necesidad de ayuda

de nadie, de poder siempre superar a solas las dificultades encontradas, de lograr controlar cualquier cosa solo con la propia voluntad y el propio pensamiento.

Podemos de lo dicho deducir la extrema dificultad para la interacción grupal que presentará la terapia de los pacientes psicóticos.

3. LA UTILIDAD DEL GRUPO EN REHABILITACIÓN. LA GRUPALIDAD DIFUSA

A diferencia de lo que algunos planteamientos actuales en rehabilitación proponen consideramos que la grupalidad que se establece en los dispositivos de rehabilitación constituye un factor fundamental en el proceso de rehabilitación-recuperación de los pacientes graves, precisamente porque posibilita trabajar sobre la dificultad del paciente de establecer relaciones próximas.

Entendemos por grupalidad difusa, término que tomamos de Correale (4), un conjunto de factores terapéuticos, que constituyen un *continuum* ininterrumpido entre psicoterapia de grupo en sentido estricto, trabajo de grupo en ambulatorio y en casa, vida de grupo en las estructuras diurnas, hospitalarias y residenciales y que también incluye el trabajo en equipo.

Existen factores de base, presentes en el grupo en cuanto tal, que se activan y toman cuerpo espontáneamente e independientemente que desarrollan una función terapéutica importante, independientemente de la tipología específica del grupo, en el cual son examinados, ya sea al *setting* de la terapia de grupo o al contexto más amplio de la rehabilitación (Tabla 1).

Tabla 1. Diferencias entre Grupos rehabilitativos o de actividad y psicoterapia de grupo

GRUPOS REHABILITATIVOS O DE ACTIVIDAD	PSICOTERAPIA DE GRUPO
— Cotidianidad, contacto físico con otros	
— Reestructuración y reorganización del tiempo y el espacio	
— Calidad más intensa, más socializada, más exteriorizada, más dramatizada de los factores terapéuticos de la red de relaciones	
— Amplia repercusión sobre la organización práctica de la vida	— Predomina una dimensión más atemporal, interiorizada y fantasmática

GRUPOS REHABILITATIVOS O DE ACTIVIDAD	PSICOTERAPIA DE GRUPO
Los grupos de actividad nos permiten poder trabajar grupalmente con pacientes que presentan déficits importantes en la socialización, con dificultades en el grado de control y cumplimiento elemental de las normas grupales, de atender y escuchar a los demás, y si lo desea también verbalizar sus experiencias. De hecho estos grupos muchas veces tienen como objetivo adquirir dicho nivel de socialización.	Los integrantes han de haber logrado un nivel de socialización básico, una capacidad yoica que les permita hacerse cargo colectivamente de una tarea. «Capacidad de emprender intercambios serenos y productivos» (Stone).
Sirve para desarrollar habilidades como concentración, coordinación, capacidad de razonamiento, organización en etapas y competencias sociales básicas, y aplicarlas.	Se dirige hacia la expresión y exploración de situaciones problemáticas (sentimientos y emociones). Reflexión sobre la propia experiencia pasada, presente y futura.
El terapeuta actúa como mediador.	
Mayor importancia del primer terapeuta.	El terapeuta como intérprete.
Mayor importancia del grupo como terapeuta.	
Objetivo: Aprender a vivir o a trabajar conjuntamente.	Objetivo : <i>Insight</i> .
Dirigido fundamentalmente a vivir mejor. Más hincapié en el cuidar.	Dirigido fundamentalmente a estar menos mal. Más hincapié en el curar.
Los grupos de actividad por su hincapié en la solicitud de hacer se asemejan a la vida cotidiana de la comunidad, donde generalmente se solicita la participación activa, favoreciendo el aprendizaje interpersonal. La relación con la finalidad es más inmediata que en los grupos verbales.	Lo que se hace es más simbólico. Más artificial.
La actividad puede ser utilizada como un elemento que promueve la socialización y posibilita un progresivo acercamiento y aprendizaje social paulatino y flexible en función de las ansiedades del paciente.	Más ansiógeno.
Los contactos múltiples son, normalmente, menos vinculantes y están menos cargados de responsabilidad.	Más vinculación y más responsabilidad
La realización de la actividad en grupo permite simular mejor el ambiente primario familiar donde el sujeto inició su socialización, ya que la interacción se producía, a diferencia de los grupos verbales, en torno a un hacer en relación con las actividades de la vida diaria y el ocio (capacidad de corregir los esquemas referenciales primarios).	Más difícil la inserción en el grupo.

GRUPOS REHABILITATIVOS O DE ACTIVIDAD	PSICOTERAPIA DE GRUPO
Los grupos de actividad favorecen la experiencia altruista dado que posibilitan un tipo de donación mucho más estructurada, fácil y menos comprometida que por ejemplo en los grupos verbales, así como ver los efectos concretos de esa ayuda.	Para poder dar hay que tener nivel.
La realización de una actividad significativa le permite al sujeto realizar una evaluación de sus auténticas capacidades y dificultades (el <i>setting</i> grupal como espejo), donde tiene importancia no sólo lo dicho si no también la acción sobre los objetos materiales.	La evaluación de uno mismo depende de los intercambios verbales con los otros y con el terapeuta. Adquirir una autoestima realista depende de la capacidad de exposición de las zonas vulnerables.
El hecho de que el individuo sea capaz de verse a sí mismo realizando alguna actividad y finalizándola de una manera adecuada, así como poder observarlo en los otros es un elemento que promueve la confianza en sí mismo y la esperanza en la recuperación.	Tareas más complejas. Aprendizaje más simbólico. Más dirigido al mundo interno.
Si la actividad del grupo responde a una necesidad o a un interés identificado por el propio paciente incrementa la motivación para la realización de dicho grupo de actividad, «esto es más probable que se produzca si las actividades están centradas en la vida real y se corresponden a los objetivos evolutivos que el paciente está afrontando».	Se requiere una motivación más consolidada.
Se da una interacción entre la eficacia terapéutica de la realización de una actividad en un área de la vida cotidiana con los aspectos terapéuticos que provee el hecho de que dicha actividad se realice en un contexto grupal.	Efectos terapéuticos dependen más de la autorrevelación y la verbalización (posibilidad de mentalización).
Hay ciertos factores terapéuticos grupales (factores terapéuticos de apoyo, de aprendizaje de los otros miembros) que se pueden aplicar a los grupos de actividad rehabilitadora, que sería un primer momento en la rehabilitación para un determinado tipo de pacientes.	Factores terapéuticos más específicos de la terapia de grupo (factores terapéuticos de autorrevelación, factores t. de <i>insight</i>) que se darían en un segundo lugar o simultáneamente en otro tipo de pacientes. La autorrevelación es una precondition del autoconocimiento y del aprendizaje grupal.
Ejemplos en un dispositivo rehabilitador: Grupo desayuno, grupo de ocio, taller ocupacional. (Grupo psicoeducativo, grupo de orientación vocacional).	Terapia de grupo, grupo de familiares.

4. EL GRUPO COMO FIGURA DE CUIDADO MÚLTIPLE

Los encuadres grupales poseen una serie de características como tarea, espacio, tiempo (5) que favorecen la repetición constante y regular de experiencias, que unidas a la pluralidad de participantes, y a la presencia continua si se acompaña de un investimento afectivo, esperanza y una expectativa positiva permiten ofrecer una respuesta a los aspectos de dependencia del paciente.

Quiero describir algunos de los efectos terapéuticos que el grupo posibilita:

— Satisfacen inicialmente las necesidades de seguridad, estructura y orden, proporcionando estabilidad, protección, sostén emotivo, reaseguramiento respecto al miedo, a la angustia, o al caos.

Una persona que experimenta un sufrimiento psicológico importante se ve impulsada a una búsqueda de proximidad y vecindad física con figuras que pueden proporcionarle protección. La constancia del encuadre grupal se irá instalando progresivamente en la vida del paciente garantizando una presencia emotiva, una disponibilidad de ayuda y la esperanza de un sostén en momentos de angustia.

La rehabilitación debe considerar estas necesidades y permitir antes que nada un vínculo de apego positivo al ambiente y a las personas que lo conforman. Si estas necesidades no son adecuadamente satisfechas cualquier otra exigencia superior en el adulto no será realizada (6).

— El grupo permite satisfacer la necesidad de ser parte de algo o de pertenecer a alguien, la exigencia de sentirse parte de un grupo, de cooperar con sus miembros, de dar y recibir. Adquirir la pertenencia es un proceso que implica progresivamente conocer, compartir, respetar y hacer propias las normas culturales de aquel grupo, cuando se logra tiene un efecto extremadamente reafirmante sobre la mente humana.

— El ser humano tiene una necesidad fundamental de recibir de las personas con las que entra en contacto, señales de respuesta emocional, de suscitar interés y de despertar la curiosidad. El grupo ofrece al individuo la posibilidad de conocer el efecto que el propio comportamiento suscita en los otros y como señala González Chávez también la capacidad de ver en los otros lo que aún no se es capaz de ver en uno mismo.

— En los grupos de rehabilitación se comparten actividades y aprendizajes instrumentales, pero sobre todo sensaciones, emociones y vivencias que constituyen el clima emocional del grupo que en tanto en cuanto el paciente pueda ir internalizándolo le posibilitarán una apropiación y posteriormente un cambio.

El grupo institucional es el instrumento más idóneo para permitir una estimulación y una revitalización del paciente, y que al mismo tiempo, ofrece la posibilidad de contener y compensar las eventuales reagudizaciones, que tales activaciones comportan.

— La pluralidad de participantes en los grupos posibilita establecer relaciones con más personas al mismo tiempo, y la distribución de la carga afectiva. El paciente puede satisfacer plenamente su necesidad de apego, sin sentirse por esto amenazado en su existencia o sofocado en una relación con una persona percibida como demasiado potente. La autoridad puede ser distribuida entre los distintos miembros del grupo, ésta se convierte en menos intensa, menos coercitiva y menos absoluta, pudiéndose poner en discusión más fácilmente. Por otra parte, el grupo, especialmente en virtud de la posibilidad de relaciones interpersonales múltiples, permite al paciente tolerar mejor indicaciones y observaciones sobre su comportamiento, que no aceptaría, si fueran pronunciadas por un único terapeuta.

— El grupo puede ser considerado como escenario donde suceden acontecimientos, episodios que pueden ser analizados y elaborados por el grupo mismo. Los integrantes son participantes activos en las interacciones del grupo y al mismo tiempo espectadores. Permitirá explicitar varias personificaciones y conocer sin experimentar estados de ánimo explosivos.

Esta función de comentar y observación participante que se encuentra en el grupo es de fundamental importancia para los pacientes graves, que presentan notables dificultades en establecer nexos entre los elementos vividos y estados de ánimo.

— Un último aspecto que consideramos importante del grupo institucional, consiste en la posibilidad de observar un paciente de modo prolongado en el tiempo. En la terapia individual, en los grupos de psicoterapia, el conocimiento del paciente, de su vida, de su historia, del modo en que establecen relaciones con otros se produce de manera indirecta, a través de las narraciones, los recuerdos, los sueños.

La posibilidad en el ámbito de un dispositivo de organizar diversas actividades, permite transcurrir con el paciente un período de tiempo suficientemente largo que nos permitirá conocerlo mejor, acoger sus vivencias, sus reacciones, para poder dar un significado más específico a sus comportamientos. El tiempo transcurrido juntos permite también establecer conexiones y correlaciones entre lo que sucede en el grupo y las reacciones del paciente, y además, permite observar a este último, instante por instante y ver como cambia su humor, basándose en los acontecimientos y a las situaciones vividas.

5. ETAPAS EN EL DESARROLLO GRUPAL

Dice Ricardo Klein que en los grupos de psicóticos la tarea principal constituye lograr la integración grupal. La dificultad para la interacción grupal formaría parte de eso que se viene en llamar el núcleo duro de la psicosis. Llegar a ser capaz de interactuar con el grupo que convive nos parece una meta importante y necesaria en el trabajo rehabilitador.

Dado el carácter didáctico de la presentación, pasaremos a describir las etapas en el desarrollo grupal siguiendo a Kanas y Stone (7), (8) añadiremos algunas puntualizaciones respecto a las intervenciones terapéuticas en cada una de ellas.

A) ETAPA PREGRUPO O ETAPA AUTOPROTECTORA.

— Los miembros parecen que no están relacionándose entre sí o con el terapeuta de manera significativa.

— Se caracteriza por el silencio o los pensamientos idiosincráticos.

— Los pacientes se protegen a sí mismos consciente e inconscientemente para determinar gradualmente si van a ser retraumatizados por el grupo igual que lo fueron en el pasado.

— Intervenciones terapéuticas:

— Ayudar a que los pacientes abandonen la seguridad que les da el aislamiento y se muevan hacia un mayor contacto emocional.

— Se dirige a los pacientes en forma directa y cuando sus respuestas son fragmentarias les señala la dificultad para entenderles.

— Intenta hacer conexiones temáticas entre los comentarios individuales. Es más útil que estos comentarios sean concretos.

B) EL TERAPEUTA COMO ÚNICO PARTICIPANTE SIGNIFICATIVO PARA LOS INTEGRANTES.

— No hablan entre ellos y para ellos sino al terapeuta. No se escuchan generalmente.

— Parece que el terapeuta es el único que existe, aunque la vinculación con él es ambivalente (un ser absolutamente protector, a la vez que peligroso)

— La modalidad de comunicación es de tipo oral desde una posición pasiva, tendente a la satisfacción de profundas necesidades de dependencia.

Intervenciones terapéuticas:

— Los pacientes se aproximan directamente al terapeuta. Liderazgo por omisión moderado: Señalar la importancia para el aprendizaje y para la terapia que hablen entre ellos.

— El terapeuta puede contestar algunas preguntas, pero también puede iniciar el proceso de relación entre los participantes, invitando a los otros a que hagan algún comentario. La dinámica primordial es el intento del paciente de vincularse al terapeuta de forma segura.

C) LOS MIEMBROS EMPIEZAN A HACERSE CONSCIENTES DE LA PRESENCIA DE SUS COMPAÑEROS.

— Al inicio, en este hacerse conscientes de la presencia de los otros, predomina una relación con los compañeros en la que se utiliza alguna palabra del otro para presentar lo que uno quiere decir.

— Paulatinamente se va tolerando su presencia, y va surgiendo un sentimiento de pertenencia, de tener algo en común, aunque esto queda disociado de la posibilidad de abordar como grupo la tarea que los reúne. Fase de juego paralelo.

— Temas de los que se habla: De la medicación, de los síntomas, de la enfermedad. Los silencios se toleran mal.

— La dificultad, la enfermedad siempre es producto del entorno con dificultad para reconocer la implicación personal. En relación con la tarea raramente se habla de los contextos en que se producen las perturbaciones (9) (10).

— Evitación de los temas inquietantes, cambiando de tema, hablando de cualquier cosa o banalizando.

— Negación de cualquier diferencia entre ellos.

Intervenciones terapéuticas:

— Seguir estimulando la participación.

— El terapeuta hace el intento de encontrar un tema común en las asociaciones de los pacientes.

— Se puede preguntar a los miembros que no participan si tienen alguna idea sobre el tema.

D) FASE DE JUEGO INTERACTIVO

Esta fase se caracteriza porque los miembros se dan sugerencias, consejos y asociaciones cuando se enfrentan a situaciones similares. Fase de juego interactivo.

Intervenciones terapéuticas:

— Los terapeutas deben estar atentos a las heridas narcisistas de los pacientes, tanto desde la perspectiva de quien recibe el consejo como de quien lo da. La falta de respuesta a un consejo puede ser muy dolorosa para quien lo da.

6. DINÁMICA GRUPAL

Estas etapas podrían ser consideradas como el desenvolvimiento, la escenificación en el grupo, del grupo interno de los pacientes psicóticos. Constituyen casi una constante en las distintas experiencias grupales (tanto las que llamamos rehabilitadoras como las más estrictamente psicoterapéuticas), si bien más que de una secuencia lineal deberíamos hablar de un desarrollo en espiral.

Si bien el desarrollo sigue la secuencia establecida, una vez lograda la etapa denominada de juego interactivo, los grupos no regresan a las posiciones anteriores

salvo en casos de conflicto entre los integrantes intenso. La regresión se manifiesta fundamentalmente en la vuelta a la dinámica de los consejos.

Progresivamente podemos observar cómo pueden poner en común más necesidades, compartir experiencias similares lo que permite un acercamiento entre ellos.

La figura del/los terapeuta/s sigue siendo muy importante, pero la comunicación pasa a ser circular y deja de ser radial. Existen intentos de devoluciones (*feed back*) respecto a las opiniones de unos y otros, pero siempre con mucha cautela, la agresividad intragrupal es difícil de gestionar, o no aparece o si aparece rápidamente desemboca en exclusión.

Aparecen lentamente momentos de tristeza en relación con los sufrimientos pasados y presentes.

ENCUADRE INSTITUCIONAL DE LOS GRUPOS TERAPEUTICOS EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN COMUNITARIO

TIPOLOGÍA DE PACIENTES

— Fundamentalmente psicosis (esquizofrenias, t. esquizoafectivos, bipolares de mala evolución)

— Larga evolución

— Mediana edad

— Institucionalización (en instituciones o a domicilio)

— Ausencia de proyecto vital

OBJETIVO GLOBAL DEL DISPOSITIVO (TAREA INSTITUCIONAL):

Aceptar la enfermedad, sus limitaciones y elaborar un proyecto personal a partir de las pérdidas, las capacidades y el medio.

LOS GRUPOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN COMUNITARIO

— PSICOTERAPIA DE GRUPO

PRIMER NIVEL. GRUPOS DE SENSIBILIZACIÓN

SEGUNDO NIVEL. GRUPOS DE PROFUNDIZACIÓN

— LOS GRUPOS DE ACTIVIDAD. GRUPOS REHABILITATIVOS.

Los grupos de actividad son el escenario donde los pacientes pueden aprender y ejercitar la interacción y las capacidades esenciales que se requieren para llevar una vida independiente. Denominamos así a aquellos grupos en los que se privilegia el hacer conjunto a través de situaciones colectivas en las cuales la interacción es estimulada por la realización de tareas sencillas, al tiempo que se desarrollan las conductas tendentes a la autonomía personal. Una exposición más detallada de este tipo de grupos puede encontrarse en el artículo «Sobre los grupos y la rehabilitación» en la revista *AMRP* (11).

Los grupos terapéuticos constituyen:

- Un espacio de convivencia institucional: un escenario en el que ensayar.
- Las actividades grupales en los dispositivos son la posibilidad para el paciente de experimentar relaciones en una situación de protección.
- El grupo puede realizar las funciones de un contenedor que «acoge» el «período de indecisión»
- Un aspecto central en la intervención rehabilitadora, orienta toda la estructura del programa de rehabilitación.
- Portavoz de la tarea institucional.
- Ayuda a elaborar su posición subjetiva respecto a la tarea institucional.
- Actúan como lugar de integración de las distintas experiencias y vivencias del paciente en las distintas actividades y programas.
- Permiten trabajar la integración entre las dificultades psicopatológicas y los distintos procesos de aprendizaje para el desarrollo de un proyecto personal.

PSICOTERAPIA DE GRUPO. PRIMER NIVEL. Grupos de sensibilización. Construyendo la alianza terapéutica.

ENCUADRE

Duración: un curso escolar (9 meses).

Frecuencia: un día a la semana durante una hora y cuarto.

Lugar: Sala de grupos del centro.

N.º de integrantes: De 6 a 10.

Tarea: Explicar lo que va mal en su vida (empezando por aquello que le llevó al programa), para tratar de que vaya mejor, y que habría que cambiar personalmente para ir solucionándolo.

Roles: equipo coordinador, observador e integrantes.

OBJETIVOS GRUPALES

- Proporcionar una base segura y de confianza.
- Aliviar la angustia que provoca el acudir a un centro de enfermos graves.
- Mejorar el clima emocional del centro. Disminuir el aislamiento en el ambiente del centro.
- Aprender a estar con los demás.
- Aprender a estar menos mal.
- Iniciar relación y alianza terapéutica. Motivar al paciente para iniciar el trabajo psicoterapéutico.
- Conseguir la colaboración del paciente en el proceso de rehabilitación y, vincular al paciente con los profesionales responsables.
- Implicar al paciente en el análisis de la demanda, la evaluación y en el tratamiento.
- Favorecer la adhesión consciente al tratamiento farmacológico.
- Aprender a trabajar en grupo.
- Experimentar que hablar ayuda. Aprender a hablar de sí mismos como personas y no como portadores de síntomas. Aprender a contemplar sus problemas y dificultades en términos psicológicos, contextuales. Aumentar su capacidad de introspección.
- Ejercer la ayuda entre unos y otros.
- Promover habilidades interpersonales básicas, recuperar habilidades y mejorar la socialización (comunicar claramente, expresar sentimientos, escuchar a los otros o ofrecerse apoyo, discriminar aspectos de uno mismo desagradables,

experimentar lazos amistosos, etc.). Tolerar la frustración y afectos displacenteros sin reaccionar de manera destructiva.

— Reconocer las propias emociones.

— Evaluar posibles conexiones entre síntomas psiquiátricos y acontecimientos o sucesos internos o externos.

— Narrar las experiencias psicóticas. Desingularización de la psicosis

TEMÁTICA GRUPAL

— Incidentes que motivan la demanda y la derivación, recorridos institucionales.

— Relato de experiencias sobre la medicación, sobre los ingresos, sobre su visión de la enfermedad, sobre las relaciones asistenciales, sobre las experiencias terapéuticas previas.

— Discursos que tienen en común la negación, su actitud respecto a la terapia que reincidentemente aparece como de obligatoriedad. La persecución. Aunque se hable de los síntomas, raramente éstos se explican bien, raramente las personas hablan con detalle de sus delirios, de sus alucinaciones, de lo que sucedió en los ingresos, la comunicación que se suele dar es escasa y muy controlada.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

— Favorecer la comunicación, favoreciendo el desvelamiento y el intercambio de opiniones (12).

— Hacer que se tengan en cuenta y que puedan escucharse.

— La intervención ha de contemplar el mantenimiento y la potenciación de la autoestima, estando atentos a que la experiencia grupal no adquiera características traumáticas.

— Preguntar por metas personales, intereses, gustos, valores y creencias, opiniones positivas y negativas. Haciéndolo contribuimos a la reformulación de un sentido de uno mismo más sano, mostrándoles que ellos son bastante más que su enfermedad.

— Fomentar que hablen de la experiencia de su enfermedad, y del cómo han luchado contra ella.

— Estimular que compartan los sentimientos dolorosos relacionados con la enfermedad y los tratamientos recibidos. Ayudarlos a explicitar las explicaciones que se dan de su enfermedad y su evolución.

PSICOTERAPIA DE GRUPO. SEGUNDO NIVEL. Grupos de profundización.

ENCUADRE:

Duración: un curso escolar (9 meses).

Frecuencia: un día a la semana durante una hora y media.

Lugar: Sala de grupos del centro de día.

Tarea: Reflexionar colectivamente sobre su situación, sobre sus dificultades de la vida cotidiana, o en las relaciones con los demás, y sobre los posibles proyectos.

N.º de integrantes: De 6 a 10.

Roles: equipo coordinador, observador e integrantes.

CARACTERISTICAS DE LOS INTEGRANTES:

— Pacientes que se puedan beneficiar de un tratamiento más intensivo. La alianza terapéutica ya está construida. Aceptación e interiorización del encuadre grupal.

— Pacientes con capacidad psicológica suficiente para analizar eventuales contenidos que han conducido o agravan la enfermedad.

— Pacientes con una mínima capacidad de cooperar en el tratamiento de grupo.

OBJETIVOS GRUPALES:

— Elaboración del duelo por la enfermedad mental y recuperar una representación de uno mismo estimada.

— Analizar el impacto del TM.

— Motivar al paciente y trabajar el estigma interno.

— Lograr un papel más activo del paciente en el proceso terapéutico.

- Revisar los estilos de afrontamiento.

TEMATICA GRUPAL:

- Pérdidas por la enfermedad mental.
- Sentimientos de exclusión y estigmatización (interna y externa). Discursos autodegradantes y de vergüenza respecto a su condición.
- Mecanismos de defensa y estrategias de *coping*.
- Problemas en los grupos familiares.
- Mayor expresión de aspectos sanos de uno mismo.
- Mayor discriminación en la exposición de síntomas delirio, alucinaciones, etc. (se observa manifiestamente un menor miedo a contar esas experiencias).
- Proyectos de recuperación en el terreno social, residencial o laboral.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS:

- Cuestionar la identificación con el «rol de paciente».
- Ir ablandando las distintas formas de negación.
- Estar atento a los discursos autodegradantes, de vergüenza y la relación de estos con el retraimiento y la evitación social.
- Estimular en el grupo aquellos comentarios que reflejen una visión más aceptadora y tranquilizadora de uno mismo, lo cual no hay que confundir con estrategias evitativas, banalizadoras (12) o de negación del trastorno mental y sus pérdidas.
- Animarles a hablar cómo eran ellos antes de la enfermedad. Ayudar al paciente a traer a la memoria alguna evidencia y recuerdos autobiográficos específicos congruentes con la sensación de participación activa y de dominio, lo que les permite descubrir una parte de sí mismos, que les hace sentirse bien. Todo ello les permite hacer valoraciones de sí mismos positivas alternativas a las vigentes (13).
- Denunciar el discurso totalizante.
- Demoler la severidad de la conciencia crítica.
- Reencontrar los propios ideales.

— Fijar metas posibles de alcanzar.

— Recuperar el propio pensamiento, desalojar a los personajes y a las personas que colonizan y parasitan su mente. La desidentificación se concibe como cuestionamiento de códigos alienantes más que de personajes o figuras. Toma de conciencia de reglas y códigos identificatorios.

— El poner atención en conservar y ejercer las buenas capacidades que no se han perdido mitiga la herida narcisista y ayuda a realizar un buen duelo. Debe estar consciente de los recursos positivos con que aún cuenta, es decir, las capacidades que conserva y que debe ejercer y cuidar y así evitar sentirse una ruina humana sin valor.

— Damos importancia primordial a la actividad de la rememoración, como forma de ponerse en contacto con uno mismo y poder rescatar las cosas hechas y vividas a lo largo de la vida (13).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BA, G. y PESERICO, M. (1988). «Criteri di composizione di un gruppo di discussione con pazienti psichiatrici». En: Ferrari, G; Masina, L; Merani, A. *La riabilitazione di malato mentale*. Ed. Clueb.
- (2) FERRARA, M.; GERMANO, G.; ARCHI, G. (1990) *Manuale della riabilitazione in psichiatria*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- (3) THORGAARD, L. y ROSENBAUM, B. (2008). «Esquizofrenia: Patogénesis y terapia». En: Johannessen J. O., Martindale B. V., Cullberg, J. *Evolución de la psicosis*. Herder Ed.
- (4) CORREALE, A. y NICOLETTI, V. (2001). *Il gruppo in psichiatria*. Ed. Borla.
- (5) PICHON-RIVIÈRE, E. (1975). *El proceso grupal*. Ed. Nueva Visión.
- (6) LOMBARDO, A. (2004). *La comunità psicoterapèutica*. Ed Franco Angeli.
- (7) KANAS, N. (1998). «Terapia grupal con esquizofrénicos». En: *Terapia de grupo*. McGraw Hill.
- (8) N. STONE, W. (1998). «Terapia grupal con enfermos mentales crónicos». *Terapia de grupo*. McGraw Hill.

- (9) VICO CANO, D. (1994). «Trabajo con psicóticos». Revista Área 3. Nº 0, 27-41.
- (10) SOTO RIVADENEYRA, Y. y VICO CANO, D. «Breve historia de un Grupo Psicoterapéutico» Seminarios de la Unidad de Docencia y Psicoterapia 1993-1994.
- (11) TARI GARCÍA, A.; FERRER DUFOL, C. y PÉREZ PASCUAL, M. (2003). «Sobre los grupos y la rehabilitación». *AMRP*, 15-16, 63-67.
- (12) GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. y GARCÍA CABEZA, I. «Psicoterapia de grupo para pacientes psicóticos». Taller n.º 1. XIII CURSO ANUAL DE ESQUIZOFRENIA. 9-11 de octubre de 2008. Madrid.
- (13) GUMLEY, A. et al. (2008). *Volver a la normalidad después de un trastorno psicótico*. Ed. Desclée de Brouwer.

1. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO

1. Introducción

Para iniciar la aproximación al concepto de cronicidad en psiquiatría, una primera definición operativa de crónico podría referirse a *aquellas personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación con aspectos de su vida diaria, y que además dificultan el desarrollo o mantenimiento de su autosuficiencia económica.*

El tratamiento dado a la cronicidad, su conceptualización y la respuesta asistencial ofrecida es una discusión permanentemente vigente en la comunidad científica de salud mental.

Sin duda, se trata de un concepto muy controvertido, que ha generado multitud de definiciones con diferentes matices, pero en cualquier caso, se refiere a enfermos que no han logrado la restitución a través del empleo continuado de medios terapéuticos. Esto evidencia las limitaciones que tanto la psicoterapia como los psicofármacos presentan en el área de las enfermedades mentales.

En principio, podemos decir que para la definición y el trabajo con las personas afectadas de un trastorno mental crónico, lo que importa valorar es, sobre todo, la persistencia y extensión de las limitaciones, porque, en definitiva, eso es la *cronicidad*, una *limitación esencial, que se extiende a lo largo de la vida de un enfermo.*

El concepto de cronicidad puede quedar más claramente definido si previamente hacemos una descripción más detallada de quién es el *enfermo mental crónico*. Antes, el enfermo mental crónico estaba casi inequívocamente asociado al de la persona que debía residir en un Hospital Psiquiátrico. Con la Reforma Psiquiátrica, el concepto de cronicidad ha adquirido otro significado, ya que se

trata de personas con una enfermedad mental grave y de larga duración, que pueden vivir con aceptable calidad de vida en cualquier medio social normalizado.

Lieberman (1988) ha definido al enfermo mental crónico como *aquella persona que presenta un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno afectivo mayor y con dependencia económica externa (familia, asistencia social, etc.)*. Establece tres dimensiones para definirlos: el diagnóstico (síndrome clínico), el funcionamiento social (nivel de competencia social) y la duración crónica (extensión en el tiempo).

La APA (1980) define al enfermo mental crónico como *aquellas personas que padecen psicosis esquizofrénicas, orgánicas o trastornos afectivos recurrentes, que generan incapacidades de larga duración, necesidad de dependencia extrema, alta sensibilidad al estrés y dificultades para afrontar las demandas de la vida diaria*. Como consecuencia de sus trastornos mentales y de la falta de competencia social para compensar sus dificultades, estos pacientes pueden presentar aislamiento social, falta de habilidades para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana, hospitalizaciones frecuentes, problemas de integración laboral, dificultades económicas, falta de recursos para vivienda o alojamiento, etc.

La definición más ampliamente aceptada por los clínicos es la de Goldman y cols. (1981), *enfermos mentales crónicos son aquellas personas que sufren ciertos trastornos mentales (síndromes cerebrales orgánicos, esquizofrenia, trastornos depresivos, maniacodepresivos recurrentes y psicosis paranoides o de otro tipo), además de otros trastornos que pueden llegar a ser crónicos y erosionan o impiden el desarrollo de la propia autosuficiencia económica*.

La enfermedad mental crónica se caracteriza, en general, por un curso largo con recaídas, y a veces deterioro progresivo. Estas recaídas son las que requieren frecuentes ingresos hospitalarios, que en algunos casos son de larga estancia y con aumento del deterioro. El mismo deterioro progresivo contribuye a la desubicación sociocultural del enfermo, el aislamiento social y, por ende, a convertirse en un factor de riesgo añadido para la aparición de nuevas crisis. La recaída frecuente con episodios psicóticos agudos, el desarrollo de deterioro crónico o ambas cosas, conducen con probabilidad a la inhabilitación social. Otros factores que pueden conducir al desarrollo de un grado elevado de inhabilitación social, que se pueden corregir o prevenir en cierto grado, son los ambientes sociales hostiles o con carencias, la falta de oportunidades para desarrollar aptitudes sociales o vocacionales, los estigmas, la pobreza, el desempleo, el desamparo y otras experiencias desfavorables semejantes, ocurridas antes y/o después

del episodio psicótico. El tratamiento con neurolépticos, aunque ha contribuido a mejorar los síntomas positivos de los pacientes psicóticos y, con ello, a favorecer la desinstitucionalización, no ha sido suficientemente eficaz para conseguir completar el proceso de adaptación de estos pacientes.

Para hablar de las características de los enfermos mentales crónicos es conveniente mencionar el modelo de rehabilitación en la incapacidad psiquiátrica de Liberman (1988, 1992), ya que nos puede ayudar a determinar con claridad cuáles son las dificultades con las que se enfrentan los enfermos crónicos y el porqué de las diferentes formas de actuación.

A modo de resumen hay que decir que actualmente, el término de paciente mental crónico es utilizado para definir a un extenso grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental grave de larga duración. Pero, bajo este mismo epígrafe es posible encontrar a una gama extensa y heterogénea de pacientes con una serie de características y necesidades muy diferentes. Existe un consenso generalizado acerca de la necesidad de delimitar correctamente esta población con el fin de identificar sus necesidades y poder diseñar programas de atención y soporte ya que estos pacientes presentan una problemática muy compleja, no sólo por la psicopatología que les caracteriza sino por las dificultades en el funcionamiento psicosocial que presentan y que les dificultan su integración en la comunidad.

En el ámbito de la salud mental la palabra cronicidad tiene unas claras connotaciones negativas y estigmatizantes, razón por la que actualmente se utiliza el término trastorno mental severo (TMS).

2. CONCEPTO TRASTORNO MENTAL SEVERO

El término trastorno mental severo (TMS) agrupa a los trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social.

Hasta el momento actual no se han desarrollado unos criterios constantes y homogéneos que definan el trastorno mental severo, una de las definiciones más consensuadas es la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU. en 1987 (NIMH; 1987), que incluye tres dimensiones:

- **Diagnóstico:** Incluye a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de personalidad.

- Duración de la enfermedad y del tratamiento: Se ha utilizado como criterio un período de dos años de duración de tratamiento y no de la enfermedad ya que es frecuente que exista un período premórbido o incluso con sintomatología activa sin tratar, que es difícil de delimitar en el tiempo.

- Presencia de discapacidad: Disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning, APA, 1987), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

Suelen presentar déficit en alguna o en varias de las siguientes áreas que se deben tener en cuenta a la hora de valorar la severidad de la pérdida de desempeño social:

- *Autocuidados*: Higiene personal y vestido, manejo en su entorno, alimentación, hábitos de vida saludables, etc.

- *Autonomía*: Grado de autonomía personal en actividades de la vida diaria, manejo del dinero, uso de transportes, ocupación del ocio y tiempo libre, dependencia económica y desempeño social y laboral.

- *Autocontrol*: manejo de situaciones de estrés, competencia personal, control de impulsos, etc.

- *Relaciones interpersonales*: red social limitada, manejo de situaciones sociales, habilidades sociales.

- *Ocio y tiempo libre*: actividades recreativas, interés-motivación y disfrute de las mismas.

- *Funcionamiento cognitivo*: atención, percepción, concentración y procesamiento de información.

Estas discapacidades o dificultades en el funcionamiento psicosocial generan problemas para el desempeño de los roles sociales, y en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social...) originan un riesgo de desventaja social y marginación.

2.1. Características del TMS

Las personas con trastorno mental severo presentan problemas muy complejos que no se reducen a la sintomatología psicopatológica, sino que afectan así mismo, a otros aspectos importantes de la persona, como son el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad.

Las características comunes que definen a las personas con trastorno mental severo son:

- Mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Dificultades para la interacción social, pérdida de redes sociales de apoyo que en muchos casos, se limitan sólo a la familia y situaciones de aislamiento social.
- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales.
- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para la plena integración social y favorece la dependencia económica, la pobreza y marginación.

No debemos olvidar que, aunque se compartan problemas más o menos comunes, éstos se concretan en cada persona de un modo particular e individualizado en función de la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y la vida de cada uno de ellos, así como en función de la atención y servicios que reciben.

2.2. Abordaje psicoterapéutico

El grado de discapacidad y gravedad de la persona con trastorno mental severo de larga duración varía a lo largo de un *continuum*, desde situaciones de completa remisión sintomatológica y un nivel de funcionamiento normal, independiente e integrado socialmente, hasta personas en las que la severidad de su psicopatología y el grado de su deterioro personal harán necesarios una atención intensa y una supervisión constante. Incluyendo también a personas con recaídas periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento y que

requieren no sólo atención y tratamiento psicofarmacológico sino también programas de rehabilitación y apoyo social que les permitan recuperar su autonomía y mantenerse en la comunidad del modo más independiente e integrado posible.

Las limitaciones de los tratamientos farmacológicos y los abordajes psicoterapéuticos tradicionales para mejorar las discapacidades funcionales de estos pacientes hacen imprescindible la rehabilitación psicosocial. El objetivo fundamental del tratamiento farmacológico es la mejora de la enfermedad, la reducción de síntomas y la estabilización psicopatológica; por el contrario, el foco principal de la rehabilitación es el funcionamiento de la persona en su entorno: la mejora de sus capacidades personales y sociales, el apoyo al desempeño de los diferentes roles de la vida social y comunitaria, la mejora de la calidad de vida de la persona afectada y de su familia, y el apoyo a su participación social en la comunidad de la manera más activa, normalizada e independiente que sea posible.

Por tanto, es importante un abordaje terapéutico integral que abarque de forma global al enfermo y su entorno. Éste incluye el tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y la rehabilitación psicosocial:

- Tratamiento farmacológico: Principalmente se utilizan psicofármacos dirigidos a la disminución de síntomas positivos y negativos, así como a la estabilización psicopatológica. Es necesario trabajar la adherencia al tratamiento para asegurar el cumplimiento terapéutico que evite o disminuya recaídas.
- Tratamiento psicoterapéutico: Orientado a los problemas y manifestaciones clínicas y sus repercusiones en el funcionamiento habitual (terapia conductual, asertiva...).
- La rehabilitación psicosocial o rehabilitación psiquiátrica: Se define como aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible (Rodríguez, A. 1997).

3. METODOLOGÍA Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

La intervención en rehabilitación psicosocial incorpora diferentes estrategias extrapoladas del campo de la psicología del aprendizaje social, la modificación de

conducta, la intervención social y los recursos humanos. Combina el entrenamiento y desarrollo de las habilidades que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad, con actuaciones sobre el ambiente como la psicoeducación, asesoramiento a las familias y desarrollo de soportes sociales (Lieberman 1988/1993).

Los principales componentes de la intervención en rehabilitación psicosocial son los siguientes (Anthony, Cohen y Farkas, 1982; Farkas y Anthony, 1989):

- Evaluación funcional de las discapacidades y habilidades del usuario en relación con las demandas ambientales de su entorno concreto.
- Planificación sistemática, estructurada y flexible de todo el proceso de rehabilitación con cada usuario.
- Implicación y participación activa del sujeto y de su grupo de apoyo en todas las fases del proceso de rehabilitación.
- Entrenamiento específico, flexible y contextualizado de las habilidades que el sujeto necesita para manejarse en los diferentes ambientes concretos que configuran su entorno comunitario.
- Evaluación e intervención sobre el ambiente específico (físico y social) del sujeto para compensar las discapacidades existentes, promover su rehabilitación y ofrecer oportunidades de mejora de su integración social.
- Seguimiento, monitorización y apoyo del usuario en los diferentes contextos de su vida real.
- Intervención enfocada desde una perspectiva multidisciplinar y realizada en equipo.
- Coordinación y colaboración coherente entre los diferentes equipos y servicios que atienden al usuario.
- Evaluación planificada y sistemática de los resultados alcanzados y utilización de las mismas para el ajuste de objetivos e intervenciones.

4. PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN (PIR)

La rehabilitación se lleva a cabo a través de un proceso individualizado, centrado inicialmente en la evaluación funcional de la persona, que puede realizarse a través de diferentes escalas (*HONOS*: Health of the Nation Outcomes Scales, *PSP*: escala de funcionamiento personal y social u otras escalas validadas). Posteriormente se elabora el plan individual de rehabilitación (PIR), en el que se establecen los objetivos y los programas de intervención que combinen, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de habilidades y competencias para funcionar de modo efectivo en la comunidad y por otro, actuaciones sobre el ambiente, como psicoeducación y asesoramiento a las familias, desarrollo de soportes sociales y apoyos necesarios para fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial. Los programas de intervención más frecuentes son:

- Autocuidados.
- Actividades de la vida diaria.
- Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas.
- Psicoeducación. Autoadministración de medicación. Prevención de recaídas.
- Rehabilitación cognitiva.
- Ocio y tiempo libre.
- Habilidades de autocontrol y manejo del estrés.
- Integración en la comunidad.
- Integración laboral.

Las claves que hay que destacar para que los programas de rehabilitación sean eficaces son:

1. Estabilidad
2. Coordinación
3. Foco de entrenamiento
4. Relación persona/medio
5. Adaptación

6. Deseos e intereses de los pacientes
7. Metodología asertiva
8. Responsabilidad de los usuarios
9. Trabajo en vivo
10. Normalización
11. Individualización
12. Planificación

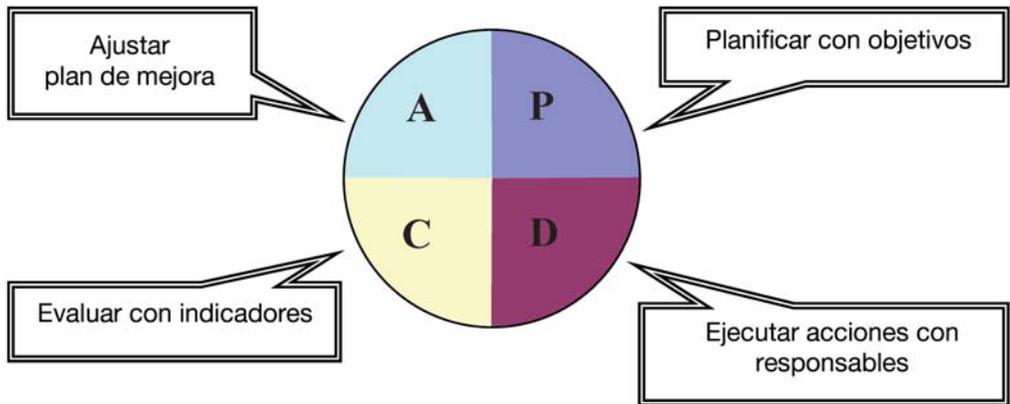
En cuanto al diseño de programas de intervención grupal, incluiremos para su elaboración:

- Introducción
- Objetivos generales y específicos
- Objetivos individuales
- Contenido
- Metodología
- Evaluación

Asimismo, es muy importante la selección de candidatos para el grupo, en los que hay que valorar:

- La necesidad del programa
- Las capacidades cognitivas
- La psicopatología
- La motivación del paciente
- La relación con el PIR
- La frecuencia, horario, duración
- El estrés para el paciente

Para obtener los resultados óptimos en las intervenciones se puede aplicar el ciclo de mejora continua (PDCA).



Intervenciones terapéuticas de la rehabilitación psicosocial

1. Cuidados de enfermería en salud mental

Nuestra misión como enfermeras en salud mental es proporcionar los cuidados necesarios al paciente y familia, ayudándoles a potenciar sus capacidades y recursos, para que puedan ejercer su autocuidado, tener autonomía y lograr su rehabilitación y reinserción en la vida social, teniendo siempre en cuenta las necesidades, creencias y valores de los pacientes y familias a través de:

— Programas psicoeducativos y/o de educación sanitaria en:

- Adherencia al tratamiento.
- Conciencia de enfermedad.
- Actividades de la vida diaria.
- Autocuidado.
- Afrontamiento individual eficaz (técnicas de relajación, u otras técnicas).
- Adaptación a la situación.

— Programas de reeducación, rehabilitación y mantenimiento a nivel cognitivo, habilidades sociales y actividades recreativas.

— Programas sobre la alteración del mantenimiento de la salud (consumo de tóxicos, hábitos de vida saludables...).

— Intervenciones de apoyo a las familias y psicoeducación.

La valoración de enfermería es la etapa esencial y más importante dentro del proceso de atención de enfermería y además es un instrumento que aporta datos importantes a la hora de realizar la evaluación funcional de la persona para diseñar el PIR. Por lo tanto, es perfectamente complementario con dicho programa o metodología. Para realizar la valoración se pueden elegir diferentes modelos teóricos, mencionaré el modelo de necesidades de Virginia Henderson y los patrones funcionales de salud de Margory Gordon.

Necesidades de Virginia Henderson:

1. Oxigenación
2. Nutrición
3. Eliminación
4. Movilización
5. Sueño-reposo
6. Vestirse-arreglarse
7. Termorregulación
8. Higiene y protección de la piel
9. Seguridad
10. Comunicación
11. Religión o creencias
12. Realizarse
13. Actividades recreativas
14. Aprender

Patrones de salud de Margory Gordon:

1. Patrón percepción / manejo de la salud
2. Patrón nutricional / metabólico

3. Patrón eliminación
4. Patrón actividad / ejercicio
5. Patrón sueño / descanso
6. Patrón cognitivo / preceptual
7. Patrón autopercepción / autoccepto
8. Patrón Rol / Relaciones
9. Patrón sexualidad / reproducción
10. Patrón adaptación / tolerancia al estrés
11. Patrón valores / creencias

En la metodología de trabajo utilizamos la taxonomía enfermera: NAND, NOC y NIC. Esta taxonomía nos ayuda a unificar el lenguaje profesional de los profesionales de enfermería, consolidar la disciplina enfermera y además, facilita la comparación, la discusión e investigación.

La taxonomía enfermera NANDA (North American Diagnosis Association), realiza una organización sistemática de los diagnósticos de enfermería. Según la NANDA, el diagnóstico de enfermería, es un juicio clínico sobre una respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.

La taxonomía enfermera NOC (Nursing Outcomes Classification) realiza una organización sistemática de resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones. Según la taxonomía NOC resultado es un estado, comportamiento o percepción del individuo, familia o comunidad, que se mide en un continuo y que se puede atribuir a las intervenciones de enfermería.

La taxonomía NIC (Nursing Intervention Classification) realiza una organización sistemática de las intervenciones de enfermería en función de las similitudes de lo que se puede considerar como estructura conceptual. Según la taxonomía NIC, intervención de enfermería es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades de enfermería.

2. Entrenamiento en habilidades sociales.

Comprende técnicas de entrenamiento y de habilidades interpersonales actuando sobre componentes de la conducta, utilizando el modelado, el ensayo de conducta, la representación de papeles, la retroalimentación positiva y correctora, los refuerzos y las prácticas *in vivo*, con el objetivo de conseguir una comunicación social eficaz, reforzar la competencia social y reducir el estrés de las personas con TMS.

Existe acuerdo general en que el entrenamiento en habilidades es moderadamente efectivo para mejorar el funcionamiento social, pero con menor incidencia sobre los síntomas y las recaídas. Por ello, frecuentemente se combina con técnicas de psicoeducación y de manejo de la enfermedad, incluyendo aspectos como el manejo de la medicación o el afrontamiento de síntomas (podríamos citar como ejemplo los módulos de entrenamiento en habilidades sociales del Profesor Liberman).

5. CONCEPTO GENERAL DE HABILIDAD SOCIAL Y SUS COMPONENTES

La habilidad social es la capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que optimicen la influencia interpersonal y la resistencia a la influencia interpersonal no deseada (eficacia en los objetivos), mientras que al mismo tiempo optimiza las ganancias y minimiza las pérdidas en la relación con la otra persona (eficacia en la relación) y mantiene la integridad y sensación de dominio (eficacia en el respeto a uno mismo).

El concepto de conducta socialmente habilidosa implica la especificación de tres componentes de la habilidad social: una dimensión conductual (el tipo de habilidad). Una dimensión personal (las variables cognitivas) y una dimensión situacional (el contexto ambiental). Una respuesta socialmente habilidosa sería el resultado final de una cadena de conductas que empezaría con una recepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, seguiría con el procesamiento flexible de estos estímulos para generar y evaluar las posibles opciones de respuesta, de las cuales se seleccionaría la mejor, y terminaría con la emisión de respuesta apropiada, expresión de la opción escogida.

Clases de respuestas más estudiadas:

Dentro del concepto definido con anterioridad, hay una serie de respuestas que han sido más estudiadas en el entrenamiento en habilidades sociales.

- Hacer cumplidos
- Aceptar cumplidos
- Expresar amor, agrado y afecto
- Iniciar y mantener conversaciones
- Defender los propios derechos
- Rechazar peticiones
- Expresar opiniones personales incluido el desacuerdo
- Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado
- Petición de cambio de conducta del otro
- Disculparse o admitir ignorancia
- Afrontar las críticas

Este tipo de habilidades sociales, podemos denominarlas habilidades generales que se ponen en marcha en las diferentes relaciones interpersonales y que proporcionan una comunicación efectiva.

5.1. Los componentes de la habilidad social

La habilidad social se puede dividir en varios componentes: de expresión no verbal y paraverbal, cogniciones, y los componentes verbales.

Esquemáticamente:

1. Componentes conductuales (comunicación no verbal): mirada, expresión facial, sonrisas, postura corporal, gestos, distancia, contacto físico, apariencia personal.
2. Componentes cognitivos: percepciones sobre ambientes, variables cognitivas del individuo.

3. Componentes paralingüísticos.

4. Componentes verbales.

Los más tenidos en cuenta para calificar una conducta como socialmente habilidosa son: la mirada, el contacto ocular, la conversación, el contenido y la fluidez, la duración, la calidad de la voz, los gestos con las manos.

Los componentes cognitivos:

Además de los componentes conductuales (más conocidos por todos y más evidentes en la comunicación interpersonal), es importante dedicar unas líneas a los componentes cognitivos: son los componentes de pensamiento, de la percepción, del conocimiento y del procesamiento.

a) Percepciones sobre los ambientes:

El cómo perciba el individuo el ambiente que le rodea, va a influir de forma directa en el tipo de respuesta que ponga en marcha.

b) Variables cognitivas del individuo.

1. Competencias cognitivas:

Esta variable de la persona se basa en la capacidad para transformar y emplear información de forma activa y para crear pensamiento y acciones (como en la solución de problemas).

2. Estrategias de codificación y constructos personales:

Las personas pueden realizar fácilmente transformaciones cognitivas de los estímulos, de las situaciones, el ambiente..., centrándose en aspectos seleccionados de los mismos: esa atención, interpretación y categorización selectiva cambia el impacto que ejerce el estímulo o la situación sobre la conducta. Esto quiere decir que el modo en que codificamos y selectivamente atendemos, influye en lo que aprendemos y posteriormente hacemos.

3. Expectativas:

Predicciones del individuo sobre las consecuencias de la conducta, de tal forma que guían la elección entre las posibles diferentes respuestas:

- Expectativas positivas.
- Expectativas negativas.

4. Valoración subjetiva de la respuesta del otro:

En función de las experiencias anteriores las preferencias, los gustos, escala de valores previos que tiene el individuo.

5. Sistemas de autorregulación (evaluación de la conducta realizada). Sería la propia retroalimentación que hace el individuo al evaluar las consecuencias de la acción, de la conducta realizada, podemos dividirlo en (de forma positiva o de forma negativa):

- Autoobservación apropiada.
- Auestima, autoverbalizaciones.
- Integración de la estrategia de afrontamiento.

En conclusión, el entrenamiento en habilidades sociales es un enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la capacidad de afrontamiento y la competencia de actuación en situaciones críticas de la vida.

5.2. Las técnicas básicas del entrenamiento en habilidades sociales

Esquema:

1. En ensayo de conducta. Descripción del problema.
2. El modelado.
3. Instrucciones (aleccionamiento).
4. Retroalimentación y refuerzo.
5. Tareas para la casa.
6. La resolución de problemas.
7. La generalización.

6. PSICOEDUCACIÓN

La psicoeducación es el aprendizaje del proceso o trastorno que la persona padece, así como la adquisición de habilidades para afrontar las consecuencias de la enfermedad en cada caso.

Según Barten (1984)

la psicoeducación es el uso de técnicas, métodos y enfoques educativos cuyo objetivo es la recuperación de los efectos discapacitantes de la enfermedad mental o como un complemento al tratamiento del enfermo mental, generalmente sin ser enmarcado en un tratamiento continuo o como formando parte de un programa de investigación.

Goldman (1988) la define como

la educación o entrenamiento de una persona con un desorden psiquiátrico en varias áreas, que sirve para alcanzar metas de tratamiento y rehabilitación, por ejemplo aumentar la aceptación de una persona de su enfermedad, promover su cooperación activa con el tratamiento y la rehabilitación, y aumentar sus habilidades de afrontamiento de forma que compensen las deficiencias causadas por el trastorno psiquiátrico.

Los objetivos de la intervención psicoeducativa descritos por Rebolledo y López Heredia (1990) se caracterizan por:

- Proveer a los participantes de una información actualizada y comprensible de la enfermedad, enfatizando la relación entre vulnerabilidad biológica y psicosocial y la susceptibilidad del paciente al estrés y la sobreestimulación.
- Enseñar a los participantes a discriminar los síntomas y los pródromos. A valorar la medicación como factor de protección y a reconocer sus efectos secundarios e informar de ello al psiquiatra.
- Incrementar en los pacientes la comprensión y habilidades de afrontamiento al estrés ambiental, considerando como un factor de riesgo el consumo de tóxicos y los cambios en las circunstancias habituales de la vida cotidiana.
- Crear una alianza entre usuarios, familiares y profesionales.
- Identificar y potenciar los recursos en los afectados para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, fomentando la conciencia y control de los síntomas y comportamientos disfuncionales.
- Proveer a los participantes un ambiente de enseñanza y apoyo socio-afectivo continuado y prolongado en el tiempo para favorecer la generalización de los logros del paciente y su familia.
- Provocar en las personas afectadas la superación del estigma y el aislamiento que conlleva el trastorno.

— Ofrecer esperanzas realistas basadas en los logros de la investigación.

Los contenidos de los programas psicoeducativos van a depender de los objetivos que haya que lograr, así como de los destinatarios. Los elementos esenciales de las intervenciones psicoeducativas con familiares son:

1. Provisión de información estructurada y actualizada sobre la naturaleza y características de la enfermedad, fomentando la participación y discusión.

2. Asesoramiento y mejora de la resolución de problemas en el manejo de la enfermedad, centrándonos en las situaciones más conflictivas.

3. Mejora de la comunicación verbal, realizando entrenamiento en estilos de comunicación eficaz con mensajes claros y sencillos evitando descalificaciones y comentarios negativos hacia las conductas o actitudes del enfermo, disminuyendo la emoción expresada en familias de alta emoción expresada.

4. Reforzamiento y mejora de las actitudes de afrontamiento ante los sentimientos de estigma, desmoralización y aislamiento a los que se enfrentan frecuentemente, tanto las personas que sufren trastorno mental severo como sus familiares. Es de utilidad fomentar el asociacionismo y potenciar las relaciones fuera del núcleo familiar.

5. Establecimiento de un marco terapéutico estable que posibilite una mayor confianza en el equipo terapéutico y una actitud de cooperación y corresponsabilización en el plan global de tratamiento: «alianza terapéutica».

6. Acceso a terapias familiares, valorando la necesidad en cada caso.

Objetivos de las intervenciones psicoeducativas familiares:

— Reducir el riesgo de recaídas.

— Fomentar la adherencia al tratamiento.

— Mejorar el funcionamiento social.

— Disminuir los niveles de estrés y carga familiar.

— Disminuir la Emoción Expresada.

— Fomentar la alianza terapéutica, huyendo de actitudes que generen sentimientos de culpa o estigmatización.

La psicoeducación grupal se puede trabajar a través de talleres diseñados según las necesidades del paciente y los objetivos marcados en el PIR. A continuación expongo alguno de ellos, que tomando como referencia los módulos de Liberman han sido adaptados a los pacientes y al contexto asistencial en el que se realiza la intervención psicoeducativa.

7. MÓDULO PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

OBJETIVOS:

Reconocer y controlar los síntomas de la enfermedad con la ayuda de los profesionales y personas de apoyo.

Cuatro áreas de habilidad:

1. Cómo identificar señales de aviso. Aprender:

- Cuáles son las señales de aviso de recaída más habituales.
- Cómo identificar las señales de aviso personales o propias.
- Cómo registrar las señales de aviso personales con ayuda de otras personas.

2. Qué hacer cuando aparecen las señales de aviso. Aprender:

— Obtener ayuda de los profesionales de la salud para que le expliquen la diferencia entre las señales de aviso, los síntomas persistentes, los efectos secundarios de la medicación y las variaciones en el humor.

— Utilizar técnicas para manejar sus señales de aviso.

— Desarrollar un plan de actuación.

3. Hacer frente a los síntomas persistentes. Aprender:

— Reconocer sus síntomas persistentes.

— Obtener ayuda de los profesionales de la salud para que le expliquen la diferencia entre los síntomas persistentes, las señales de aviso.

— Utilizar estrategias para afrontar sus síntomas persistentes.

— Registrar diariamente sus síntomas persistentes.

4. Evitar el alcohol y las drogas. Aprender:
 - Cuáles son los efectos nocivos del alcohol y de las drogas, y porqué es beneficioso evitarlos.
 - Cómo rechazar ofertas de alcohol y drogas.
 - Qué hacer ante la ansiedad, la depresión o la baja autoestima.
 - Cómo hablar sobre el consumo de alcohol y drogas con los profesionales de la salud.

8. MÓDULO MEDICACIÓN Y SU CONTROL

OBJETIVOS:

Fomentar la adherencia al tratamiento.

Utilización segura de los medicamentos.

Potenciar la autoresponsabilidad en la toma de la medicación.

Las cuatro áreas de habilidades:

1. Obtener información acerca de la medicación.
 - Llegar a entender cómo funcionan estos medicamentos, por qué se usan, el mantenimiento de la terapia y cuáles son los beneficios que se obtienen.
2. Saber cómo autoadministrarse correctamente.
 - Aprender los procedimientos apropiados para tomar la medicación y cómo evaluar diariamente la respuesta a la medicación.
3. Identificar los efectos secundarios de la medicación.
 - Aprender los efectos secundarios específicos que a veces ocurren como resultado de tomar la medicación y qué se puede hacer para aliviar estos problemas.
4. Tratar los temas de la medicación.
 - Practicar las maneras de conseguir ayuda cuando los problemas con la medicación ocurren, por ejemplo, cómo llamar al hospital o al médico y cómo contar los síntomas y el progreso.

9. TALLER HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

OBJETIVOS:

- Mejorar la comunicación.
- Fomentar las relaciones sociales.
- Adquirir pautas para la resolución de problemas cotidianos.

ÁREAS DE TRABAJO:

- Técnicas de comunicación verbal y no verbal.
- Metodología para la resolución de problemas.

10. TALLER AUTOCUIDADOS Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Son programas dirigidos a promover un funcionamiento independiente en las actividades de la vida cotidiana.

OBJETIVOS:

Tomar conciencia de la necesidad de cuidar la higiene y aspecto personal, así como, su influencia en la salud y autoestima y vida social.

Adquirir y/o recordar conocimientos teóricos y prácticos para realizar el autocuidado personal en diferentes áreas.

Potenciar habilidades que fomenten la autonomía personal en las actividades de la vida diaria.

Adquirir hábitos de vida saludables.

ÁREAS DE TRABAJO:

Higiene personal: piel, cabello, higiene dental...

Vestido: elección de ropa y calzado adecuado al clima, actividad, etc.

Recomendaciones...

Hábitos de vida saludables: alimentación, actividad física, sueños.

Habilidades domésticas:

Mantenimiento del hogar: limpieza, lavado y planchado de ropa, cocinar, fregar, etc. Realizar compras.

Manejo del dinero. Utilización adecuada de sus recursos económicos, según necesidades.

Utilización de recursos: medios de transporte, centros cívicos, recurso sociales, etc.

11. TALLER SOBRE AUTOESTIMA

OBJETIVOS:

— Desarrollar en los pacientes una imagen realista de sí mismos. Aprendiendo a valorarse positivamente.

— Promover una mayor confianza y amor por sí mismos.

— Promover su satisfacción personal, bienestar y autovaloración de sus logros.

— Fomentar la autoresponsabilidad y la autonomía personal.

— Aprender a reconocer las limitaciones ocasionadas por la enfermedad y reconocer sus capacidades para un funcionamiento normalizado.

ACTIVIDADES:

— Ejercicios estructurados, destacando los aspectos positivos de cada uno.

— Actividades en grupo en distintos ambientes.

— Elección de actividades en las que demuestren sus habilidades y sean elogiadas por los demás.

— Reforzar continuamente sus capacidades.

12. HABILIDADES DE AUTOCONTROL Y MANEJO DEL ESTRÉS

OBJETIVOS:

Identificar situaciones generadoras de estrés.

Mejorar la capacidad de adaptación a los cambios en la vida cotidiana.

Entrenamiento en técnicas de manejo del estrés y autocontrol.

INTERVENCIONES:

Técnicas para el autocontrol en situaciones estresantes.

Entrenamiento en relajación progresiva.

Ejercicios en grupo y generalización en situaciones reales en la vida de cada paciente.

Refuerzo positivo a los logros alcanzados.

Evaluación y seguimiento individual.

13. TALLER DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

OBJETIVOS:

— Fomentar la ocupación del tiempo libre en hobbies y actividades de interés para el paciente.

— Informar sobre actividades de ocio y tiempo libre y reforzar su participación.

— Favorecer actividades sociales.

— Fomentar actividades lúdico-recreativas y práctica de deporte en centros sociales, asociaciones, etc.

— Evaluar periódicamente el grado de satisfacción para readecuar las actividades.

ÁREAS DE TRABAJO:

- Información de los beneficios de la ocupación del tiempo libre en actividades satisfactorias.
- Identificación de hobbies y gustos personales.
- Dar a conocer ofertas de los diferentes recursos.
- Estimular la participación en las actividades elegidas.
- Reforzar positivamente su participación.
- Seguimiento y evaluación del grado individual de satisfacción del paciente.

La metodología y material utilizado para los talleres son:

METODOLOGÍA:

Sesiones grupales de una hora.

Frecuencia: recomendable 2 sesiones por semana.

Duración: el número de sesiones depende del contenido de cada módulo y el ritmo que requiere cada grupo.

Evaluación inicial y final.

MATERIAL:

Manual para el terapeuta.

Guía y documentación para el participante.

Presentación en power point.

Ordenador portátil y proyector.

Encuesta de evaluación.

CASO CLÍNICO

Juan Luis, de 32 años.

Ingresa en la Unidad de Rehabilitación, remitido de la Unidad de Media Estancia hospitalaria para intentar reconducir alteraciones de conducta y rehabilitación psicosocial. Está diagnosticado de esquizofrenia paranoide y síndrome de dependencia de múltiples tóxicos. Presenta descompensaciones frecuentes,

abandonos continuos del tratamiento y alteraciones del comportamiento de difícil tratamiento en el ámbito comunitario.

Escolarizado hasta los 14 años, con mal rendimiento escolar. No obtuvo el graduado escolar. Realizó un curso de formación profesional en la rama de electrónica, sin llegar a finalizarlo. Ha trabajado en diferentes talleres, en contratos de corta duración que se veían interrumpidos por las recaídas de la enfermedad y el abuso del consumo de tóxicos.

En la adolescencia comenzó a experimentar con el abuso de sustancias tóxicas: cannabis, alcohol, cocaína. Su primer contacto con la asistencia psiquiátrica fue a los 18 años. Desde entonces ha ingresado en 14 ocasiones en la Unidad de Corta Estancia del Hospital General y en 4 ocasiones en la Unidad de Media Estancia, por presentar recaídas frecuentes, consumo abusivo de tóxicos, abandono de la medicación y conductas agresivas en el entorno familiar.

En el domicilio familiar conviven los padres, Juan Luis y una hermana de 25 años. La relación familiar es insostenible, debido a la actitud agresiva y opositora de Juan Luis, de difícil manejo por parte de los padres, ya que no acepta la puesta de límites.

Al ingreso en la Unidad de Rehabilitación, se encuentra clínicamente estable, no acepta el ingreso y demanda volver pronto a su casa. Presenta nula conciencia de enfermedad y de los efectos nocivos del consumo de tóxicos.

Tras realizar valoración de enfermería según patrones funcionales, se detectan los siguientes problemas:

Patrón 1. Percepción manejo de la salud:

Alteración en el mantenimiento de la salud.

R/C dificultad para mantener un estilo de vida saludable y consumo abusivo de tóxicos.

Incumplimiento del tratamiento:

R/C falta de conciencia de enfermedad y de conocimientos y habilidades para llevar a cabo el régimen terapéutico.

Patrón 2. Nutricional metabólico:

No presenta disfunción o alteraciones.

Patrón 3. Eliminación:

Riesgo de estreñimiento.

R/C escasa actividad física, aporte insuficiente de fibra, malos hábitos alimentarios y tratamiento farmacológico.

Patrón 4. Actividad - ejercicio:

Déficit de autocuidados: higiene/vestido.

R/C apatía y falta de interés por su imagen.

Déficit de actividades recreativas.

R/C falta de motivación y desconocimiento de recursos.

Patrón 5. Sueño - reposo:

Deterioro del patrón del sueño.

R/C pensamientos que le producen ansiedad o terror.

Patrón 6. Cognitivo - perceptual:

Trastorno de los procesos del pensamiento.

R/C interpretación incorrecta de la realidad y falsas creencias.

Deterioro de la comunicación verbal.

R/C trastornos de la percepción y/o del pensamiento.

Patrón 7. Autopercepción - autoconcepto:

Riesgo de violencia dirigida a otros.

R/C sintomatología psicótica, incapacidad para el control de los impulsos y abuso de sustancias tóxicas.

Patrón 8. Rol - relaciones:

Deterioro de la interacción social.

R/C déficit de habilidades sociales, recursos personales inadecuados y conducta socialmente no aceptada.

Interrupción de los procesos familiares.

R/C prolongación de la enfermedad y agotamiento de los padres y falta de información para manejo de situaciones difíciles.

Patrón 9. Sexualidad -r eproducción:

No manifiesta alteraciones. Aunque verbaliza quejas de la medicación que a veces le provoca disfunción sexual.

Patrón 10. Adaptación - tolerancia al estrés:

Afrontamiento inefectivo

R/C sentimientos de falta de control, desconfianza de sus aptitudes para afrontar situaciones, inadecuación del apoyo social.

Patrón 11. Valores - creencias:

Déficit de valores.

BIBLIOGRAFÍA

- APA (1994). *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Masson.
- ARIAS, P.; CAMPS, C.; CIFRE, A.; CHICHARRO, F.; FERNÁNDEZ, J.; GISBERT, C.; GONZÁLEZ CASES, J.; MAYORAL, F.; MORO, J.; PÉREZ, F.; RODRÍGUEZ, A. (2002). «Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones». *Cuaderno técnico*, 6. AEN. Madrid
- LIBERMAN, R. P. (1986). *Habilidades sociales para vivir de forma independiente. Módulo de medicación y su control y prevención de recaídas*. Barcelona: Seny y Janssen-Cilag.
- (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Barcelona: Martínez Roca, 26-27.
- LUIS RODRIGO, M. T. (2006). *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica*. Barcelona: Elsevier.
- MCCLOSKEY, J.; BULECHEK, G. M. (2005). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 4.ª Edición. Madrid: Elsevier Mosby.
- MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. (2005). *Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC)*. 3.ª Edición. Madrid: Elsevier Mosby.

- MURUA NAVARRO, F. (2008). *Hospital Psiquiátrico y Salud mental Extrahospitalaria de Álava (Osakidetza). Misión y competencias de la enfermera en salud mental*. Vitoria: Junio.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSES ASSOCIATION NANDA. (2008). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008*. Madrid: Elsevier,
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (1992). *CIE-10 Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades (trastornos mentales y del comportamiento)*. Madrid: Meditor.
- OSAKIDETZA. SERVICIO VASCO DE SALUD. (2002). *Planes de cuidados estandarizados de enfermería en salud mental*. Bilbao: Osakidetza,
- REBOLLEDO MOLLER, S. (1997). «Rehabilitación psiquiátrica». Curso de Postgrado: Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos (Santiago de Compostela, noviembre de 1994-junio de 1995). Universidad de Santiago de Compostela.
- RODRÍGUEZ, A. (coordinador). (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide S. A.
- VERA HERRERA, F.; PELLEJERO RODRÍGUEZ, J. M.; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, A. (2002). *La rehabilitación psicosocial del enfermo mental crónico en Canarias*. Las Palmas: Época II n.º 49.
- VILLA PILLADO, L.; AREA CARIACEDO, R.; FERRO IGLESIAS, V.; GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ-VIGUERA, L.; JUSTO ALONSO, A.; SUÁREZ SUEIRO, M. J.; LÓPEZ ARES, S.; TUÑAS DUGNOL, M. L. (2007). «Revisión trastorno mental severo». *Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG*, 5.

LA MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO: LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

Gabriela Topa Cantisano

1. INTRODUCCIÓN

Una de las tareas más importantes de un profesional de la salud (terapeuta, médico, psicólogo, enfermera, etc.) es ayudar a las personas a cambiar aquellos comportamientos que son nocivos para su bienestar y a desarrollar otros que sean beneficiosos para su salud, entendida en sentido amplio. Pero ¿qué es lo que hace cambiar a las personas? Esta pregunta no tiene respuesta fácil. La motivación, o deseo de cambio, que lleve a modificar conductas y hábitos insanos puede depender de muchos factores. Como profesionales, necesitamos desarrollar habilidades que nos faciliten trabajar la motivación de los pacientes, puesto que de lo contrario no podremos contribuir a que éstos inicien y sostengan procesos de cambio duraderos (Lizarra y Arraya, 2001; Hettema, Steel y Miller, 2008).

2. ¿QUÉ ES LO QUE LLEVA A CAMBIAR A LAS PERSONAS?

Muchos profesionales parten de la idea de que la motivación del paciente para mejorar su vida a través del abandono de hábitos perjudiciales, o más bien la falta de tal motivación, es un problema de personalidad. Incluso se ha llegado a afirmar que los adictos poseen elevados niveles de ciertos mecanismos defensivos y, como consecuencia de ello, los métodos habituales de terapia no traspasan estos umbrales, siendo por lo tanto, ineficaces con ellos. En el mismo sentido, también se ha afirmado que estos pacientes tienen rasgos de personalidad (por lo tanto, características estables y muy difíciles de modificar) que les llevan a negar sus problemas. Estas ideas previas han orientado a muchos profesionales en la aplicación de procedimientos terapéuticos que se basaban en la confrontación con el paciente, que sometían a éste a situaciones extremas de sufrimiento y que, a la postre, muchas veces no lograban cambios, o éstos no resultaban duraderos.

Para comprender cómo ayudar a las personas a cambiar aquellos hábitos de vida que son insanos o perjudiciales para ellos y para su entorno, es necesario preguntarse primero qué es lo que lleva a cambiar a las personas. La respuesta es sencilla, pero compleja a la vez. La motivación para el cambio es, en definitiva, lo que lleva a cambiar a las personas. Sin embargo, esto nos remite a una nueva pregunta: entonces ¿qué es la motivación? Y, lo que es más importante, ¿cómo favorecer la motivación para el cambio?

Si recurrimos a uno de los manuales más difundidos sobre la motivación (Reeve, 2010), allí encontraremos que la motivación se relaciona con procesos que energizan y dirigen la conducta. Por energía entendemos la fuerza, intensidad y persistencia de la conducta. La dirección implica que el comportamiento está orientado hacia el logro de una meta particular. El origen de ambos procesos se sitúa en la persona y en el ambiente, más concretamente en la interacción entre el primero y el segundo. Los motivos son experiencias internas —necesidades, cogniciones y emociones— que dan energía a ciertas tendencias individuales de acercamiento y evitación hacia determinados objetos. El ambiente, por su parte, proporciona un amplio abanico de eventos externos, que se transforman en incentivos ambientales porque atraen o repelen a la persona y que determinan que ésta comprometa o no su conducta en una dirección u otra.

Las necesidades son condiciones internas de la persona que resultan para conservar la vida y el bienestar, por ejemplo, el hambre y la sed son dos estados motivacionales que surgen a partir de las necesidades fisiológicas de comida y agua. Ambos son esenciales y necesarios para la sobrevivencia, bienestar y crecimiento biológicos. Las necesidades tienen una enorme utilidad para el organismo porque producen impulsos de lucha que motivan conductas necesarias para preservar la vida. Las cogniciones son contenidos mentales específicos, como las creencias y expectativas. Por ejemplo, si un estudiante se compromete con su formación, desarrolla expectativas de aprobar un examen que le motivan para sentarse a estudiar. A largo plazo desarrolla expectativas sobre su papel en la sociedad y éstas le empujan a implicarse en una carrera profesional determinada. Por último, las emociones organizan y controlan cuatro aspectos interrelacionados de la experiencia: sentimientos, preparación fisiológica (la forma en que nuestro cuerpo se mueve para satisfacer requerimientos situacionales), función (qué queremos lograr) y expresión (cómo comunicamos nuestra experiencia interna públicamente a otros) (Reeve, 2010). La organización y sincronía de la experiencia en un esquema coherente hace que las emociones nos permitan reaccionar de mane-

ra adaptativa a los acontecimientos importantes de nuestras vidas. Por ejemplo, cuando enfrentamos una amenaza a nuestro bienestar, sentimos miedo, nuestro ritmo cardíaco se acelera, intentamos escapar y las comisuras de nuestros labios se contraen de una forma que otros pueden reconocer.

El ambiente que nos rodea nos proporciona motivos que son incentivos para orientar la conducta. También nos ofrece un repertorio de consecuencias ambientales que proporcionan energía y dirección a la conducta. Si alguien nos ofrece dinero, nuestra conducta se energiza para acercarnos a la consecución del dinero ofertado. El incentivo es el dinero, y su valor reside en que brinda información relativa a que una conducta particular tal vez origine consecuencias de recompensa o castigo. Las consecuencias (recibir el dinero) fortalecen cualquier conducta que produzca esas consecuencias. Estas consecuencias obran como *atractores* de la conducta, haciendo que ciertas metas y ciertos comportamientos sean más probables que otros.

3. LA MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO

La motivación para el cambio puede ser definida como la probabilidad de que una persona comience, continúe y se adhiera a una determinada estrategia de cambio. Si la definimos así, entonces, resaltamos que la motivación es un estado, no un rasgo. Esto implica que se puede suscitar, puede ser incrementada o decrecer. Por el contrario, si fuera un rasgo, su estabilidad temporal y su consistencia transituacional —a través de las situaciones— serían mayores y, por lo tanto, sería menos susceptible de ser modificada (Sánchez-Elvira, 2005).

Por otra parte, en la medida en que se trata de una disposición de adhesión a cierta estrategia de cambio, la motivación aquí también depende de circunstancias externas, en concreto, de la interacción terapeuta-paciente. En este mismo sentido, la motivación es una fuerza que energiza la conducta y, por lo tanto, se manifiesta externamente a través de la conducta, es decir a través de lo que hacemos mejor que a través de lo que decimos. Por último, la motivación para el cambio tiene un carácter predictivo, es decir nos permite estimar la probabilidad de que se inicie un cambio de comportamiento.

Cuando se define así la motivación para el cambio, la siguiente pregunta es ¿qué proceso de cambio siguen las personas? Para responder a esta cuestión, algunos autores han intentando reflejar el proceso de diversas etapas que la persona suele recorrer

mientras trata de lograr un cambio duradero de sus hábitos. Se han propuesto diversos modelos, pero en este capítulo seguiremos el modelo de etapas propuesto por Prochaska y DiClemente (1983), que representamos en la figura 1.



Figura 1. Modelo de etapas de cambio (Prochaska y DiClemente, 1983).

Explicaremos brevemente cada uno de los estadios de este modelo, teniendo presente que en cualquier proceso de cambio, la persona gira varias veces alrededor de esta rueda antes de alcanzar un cambio duradero a largo plazo. Algunos estudios indican que las personas pueden repetir varias veces, hasta diez o quince, este camino hasta que el cambio sea estable. Además, es necesario adelantar que, de la interpretación de la recaída puede depender la continuidad o el abandono definitivo del intento de cambio.

Los terapeutas reconocen que cada uno de estos estadios del cambio se caracteriza por diferentes actitudes y comportamientos del paciente. Por lo tanto, el apoyo y la ayuda que se necesita en cada momento de parte del especialista, también es distinta.

En el estadio de precontemplación, la conducta de la persona se caracteriza por que no piensa seriamente en cambiar, ni siquiera es consciente de tener un

problema que requiera un cambio. Si la persona permanece en este punto, es posible que se deba a su desinformación o la falta de fuerza para iniciar el cambio debido a los repetidos fracasos anteriores. Esta etapa se caracteriza también por la resistencia a las presiones externas para el cambio, respondiendo con frases como *De algo hay que morir* o *Mira a fulano, no fumaba, no bebía, se cuidaba en las comidas y se pilló un cáncer...* En esta etapa, lo que más necesita la persona es información, para tomar conciencia del problema. También es adecuada la oferta de ayuda.

En la etapa de contemplación, la persona piensa seriamente en el cambio a lo largo de los próximos 6 meses. Esto se evidencia porque muestra una actitud más abierta a la información y el cambio. Lo más característico de este momento es la ambivalencia actitudinal, es decir la conjunción del apego al hábito insano por sus ventajas y el incipiente deseo de abandonarlo por los inconvenientes que implica. Aquí la tarea clave del terapeuta será ayudar a que la balanza se incline a favor del cambio y, para lograrlo, es indispensable que adopte la actitud adecuada hacia la ambivalencia del paciente. La ambivalencia es el estado mental en el cual la persona tiene sentimientos contrapuestos en relación con alguna cosa. Tiene motivaciones fluctuantes y conflictivas, es un *Quiero y no quiero a la vez...*

La ambivalencia es una experiencia común en las personas, es normal, aceptable y comprensible. En esta etapa, la interpretación y el comportamiento del terapeuta respecto a la ambivalencia del paciente serán claves para favorecer el paso a la siguiente etapa o fracasar. Una de las claves de esa intervención es potenciar el análisis de pros y contras del hábito insano por parte del paciente. Esta tarea clave del terapeuta favorecerá que la balanza decisional se incline a favor del cambio, cuando la persona no se ve aún a sí misma con la fuerza necesaria para afrontar el cambio.

Determinación es el momento en el cual la persona decide intentar su cambio, es como una ventana abierta a la actuación. Aquí, la tarea del terapeuta es ayudar a determinar el mejor curso de acción para cambiar, analizar con el paciente las motivaciones para el cambio y las conductas asociadas, ayudar en la elección de estrategias, evaluar el apoyo familiar y social y recoger y analizar positivamente los intentos previos de cambio (análisis de recaídas).

Actuación: en esta fase se pone en práctica la decisión tomada. Es la etapa de modificación de la conducta problemática y se procura la consecución de un objetivo concreto durante un tiempo mínimo. El terapeuta trabaja con el paciente la

selección de estrategias para el cambio y en el desarrollo de técnicas de afrontamiento del deseo de volver al hábito anterior. Por ejemplo, planificación de la conducta que la persona va a desarrollar cuando se enfrente a una situación asociada a su hábito insano. Si estoy habituado a fumar un cigarro cuando tomo el café con los compañeros de trabajo, luego de la comida, debo prever que encontrarme con ellos en ese momento aumenta mis posibilidades de abandonar el tratamiento. Si planifico que voy a pedir una infusión, en lugar de un café, es más posible que pueda afrontar la situación y salir bien parado de ella.

Mantenimiento. El reto en esta etapa consiste en mantener el cambio conseguido, lo cual puede exigir el despliegue de un grupo de habilidades distintas a las que fueron útiles para el cambio inicial. Dicho de otra forma, la transferencia del aprendizaje de una situación controlada a la vida cotidiana es el nudo del problema. Por ejemplo, sé cómo comportarme cuando estoy llevando a cabo un programa para controlar la ingesta de alimentos, pero cuando dejo el programa estricto e intento volver a la vida cotidiana, no soy capaz de trasladar lo aprendido y acabo recayendo.

La recaída se caracteriza porque se vuelve a la conducta problemática y a los estadios anteriores, o se abandona la rueda en forma más o menos duradera. La clave de la ayuda del terapeuta es entender la recaída como un proceso normal en todo cambio de conducta, en el que la persona vuelve a estadios anteriores en el proceso de cambio. Si se priorizan las siguientes actitudes, es posible que el proceso continúe con éxito:

- Evitar la dramatización, el desconsuelo que son poco productivos de cara a consolidar el cambio.
- Contemplarla desde el inicio como algo posible, puede ayudar el imaginar los escenarios de recaída desde el comienzo.
- Utilizarla como elemento de aprendizaje, para evitar que la situación se repita.
- Evitar la culpabilización.
- Volver a girar en la rueda lo antes posible, sin estancarse.

En resumen, como dicen Lizarra y Arraya (2001), la mejor ayuda que el profesional puede ofrecer a sus pacientes consiste en facilitar los avances hacia las etapas posteriores del proceso de cambio, reconociendo que tienen necesidades y

características diferentes en cada uno de ellos. Para ello será imprescindible que el terapeuta sea capaz de identificar en qué fase del proceso se encuentra su paciente y ayudarlo a ir transitando dentro del círculo hacia el cambio duradero de hábitos. En la atención primaria de los pacientes con problemas de conducta frente a uso de sustancias, a conductas problemáticas ante el alcohol, la ingesta de los alimentos, etc., el modelo resulta muy adecuado. En opinión de Lizarra y Arraya (2001), este modelo facilita un enfoque realista y eficiente porque ayuda a realizar un diagnóstico motivacional y un uso de estrategias adecuadas para cada estadio, es decir adaptadas al nivel de motivación para el cambio que presenta la persona en cada momento. Además el modelo sirve para plantear una ayuda continua, que avance por medio de pequeños pasos y se repita a lo largo de un período de tiempo prolongado.

4. DIFERENTES ENFOQUES TERAPÉUTICOS PARA APOYAR EL CAMBIO DE CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS

Existen diferentes modelos de entrevista para orientar y apoyar el cambio de hábitos insanos o perjudiciales de los pacientes. Si quisiéramos agruparlos en forma sencilla para destacar sus características principales podríamos decir que hay dos grandes grupos: la entrevista informativa clásica y la entrevista motivacional centrada en el paciente.

Para el enfoque informativo, el objetivo principal es la búsqueda de diagnóstico y el énfasis en la necesidad de que el paciente acepte ese diagnóstico como punto de partida para el tratamiento. En consonancia con esta filosofía que lo soporta, el procedimiento informativo se centra en que el terapeuta dé consejos como experto e imponga las soluciones al paciente. Es una estrategia clave la repetición de consejos al paciente, lo cual en ocasiones despierta la resistencia de éste. Como contrapartida, diremos que es rápido y útil, especialmente cuando el paciente está claramente decidido a hacer algo para solucionar su problema. En cualquier caso, hay un desprecio por la información que el paciente puede proporcionar, porque el punto de vista central es el del terapeuta y no el del paciente.

Al aplicar este enfoque, el terapeuta considerará con toda probabilidad que el paciente está motivado si manifiesta que está de acuerdo con el terapeuta y acepta el diagnóstico del terapeuta. Además es clave que el paciente exprese un deseo

o necesidad de ayuda y aparente que está afectado por el problema que tiene. Por último, es inexcusable que siga el consejo del terapeuta. Por el contrario, el terapeuta tiende a juzgar como *no motivada* o *resistente* a una persona si está en desacuerdo con el terapeuta, rechaza aceptar el diagnóstico o la valoración del terapeuta, parece no estar preocupada por el problema actual y, finalmente, si no sigue el consejo del terapeuta.

Por plantearlo de otra manera, hay una diferencia clave más y reside en la interpretación de la ambivalencia. En las conductas adictivas, el conflicto ambivalente tiene un papel central. Los pacientes reconocen los riesgos y costos de sus conductas, pero se sienten atrapados y atraídos hacia la conducta adictiva. Quieren cambiar, pero no quieren. Cual sea el enfoque del terapeuta, diferirá en la interpretación de la ambivalencia. En el enfoque informativo, el terapeuta interpreta mal la ambivalencia, porque la ve como un problema de personalidad, como falta de motivación. Por lo tanto, se propone reeducar al paciente, convencerlo de la seriedad del problema y de que debe cambiar. Insistiendo en el procedimiento de repetirle las indicaciones sobre lo que debe hacer, consigue el efecto contrario al esperado: que se active un muro defensivo por parte del paciente.

La entrevista motivacional, por el contrario, es un enfoque centrado en el paciente, que procura identificar el problema desde el punto de vista del que lo sufre y considera que el diagnóstico no es la clave del cambio, sino que ésta se sitúa en el estímulo de la motivación para cambiar. Es el tipo de entrevista clínica centrada en el paciente, que ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia estilos de vida más saludable (Lizarra y Arraya, 2001). La aceptación de la ambivalencia es característica distintiva de este procedimiento. Desde este enfoque, ayudar a resolver la ambivalencia es muchas veces trabajar con el núcleo del problema. Dicho de otra manera, si no hay ambivalencia, no hay precontemplación. La persona que no experimenta problema en beber, comer en exceso, etc., no sufre ambivalencia alguna. Los ambivalentes son aquellos que experimentan un conflicto entre ejecutar la conducta o frenarse y éstos son los potenciales motivados para el cambio.

La ambivalencia es compleja porque supone un apego a la conducta problema que puede ser causado por dependencia farmacológica, por tolerancia (la persona requiere una dosis mayor para experimentar el mismo efecto), por aprendizaje o condicionamiento (asociación de la conducta con efectos placenteros como contacto social, relajación). Por último, la conducta problema puede haberse

desarrollado como forma de afrontamiento de otros problemas más graves, que no afloran justamente porque la conducta problema los oculta, pero que aparecerán cuando ésta se solucione.

El conflicto entre aproximación y evitación que supone la ambivalencia es el tipo de conflicto más problemático, ya que tiene un potencial especial para paralizar a la gente, provoca estrés, una situación de «no puedo vivir con ello ni tampoco sin ello». El efecto *yo-yó* es el resultante, siendo claramente visible en relación con el control de la ingesta alimentaria. Además la ambivalencia tiene más complicaciones, puesto que los valores del terapeuta y del paciente no necesariamente serán los mismos, con lo cual, los pacientes no ven los costes y beneficios de la misma manera que el terapeuta. Por otra parte, las expectativas de resultados del paciente estarán influidas por su autoeficacia y su contexto social. En relación con ello, la ambivalencia se acentúa porque cuando se inicia el proceso de cambio, es probable que intervenga una percepción de disminución del control sobre la situación por parte del paciente, de tal modo que se active su reactancia psicológica y el consiguiente deseo de recuperar la libertad perdida, abandonando el proceso de cambio. Finalmente, la investigación reciente ha puesto de manifiesto que las conductas problema con frecuencia llevan asociados factores emocionales adicionales, basados en una posible liberación de endorfinas unida, por ejemplo, a los comportamientos de riesgo, de lo que se derivaría una mayor complejidad de la conducta adictiva.

5. CUÁLES SON LOS PRINCIPIOS BÁSICOS Y QUÉ EVIDENCIA AVALA A LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Hemos definido la entrevista motivacional como un procedimiento concreto de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes, que resulta particularmente útil cuando la gente se resiste a cambiar o es ambivalente ante el cambio. En ella, el terapeuta no asume un rol autoritario, sino que la responsabilidad del cambio es del paciente. El rol del profesional se centra en intentar aumentar la motivación intrínseca del paciente teniendo en cuenta su nivel de motivación basal y respetando siempre sus últimas decisiones.

Como consecuencia de lo dicho hasta aquí, es fácil ver que se trata de un procedimiento terapéutico centrado en el paciente, ya que no busca la etiqueta, busca el reconocimiento del paciente de sus posibles conductas problema y le res-

ponsabiliza en la elección de posibles alternativas. Implica una actitud de escucha respetuosa y reconoce la ambivalencia como algo intrínseco a la naturaleza humana (no patológico), con la finalidad última de aumentar la motivación y favorece el deseo de cambio. De este modo, el rol del terapeuta no es autoritario, sino que valora y estimula la autoeficacia. En todo caso, la entrevista motivacional se puede utilizar como herramienta de trabajo complementaria a otras técnicas terapéuticas porque:

No es la única ni la mejor.

No sirve para todos los pacientes.

No sirve para todos los momentos de evolución del paciente.

En el fondo, cuando el terapeuta emplea este enfoque, no penaliza al paciente por sus decisiones, ni las juzga con sus valores, ni las evalúa desde su propio punto de vista, sino que lo acepta y lo motiva para favorecer el cambio.

Históricamente, la entrevista motivacional (en adelante, EM) se desarrolló como un modo de ayudar a las personas a trabajar con su propia ambivalencia y a comprometerse a cambiar (Miller, 1983). La EM es una evolución de la terapia rogeriana centrada en el paciente, y combina un estilo terapéutico empático y de apoyo (Rogers, 1959) con un método claramente directivo para resolver la ambivalencia hacia el cambio.

El terapeuta centrado en el paciente necesita ofrecer tres características decisivas para facilitar el cambio: empatía, calidez emocional y autenticidad. (Carl Rogers)

Su antecedente remoto está en la teoría de la autopercepción. Daryl Bem en 1972 propuso que algunas veces deducimos nuestras actitudes a partir de conductas realizadas en forma libre. Por ejemplo, si estamos dispuestos a decirnos que las tareas que vamos a realizar son agradables inferiríamos que vamos a gozar con ellas.

La teoría de la autopercepción afirma que cuando no estamos seguros de nuestras actitudes, en situaciones de incertidumbre, observamos nuestra conducta, y las circunstancias en que tiene lugar, y entonces deducimos de ella cuáles son nuestras actitudes, de forma similar a como deducimos las actitudes de los demás. Lo que decimos y hacemos sería revelador para nosotros mismos, igual que lo que hacen y dicen otras personas nos resulta revelador sobre sus actitudes. Si sacamos todas las consecuencias de esta afirmación, tendríamos que decir: si quiero saber lo que pienso, tendré que observar lo que digo y hago. O, dicho de otra forma, ¿cómo sabré lo que pienso mientras no oiga lo que digo o no vea lo que hago?

De esta propuesta básica se deduce que las personas tienden a comprometerse con lo que ellas mismas defienden, por lo cual la EM explora las propias razones del paciente para cambiar y le exige que las exprese en voz alta. El entrevistador busca provocar este «comentario del cambio» —expresiones del deseo, habilidad, razones, y necesidad de cambio— y responde con la escucha reflexiva. De este modo los pacientes se escuchan a sí mismos explicando sus propias motivaciones para cambiar, y las vuelven a escuchar reflejadas o reformuladas en las palabras del terapeuta. Además, el terapeuta ofrece resúmenes periódicos del comentario de cambio del paciente, presentándolos de manera que agrupen las afirmaciones automotivadoras del paciente (Miller y Rollnick, 1991).

Como consecuencia del uso de este procedimiento, que busca evocar el comentario de cambio de manera empática y del ofrecimiento de apoyo del terapeuta, resultará el fortalecimiento del compromiso de cambio del paciente. Las intenciones de cambio, especialmente cuando han sido verbalizadas, dan origen a una mayor probabilidad de cambio conductual, en particular cuando se las combina con un plan concreto para implementar ese cambio. Existen estudios que han verificado que la intensidad del lenguaje de compromiso en sesiones de EM con drogodependientes es un predictor eficaz de la abstinencia. El resultado de dar nombre al deseo, a la habilidad, a las razones, y a la necesidad de cambio, contribuían a la intensidad que acompañaba al lenguaje de compromiso, pero solamente el compromiso predecía de forma directa un cambio conductual.

5.1. Principios básicos de la entrevista motivacional

En este contexto, entendemos por *principios* básicos a una serie de elementos teóricos y prácticos que pueden servir para mejorar las competencias de comunicación de los profesionales. Enumeraremos y daremos una breve explicación de cada uno de ellos.

a) *Expresar empatía*

La empatía es la capacidad cognitiva de percibir en un contexto común lo que otro individuo puede sentir. También es un sentimiento de participación afectiva de una persona en la realidad que afecta a otra. Algunos autores dirían que es como *caminar en los zapatos de otro*.

La actitud subyacente a la empatía es una actitud de aceptación, que se manifiesta mediante la conducta de escucha reflexiva. A través de ella, el terapeuta intenta comprender los sentimientos del paciente y sus perspectivas sobre la conducta problemática que tiene. Es clave que la actitud del terapeuta sea de aceptación, que no es igual a acuerdo o aprobación, pero que no es culpabilizar, criticar o juzgar. Algunos autores sostienen que implica un cierto grado de solidaridad emocional intentando comprender sus pensamientos y emociones preguntándonos *¿cómo me sentiría yo en sus circunstancias?*, *¿coincide la emoción que yo tendría con la que él me expresa?*, *¿cómo le transmito que le comprendo?* (Lizarrá y Arraya, 2001).

En este contexto, ya lo dijimos, la ambivalencia no es vista como algo patológico. Además, el paciente no es visto como un discapacitado, sino como una persona con un problema y que está bloqueada para el cambio.

b) *Crear una discrepancia*

El objetivo es crear y potenciar, en el paciente, la discrepancia entre la conducta actual y los objetivos que querría alcanzar, es decir que se vuelva consciente de la brecha que separa su estado presente de su estado deseado. El terapeuta está interesado en favorecer una percepción de conflicto entre lo que se afirma (*Digo que quiero controlar mi consumo de alcohol*), y la conducta que se ejecuta (*Pero compro una cerveza para tomármela solo cada noche*). Otro procedimiento es hacer evidentes los costes que para el paciente tiene la conducta actual, y buscar hacer esto *dentro del paciente*. Es decir que no se trata de que el profesional enumere los costes que él percibe, sino que sea el paciente quien lo haga. Para aumentar la eficacia de la entrevista es importante conseguir que el paciente verbalice sus discrepancias.

c) *Evitar la discusión*

El terapeuta que emplea la entrevista motivacional evita las confrontaciones, tratar de convencer al paciente de que tiene un problema, pero no se enfrasca en una discusión sobre la conveniencia del cambio, porque esto es lo que puede hacer aflorar la resistencia del paciente. La discusión directa provoca reactancia psicológica: es decir el deseo de recuperar la libertad frente a la percepción de que es el terapeuta quien me la restringe. Un tema de discusión es la aplicación de

etiquetas diagnósticas. Las etiquetas son frecuentemente usadas por los profesionales como mecanismos de poder, de poder experto que pone un nombre técnico a lo que el paciente está viviendo. El paciente, por lo común, rechaza esas etiquetas. Antes de informar es conveniente preguntar al paciente si tiene o quiere información al respecto con frases como ¿quieres que te explique algo sobre...? También es importante no precipitarse con un cúmulo de información siendo más útil informar poco a poco e ir preguntando ¿qué te parece esto que te he dicho?, centrándonos en los conflictos del paciente.

d) *Darle un giro a la resistencia*

Cuando aparezca resistencia del paciente, el terapeuta debe cambiar de estrategias. Algunas de las estrategias que fomentan la resistencia son tratar de imponer un cambio por el bien del paciente, plantear implícita o explícitamente que la relación asistencial conlleva la obligatoriedad de un cambio, reñir al paciente ante el no cambio, etc. (Lizarra y Arraya, 2001).

La entrevista motivacional no es un combate y el paciente no es el enemigo que haya que vencer. El objetivo del profesional no puede ser demostrar que él es más inteligente, ni más sano, ni más normal, sino que es mover la percepción del paciente. Para ello, tendrá que empezar eliminando sus percepciones presentes. Deberá descubrir, con ayuda del terapeuta, que éstas se pueden ver bajo un formato diferente. En este proceso, el terapeuta no es la fuente de soluciones. Sino que el objetivo es implicar al paciente en la búsqueda activa de soluciones a sus problemas.

e) *Fomentar la autoeficacia*

Por autoeficacia entendemos la creencia de una persona sobre su habilidad para llevar a cabo con éxito una tarea específica. Hay que entender que, en el contexto del cambio de conductas problemáticas, el paciente seguramente tendrá una autoeficacia disminuida, debido a que lo ha intentado ya muchas veces y siempre, a la postre, ha fracasado. Es por ello que el terapeuta tendrá que concentrarse en los mensajes que apoyan la autoeficacia y en el énfasis en la responsabilidad personal ante el cambio. Puede insistir en la disponibilidad de recursos

y estrategias. También serán útiles los modelos de observación de pacientes antiguos, incluso modelos de fracasos, que ayudarán a prevenir las recaídas.

5.2. Evidencia empírica que avala la eficacia de la entrevista motivacional

Durante los últimos años, los estudios empíricos que ofrecían resultados del tratamiento con entrevista motivacional se han ampliado en dos sentidos: por una parte han aumentado en cantidad y por otra se han extendido más allá de su enfoque original para ocuparse de un amplio abanico de conductas adictivas. Para resumir los resultados que avalan la eficacia de este procedimiento basándose en un grupo de estudios en lugar de hacerlo en un único trabajo, los autores Hettema, Steele y Miller llevaron a cabo en 2008 una revisión meta-analítica sobre la eficacia de la entrevista motivacional que incluye 72 ensayos clínicos que enfocaban una variedad de problemas.

Entre los resultados de mayor interés de la revisión hemos de mencionar que hay una gran variabilidad entre los indicadores de eficacia (tamaños del efecto) de los distintos estudios. Esto significa que, usando aparentemente el mismo procedimiento, se consiguen resultados muy diversos en función de los centros en los que se efectúa el tratamiento, las poblaciones tratadas y los problemas que se abordan. Una segunda observación general es que el efecto de la entrevista motivacional tiende a manifestarse pronto y a desaparecer a lo largo del año de seguimiento. Cuando se analizaron las condiciones en las que se observó mayor eficacia, la única que brinda resultados llamativos es el uso de un manual para dirigir el tratamiento, y lo hace justamente en sentido desfavorable: es decir que aquellos estudios que emplearon la entrevista guiada por manual se asocian con menores resultados. En cuanto a la composición étnica de los pacientes, curiosamente se han encontrado mayores efectos de la entrevista en las muestras de minorías étnicas que en las muestras no minoritarias de pacientes blancos. En cuanto al tipo de conducta que se trataba, es cierto que la mayoría de los estudios se dedicaron al área para la que se diseñó la entrevista, que es el abuso de sustancias, siendo también cierto que en el abuso de alcohol y de drogas se encontraron una amplia variedad de resultados. Curiosamente, no hay estudios que revelen la eficacia del procedimiento para tratar el tabaquismo. Finalmente, la revisión reporta un grupo de trabajos centrado en las conductas promotoras de la salud, como la reducción de riesgo de VIH o la adherencia a la dieta y a los programas de ejercicio físico,

reportando efectos positivos en ambos casos, aunque con amplia variabilidad entre sus resultados.

6. FASES DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La EM distingue dos fases: la primera se centra en aumentar la motivación de cambio, y la segunda en consolidar el compromiso de cambio (Miller y Rollnick, 1991). En la primera de ellas se trata de construir la motivación para el cambio. En este momento, el cliente se siente ambivalente. Está en etapa de contemplación o incluso de precontemplación.

En la segunda fase, hay que buscar un aumento del compromiso para cambiar. Exige cambiar las estrategias que se usaron en la fase anterior y también exige reconocer cuándo hay que cambiar estas estrategias. Es importante reconocer cuándo hay que abrir la ventana, a fin de ayudar al paciente a sacar la cabeza por ella.

Las técnicas que se emplean en la entrevista motivacional están basadas en un apoyo narrativo, es decir que, dentro de la relación interpersonal que se desarrolla entre el paciente y el terapeuta, hay una serie de mecanismos que el profesional puede usar para proporcionar la atmósfera ideal para el cambio. El objetivo es favorecer que el paciente se analice a sí mismo en un ambiente seguro. Estas técnicas le ayudan a sentirse aceptado y entendido, y le acompañan en su progreso que tiene como objeto clarificar su situación de partida, ya que éste es el paso inicial para cualquier cambio duradero.

En la primera fase, son adecuadas las siguientes consideraciones:

a) Prestar especial atención a la primera sesión: esta sesión es crucial, dado que puede ser la única oportunidad del terapeuta y, por consiguiente, del paciente.

En ella se establece el tono y las expectativas de toda la terapia. De alguna forma, establecen un *contrato psicológico* el paciente y el profesional, que les ayuda a explicitar lo que cada uno espera y está dispuesto a dar. Las actuaciones del terapeuta en una sola sesión pueden tener influencia sobre la resistencia del paciente y, por lo tanto, efectos a largo plazo, que acaben alejando al paciente del tratamiento.

Una posible estructura de la primera sesión sería esta.

Puede ser útil dar al paciente una panorámica general de la primera sesión y de la terapia en general. Tiene la función de tranquilizar al paciente, reduce incertidumbre.

Éstos son algunos elementos que hay que incluir:

- Cantidad de tiempo
- Explicación de su rol y objetivos
- Descripción del rol del paciente
- Comentario de los aspectos que hay que tratar
- Una pregunta abierta

b) Tener cuidado con las trampas, que es prudente evitar: algunas de las trampas que hay que evitar son las siguientes.

Las preguntas-respuestas: consisten en un patrón de comunicación en el cual el terapeuta hace preguntas y el paciente responde con Sí/No o frases cortas. En ocasiones sirven para llenar una necesidad de información concreta del profesional, pero frecuentemente son una estrategia para el manejo de la ansiedad de ambos (el terapeuta controlando la situación y el paciente en un rol pasivo). Su peligro reside en que acaba consolidando una forma de interacción (experto = activo cliente = pasivo), en la cual el terapeuta es el que sabe y el paciente es el ignorante.

Se puede evitar haciendo que el paciente responda un cuestionario antes de iniciar la primera sesión, mientras espera, con lo cual brinda la información que el profesional necesita.

Trampa confrontación / negación

Es la más común e importante que hay que evitar de todas las dificultades. Consiste en que el terapeuta detecta información que indica un problema y prescribe la solución: un patrón de conducta que hay que seguir. Como resultado, el paciente expresa reticencia, se siente atrapado, procura recuperar su libertad. La persona empieza el tratamiento con ambivalencia, es decir con una balanza que tiene un platillo para el cambio y otro para permanecer sin cambiar y ambas están en un conflicto. Cuando el terapeuta se inclina por una parte del conflicto, el paciente lo hará por la otra.

Trampa del experto

Cuando el terapeuta tiene las respuestas para todo. El efecto frecuente es que lleva al paciente a adoptar un rol pasivo.

Trampa del etiquetaje

Consiste en dejarse llevar y discutir por la aceptación de una etiqueta diagnóstica, que el paciente suele rechazar. En realidad, subyace un debate de poder (el terapeuta busca control y conocimiento, comunicación basada en el juicio sobre la conducta del otro).

Trampa del énfasis prematuro

Puede surgir la resistencia si paciente y terapeuta desean centrarse en temas diferentes, para el terapeuta lo importante es centrarse en la conducta adictiva, el paciente en cambio está preocupado por problemas más generales, de los cuales la conducta adictiva es sólo una parte.

Trampa de la culpa

Suele ser frecuente la preocupación del paciente por la culpa. ¿De quién es la culpa del problema? La culpa es irrelevante desde el punto de vista de la entrevista, lo importante es convencerse de que en uno mismo está la clave para el cambio.

c) Recurrir a preguntas abiertas. Es importante crear atmósfera de aceptación y confianza.

Para ello, el paciente debe ser el que más hable, mientras el terapeuta escucha cuidadosamente y alienta la expresividad. Por ejemplo: si sabe o intuye la preocupación del paciente, lo invita a explicarla. Si detecta que el paciente es ambivalente, pregunta sobre ambas caras del tema. Una buena manera de comenzar una entrevista motivacional es con una pregunta abierta del tipo ¿... qué aspectos de tu salud te preocupan más?, sugieren Lizarra y Arraya (2001).

d) Emplear la escucha reflexiva. Escuchar no es sólo mantenerse callado y oír, ni aprovechar para pensar en cómo le vamos a responder. Es intentar deducir lo que la persona realmente quiere decir. La escucha reflexiva formula frases con una deducción de lo que el otro quiere decir. Con la escucha reflexiva se trata de intentar comprender y deducir lo que el paciente quiere decir con exactitud.

e) Intentar reforzar al paciente con frases de aprecio y comprensión. Comentarios positivos. Aunque la escucha reflexiva ya reafirma al paciente, se puede hacer de forma explícita. Tiene que ser honesto, de lo contrario parece que se está *haciendo la pelota*.

f) Usar resúmenes: a menudo y a lo largo de toda la entrevista es útil hacer resúmenes de lo que se ha reunido, ya que refuerza lo dicho, confirma que se ha estado escuchando, a la vez que prepara para seguir progresando. El paciente vuelve a oír sus frases automotivadoras. El procedimiento de unir los resúmenes evidencia la ambivalencia que se ha manifestado en diferentes momentos.

En el marco de la entrevista motivacional, algunos autores recomiendan usar el diario de salud (un registro escrito de la frecuencia con que suceden los hechos que se quieren estudiar y otros aspectos importantes relacionados con ella), o el balance decisional (es un registro escrito de las razones para continuar igual y las razones para desear el cambio).

Llegados a este punto podríamos preguntarnos, ¿Qué signos da el paciente de que aumenta su disponibilidad al cambio? En la Figura 2, se ofrece una tabla que muestra algunos ejemplos de conductas que pueden ser indicadores de que el paciente se halla más disponible para iniciar un cambio.

ASPECTO	MANIFESTACIÓN EN LA CONDUCTA DEL PACIENTE
Disminución de la resistencia	Deja de discutir, interrumpir, negar u objetar
Disminución de preguntas sobre el problema	Parece tener información suficiente sobre su problema. Sensación de haber acabado
Resolución	Parece haber resuelto y estar más tranquilo. En ocasiones luego de angustia
Afirmaciones automotivadoras	Realiza afirmaciones directas, reconocimiento del problema, preocupación, etc.
Aumento de preguntas sobre el cambio	Pregunta qué podría hacer con el problema, cómo cambian las personas que lo deciden
Imaginar	Habla sobre cómo sería la vida después de cambiar, prevé dificultades
Experimentar	Entre las sesiones ha probado cómo actuar, ha buscado soluciones por su cuenta

Figura 2. Signos de disponibilidad hacia el cambio.

Curiosamente, según los resultados del meta-análisis antes mencionado, la entrevista motivacional parece ser más efectiva para aquellos pacientes que están más enfadados o se muestran más resistentes y menos preparados para el cambio, mientras que parece estar contraindicada en pacientes que ya están claramente preparados y comprometidos con el cambio.

En el estadio de determinación hacia el cambio será conveniente tener en cuenta que pueden surgir algunos de los siguiente imprevistos. Se puede subestimar la ambivalencia: tentación de creer que los signos de disponibilidad para cambiar indican que la decisión ya se ha tomado. Se puede caer en la *sobreprescripción*: prescribir un plan inaceptable para el paciente. «Ahora que ya está dispuesto a cambiar, yo le voy a decir lo que tiene que hacer», con lo cual se vuelve a la *directividad* y se incrementa la resistencia. También es peligrosa la *directividad* insuficiente: abandonar al paciente, darle muy poca orientación.

En el estadio de mantenimiento hay varias etapas, pero al inicio suele haber un primer período de cambio, en que el sentimiento de confianza en la propia capacidad para controlar la nueva conducta es elevado. Sin embargo, es frecuente que luego aparezca una crisis de distinta intensidad en cada persona. En esta crisis intervienen, entre otros factores, la añoranza por el placer asociado a la conducta que está abandonando. Como ya señalamos anteriormente, la transferencia de la nueva conducta a los contextos cotidianos es difícil, con lo que puede resultar útil negociar un plan que permita prever las recaídas, que se pueden producir cuando se vuelva a las situaciones asociadas a la conducta problema, como beber en una fiesta de la empresa.

Al igual que otras técnicas de psicoterapia, la entrevista motivacional parece un método complejo y que requiere un conjunto de competencias, por lo tanto es un procedimiento que se aprende con el tiempo. La participación en talleres, uso de videos, lecturas especializadas pueden ayudar al profesional, pero se trata de un método que no puede aprenderse en dos tardes. Dado que se trata de enfatizar y respetar la autonomía personal del que cambia, la idea del terapeuta no puede ser que él posee lo que el paciente necesita, sino más bien que el paciente tiene la solución en sí mismo y que hay que trabajar juntos para encontrarla. El terapeuta es aquí más bien un *coach* que un experto sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- HETTEMA, J.; STEELE, J. & MILLER, W. (2008). «Entrevista motivacional». *Revista de Toxicomanías*, 52, 3-24.
- LIZARRAGA, S. & AYARRA, M. (2001). «Entrevista Motivacional». *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24 (2), 43-54.
- MILLER, W. R. (1983). «Motivational interviewing with problem drinkers». *Behavioral Psychotherapy*, 11(2), 147-172.
- MILLER, W. R. y ROLLNICK, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive Behavior*. Guilford Press.
- PROCHASKA, J. O. y DICLEMENTE, C. C. (1983). «Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (3), 390-395.
- REEVE, J. (2010). *Motivación y emoción*. (5.º ed). Madrid: Mc Graw Hill.
- ROGERS, C. (1957). «The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change». *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- SÁNCHEZ-ELVIRA, M. A. (ed.) (2005). *Introducción al estudio de las diferencias individuales*. Madrid: Sanz y Torres.

BLOQUE 3.º
ASPECTOS ÉTICOS, SOCIALES Y JURÍDICOS
DE LA SALUD MENTAL

1. INTRODUCCIÓN

La ética que es de verdad ética, esto es, que se muestra «ética vivida», impregna todas las realidades humanas, potenciándolas. También, por tanto, las realidades que tienen que ver con las personas con trastornos mentales —sus experiencias, sus procesos— y con quienes les ayudan y apoyan, ya sea profesionalmente ya sea a través de relaciones familiares o de amistad. Creo que esto es lo que, acertadamente, han tenido presente quienes me han propuesto que desarrolle este tema titulándolo «la alternativa existencial ética».

En este texto pretendo, pues ofrecer un acercamiento a la ética vista de este modo y para estas personas. No quiero decir con esto que ellas tienen una ética especial. Las grandes referencias de la ética son comunes para todos; esto es, en este sentido, todos tenemos una ética también «común». Pero luego, precisamente para que sea ética vivida, esas referencias compartidas deben aplicarse de modo específico a las realidades diferenciadas y variables de cada uno de nosotros. En nuestro caso, a las realidades de las personas con trastornos mentales y a quienes les acogen.

Quienes me han pedido el tema me han propuesto, además, que lo aborde desarrollando cuatro grandes categorías éticas: la dignidad, la conciencia, la libertad, la autonomía. Lo veo muy oportuno, porque son categorías centrales. Podría haberse añadido una quinta categoría fundamental, la de la justicia, para que así el panorama estuviera más completo. Pero entiendo que se me han encomendado aquellas referencias que tienen que ver más expresamente con las vivencias personales y las relaciones intersubjetivas. Y desde este punto de vista, están bien elegidas, pues con ellas se asumen también las dimensiones de justicia presentes en estas relaciones. La justicia globalmente considerada incorpora la dimensión estructural e institucional de la ética, algo decisivo también para las personas con trastornos mentales, pero esto puede ser abordado en otros lugares (de todos modos, haré una breve referencia a ella en el momento oportuno).

Lo que voy a ofrecer concretamente aquí es el significado de estas categorías, lo que implican de modo general. En la conciencia de que tienen amplias posibilidades de aplicación al ámbito que nos ocupa. Pero sin entrar a fondo en estas aplicaciones, sino solo sugiriéndolas, pues, de acuerdo al programa del posgrado, a esta sesión más explicativa, le sigue otra más expresamente aplicada, que asume este objetivo de modo más explícito. En cualquier caso, y al margen de lo que puede suponer un módulo dentro de un posgrado, lo que deseo es que estas líneas ofrezcan materiales sugerentes para aplicaciones éticas contextualizadas y creativas por parte de quienes las lean.

2. DIGNIDAD¹

2.1. Qué es la dignidad

1. El término «dignidad», de origen latino, remite a aquello que es estimado o considerado valioso por sí mismo. Este significado etimológico nos empuja bien hacia lo que esta categoría significa: es digno lo que vale por sí mismo.

Se clarifica más esta definición si, a partir de ella, precisamos lo que se considera que no tiene dignidad. Aparecen entonces tres tipos de realidades, carentes de ella:

— No se le reconoce dignidad a lo que se piensa que vale como *puro medio* para lograr un fin. Tiene valor, pero valor de medio, valor meramente instrumental. Como tal, *se utiliza* para provecho propio. Quien tiene dignidad, en cambio, vale, en terminología kantiana, como «fin en sí». Un destornillador es para nosotros, sin discusión, puro medio. El pollo al que sacrificamos para alimentarnos es igualmente puro medio; aunque en este tema de los animales entramos ya en debate sobre si somos justos con ellos cuando los tratamos así. Aquí me interesa, de todos modos, centrarme en los humanos. El ejemplo extremo de considerar a alguien como puro medio es la esclavitud. Pero, en general, en toda dominación, en todo engaño, en toda opresión, hechos con intención de aprovecharse de las personas para los fines personales, hay instrumentalización de éstas, hay no asignación de dignidad a ellas.

¹ Tengo aquí sintéticamente presente, con reestructuraciones y matizaciones, el trabajo personal previo «Lo “humano irreductible” de los derechos humanos», Bilbao, *Cuaderno Bakeaz* n.º 28, 1998. El libro de referencia clave es el de Kant, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Madrid, Espasa Calpe, 1973.

Para que se entienda bien esta cuestión, hay que advertir que la no consideración de la dignidad de alguien se da únicamente cuando se le trata como «puro» medio. Esto es, podemos ser medios para otras personas y ser a la vez para ellas sujetos de dignidad, con tal de que *al mismo tiempo* que les servimos para algo seamos considerados como fin. Por ejemplo, un profesor es un medio para el aprendizaje de sus alumnos, pero a la vez, mientras actúa como profesor, es fin.

— Tampoco se le reconoce dignidad a lo que se considera que no vale ni siquiera como puro medio, que *no vale para nada*, que, por tanto, no nos sirve, por lo que nos puede estorbar si lo tenemos encima. A lo que es considerado de este modo, se lo *arrincona*, al menos si se está abierto a la posibilidad de que en el futuro pueda servirnos. Así, un trasto viejo que almacenamos en el desván. También los humanos podemos recibir este tratamiento por parte de otros humanos. Normalmente, bajo la modalidad de *ser ignorados*, de que los otros funcionan, por ejemplo, ante nuestras necesidades básicas, como si no existiéramos. Lo que se consigue estableciendo las correspondientes distancias físicas o psíquicas.

— Por último, no se reconoce dignidad a lo que es considerado en cuanto tal no ya valor medio, ni siquiera no valor, sino *disvalor*. En su nivel más básico, disvalor molesto. En su nivel más intenso, disvalor peligroso. A lo que es percibido de esta forma, según los casos, se lo *margin*a, se lo *recluye*, se lo *destruye*. Es así como tratamos a un virus que amenaza nuestra salud. El problema moral está en que es también así como unos humanos hemos tratado a otros: a los que hemos percibido, *por lo que son en sí*, molestos como las moscas o dañinos como la peste.

2. Apliquemos someramente esta clasificación (entidades de dignidad: valor fin / entidades de no dignidad: valor medio, no valor, disvalor) a la consideración que han recibido y reciben las personas con trastornos mentales. Veremos que, históricamente, ha dominado aplastantemente hacia ellas la consideración de su no dignidad en su forma más dura, la de percibirlas como disvalores peligrosos a las que se recluye e incluso destruye sin ningún escrúpulo. Sin que se haya excluido el considerarlas como puros instrumentos cuando se podía lograr algo de ellas. Ha habido excepciones guiadas por la compasión paternalista, pero han sido las menos. En las últimas décadas estas percepciones no solo sociales, sino institucionales y profesionales, están cambiando significativamente. Pero no podrá ignorarse que han sido tan largas en el tiempo y tan intensas que han dejado huellas profundas en nuestro (in)consciente colectivo. Es algo que daña antes que nada a las propias personas con trastornos mentales, pero que también dificulta la actividad

profesional que puede hacerse con ellas. Por eso sigue siendo una tarea social pendiente tratar de ir cambiando cada vez más este inconsciente.

2.2. Quiénes tienen dignidad

1. Centrándonos en lo que sigue en los seres humanos, lo históricamente dominante es que se ha asignado dignidad sólo a grupos particulares de personas. Para ello se han utilizado diversos criterios.

— Se ha asignado dignidad en función de identidades dependientes del nacimiento: identidad de casta, de etnia, de nación, de género, etc. Hay identidades —las juzgadas superiores— dignas, con derechos, porque valen por sí mismas, e identidades indignas, en situación de inferioridad, sin derechos, instrumentalizables. La dignidad es aquí algo que se hereda por nacimiento y que, heredado, se mantiene de por vida, pues no podemos renunciar a la condición que depende de él por más que lo pretendamos. Es igualmente un modo de verla que divide a los humanos, con una franja intransitable, en dignos e indignos.

— En segundo lugar, dignidad es un apelativo que se ha aplicado a las acciones. Ciertas acciones son consideradas dignas, son valiosas y estimadas por sí mismas (por ejemplo, prestar ayuda a quien la necesita), debido a la calidad moral que tienen, si quien las hace asume además el fin que les es propio (en el ejemplo, satisfacer una necesidad del otro, no realizar la ayuda como estrategia para conseguir fines propios). Otras acciones, en cambio, son consideradas indignas, ya sea por su propia naturaleza (por ejemplo, cometer una violación), ya sea por la intención que la anima (por ejemplo, ofrecer cierta ayuda como estrategia de seducción). Si tomado en este sentido el calificativo «dignidad» se aplica directamente a las acciones, indirectamente revierte en los sujetos que las realizan. Una persona es digna cuando realiza acciones dignas. En cambio, las acciones indignas hacen indigno al que las realiza. Aquí la dignidad que tiene una persona es algo que se merece, que se conquista, a través de la conducta moral correcta. La dignidad es también, como antes, un concepto que sirve para establecer diferencias, que divide a los humanos según sus identidades morales (bueno-malvado), solo que la raya que les separa en dignos e indignos, ya no es infranqueable en ninguna de las direcciones.

— Por último, se ha asignado dignidad en función de identidades dependientes de la mayor o menor completud de lo humano juzgada según los cánones culturales de normalidad en la vivencia de la racionalidad. Desde este punto

de vista, a las personas con discapacidad intelectual o con trastorno mental, al definir las sin racionalidad o al menos con la racionalidad seriamente dañada, se las ha considerado al menos no dignas, pero incluso indignas si se las ha concebido como capaces de mal moral.

Como puede constatar, de nuevo, las personas con trastornos mentales, en su condición de tales, han sido consideradas como no dignas. Lo que no ha excluido que, además, hayan estado sujetas a las otras dos modalidades de discriminación, acentuándose así la percepción negativa de ellas.

2. A la clasificación que se acaba de hacer hay que añadirle una consideración decisiva. Los humanos que son incluidos en los grupos no dignos o expresamente indignos, lo son por razones supuestamente justificadas. Con lo cual, también *justificadamente*, esto es, sin ningún remordimiento moral, quienes formaban parte de ellos podían:

- Ser instrumentalizados y explotados, si eran percibidos como medios útiles.
- Ser marginados, si eran considerados inútiles.

— Ser reclusos o incluso exterminados si eran considerados peligrosos, desde el miedo al «contagio» que inspiraban. La dura reclusión de las personas con trastornos mentales se veía así justificada no en función de su bien, sino en función del bien de la sociedad —ahí está la instrumentalización plena—.

3. En la modernidad ilustrada, recogiendo las mejores raíces universalistas, se expresa un nuevo criterio para definir a los sujetos de dignidad, que rompe con los tres criterios anteriores. Su formulación canónica la encontramos en Kant, que sentencia: «El hombre, y en general todo ser racional, existe como fin en sí mismo, no sólo como medio; en todas sus acciones debe ser considerado al mismo tiempo como fin»². Aunque el texto contiene alguna ambigüedad que enseguida señalaré, de esta formulación se desprende:

² He aquí otro texto clave: «En el reino de los fines todo tiene o un *precio* o una *dignidad*. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo *equivalente*; en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad. Lo que se refiere a las inclinaciones y necesidades del hombre tiene un *precio comercial*; lo que, sin suponer una necesidad, se conforma a cierto gusto, es decir, a una satisfacción producida por el simple juego, sin fin alguno, de nuestras facultades, tiene un *precio de afecto*; pero aquello que constituye la condición para que algo sea fin en sí mismo, eso no tiene meramente valor relativo o precio, sino un valor interno, esto es, *dignidad*. La moralidad es la condición bajo la cual un ser racional puede ser fin en sí mismo; porque sólo por ella es posible ser miembro legislador en el reino de los fines. Así pues, la moralidad y la humanidad, en cuanto que ésta es capaz de moralidad, es lo único que posee dignidad».

— Que los humanos somos sujetos de dignidad por el hecho de ser humanos, esto es, que hay una universalidad de la dignidad humana, que nos hace a todos sujetos de los derechos que emanan de ella. De hecho, es la referencia clave para los derechos humanos universales.

— Que, por tanto, la dignidad no depende ni de las identidades de nacimiento, ni de las capacidades, ni de las obras. Lo que significa que la mantene-mos siempre, seamos lo que seamos, cambiemos lo que cambiemos, hagamos lo que hagamos. La dignidad deja de ser un criterio de diferenciación y pasa a ser el criterio radical de igualdad en cuanto sujetos merecedores de respeto.

— Que, en consecuencia, siempre debemos tratarnos a nosotros mismos y debemos tratar a los otros como sujetos de dignidad, no instrumentalizándonos. Lo que significa que nos debemos *respeto moral*.

4. La ambigüedad de la propuesta kantiana está en el modo como interpretemos la ligazón entre dignidad y racionalidad que, según él, define al ser humano, a la persona. Si pretendemos que allá donde no hay conciencia lúcida constante no hay persona propiamente dicha —sobre todo, si consideramos que esa lucidez no podrá alcanzarse o recuperarse si se perdió—, podemos entrar de nuevo en dinámicas negadoras de la dignidad, instrumentalizadoras. Hay que estar, por eso, muy atentos a esta posible interpretación, que volverá a discriminar a las personas con trastornos mentales, para enfrentarnos a ella. Una pista para hacer esto podemos tomarla de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948.

— En el artículo 1 de la declaración encontramos de nuevo un texto con posibilidades ambiguas ante su interpretación. En él se dice que: «Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y, dotados como están de *razón y conciencia*» tienen derecho a todos los derechos, sin discriminación alguna por su condición o diferencia.

— Una pista para que lo interpretemos adecuadamente se encuentra en el pre-ámbulo de la declaración en el que se enfatiza que debe reconocerse «la dignidad intrínseca y los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la *familia humana*». La dignidad de todos los humanos se expresa no únicamente en nuestras individualidades separadas e independientes; también se expresa en nuestras solidaridades entrelazadas e interdependientes sin las que ninguno acaba siendo humano; se expresa en última instancia en la común humanidad en la que todos nos insertamos. En esos procesos de dependencia, independencia e interdependencia tendremos,

todos, vicisitudes y avatares diversos de conciencia, libertad y autonomía —desde la infancia hasta la vejez—, que, *en todos*, estarán vivenciados por sujetos de dignidad inalienable.

Desde el punto de vista ético es importantísimo asentar bien esta cuestión fundamental: las personas con trastornos mentales son todas, siempre, en toda circunstancia, sujetos de dignidad. Aquí está la base moral de todo lo demás.

2.3. De la dignidad ontológica a la vida en dignidad

1. Las conclusiones a las que hemos llegado son que: todos los humanos somos sujetos de dignidad; lo que significa que somos fines en sí, valiosos por nosotros mismos. Ahora bien, no basta que se proclame esta condición ontológico-moral compartida por todos nosotros. Es decisivo que potenciemos y realicemos una vida acorde con ella, si no queremos que quede en palabra vacía, peor aún, en palabra mancillada. Pues bien, ¿cómo experimentamos que somos fines en sí, cómo somos fines en sí, sujetos de dignidad, en la realidad? Cabe contemplar aquí dos perspectivas:

— «Pasivamente», esto es, sin que nosotros hagamos nada, cuando los demás nos tratan con el correspondiente *respeto*, cuando nos consideran como fines en sí, cuando no nos instrumentalizan ni nos marginan. Constatamos entonces que para ellos somos de verdad sujetos de dignidad. Es la primera exigencia que podemos plantearles. Es la primera exigencia que emana de las personas con trastornos mentales, hacia quienes se relacionan directamente con ellas pero también al conjunto de la sociedad, tan propensa a prejuicios de irrespeto.

— «Activamente», esto es, realizando nosotros algo, cuando nos vivenciamos como seres con iniciativa y lo somos realmente. Poniendo yo libremente la acción es como constato que actúo como fin en sí, mientras que cuando soy puro medio es otro el que me empuja a poner esa acción. Dicho de otro modo, me experimento como sujeto de dignidad cuando ejerzo mi *libertad* y mi *autonomía*. Estas dos categorías, que se verán luego, se muestran así totalmente engarzadas con la dignidad. Y, como ésta, serán categorías muy relevantes para las personas con trastornos mentales y para quienes tienen relaciones profesionales con ellas.

2. La dignidad, he subrayado, nos iguala en nuestra condición moral. Pero esto no diluye nuestras diferencias, sino que las resitúa. Éstas pasan a ser ahora

contextos que, en el respeto, deben tenerse presentes para la realización de la igualdad inherente a nuestra común condición de sujetos de dignidad. Esto significa, entre otras cosas, lo siguiente:

— Quien es fin en sí tiene derecho a los procesos de desarrollo (educación, cuidado de la salud, etc.) y a las condiciones contextuales que le permitan ejercer como fin en sí en grado máximo posible. Como puede verse, esto supone una conexión entre dignidad y derechos sociales, o dicho de otro modo, entre dignidad y justicia distributiva, implicando las estructuras e instituciones que se precisen. En concreto, para las personas con trastornos mentales, es especialmente relevante su derecho al cuidado de la salud.

— Frente a enfoques individualistas, hay que resaltar, como ya avancé, que la independencia de los seres de dignidad se sustenta en múltiples interdependencias, que fluctúan en sus modos e intensidades a lo largo de la vida de cada persona, que para todos suponen momentos de dependencias y fragilidades de conciencia; forman parte de la condición humana, de esa condición que nos hace sujetos de dignidad. Nuestra independencia implica, pues, siempre solidaridad, en la que damos y recibimos en función de nuestras necesidades. Esto también deberá ser tenido en cuenta. Lo que la perspectiva de la dignidad aporta es que, como ella, esa solidaridad debe tener un horizonte de universalidad, no puede ceñirse a mera solidaridad con «los nuestros», aunque ésta tenga su lugar propio para ciertas cuestiones.

3. CONCIENCIA

3.1. Introducción

Al presentar la dignidad se ha podido constatar que, ligadas a ella, han aparecido las otras tres categorías mencionadas en la introducción. Nos toca ahora ir desarrollando sus contenidos. Lo que haré comenzando por la conciencia.

La conciencia es una categoría clave cuando hablamos de personas con trastornos mentales. Pues, en medida relevante, estos trastornos son trastornos de conciencia. De todos modos, aquí no voy a asumir el enfoque psicológico de ella, el más directamente implicado en la relación terapéutica. Mi acercamiento a ella será el propio de la filosofía en general y de la ética en particular.

A la filosofía, la «conciencia» le resulta una realidad escurridiza e incluso indefinible. Hay además planteamientos diversos y enfrentados en torno a ella. Sin entrar propiamente en estos debates, trataré de ofrecer unos apuntes que, aunque discutibles, considero que pueden ser útiles.

Lo primero que debe aclararse es que se nos presentan dos significados o tipos de conciencia:

— Conciencia psicoepistemológica, la que se hace presente cuando nos percatamos psíquicamente de algo, interior o exterior a nosotros.

— Conciencia moral, la que expresa la orientación interior del sujeto hacia el bien moral.

A veces, para marcar lingüísticamente esta distinción, se habla de *consciencia* para el primer tipo y de *conciencia* para el segundo. Pero es un uso poco consagrado, por lo que aquí no lo tendré presente. Paso a presentar esta doble significación de la conciencia.

3.2. La conciencia psicoepistemológica

1. El enfoque filosófico que más se ha ocupado de este tipo de conciencia es el del análisis fenomenológico. Es un poco arduo, por lo que me limitaré a ofrecer los elementos más básicos. Para la fenomenología, la esencia de la conciencia es la *intencionalidad*. La conciencia, se subraya, se nos muestra antes que nada como realidad intencional (conciencia «de»), como conjunto de actos encaminados a aquello de lo que la conciencia es consciente. (Como puede verse la intencionalidad significa el acto del espíritu por el que se tiende a un objeto). Dicho de otro modo, la conciencia es posicional, implica posición de un objeto, contiene intencionalmente un objeto.

2. Por lo que se acaba de señalar, la conciencia supone algo más que «tener a». En ella se plasma una *relación* entre sujeto y objeto. Lo que implica lo siguiente:

— La conciencia es el saber (*con-ciencia*), no reductible a «conocimiento», de un *objeto*, interior o exterior —cabiendo lo ausente e incluso lo inexistente— que tiene un sujeto. Es captación de realidad, aunque, hay que advertir, de realidad interpretada. La conciencia se muestra aquí como «ser para sí» frente a la cosa.

— La conciencia se nos presenta además como organizadora de la *subjetividad* (*con-ciencia*). En afirmación de Husserl, es un «tejido de vivencias psíquicas en la unidad del flujo de vivencias».

— Avanzando en esta dirección, la conciencia se percibe como realidad *unificante del sujeto*: es el yo el que es consciente; es la conciencia la que me hace sujeto. Esto se hace palpable sobre todo en su variante reflexiva, tan relevante a partir de Descartes, que destaca la conciencia como percepción interna de las vivencias psíquicas propias (saber que sabemos; «apercepción» de sí). La conciencia es el acto de sentirse uno mismo.

3. Hay que advertir, de todos modos, que la conciencia es algo más que esta relación atravesada de intencionalidad. Al menos, desde dos puntos de vista, que sólo menciono, sin desarrollar:

— El análisis de Freud ha mostrado que la identidad del yo no es reducible a su conciencia. Baste recordar no sólo la existencia sino la gran importancia del inconsciente.

— La conciencia implica memoria, temporalidad, historicidad. Lo que la enriquece y complejiza enormemente.

4. En otro acercamiento a la conciencia se destaca de ella el *ser consciente* que supone, el ejercicio de atención que pone en juego. A este respecto se propone distinguir tres cuestiones:

— El objeto del que se es consciente, esto es, el término del acto consciente. Recuérdense que no se trata únicamente de «cosas», sino que hay también abstracciones lógicas, sentimientos, valores, etc.

— La conciencia del objeto, es decir, el acto.

— La conciencia de sí mismo: reflexión sobre el propio conjunto de actos. Esto supone una inversión en la dirección habitual de los actos conscientes, que se nos muestra —cuestión muy importante— como puerta de la intimidad.

5. Los análisis precedentes pueden conducirnos a la conclusión de que la conciencia es una realidad exclusivamente conexasionada con el sujeto individual. Pero sabemos que no es así, que se da la *reciprocidad* entre conciencias. Hay pensadores que destacan, considero que oportunamente, que esta reciprocidad no es algo añadido a ellas, sino algo que las caracteriza en lo que son. He aquí tres observaciones a este respecto:

— La reciprocidad se muestra al contemplar las conciencias tanto en su origen como en su plenitud. En el primer caso —piénsese en la conciencia que vamos desarrollando en la infancia— el «nosotros» antecede a cada sujeto consciente. En el segundo caso —obsérvese nuestra conciencia de madurez—, ese «nosotros» lo culmina.

— Esta reciprocidad no se expresa únicamente como reconocimiento mutuo de sujetos, sino como entrecruzamiento complejo.

— Por último, se trata de una reciprocidad que no está exenta de trampas. Cabe, por ejemplo, el mal reconocimiento en sus diversas variantes.

6. La conciencia, junto con la libertad, es condición de posibilidad de la moralidad. Porque es la conciencia del sujeto que libremente toma una iniciativa, la que permite que, propiamente, ésta pueda sernos imputada, tanto para lo bueno como para lo malo. Es esa conciencia del sujeto libre la que hace aparecer la responsabilidad. Con ello, entramos en el segundo significado de «conciencia».

Con todo, antes de abordarlo, no está de más que hagamos una sugerencia de aplicación de lo dicho a las personas con trastornos mentales. Como sabemos, hay un amplio abanico de los *estados alterados de conciencia*, que, en buena medida, configuran estos trastornos. Si bien es la ciencia psicológica la que propiamente los aborda, creo que lo aquí dicho sobre la conciencia desde la perspectiva de la fenomenología, puede también ayudar. Puede, en efecto, plantearse también la fenomenología de los estados alterados en la intencionalidad, la relación sujeto-objeto, la consciencia en acto como atención, la reciprocidad. Lo que ayudará a comprender las fragilidades de la conciencia, pero, también, sus potencialidades y hasta sus realidades positivas, incluso cuando se nos muestra vulnerable.

3.3. La conciencia moral³

1. La concepción clásica de la conciencia moral, en la cultura occidental, se va cuajando progresivamente. Comienza con los estoicos y las aportaciones de Pablo de Tarso y acaba con la propuesta de Kant.

³ Tengo aquí presente lo que digo sobre la conciencia moral en un trabajo anterior: *Temas básicos de ética*, Bilbao, Desclee de Brouwer, 2002, 5.a. También, trabajos como éstos: Gómez, C. «Conciencia moral», en Cortina, A. (dir.), *10 palabras clave en ética*, Estella, Verbo Divino, 17-69.; Valadier, *Elogio de la conciencia*, Madrid, PPC, 1995.

— Pablo, sintetizando en su reflexión elementos helénicos y procesos de interiorización más propios del cristianismo, acaba por definir la conciencia (*synéidesis*) a la vez como juez, esto es, como instancia crítica de nuestro propio comportamiento, y como instancia discerniente de lo que debe hacerse, que es la que luego permite hablar de responsabilidad por lo realmente hecho. Distinción que va a resultar clave.

— Agustín de Hipona, acentuará la dimensión de interioridad y el enfoque religioso, concibiendo a la conciencia como centro unificante de la persona y manifestación de la voz de Dios. Con ello, acaban definiéndose las dos metáforas decisivas para referirse a la conciencia: la del tribunal y la de la voz. Con la secularización de ámbitos muy relevantes de la cultura occidental, se diluirá en muchos casos la referencia religiosa, pero sin embargo, las dos metáforas seguirán teniendo fuerza.

— Otra importante aportación proviene de Tomás de Aquino. Enmarca la conciencia en la identidad personal singular del ser humano, con lo que la conciencia adquiere —decisiva conclusión— el rango de instancia suprema del ámbito moral, cuyo dictamen es obligatorio hasta el punto de tener que seguirse incluso si contradice a las autoridades morales, incluso en el caso de que objetivamente sea erróneo. Esto es, el ser humano no puede actuar contra su conciencia. A la hora de analizar su dinámica este autor tiende hacia una intelectualización de la misma, en el sentido de que la concibe como el lugar del juicio y de la valoración de los actos concretos. Tendencia que es contrarrestada por la tradición medieval franciscana y monástica, que concibe la conciencia más bien como una fuerza de la voluntad que tiende hacia el bien. Habría que advertir que se la percibe con más plenitud cuando se integran en ella las dos vertientes, la intelectual y la motivacional.

— Por último, para Kant, la conciencia no sólo es la instancia última de la moralidad, es su fundamento. Pero se trata, por supuesto, de la conciencia autónoma, la que debe decidir arrinconando intereses e inclinaciones (fuerte subrayado de la autoexigencia moral, de la autonomía responsable). Esto supone en concreto que: 1) la decisión en conciencia implica la exigencia de *discernir por la razón* lo que está bien o mal: momento objetivo: debe hacerlo como lo hace un juez riguroso e imparcial; 2) una regla nos obliga de hecho cuando la reconocemos como válida: momento subjetivo de la conciencia —certeza moral—; 3) obrar en conciencia no es condición suficiente para saber si hemos actuado objetivamente de modo recto.

2. La apología de la conciencia moral, presente en los autores citados, entra en crisis en el pensamiento contemporáneo.

— Por un lado, están los «maestros de la sospecha», que, cambiando la pregunta «¿qué es la conciencia?» por «¿de dónde viene?», tratan de reducirla a una estructura subyacente, ya sea «el modo de producción en la vida material» que la determinaría (Marx), la represión en nuestro interior del instinto de libertad, que da como resultado la mala conciencia (Nietzsche), o la lógica del superyó que critica al yo en forma de sentimiento de culpa (Freud).

— Por otro lado, la tendencia postmetafísica del pensamiento contemporáneo no se aviene bien con categorías como la conciencia moral, y tiende a diluirla en la estricta dinámica de la racionalidad intrasubjetiva o intersubjetiva.

3. ¿Conviene situarse con los apologetas de la conciencia o con sus detractores? Personalmente, considero que lo más adecuado es remitirse a los defensores de la conciencia pero haciendo pasar sus propuestas por la crítica de sus detractores. Con lo cual, no se destruiría la categoría de conciencia moral, sino que se purificaría.

— Esto supone, en primer lugar, hacerse cargo de que no resulta fácil analizar reflexivamente la conciencia, escudriñar qué es y qué consistencia tiene. Pero, por otro lado, tampoco es fácil arrumbar sin más lo que se nos muestra existencialmente a la vez tan frágil y tal lleno de fuerza. Valadier comenta que nos encontramos con una especie de injustificable racional, o si se prefiere, de axioma moral que debe valer por sí mismo, porque constatamos que su rechazo aportaría consecuencias inaceptables.

— En segundo lugar, dadas las grandes dificultades de la reflexión racional pura, ante los problemas estrictamente explicativos, podemos volver a las metáforas que se han utilizado en la tradición para definir a la conciencia, pero no viéndolas como mera ilustración imaginaria de la reflexión, sino percibiéndolas desde la convicción de que en el saber metafórico —en el saber poético— se encuentra el acceso a un más allá de la realidad empíricamente descriptible, que queda sugerido por la fuerza reveladora de la metáfora. Ya adelanté que estas metáforas decisivas de la conciencia han sido las de la voz y la del tribunal.

— La metáfora de la voz revela bien el juego dialéctico que se da en la vivencia de la conciencia entre una fuerza constitutiva de sí mismo y al mismo tiempo superior a uno mismo. Podría aplicarse a ella el dicho de Heidegger de que «la lla-

mada viene de mí y con todo me sobrepasa». Lo que oigo es, por un lado, producto de mi subjetividad (no puede además ignorar el proceso de su gestación en las relaciones sociales), pero por otro lado lo interpreto como algo externo a mi subjetividad, que yo escucho. La conciencia tiene una dinámica inevitablemente subjetiva, pero no es subjetivismo, sino acogida de algo que me desborda y que no es mi mera creación. Desde esta metáfora de la voz, la conciencia se nos presenta sobre todo como orientadora de la acción moral e impulsora de la misma: me sugiere lo que debe hacerse y me empuja a ello con fuerza variablemente obligante.

La voz no siempre se oye con claridad. Como en todo proceso de comunicación, puede haber interferencias, dificultades, oscuridades. Para evitar las interferencias es importante que nos introduzcamos en un proceso educativo de maduración de la conciencia, que se consolida con la formación y el desarrollo de la autonomía, enfrentándonos así también a las diversas manipulaciones a que puede ser sometida. Y ante las dificultades y oscuridades se impone el arte de la interpretación y el discernimiento, fiel y creativo a la vez, algo que debe acompañar todo proceso de conciencia, que debe estar abierto, cuando se precise, al diálogo honesto y crítico entre conciencias.

— En cuanto a la metáfora del tribunal, la conciencia es una especie de juez que enjuicia nuestras acciones, emitiendo el veredicto de culpabilidad, con el castigo correspondiente que consiste en el propio sentimiento de ser culpable, o de inocencia con el premio que se expresa también en el sentimiento de haber cumplido con el deber. Si la voz apunta más bien a lo que conviene que haga, el tribunal apunta más bien a la valoración de lo que he hecho. La conciencia supone aquí un desdoblamiento extraño del sujeto, pues, de cara al veredicto, no aparece sólo el juez, aparecen también el fiscal y el defensor, que expondrán agravantes y atenuantes.

El carácter sancionador de la conciencia como tribunal pone de relieve lo peligrosa y frágil que puede ser, por lo que sugiere de agobiante y opresora. Concretamente, el castigo del veredicto de culpabilidad puede ser especialmente doloroso para la conciencia sensible e insoportable para la conciencia escrupulosa. Hay aquí una nueva metáfora que lo expresa vivamente: la del remordimiento. La conciencia es entonces lo que nos corroe sin fin las entrañas, como tan vivamente expresa el mito de Caín. Por otro lado, es también posible el otro extremo, el de la conciencia laxa, en cuyo límite acaba por desaparecer toda posibilidad de sentimiento de culpa. Educar la conciencia madura supone ahora educar equilibradamente el sentimiento de culpa. Cuando se tiene ese equilibrio, la

conciencia puede incluso constituirse en factor liberador de cargas aplastantes y acusaciones ilegítimas que otros nos quieren imponer.

Avanzando en esta dirección, la metáfora del tribunal tiene otra potencialidad en la que no se suele caer. La conciencia puede ser la referencia no sólo para juzgar si nuestras acciones han sido de acuerdo a la ley, sino para juzgar también la propia ley jurídica o moral que nos proponen las autoridades correspondientes. Si en conciencia juzgo que ésta no es acorde con la moralidad, debo obedecer a la conciencia desobedeciendo a la ley. La conciencia se nos muestra así con una dinámica compleja de sumisión —a lo que se considera auténtica ley moral— e insumisión —a lo que se considera ley de la moralidad social inadecuada—. Con su desobediencia a ciertas leyes empuja a que se las transforme para que se generen leyes que merecen ser obedecidas en conciencia.

4. Pensando en las personas con trastornos mentales, este tema de la conciencia moral resulta delicado. En principio, el trastorno, fragilizando la conciencia psicoepistemológica, fragiliza la conciencia moral. Pero, por otro lado, con frecuencia es el trastorno mismo el que tiene que ver con modos no sanos de vivenciar la conciencia moral, que se han ido apuntando. Piénsese en los complejos de culpabilidad, en los narcisismos varios, en variantes de la neurosis, incluso en los fenómenos alucinatorios, etc.

Además, junto a esos trastornos de funcionamiento, que se nos muestran en principio internos, hay que tener presentes, como se adelantó, las posibilidades de manipulación de las conciencias desde el exterior, que puede afectar tanto a la dimensión más objetiva (contenidos) como a la más subjetiva (responsabilización) de la conciencia moral. No entro aquí en la explicitación de los diversos mecanismos de manipulación, que son muchos. Baste señalar que con ello se consiguen conciencias heterónomas y fanatizadas. Pues bien, también las personas con trastornos mentales pueden haber estado afectadas por estos procesos.

Todos estos peligros, ¿deben empujarnos a desterrar la referencia a la conciencia moral en la atención a las personas con trastornos mentales o deben motivar un afinado, personalizado y sanador acercamiento a ella? Intuitivamente me inclino por lo segundo, aunque toca a los expertos precisar los modos. En el fondo de esta opción late la tesis de que la vivencia adecuada de la moralidad es plenificadora de lo humano, y de que todos, estemos en la situación en que estemos, podemos avanzar hacia ella apoyándonos en nuestras potencialidades y curando nuestras fragilidades.

4. LIBERTAD⁴

4.1. Introducción

1. La libertad se nos presenta de arranque con tres *perspectivas* que, por cierto, están íntimamente imbricadas:

— Como aquello que *se reconoce*. La libertad se muestra como una característica o capacidad propia de los humanos, especialmente valiosa. Desde el punto de vista cognoscitivo se plantea el reto de definirla con precisión. Desde el punto de vista moral se plantea el reto básico de *respetarla y ejercerla de acuerdo al bien*.

— Como aquello que *se aprende*. Ahora, esa capacidad de libertad se nos muestra necesitada de procesos que permitan que madure, porque se la reconoce capacidad precaria, nunca plena, vulnerable en todos, aunque cada uno tiene sus propias vicisitudes, variables a lo largo de la vida, se implican mayores o menores dificultades. Procesos que, en parte, tiene que conducir el propio sujeto, pero que, en parte precisan colaboración intersubjetiva. El reto básico es aquí *educar(se) en y para la libertad*. Al que corresponde un derecho y un deber.

— Como aquello que *se conquista*. No se trata únicamente de que debamos madurarla en nosotros. Partiendo del dato de que unos humanos ejercen su libertad para imponerse opresoramente sobre las libertades de otros (en frase lapidaria de Rousseau: «el hombre ha nacido libre y por doquier está encadenado»), partiendo de que no se da el respeto que antes se reclamó, ahora ser libre es identificado con liberarse de la opresión, la libertad se hace proceso de *liberación* contra todo lo que la oprime.

Para las personas con trastornos mentales, las tres perspectivas son relevantes. Por la primera tienen derecho a ser reconocidas como seres libres. Por la segunda, hay que promover afinados procesos de maduración de sus posibilidades de libertad, intra e intersubjetivos, siendo para ello especialmente valiosa la ayuda profesional. Por la tercera, hay que denunciar todas aquellas opresiones a sus capacidades de iniciativa que reciban.

⁴ Tengo presente aquí mi texto previo «Educar en y para la libertad», en Martínez de Bringas, A. (dir.), *Teoría y práctica de la educación en derechos humanos*, San Sebastián, Alberdania, 2006, 47-74. En torno a la libertad son importantes estas obras: Berlin, I., *Cuatro ensayos sobre la libertad*, Madrid, Alianza, 1988; Bobbio, N., *Igualdad y libertad*, Barcelona, Paidós, 1993; Mill, J. S., *Sobre la libertad*, Madrid, Alianza, 1970; Pettit, P., *Republicanism. Una teoría sobre la libertad y el gobierno*, Barcelona, Paidós, 1999.

2. Latiendo en esas tres perspectivas, pueden intuirse cuatro «*momentos*» de la libertad:

— el subjetivo, en la medida en que la libertad es siempre, en última instancia, de un sujeto llamado a ejercerla;

— el intersubjetivo, en la medida en que, en general, el ejercicio de nuestras libertades nos entrelaza con el ejercicio de las libertades de otras personas; también, en la medida en que los procesos de maduración de nuestra libertad son procesos interpersonales en una proporción relevante;

— el institucional, en cuanto que el ejercicio público de nuestras libertades se realiza en marcos institucionales, los del Estado democrático; también, en cuanto son estas instituciones las llamadas a garantizar las posibilidades de ejercicio de las diversas expresiones del derecho a la libertad, ofreciendo oportunidades y combatiendo opresiones;

— el social, en cuanto que nuestras iniciativas se definen y expanden en proyectos que tienen su campo en la sociedad civil; también, en cuanto que nuestras luchas por la liberación se insertan en esta misma sociedad civil a través de los llamados movimientos sociales.

Los cuatro momentos deben ser contemplados en todas las personas, con variantes y énfasis diversos según las circunstancias de la propia vida. Por supuesto, también en las personas con trastornos mentales.

3. Estas perspectivas y momentos dibujan un amplísimo panorama en torno a la libertad. En lo que sigue lo retomaré sólo parcialmente, a través de la descripción de lo que pueden llamarse *tipos de vivencia subjetiva* de la libertad: libertad negativa, libertad positiva, libertad como no dominación⁵.

4.2. Libertad negativa

En una primera y elemental aproximación, podría definirse la libertad como la capacidad de elegir y realizar si coacción, entre varias posibilidades de acción, es la que se prefiere. En esta sencilla definición hay implícitos dos momentos o niveles, que Berlin y otros han categorizado como dos versiones de la libertad.

⁵ Hay otras distinciones posibles, que aquí no voy a describir, como estas: libertades formales y condiciones materiales de realización de las libertades; libertades públicas y libertades privadas.

Por un lado, tenemos la libertad negativa, que se expresa como ausencia de coacción a la hora de realizar una acción; por otro lado, está la libertad positiva, experimentada como autodeterminación con la que nos configuramos de una cierta manera. Comienzo por desarrollar lo que puede entenderse por libertad negativa.

1. En esta concepción, disfrutar de libertad significa encontrarse en aquella situación en la cual tenemos posibilidad de obrar de una cierta manera porque no hay nada ni nadie que nos coaccione en una determinada dirección, nada ni nadie que nos lo impida. Bobbio distingue entre:

— Libertad como ausencia de impedimento, consistiendo éste en no permitir que se haga algo.

— Libertad como ausencia de constricción, entendiendo por ésta obligar a alguien a hacer algo.

Disfrutar de libertad negativa significa así no sufrir ni impedimentos ni constricciones. Lo que prima aquí es la vivencia de no ser obstaculizados. Tener derecho a la libertad, desde este punto de vista, es tener derecho a no ser coaccionado.

2. ¿Pero de dónde y cómo puede venirnos la coacción?

— A veces el obstáculo proviene de la Naturaleza, de la enfermedad, de determinadas carencias insuperables. En estas ocasiones no convendría hablar de coacción, sino de que nos encontramos en el reino de la *necesidad*, no de la libertad. Si un accidente me ha privado definitivamente de la movilidad de las piernas, estoy obstaculizado para elegir la acción de correr. Pero en este caso, remitiéndonos a una distinción de Hobbes, no habría que hablar propiamente de ausencia de libertad, cuanto de *ausencia de capacidad*. En estas circunstancias, lo que cabe hacer, y debe hacerse cuando se trata de algo importante para nuestras vidas, es aquello que permite suplir en ciertos modos y grados la carencia y ampliar así el reino de la libertad (en nuestro ejemplo, a través de instrumentos, de edificaciones accesibles, etc., que posibiliten la movilidad que la parálisis de piernas impide).

— En otras ocasiones, el obstáculo lo encontramos en nuestro interior, cuando el atractivo o la repulsión de algo —el deseo o rechazo que nos provoca— nos empuja a hacer o dejar de hacer algo que creemos tenemos que hacer, funcionando así como constricción o impedimento según los casos. Es algo ambiguo si en estas ocasiones tenemos que hablar propiamente de coacción. Algunos recuperan para ellas la clásica palabra de *tentación*, con lo cual se subraya, por un lado,

que no se trata de obstáculo insalvable para la libertad, sino de dificultad que ésta debe ser capaz de superar; y, por otro lado, que esa dificultad está en última instancia en nosotros mismos.

— Estas consideraciones nos ponen sobre la pista de que deben considerarse como situaciones estrictas de coacción que impiden la libertad negativa, aquellas en las que *un ser humano*, aprovechando su poder, intenta imponer a otro su voluntad, forzándole a una acción o a una omisión. A veces el coaccionador se impone sin más por la fuerza física, por ejemplo, encerrándome en una habitación para que no haga algo; otras por la amenaza de usarla: «te pegaré una paliza si no haces esto»; otras, a través de dinámicas más retorcidas, como la de arrinconarme en un dilema que él provoca forzándome a elegir entre lo que percibo como dos grandes males: «o accedes a ciertos “favores” sexuales o a ciertas corruptelas o pierdes el trabajo». La coacción llevada a ciertos extremos puede impedir la realización de lo que queremos, y supone en esos casos ausencia de libertad negativa, pero en principio no tiene por qué significar pérdida de la capacidad de elección como tal: pueden encerrarme para que no advierta a alguien de un peligro, pero ello no suprime mi firme voluntad de solidaridad con el amenazado (con todo, duras opresiones como la tortura pretenden arrancar incluso esa capacidad de elección).

3. ¿Puede haber coacciones de otro humano que sean legítimas? El que todo uso de la fuerza encaminado a impedir algo de alguien sea coacción a la libertad, no quiere decir que toda coacción sea en sí inmoral. Por poner un caso extremo: si soy testigo de un intento de asesinato y puedo evitarlo sujetando al asesino, tengo que hacerlo, aunque con ello le coaccione a no hacer lo que quiere hacer. El gran reto ético no está por tanto en evitar sin más las coacciones, sino en discernir las legítimas de las ilegítimas.

— Desde el propio derecho a la libertad, en cuanto que debe ser contemplado como derecho inalienable de todos, hay un criterio que se desprende con claridad: habrá que coaccionar aquellas conductas libres que supongan daño a la libertad de otros, haciéndolo a su vez con el menor daño posible a la libertad del coaccionador; es decir, las coacciones legítimas son aquellas que buscan la mayor libertad de todos. En realidad, el desarrollo de este principio en leyes y fuerzas de seguridad que lo hacen eficaz, es precisamente lo que llamamos Estado de derecho.

— Hay que advertir, con todo, que este principio se complejiza cuando nos encontramos con personas en proceso de fragilidad y maduración de su capacidad

de libertad, ante las que pueden parecerse necesarias ciertas coacciones a fin de que tal proceso avance a buen puerto. ¿Cuándo y cómo son legítimas? Es algo que se retomará al describir la autonomía.

4. Una derivación del hecho de que la libertad negativa se identifique con la ausencia de coacción —ilegítima, hay que añadir ahora, si insertamos la dimensión moral— es que ésta se nos presenta como *anhelo de liberación* cuando se sufre esa coacción. En esta situación el derecho a la libertad, al no estar realizado como hecho, se nos impone como tarea, que se expresa a su vez como lucha contra la opresión.

— En unas ocasiones se da en el marco personal, cuando tengo que liberarme de ciertas ataduras del deseo como las antes citadas; en otras en el marco interpersonal, cuando hay relaciones personales de dominio; en otras en el marco colectivo, cuando, por ejemplo, unos colectivos humanos dominan a otros.

— El que las posibilidades de libertad que tengamos las empleemos en afianzarlas y aumentarlas a través de iniciativas de liberación es una muestra decisiva del aprecio a la libertad (frente al miedo a la misma, que tan bien analizó Fromm).

— Es una exigencia ética ser coherentes en estas luchas por la libertad: no deberán hacerse a través de medios que contradicen el fin que se busca.

Disfrutar de libertad negativa nos hace «dueños», y por tanto responsables, de nuestras acciones. Por otro lado, la reclamación del derecho a la libertad negativa propia conlleva la asunción del deber de no coacción de la libertad de otros.

5. Bastantes de estas consideraciones en torno a la libertad negativa tienen una notable aplicación al campo de la enfermedad mental. Piénsese en esto, como apunte mínimo. Históricamente, la coacción que se ha ejercido sobre las personas con trastornos mentales —al menos en algunas de sus expresiones— ha sido fortísima, inhumana con frecuencia, nada pensada en el bien de ellas sino únicamente en la supuesta seguridad, cuando no mera comodidad, de la sociedad que las marginaba. Esto es, se les han negado de plano sus posibilidades existentes de libertad negativa. Y en el tenso binomio entre libertad negativa —de ellos— y seguridad —de los otros—, se ha optado por lo segundo sin ninguna consideración de lo primero. En las últimas décadas, gracias a profesionales comprometidos con ellos, se ha avanzado en este terreno, pero todavía queda mucho por hacer, especialmente por lo que se refiere a las percepciones sociales. En este sentido, el horizonte de libertad negativa de las personas con trastornos mentales ha

sido y es en buena medida un horizonte de liberación. Hay más cuestiones que hay que considerar, como, en procesos terapéuticos, la tensión entre anhelo de libertad y miedo a la libertad. Pero baste aquí con este breve apunte.

4.3. Libertad positiva

1. Lo primero que conviene subrayar es que defender la libertad en su sentido positivo tiene que significar incorporar su sentido negativo. Quien afirma la libertad positiva, afirma a este respecto la libertad de coacción y *algo más* —el algo que la define propiamente—. Por lo primero —momento negativo—, podemos considerarnos dueños de nuestras acciones; por lo segundo —momento positivo— somos capaces de dirigir la construcción de nuestro propio yo en la dirección que consideremos oportuna. Debido a que estoy libre *de* obstáculos, ejerzo mi libertad *para* actuar con vistas a fines que me propongo, para realizar mis ideales y cumplir lo que considero mis deberes.

— Ejercemos la libertad positiva cuando nos vamos autorrealizando a través de nuestras decisiones. Con lo que, así como la prueba de que disfrutamos de libertad negativa es que podemos poner la acción sin coacción, la prueba de que ejercemos la libertad positiva es que realmente estamos realizando, aunque con imperfecciones inevitables, el ideal sobre nosotros mismos, que no somos heteroguiados.

— Esto requiere que se den unas condiciones sociales adecuadas para ello, que no se limitan a la protección frente a los impedimentos venidos de los otros como era en el caso de la libertad negativa, sino que además facilitan el acceso a bienes y recursos que hacen viable la autorrealización que buscamos.

— Fácticamente puede darse una libertad sin la otra: una acción puede estar no impedida sin que yo la quiera e igualmente puedo querer algo sin que pueda hacerlo. Pero ejercemos plenamente la libertad cuando integramos ambas formas de la misma.

2. Si la libertad negativa supone ausencia de coacción, la libertad positiva sí supone, pues, una determinación, pero que se expresa como *autodeterminación*, determinación conscientemente elegida. Esto tiene importantes implicaciones:

— Precisamente porque la realización que se estimula aquí es obra de las propias elecciones, inevitablemente adquirirá formas plurales, incluso cuando se

quiere ser honesto con las exigencias que se nos imponen: no todos llegarán a las mismas conclusiones en torno al ideal de lo bueno. Esto es, si postulamos la realización propia en libertad tenemos que postular también el pluralismo como valor.

— Admitir el pluralismo como valor significa hacer una doble delimitación: por un lado exige determinar un mínimo normativo común que todos deben cumplir, ante el que no cabe pluralidad de opciones, y que es precisamente el que se necesita para que el pluralismo exista (hay que situar aquí las normas de respeto de los derechos humanos indivisibles e interdependientes); por otro lado, pide reconocer a partir de ahí el ámbito de la pluralidad legítima, en torno a la que se puede debatir, pero nunca imponer.

3. Conviene acabar todas estas consideraciones con una advertencia. La libertad como elección de lo que entendemos nos autorrealiza, resulta efectiva cuando tenemos la posibilidad de hacer eficaz la elección. Lo que supone un *poder*. Y es aquí donde pueden aparecer algunas trampas de y para la libertad.

— La conquista de la libertad en situaciones de opresión es una lucha contra quienes ejercen un poder que cercena nuestras posibilidades de vida libre. Cuando se triunfa, se adquiere a su vez un determinado poder. Y la tentación de utilizarlo en una línea de autorrealización —personal o grupal— que implique opresión de los otros es grande. Nietzsche describió esta dinámica con gran contundencia: «Se desea la libertad mientras no se tiene aún el poder. Cuando se tiene el poder se desea el predominio: si no se consigue (si todavía se es demasiado débil para ello), se desea la justicia, o sea, un poder parejo». No puede ignorarse que estas dinámicas, tanto a niveles relacionales, como sociales y políticos, se dan. El problema está en dilucidar si se dan siempre, como lo sugiere el texto nietzscheano, o si es una tentación en la que cabe no caer. Pues bien, en las propias posibilidades de la libertad —también en lo que prueban las realizaciones positivas de ésta— está el que quepa gestionar positivamente el poder que implica.

— A este respecto conviene recordar una distinción entre: poder *contra* los otros (dominación cruda), poder *para* los otros (paternalismo sólo justificable en la medida en que no hay todavía madurez de autonomía y para potenciarla, como se dirá luego) y poder *con* los otros (juego respetuoso y colaborativo de las libertades). La ética de la libertad apuesta por esto último.

4. De nuevo, un mero apunte aplicativo a las personas con trastornos mentales y a la relación profesional o de otro tipo que puede mantenerse con ellas.

Lo que la libertad positiva nos reclama es que no nos preocupemos únicamente por que no tengan coacciones que les impidan hacer, sino que no les forcemos a hacer lo que no está justificado y que nos preocupemos no únicamente por que puedan hacer algo autodeterminado, sino por colaborar sin imposiciones indebidas para que puedan hacer algo que suponga riqueza de realización para ellos. Pero todo esto se aclarará más al hablar de autonomía.

4.4. Libertad como no dominación

1. Según Pettit, este modo de libertad exige que nadie sea capaz de interferir arbitrariamente —según le plazca— en las elecciones de la persona libre. Esto significa lo siguiente: el ideal de no dominación no pide únicamente que de hecho nadie nos coaccione efectivamente en nuestras vidas (fácilmente tendríamos entonces libertad negativa y posibilidades de libertad positiva), sino que nadie tenga *capacidad* para hacerlo sin bases justificadas. Es decir, aquí se tiene muy presente:

— que no toda interferencia es dominación, pues hay interferencias legítimas —en aras de la libertad—, que deben ser calificadas como no arbitrarias;

— que no toda ausencia de interferencia es libertad, pues ésta no existe cuando tal ausencia es acompañada de capacidad y posibilidad de interferencia por un determinado poder que por motivos que no se le imponen ha decidido inhibirla, pero puede activarla si lo desea.

La mera conciencia de saberse dependiendo de la «buena voluntad» de otros, de saber que determinados márgenes de libertad nos son concedidos como «gracia» y son revocables en sí, es limitadora de nuestras posibilidades de elección. La libertad como no dominación implica así, en positivo: ausencia de incertidumbre, ausencia de necesidad de defensa estratégica frente a los poderosos para tenerlos a nuestro favor y ausencia de subordinación social a los otros. Piénsese en cómo todo esto puede ser aplicado a las políticas que se practican en centros que acogen a personas con trastornos mentales.

2. En una concepción como esta, la perspectiva política de la libertad aparece enseguida y con gran fuerza. Quien debe garantizar, en efecto, que nadie tenga posibilidades arbitrarias de interferir sobre los otros es un régimen jurídico-político de tal naturaleza que no se convierta él mismo en fuerza de dominación, que

garantice por tanto de modo sistemático la libertad como no interferencia y que facilite el logro de la libertad como autodeterminación.

5. AUTONOMÍA⁶

La autonomía puede ser considerada como la dimensión ética de la libertad en su ejercicio subjetivo, en el que aquí me centraré. Cabe hacer tres bloques de análisis en torno a ella: el relativo a sus enfoques, el relativo a sus espacios y el que tiene que ver con las limitaciones en la capacidad o competencia para ejercerla.

5.1. Tres enfoques de la autonomía

1. Un primer enfoque es concebirla como *autodeterminación*. Lo expresa muy bien Mill. Es el más elemental en exigencias éticas y expresa el modo más común de concebirla.

— Remite a la capacidad de construimos a nosotros mismos, de darnos una determinación, a partir de las propias elecciones, con la máxima libertad, sin someternos a la voluntad de los otros: puedo tomar y realizar la decisión que quiera y, al hacerlo, me habré determinado —autodeterminado— del modo que he querido.

— Las decisiones de autodeterminación las tomamos en general teniendo presente, con mayor o menor claridad, un horizonte de autorrealización, el que expresa nuestra concepción de vida buena, lograda, feliz.

— Precisamente porque son decisiones de *autodeterminación*, aceptamos que se dé un pluralismo legítimo de concepciones de bien, las que guían nuestras decisiones. Lo que supone en concreto que nos autoasignamos plena libertad para determinar el bien para nosotros: en lo que nos afecta a nosotros mismos, somos soberanos, somos el juez supremo. La única limitación para nuestra autodeterminación es ejercerla de modo tal que no obstaculicemos directamente la autodeterminación de los otros.

⁶ Tengo aquí presente lo que planteo de ella en obra previa ya citada *Temas básicos de ética*, Bilbao, Desclée de Brouwer. Entre los libros que conviene considerar están: Kant, I., *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Madrid, Espasa Calpe, 1973; Mill, J. S., *Sobre la libertad*, Madrid, Alianza, 1970; Taylor, C., *Ética de la autenticidad*, Barcelona, Paidós, 1994.

— El bien que elegimos al determinarnos es bien para nosotros únicamente si es elegido por nosotros. De lo que se desprende que se rechaza todo paternalismo, provenga de donde provenga (de las instituciones públicas o privadas o de personas particulares como los profesionales), que es percibido como violación del derecho a autodeterminarnos y, en última instancia, como ataque a nuestra dignidad.

— Como consecuencia de esto, se reivindica el «derecho al error», el derecho a equivocarnos.

— Se pone, de todos modos, una condición para poder ejercer el derecho de autodeterminación personal: ser persona capaz o competente. Es persona capaz aquella que: puede hacer sus elecciones en el marco de un esquema global de vida con sentido (intencionalidad); dispone de un conocimiento suficiente de lo que son la naturaleza, los contextos y las consecuencias previsibles de las acciones que elige.

— A este enfoque, sobre todo si es ejercido sin tener presentes los otros, se le achacan los siguientes riesgos: individualismo, en la medida en que se concibe como autodeterminación autosuficiente; arbitrariedad de la libertad, en cuanto que no se autoexige tener razones para las decisiones más allá de la voluntad del propio sujeto; juridificación de las relaciones, dado que las concibe desde las lógicas contractuales (se entra en relación con quien se quiere y para lo que se quiere, con tal de que se pacten las condiciones). Es especialmente llamativa la forma como esta juridificación afecta a las relaciones profesionales, por ejemplo, entre personal médico y pacientes.

2. Un segundo modo de plantearse la autonomía, el kantiano, es concebirla como *autolegislación* moral. Se especifica de la siguiente manera:

— Se aclara primero el alcance de la heteronomía. No sólo excluye que el otro (una autoridad política, social, religiosa, profesional, familiar, etc.) imponga a nuestra libertad moral su ley (ya sea por forzamiento directo, ya sea por seducción o engaño, ya sea por paternalismo buscando nuestro bien). Excluye también que yo me guíe por mi puro deseo de algo. A primera vista, parecería que si sigo *mi* deseo, soy autónomo. Pero Kant destaca que cuando me guío por el deseo en realidad me guío por el objeto del deseo, por algo externo a mí. Alguien que anhela un automóvil puede subordinar su vida a éste. El caso extremo está por supuesto en la drogadicción: lo que se muestra al final totalmente esclavizador es lo que primero se deseó.

— Esto significa que esta autolegislación no pide únicamente el ejercicio del «libre albedrío». Pide que sea fruto de una racionalidad que, siendo propia y construida por el sujeto, esté a su vez purificada del deseo, sea capaz de poner entre paréntesis los intereses personales, para que emerja desde ella lo que el sujeto considera que debe hacerse al margen de los intereses personales. Esto es lo que se llama tener buena intención moral.

— Este ejercicio de autolegislación se concreta en la formulación de preceptos morales que implican también al propio sujeto (tiene deberes para consigo mismo) y que tienen que amoldarse a los dos grandes imperativos formales: 1) el de universalidad: que la norma que te des a ti mismo tenga tales fundamentaciones racionales que pueda convertirse en norma universal, para todos; 2) y el de humanidad: que la norma que te des a ti mismo sea de tal calidad que no suponga que instrumentalizas a ninguna persona, si siquiera a ti mismo, que suponga que tratas a todas ellas, y a ti mismo, como fin.

— A este enfoque se le reprocha tener esta limitación: que, arrinconando el mundo de los sentimientos y la felicidad, concibe un sujeto moral ético puramente racional que no existe. Los sentimientos, como sentimientos morales, tendrían que formar también parte del acontecimiento ético.

3. Tenemos por último el enfoque de la autonomía como *autenticidad*, muy bien expresado por Taylor. Puede ser descrito a través de estas consideraciones:

— Lo valioso no es la elección por la elección, como parece desprenderse del enfoque de la mera autodeterminación, sino realizar a través de ella nuestra identidad de modo original: ser «yo mismo» (autenticidad).

— La autoelección sólo tiene sentido cuando unas cuestiones son más significativas que otras para el sujeto. Lo que significa que hay un más allá del yo con el que debe contar éste para autodeterminar su identidad.

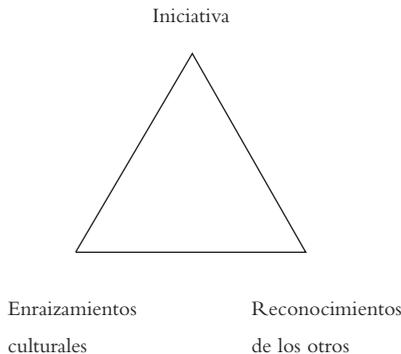
— Dicho esto de otro modo, tenemos que aceptar que no somos autosuficientes. Por un lado, no tenemos plenos poderes de invención o descubrimiento, sino que «negociamos» nuestra identidad con nuestro entorno cultural, que nos ofrece modelos entre los que elegir (en nuestra cultura, ser médico, o carpintero, o bailarín, o poeta, etc.). Es cierto que podemos ser críticos y creativos respecto a los modelos que contemplemos, pero tras haber pasado por un relevante momento de receptividad. Por otro lado, también para la construcción de nuestra identidad lograda, que aspiramos a que sea auténtica, a que exprese aque-

llo a lo que nos consideramos llamados a ser, tenemos necesidad del adecuado reconocimiento de los otros: el mal reconocimiento también genera identidad, pero violentada y falseada.

— Por tanto, como se ve, la autenticidad de la identidad es autodefinida, pero en marcos intersubjetivos y culturalmente contextuales, de los que somos siempre deudores. Esta autenticidad es la que da materialidad, contenido, a la autonomía, que como tal es formal.

— Un último rasgo que hay que destacar es que la autonomía como autenticidad se dice narrativamente, se expresa como biografía moral que traba en una trama el conjunto de las elecciones que hemos hecho y de los avatares que hemos sufrido, que se traban expresando una historia abierta al futuro. Esta narratividad supone: que la temporalidad forma parte de la identidad, marcándola con procesos evolutivos varios; que la narratividad a través de la que expresamos quién somos (soy el que ha vivido esta historia) es fruto inevitable de una interpretación, sujeta a sus riquezas, limitaciones y trampas. Por otro lado, esta narratividad personal se autoevalúa confrontándose con relatos de sentido recibidos en las propias tradiciones que se toman como referencias paradigmáticas (relatos religiosos en unos casos, de luchas seculares en otros, de éxitos individuales —científicos, artísticos, deportivos, etc.— en otros). Una vez más, nuestra identidad, que busca ser auténtica, se destila a través de dinámicas de receptividad, aunque —importante— abiertas a la crítica y la innovación.

— Se puede sintetizar buena parte de lo dicho en este «triángulo de la identidad», en el que cada ángulo encuentra su sentido y desarrollo incorporando dialécticamente a los otros:



La autonomía así definida, abierta a estos tres enfoques, es un derecho, pero también una responsabilidad. Tenemos tanta responsabilidad moral como posibilidad de autonomía. Esto es algo que también debe tenerse muy presente con las personas con trastornos mentales: el espacio de su autonomía —que debe ser respetado— es el espacio de su responsabilidad —que debe ser exigido—. Si no les exigimos la responsabilidad, del mismo modo que nos la exigimos los demás, se considerarán, con razón, minorizadas, aunque sea paternalistamente. Por otro lado, es muy conveniente dar especial relevancia al enfoque de la autonomía como autenticidad al pensar en las personas con trastornos mentales, a fin de otorgarle toda su densidad.

5.2. Espacios de la autonomía

La autonomía personal puede ejercerse en cuatro espacios: dos de ellos clasificables en ámbito privado y otros dos en el ámbito público. Por un lado es importante distinguirlos, a fin de que cuando se plantee ejercer la autonomía se plantee ejercerla en todos ellos, a fin de que sea más plena. Por otro lado, hay que advertir que se da una significativa porosidad entre espacios.

1. El espacio privado es aquel en el que formulamos y tratamos de realizar nuestros proyectos personales, individual y grupalmente, en el horizonte de la vida feliz, tal como la concebimos. Los dos subespacios dentro de él son los siguientes:

— Espacio de la intimidad. Está delimitado por las relaciones familiares, de pareja, de amistad. Como tal, se sustrae a la mirada curiosa de los otros, y acoge el conjunto de dimensiones de autonomía que están más cargadas afectivamente. De todos modos, expresando la porosidad que se acaba de mencionar, en este espacio hay una dimensión pública: en la medida en que las relaciones, en principio libres, no pueden quebrantar nunca los deberes de justicia intersubjetiva (lo que sucede, por ejemplo, con los malos tratos); y en la medida en que ciertas cuestiones de justicia distributiva pasan por el ámbito familiar.

— Espacio de la vida civil, en el que podemos participar, en formas menos personalizadas e incluso anónimas, en iniciativas varias. Algunas de estas tienen que ver con el mundo del sentido: comunidades de creyentes en las que se vive y expresa la fe; comunidades de referencias ideológicas diversas; etc. Otras tienen que ver con el mundo de la diversión, el ocio, etc. Otras, por último, son

específicamente mercantiles, funcionando de acuerdo a las leyes de mercado. También aquí vuelve a darse porosidad: la autonomía que se ejerce debe someterse a las leyes de justicia, tanto internamente a esos colectivos como en las iniciativas externas que hagan; y, por lo que se refiere al mundo del mercado, no sólo no debe ser injusto, sino que es importante que colabore con la gobernanza global.

2. El espacio público es aquel en el que con nuestra participación autónoma perseguimos el interés general de la convivencia en justicia. Las dimensiones de privacidad que puedan darse en ellos no deben dificultar los logros de este objetivo decisivo. También aquí pueden distinguirse dos subespacios:

— Espacio social. Es aquel en el que, en general a través de organizaciones presentes en la vida civil, y sin pretensiones de representatividad democrática estricta, perseguimos objetivos que tienen que ver con ese interés general. Piénsese, por ejemplo, en Amnistía Internacional, o Green Peace, o un movimiento feminista, etc.

— Espacio político en sentido estricto. Es el comprendido por las instituciones del Estado en su expresión más amplia, sustentado en última instancia en la representatividad democrática y definido éticamente por el objetivo de la búsqueda del bien común.

Señalaba que delimitar estos espacios visibiliza que una autonomía tiene ejercicio pleno cuando se embarca en los cuatro. Lo más penoso es que, por presiones externas, se le impida ejercerse en algunos de ellos. Pues bien, esto es también aplicable a las personas con trastornos mentales. Pueden tener limitaciones en su capacidad de autonomía, muy variadas según los casos, que deberán ser tenidas muy en cuenta, según las pautas que se señalarán a continuación. Pero el horizonte del ejercicio de esta debe ser completo. No debe caerse, por ejemplo, en polarizar su posible ejercicio de la autonomía única o muy predominantemente en el espacio de la intimidad.

5.3. Autonomía y limitaciones en la capacidad o competencia

En principio, la acción benefactora del profesional se debe subordinar a la autonomía del usuario competente (en el marco de la justicia). ¿Cómo se debe confrontar esta afirmación con el hecho de que haya un déficit psíquico en la

autonomía de la persona a la que atiende, como puede ser el caso de personas con trastornos mentales? He aquí una serie de consideraciones generales, formuladas esquemáticamente, que pueden ayudar, aunque luego toda aplicación de ellas tenga que ser contextualizada y discernida, siempre desde en máximo centramiento en la persona.

1. Observaciones sobre el grado de capacidad:

— Nadie es plenamente autónomo y nadie es totalmente dependiente; todos somos interdependientes.

— No debe confundir limitación de la capacidad con incapacidad, pues toda limitación muestra también una capacidad. En la relación profesional benefactora hay que reconocer a toda persona el grado de autonomía que corresponde a su grado de capacidad —respeto— (acoger demandas, obtener consentimiento, etc.).

— Hay que tener disposición a asumir los riesgos razonables que ello conlleva.

— Las decisiones de sustitución por parte de tutores y profesionales deben ceñirse a los espacios ineludibles, estimulando a la vez los apoyos para la autonomía.

2. Observaciones sobre la maduración de la capacidad:

— La capacidad de autonomía se adquiere a través de procesos de educación y de maduración personal, para los que deben ofrecérsenos las oportunidades correspondientes. Las personas con déficits de capacidad tienen derecho a esas oportunidades, acomodadas a la realidad de cada caso, a fin de lograr la capacidad máxima posible de autonomía.

— Nuestra capacidad para el ejercicio de la autonomía depende en parte de las circunstancias y contextos en los que nos hallamos situados, en unos casos potenciadores y en otros dificultadores (en medida significativa, discapacita el entorno) —> las personas con déficits en autonomía tienen derecho a dinámicas sociales y diseños materiales que eviten todo lo posible los obstáculos para ellas.

3. Articulación entre beneficencia y autonomía:

— No se puede hacer el bien sin contar todo lo que se pueda con la autonomía de aquel al que se hace ese bien.

— El paternalismo únicamente es correcto si responde a carencias reales de autonomía y si prioriza subsanarlas en lo posible.

— Es responsabilidad de la persona autónoma, acorde con su grado de autonomía, discernir lo bueno al ejercer su autonomía y abrirse a la beneficencia cuando sea necesario.

— La autonomía del usuario, con sus demandas, ofrece horizontes hermenéuticos a la acción benefactora.

6. PARA CONCLUIR

Por Ricoeur definía la ética como «anhelo de vida realizada, con y para los otros, en instituciones justas». De la primera parte de la definición emergen categorías como la estima de uno mismo y la autonomía; de la segunda, otras como la solicitud y el respeto; de la tercera, el sentimiento de justicia y los principios, con la correspondiente mediación institucional. En buena medida, pues, las categorías que hemos visto se insertan bien en esta definición. Lo que en ella se añade es que tienen que estar orientadas a ese decisivo anhelo de vida realizada que siempre se hace con los otros. Hemos querido resaltar que no debe marginarse a nadie de este horizonte, que, en concreto, en modo alguno debe marginarse de él a las personas con trastornos mentales. Que debemos caminar con ellas en esta dirección.

XVI
SALUD MENTAL Y BIOÉTICA*

Ana M.^a Marcos del Cano

1. INTRODUCCIÓN

La reflexión que pretendo hacer en este trabajo va muy ligada a la pregunta de por qué ha nacido una nueva disciplina, no hace tanto tiempo, denominada bioética y qué relación guarda con la salud mental¹. Sobre todo, mi pretensión es traerla en la novedad que aporta y preguntarnos por su necesidad y por las causas que la han originado y su conexión con la realidad de la salud mental². Y al mismo tiempo la incidencia que esa nueva rama del conocimiento ha tenido en el derecho, las normas que han surgido en este ámbito y, en especial, las que se refieren a la validez del consentimiento de las personas con trastorno mental.

A la vez todo esto no puede ir desligado de las preguntas que cada uno nos hacemos bien por razones profesionales o académicas, bien por inquietudes personales sobre la problemática de la salud mental, que nos lleva a cuestionarnos nuestras formas de entender esa realidad, nuestra intervención concreta, así como el respeto a los derechos fundamentales de las personas que padecen este trastorno.

Este fenómeno del trastorno psíquico, una de las formas específicas de vulnerabilidad que afectan a los seres humanos, conduce en cierto modo a una crítica del modelo tradicional del sujeto de la ética en general (el hombre libre, autónomo, que decide por sí mismo) y de la Bioética en particular y plantea la necesidad de recurrir a éticas de la responsabilidad y del cuidado (no paternalista) en las que la voz del otro prevalezca.

* Este trabajo se encuentra en el proyecto de investigación del MICINN DER 2010-21129 sobre «Optimización de la gestión e información de las instrucciones previas».

¹ Hay pocos libros que traten específicamente este tema, véase Alicia I. LOSOVIZ, Daniel A. VIDAL, ALCIRA BONILLA, *Bioética y Salud Mental. Intersecciones y dilemas*, Akadía, Buenos Aires, 2006.

² Véase sobre la necesidad de formación del psiquiatra en Bioética, Benjamin HERREROS, Fernando BANDRÉS y Pedro GARGANTILLA, *Educación en Bioética al profesional de la salud. Una perspectiva internacional*, Fundación Tejerina, Madrid, 2010, en concreto el capítulo de «La enseñanza de la Bioética en salud mental. Una tarea pendiente», de E. Valenti, pp. 101 y ss.

Y es que en este ámbito es inevitable comenzar por abordar la dimensión ética del ser humano³, más allá del estricto respeto a la ética profesional, sobre todo, teniendo en cuenta que la relación que se establece entre los dos sujetos (médico, psicólogo, psiquiatra, trabajador social y persona con trastornos mentales) es por principio asimétrica, en la que una de las partes presenta gran vulnerabilidad. Entiendo la dimensión ética como autonomía moral, como esencial función de la conciencia valorativa ante cualquier norma y ante cualquier modelo de conducta y que, por ende, nos afecta a todos y que diferenciaría de la moral.

- Moral: conjunto de hábitos, actos y carácter del ser humano
- Ética: el fundamento de esos actos, donde están apoyados

Cuando hablamos de moral, siguiendo a Aranguren, podemos entenderla de muy diversas maneras, a saber,

- Moral en el sentido de actitud básica que indica fuerza, impulso, ánimo vital. Así se dice de una persona que tiene mucha moral, lo que significa que tiene coraje y valentía para afrontar la vida y las situaciones que implique. O bien de alguien que está «desmoralizado», indicando precisamente esa falta de ánimo. Aquí este significado no conlleva ninguna connotación ética, esto es, no se es más o menos ético por la «moral», no es inmoral por el ánimo que se tenga, sino más bien es una situación de hecho, de estructura psicológica de la persona.

- Moral como estructura en el sentido de ajustamiento y consiguiente apropiación, esto es, hacer la propia vida a través de cada uno de nuestros actos y la inscripción de esos actos en nuestra naturaleza. En este punto, la moral existe porque el hombre es un ser constitutivamente moral. A diferencia del animal que existe plenamente ajustado al medio, (el suyo es un mecanismo estímulo-respuesta), el hombre, en cambio, es «libre de» y además su propia complicación hace surgir en él su inteligencia. El hombre necesita justificar sus actos.

- Moral como contenido, que sería la justificación como justicia, como ajuste a una determinada norma ética, estaría formada por actos, hábitos, carácter que

³ Es preciso poner de relieve que actualmente hay un reconocimiento absoluto acerca de la necesidad de la reflexión ética en psiquiatría, véase a BLOCH, S.; PARGITER, R. «Códigos éticos en psiquiatría», en BLOCH, S.; CHODOFF, P. y GREEN, S. A. (editores). *La ética en psiquiatría*. 1.ª edición española, Triacastela, Madrid, 2001, pp. 89-107.

son precisamente el objeto material de la ética y que, por lo tanto, dará lugar a diferentes tipos de ética.

La ética vendría a ser el fundamento de esas normas morales. Sería un segundo nivel reflexivo acerca de los actos, códigos y acciones morales ya existentes. Da razones de que existan dichas prescripciones morales. En este sentido, hay muchas éticas. La gran división es entre las éticas formales y materiales y hoy en día se pueden citar las siguientes: utilitarismo, comunitarismo, liberalismo político, discursiva, etc.

La interacción que se produce entre el derecho y la ética es manifiesta ahora y en cualquier ordenamiento jurídico que analicemos⁴. No en vano la reflexión acerca de su influencia o no, de si el derecho debe plasmar los dictados de la moral (la social u otra concreta) ha jalonado la historia de la filosofía del derecho, aun cuando Kant parece que dejó nítidamente diferenciados sus ámbitos de competencia.

Actualmente, la reflexión se hace necesaria de nuevo. Son evidentes las múltiples conexiones entre el derecho y la ética, máxime cuando, sobre todo, en dos ámbitos (el del avance de las ciencias de la medicina y el creciente pluralismo cultural, social y religioso) los dilemas acerca de cómo el derecho debe regular ciertas situaciones implican bienes de primera necesidad y varias ramas del derecho (penal, civil, eclesiástico, etc.).

Y es que los hombres siempre se han planteado la pregunta acerca de la legitimidad de las normas a las que deben sujetar su conducta: «¿qué debo hacer?, ¿por qué debo obedecer?». Ya desde los orígenes mismos de la Filosofía, en Grecia, se discutía sobre la obediencia a las leyes; paradigmáticos son, a este respecto, los casos de Sócrates y Antígona. Pero esa idéntica preocupación de los hombres, que aparece y desaparece en forma recurrente a lo largo de los siglos, ha conducido hasta principios valorativos que difieren mucho entre sí, en función de la variación de los contextos histórico-cronológicos o histórico-culturales en que han sido formulados.

Hay, pues, una preocupación que se plasma en la pregunta por el derecho justo, que ha tenido una presencia ininterrumpida a lo largo de la historia y hay también una permanente disparidad de respuestas, lo que nos confirma que cada

⁴ Véase MARCOS DEL CANO, A. M., «Derecho y Ética: cuestiones actuales», en B. DE CASTRO CID (coord.), *18 lecciones de Filosofía del Derecho*, Universitas, Madrid, 2008, pp. 239-251.

época impone en el jurista —ético— la obligación de repensar los criterios y valores que deben legitimar el derecho. Y este dato pone de manifiesto la gran dificultad de encontrar una solución definitiva, así como el profundo condicionamiento de todas las respuestas que se han dado y, consecuentemente, el carácter relativo de su validez.

A esta configuración cambiante de los valores legitimadores del derecho (y también de la ética) se une la transformación que debido a los grandes avances científico-tecnológicos producidos en el ámbito de la medicina y las ciencias de la salud que obligan a repensar los criterios que venían guiando la praxis y a crear otros nuevos.

Tanto la ética como el derecho tienen una clara incidencia en el fenómeno de la salud mental.

Las relaciones de la ética con la psiquiatría igualmente están de manifiesto en varios ámbitos:

- Ética profesional
- La relación asistencial y sanitaria
- La investigación clínica
- Bioética
- Códigos Deontológicos, documentos, etc.

Y es que las preguntas ante el ejercicio de la profesión surgen ineludiblemente, a saber, cómo se evalúan los costes y beneficios morales de sus acciones; el modo de mantener la confidencialidad en situaciones de conflicto de lealtades; cómo conseguir el consentimiento del paciente para los procedimientos terapéuticos; la definición de los límites de la labor profesional sin caer en la arrogancia ni en la cicatería; cómo encontrar un equilibrio entre el carácter igualitario del contrato y el paternalismo benevolente; cómo satisfacer los intereses de los pacientes, de la familia, de la comunidad; cómo evitar la discriminación y el abuso de los pacientes o cómo defenderlos cuando a menudo carecen de poder y de derechos, etc.

Además, para valorar cualquier aspecto ético en psiquiatría, hay que tener en cuenta cuatro características de esta disciplina:

1. El psiquiatra tiene que valorar el estado mental de otros y emitir un juicio, lo cual implica gran responsabilidad porque puede suponer una estigmatización de por vida o porque el diagnóstico conduzca una pérdida legal de libertad: en psiquiatría la neutralidad es difícil de mantener.

2. La psiquiatría está cargada de ambigüedades: es difícil precisar los límites de la normalidad psíquica; en el fenómeno psicopatológico coexisten lo biológico y lo psicosocial, lo cual dificulta su aprehensión objetiva.

3. El objeto de la psiquiatría es la conducta humana, frente a la cual no es posible que el paciente ponga distancia, ya que sujeto y trastorno son una misma cosa (las psicosis se caracterizan generalmente por una falta de conciencia de enfermedad). El paciente psiquiátrico ofrece al examen su malestar, su intimidad y su propia historia.

4. En psiquiatría la relación médico-paciente es un instrumento de exploración y de tratamiento (la situación de indefensión del paciente puede ser mayor aún que en otras ramas de la medicina)⁵.

Los enlaces del derecho con la psiquiatría vienen desde varios frentes:

- La administración de Justicia (peritajes, testimonios, informes)
- La incapacitación
- La relación sanitaria y relación asistencial
- Los derechos humanos
- Legislación, declaraciones internacionales, convenios, etc.

En este trabajo me voy a centrar en las relaciones de la bioética con la salud mental, definiendo en un primer momento qué es la bioética, cómo ha surgido, su caracterización general y el principio de autonomía en casos de pacientes con trastornos mentales.

⁵ Véase MENDIBURU, L., *Ética y psiquiatría*, en http://www.bioeticacs.org/iceb/investigacion/ETICA_Y_PSIQUIATRIA_LMendiburu.pdf (consultada el 24 de julio de 2011).

2. BIOÉTICA

La ética es una pregunta que, como hemos visto, es innata al modo de ser del hombre. En el ámbito de los avances científicos y tecnológicos en el campo de la medicina y las ciencias de la salud, esta pregunta es todavía más evidente, constituyendo en muchas ocasiones un reto a la humanidad: «¿todo lo que se puede hacer, se debe hacer?»⁶. Esta cuestión exige una respuesta ética, una ética basada en la razón humana más allá de los convencionalismos y con aspiración de universalidad⁷; una ética que oriente las conductas de los individuos, eminentemente práctica, y que ponga su empeño en hacerse aplicada⁸. Así encontramos la ética aplicada a diferentes ámbitos de lo social: bioética, ética de la información, ética de la empresa, etc. Es necesario plantearse a qué se debe la actualidad de las éticas aplicadas: en palabras de A. Cortina⁹ se debería «al hecho de que las personas nos vayamos percatando de que somos <interlocutores válidos> en las cuestiones que nos afectan y deseamos ser tenidos realmente en cuenta en los distintos ámbitos de la vida social». Pero para ello, no sólo es necesario conocer cuáles son los valores a los que tender, esto es, tener una dirección, sino también una capacidad de argumentación y de pensamiento que se debe desarrollar en los profesionales que deben introducir en su toma de decisiones no sólo aspectos técnicos, sino éticos. Éste será también un papel muy importante de los comités de ética.

En este auge de la ética aplicada¹⁰ surge la bioética que, además de ser la primera en aparecer, es sobre la que existe mayor acuerdo a nivel internacional, prueba de ello son los cuatro principios del Informe Belmont y la Declaración de Helsinki.

El término «bioética» es compuesto y une dos realidades y conceptos: la vida (*bios*) y la ética (*ethos*), sin dejar muy claro cuál de los dos términos tenía mayor

6 GONZÁLEZ R. ARNAIZ, G., «Bioética: saber y preocupación» en Junquera de Estéfani, R. (Dto.), *Bioética y biode-recho. Reflexiones jurídicas ante los retos bioéticos*. Editorial Comares, Granada, 2008, p. 8.

7 Una aspiración tal que siga el principio kantiano de la universalidad «una norma será válida cuando todos los afectados por ella puedan aceptar libremente las consecuencias y efectos secundarios que se seguirían, previsiblemente, de su cumplimiento general para la satisfacción de los intereses de cada uno».

8 CORTINA, A., «El estatuto de la ética aplicada. Hermenéutica crítica de las actividades humanas» en *Isegoría 13*. Ed. CSIC, Madrid, 1996, p. 119.

9 *Ibidem*, p. 120.

10 GONZÁLEZ R. ARNAIZ, G., «Bioética: saber...» *cit.*, p. 11; ESCRIBAR WICKS, A., «La ética aplicada, sus condiciones de posibilidad y exigencias a las que responde» en *Revista de Filosofía*, n.º 60. Ed. Universidad de Chile, 2004, p. 21; CORTINA, A., «El estatuto...» *cit.*, p. 124.

preeminencia¹¹. Estos son conceptos, de siempre, perennes. Lo primero que llama la atención es precisamente el término en sí mismo. Si la ética tiene como función principal regular toda conducta humana, ¿por qué merece un término distinto el tratamiento por parte de la misma de las cuestiones relacionadas con las ciencias de la vida?¹² ¿No sirve simplemente la referencia a la ética para enmarcar en ella los problemas que actualmente se inscriben dentro de la bioética? ¿Por qué surge ahora la bioética como algo novedoso? ¿No sirve la deontología médica para cubrir todo el espectro de situaciones que se plantean en la bioética?

Desde los tiempos de la Grecia clásica, en el siglo V a.C., en lo que puede considerarse el nacimiento de la medicina occidental, y con la tradición inaugurada por Hipócrates de Cos y su doctrina, se viene entendiendo que la labor de la medicina ha de estar regida por un código de actuación que delimita lo correcto y lo incorrecto. Es decir, no todas las prácticas son igualmente recomendables ni todas las actitudes igualmente consideradas. Esto además se percibe como algo evidente en una profesión en la que se trabaja con la vida humana y en un ámbito de la intimidad de las personas que requiere, lógicamente, un especial cuidado.

En la época hipocrática se entendía, además, que el médico tenía un rango especial que lo situaba en una posición especial, por cuanto estaban a su cuidado no sólo los cuerpos, sino también las «almas» de los pacientes. Puesto que existe una vinculación entre verdad, bondad, belleza y salud, sólo el *kalós*, es decir, quien es sano y bello, puede ser también bueno (*agathós*). El médico, en su tarea junto al enfermo busca el ideal de la *kalokagathía*, ha de liberar al paciente de la «inmoralidad» de la enfermedad y, por ello, es en cierto modo un moralista¹³. La

¹¹ W. T. REICH, «The word “bioethics”: its birth and the legacies of those who shaped it»: *Kennedy Institute of Ethics Journal* 4 (1994) 319-335; Id., «The work “bioethics”: the struggle over its earliest meanings»: *Kennedy Institute of Ethics Journal* 5 (1995) 19-34. Véase el trabajo de varios autores en A. M. MARCOS DEL CANO (director), *Bioética y Derechos humanos*, UNED, Madrid, 2011.

¹² De hecho, hoy todavía se discute si debe ser una ciencia aparte o si se encuadra dentro de lo que se denominan las éticas aplicadas. Véase sobre esto, K. D. CLOUSER, «Bioethics», en W. REICH (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, The Free Press, New York: 1978, vol. 1, p. 116; C. M. ROMEO CASABONA, «La relación entre la Bioética y el Derecho», en ídem (coord.), *Derecho Biomédico y Bioética*, Comares, Granada, 1998, pp. 153 y 154; G. GONZÁLEZ R. ARNAIZ, «Bioética: una aproximación desde la filosofía moral», en R. JUNQUERA (coord.), *Algunas cuestiones de Bioética y su regulación jurídica*, Grupo Nacional de Editores, Sevilla, 2004, pp. 23-60; L. FEYTO, «Panorama histórico de la Bioética», en *Moralia* 20, 1997, pp. 465-494; J. SÁDABA, «La necesidad de la Bioética. Repensar el sujeto», en M. CASADO (comp.), *Estudios de Bioética y Derecho*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2000, p. 36.

¹³ Cf. D. GRACIA, *Fundamentos de Bioética*, Madrid, 1989. Además de ser la obra de bioética más importante y recomendable en lengua castellana, este libro resulta un magnífico compendio de historia de la ética y de historia de la profesión médica.

concepción del cuerpo como microcosmos en el que se hace patente el orden inscrito en la naturaleza, propiciaba esta visión del médico como poseedor de la «técnica» necesaria para restablecer los equilibrios perdidos (la *isonomía*), puesto que la enfermedad no es sino desorden y desequilibrio, *kháos*.

Desde ahí es fácil comprender la especial relevancia de su tarea y la necesidad de su regulación mediante un código de obligación no sólo técnica sino también moral: el ya famoso juramento hipocrático. Tan perfecto y exitoso ha sido ese sistema de organización y actuación para la profesión médica que no sólo se ha mantenido vigente durante siglos, sino que también ha servido de modelo a lo largo de la historia para todas las otras éticas profesionales.

Sin embargo, como afirma Feyto, el ámbito de la ética profesional, siempre muy vinculado a un código de deontología profesional, sólo responde a una parte del amplio marco que delimita la ética médica. Podría decirse que un código deontológico es la especificación de las normas y procederes considerados válidos en un grupo profesional. Este código, además, puede establecerse como norma de obligado cumplimiento para quienes forman parte de esa profesión. Es el caso de los colegios profesionales que, además, tienen facultad de sanción para las infracciones de dicho código. Sin embargo, la ética profesional va más allá de tal código, pues supone todo un marco de reflexión sobre los valores inscritos en el ejercicio de esa profesión y los mejores modos de acceder a un cierto nivel de «excelencia», conforme a los patrones vigentes o, incluso, cuestionándolos y proponiendo su modificación, pues la ética profesional trabaja con independencia de su reconocimiento efectivo en los códigos concretos, si bien trata de servir de base para los mismos y, lógicamente, no puede prescindir de ellos. Así, la ética médica, además de referirse a las normas de actuación, ha quedado caracterizada como tarea de análisis de los problemas e ideales que animan la tarea del profesional médico¹⁴.

Las primeras reflexiones que podrían enmarcarse en el ámbito de la Bioética surgieron en los años sesenta, si bien se puede decir que el término fue acuñado por Fritz Jahr en el año 1927, en el contexto de la búsqueda de la aplicación de la física y la química a los seres vivos en general.

Fue determinante, por otro lado, el hecho de que, durante esa década, la sociedad norteamericana conociera una serie de escándalos relacionados con la experimentación en seres humanos. En 1963, se supo que en el *Jewish Chronic*

¹⁴ Véase L. FEYTO, «Panorama histórico de la bioética», en *Moralia* 20, 1997, pp. 465-494.

Disease Hospital (Brooklyn) se habían inyectado células tumorales a pacientes ancianos sin su consentimiento. Asimismo, se descubrió que, entre 1965 y 1971, en el Willowbrook State Hospital (Nueva York) se habían llevado a cabo estudios sobre la vacuna contra la hepatitis infecciosa, inoculando el virus en niños discapacitados internados en el centro¹⁵. También la labor del teólogo, Paul Ramsey¹⁶, fue decisiva en el origen de la bioética en los EE. UU. Aquí ya se señalaban las implicaciones éticas de las intervenciones técnicas sobre la vida humana. El término surgió con fuerza hacia los años 70¹⁷ y se debe a un profesor de oncología de la Universidad de Wisconsin, Van Rensselaer Potter, quien lo sugirió como plataforma para responder desde la ética a los nuevos retos planteados por los avances científicos en el campo de la biología y la medicina. Publicó primero un libro *Bioethics: the science of survival*¹⁸ y posteriormente, en 1971, un libro *Bioethics: bridge to the future*. Potter consideraba la nueva disciplina como una ciencia que busca mejorar el ecosistema entendido como criterio de referencia en la determinación de los valores morales. Su orientación era, fundamentalmente, ecológica y apelaba a la necesidad de una sabiduría para conjugar el conocimiento biológico con los valores humanos.

En el 73, se habla ya de una «disciplina» nueva que, en 1978 ve aparecer su primera enciclopedia con 4 volúmenes y más de 1800 páginas, la *Encyclopedia of Bioethics*. En esos primeros años se crean multitud de centros, organismos e institutos dedicados al estudio de los problemas de la vida, la medicina y la salud (en Estados Unidos —Hastings Center¹⁹, Kennedy Institute...—, en Canadá, Italia, España —Instituto Borja de Bioética,...—). Hoy, en 2011, contamos por primera vez con una Enciclopedia de Bioderecho y Bioética en castellano, con dos volúmenes y más de 1700 páginas, dirigida por Romeo Casabona.

¹⁵ Vid. A. J. JONSEN, *The birth of Bioethics*, Oxford University Press, New York, 1998.

¹⁶ Sus trabajos *The patient as person: exploration in Medical Ethics*, Yale University Press, New Heaven, 1970; y *Fabricated man. The Ethics of Genetic Control*, Yale University Press, London, 1970. Hay traducción castellana: *El hombre fabricado*, trad. Julián Rubio, Guadarrama, Madrid, 1973.

¹⁷ Véase J. GAFO, «Veinticinco años de bioética», en *Razón y fe*, 234, 1996, pp. 401-414; D. GRACIA, voz «Bioética», en ROMEO CASABONA, C. M. (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*, Cátedra Interuniversitaria de Derecho y Genoma Humano, Comares, Granada, 2011, pp. 209-226. D. GRACIA, «Planteamiento general de la Bioética», en M. VIDAL (dir.), *Conceptos fundamentales de la ética teológica*, Madrid, 1992, pp. 421-438.

¹⁸ Existe traducción al castellano en *Selecciones de Bioética*, Bogotá 1 (2002), pp. 121-138.

¹⁹ Fueron el filósofo Daniel Callahan y el psiquiatra William Gaylin, del Institute of Society, Ethics and Life Science, en 1969. Desde 1988 es conocido como el Hastings Center. El propósito que perseguían era estudiar y formular normas y principios en el campo de la investigación y la experimentación biomédica.

Se puede establecer el origen de esta nueva disciplina se centra precisamente en una serie de circunstancias que confluyen en esta nueva comprensión. Las más importantes son las siguientes: el resurgir de los derechos humanos con la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 con el fin de que no se volvieran a producir las atrocidades de la segunda Guerra Mundial y el ya famoso proceso de Núremberg con su posterior declaración que sentó los principios de la experimentación en seres humanos que se debería llevar a cabo siempre con el consentimiento expreso de la persona y que fue la base de la posterior Declaración de Helsinki. Y tenía como telón de fondo de todo este proceso se halla en la teoría evolucionista que a mediados del siglo XIX estableció por vez primera sobre bases científicas la íntima relación existente entre la especie humana y las demás especies animales²⁰.

Esto supuso una revitalización de la conciencia ética y de la necesidad de repensar todas las actuaciones en el ámbito de las ciencias de la salud y de la medicina. De hecho el Informe Belmont surgió también del conocimiento de los excesos cometidos en Alabama en el caso de Tuskegee en Alabama en 1932, en el que durante 40 años ese había estado investigando en el desarrollo de la sífilis sobre un grupo de 400 hombres afroamericanos de los estratos más pobres de la población²¹. Habiéndoles diagnosticado la enfermedad, fueron mantenidos sin tratamiento para estudiar su evolución.

En otras ocasiones²², se inoculó el virus en niños con retraso mental para probar determinadas vacunas, obteniendo el permiso de los padres a los que se les engañó diciendo que los niños contraerían la enfermedad en cualquier caso y este experimento les ayudaría a su curación²³.

Como consecuencia de esto, nació en 1974, la Comisión Nacional para la protección de Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y Conductual. Dicha comisión estaba constituida por personas de distintos credos y cosmovisiones para fundamentar los principios éticos que debían dar solución a temas con-

²⁰ Véase GRACIA, voz «Bioética», 2011, p. 209.

²¹ Véase sobre este caso A. M. MARCOS DEL CANO, «Evolución de la protección jurídica de los seres humanos en la investigación clínica», en JUNQUERA (coord.), *Algunas cuestiones...*, 2004, pp. 63-86.

²² Véase H. K. BEECHER, «Ethics and clinical research» en *The New England Journal of Medicine*, 274. 1966, pp 1354-1360. Traducción española de Pablo Simón Lorda, *Ética e investigación médica*, Boston, Massachusetts, 2001.

²³ Véase el artículo de N. MARTÍNEZ MORÁN, «La dignidad humana en las investigaciones biomédicas», en A. M. MARCOS DEL CANO, «Bioética, filosofía y derecho», monográfico de la *Revista Aldaba*, n.º 32, Centro Asociado de la UNED de Melilla, Melilla, 2004, p. 171.

cretos. Este intento llevó a un *impasse* no fue posible un punto de encuentro a la hora de encontrar un fundamento unánime de los principios éticos. Ante este fracaso, los miembros de la comisión se centraron en el estudio de los problemas concretos para los que era urgente encontrar una respuesta. En este terreno se percibió que era posible encontrar un lenguaje y respuestas que aparecían como operativos.

En 1978, la comisión presentó su informe titulado Informe Belmont: Principios Éticos y Pautas para la Protección de Sujetos Humanos en la Investigación²⁴. El informe establece los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de cualquier investigación con seres humanos: los principios de respeto por las personas, la beneficencia y justicia. Y así se constituían los famosos principios que iban a guiar la práctica de la bioética hasta nuestros días.

Por otro lado, los recientes avances en el campo de la investigación y la práctica médica hacían que se produjeran situaciones impensables hace algunos años. No es necesario hacer un elenco de lo que ha acontecido en el siglo XX (desde los antibióticos, los anticonceptivos, las técnicas reanimatorias...).

La bioética como ciencia surge en respuesta a la deshumanización de las ciencias de la vida, un intento de concienciación del deterioro medioambiental que se está produciendo y un agotamiento por sobreexplotación de los recursos no renovables. En cuanto al contenido (su objeto), es posible también afirmar su novedad aunque matizadamente. Los problemas que afronta la bioética son nuevos en parte, porque algunos de ellos ya han sido tratados anteriormente. Sobre todo no es nueva la exigencia de una valoración propiamente moral de los problemas derivados de la medicina, pero es más amplia que la ética médica. Y lo más acertado será decir que incluye determinadas situaciones pero que no está cerrada, esto es, su contenido irá aumentando a medida que se sucedan nuevos cambios tecnológicos y científicos. La novedad radicaría fundamentalmente en que la bioética supone un intento de conseguir un enfoque secular, interdisciplinar, prospectivo, global y sistemático de todas las cuestiones éticas que conciernen a la investigación sobre el ser humano y, en especial, a la biología y a la medicina. Las definiciones que de ella se han dado son muy variadas y, en cierto

²⁴ Véase sobre el mismo, J. GAFO, *Diez palabras claves en Bioética*, Verbo Divino, Estella, 1993, p. 17; M. BOLADERAS, *Bioética*, Síntesis, Madrid, 1998, pp. 40-44; A. COUCEIRO (ed.), «El Informe Belmont, principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de experimentación», en *Bioética para clínicos*, Madrid, 1999, pp. 313-324.

modo, reflejan la variedad de enfoques y concepciones²⁵. La bioética, como afirma Diego Gracia, trata de la relación del ser humano con los seres vivos no humanos y con la naturaleza en general²⁶. Siguiendo a Reich, la bioética es el «Estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales y de forma sistemática».

El objeto de estudio es, pues, la conducta humana en los ámbitos de las ciencias de la vida y los cuidados de la salud. Y su método consiste en el estudio de ese objeto a la luz de los valores y principios morales y de forma sistemática. Si bien es necesario hacer una matización que es generalmente compartida y es que la Bioética tendrá que construirse desde la ética en diálogo permanente con otros ámbitos del saber como la medicina, el derecho, la política, la biología... Es decir, se trata de un saber fundamentalmente interdisciplinar. Esto ha hecho precisamente que muchos autores no la califiquen ni como ética nueva, ni como ciencia. Dicen que su práctica y su discurso se sitúan en la intersección de muchas tecnociencias (principalmente la medicina y la biología), las ciencias humanas (psicología,...) y las ciencias sociales y jurídicas (sociología, derecho, politología...)²⁷.

A modo ejemplificativo, se podría decir que las situaciones de las que se ocupan son las siguientes:

- Intervención en el ámbito de la reproducción humana: control de natalidad, aborto, inseminación artificial y sus variantes, fecundación *in vitro*, donación de embriones, selección de sexo, congelación de embriones, clonación reproductiva y terapéutica...
- Intervenciones en el patrimonio genético: manipulación del ADN, exámenes genéticos predictivos, terapias génicas germinales, incidencia sobre la selección natural,...
- Relación médico-paciente: principio de consentimiento informado, confidencialidad, intimidad...

²⁵ Véase sobre esto F. J. ALARCOS, *Bioética global, Justicia y Teología Moral*, Universidad Pontificia de Comillas Madrid-Desclée De Brouwer, Madrid, 2005, pp. 31 ss.; D. CALLAHAN, «Bioethics», en W. T. REICH (dir.), *Enciclopedia of Bioethics*, The Free Press MacMillan Publishing Co., Nueva York, 1995, 5.º vol., pp. 247-256.

²⁶ Véase voz «Bioética», en *Enciclopedia de Bioética y Bioderecho*, cit., 2011, p. 209.

²⁷ Véase P. SIMÓN y I. M.ª BARRIO, «Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética», en A. COUCEIRO (ed.), *Bioética para clínicos*, Triacastela, Madrid, 1999, pp. 37-71.

- Intervenciones sobre el envejecimiento y la muerte: eutanasia, alzhéimer, encarnizamiento terapéutico, instrucciones previas, cuidados paliativos,...
- Intervenciones médicas y de investigación en general en el cuerpo humano: intervenciones quirúrgicas, cambio de sexo, donación de órganos y tejidos, experimentación e investigación científica,...
- Aspectos sociales como la universalidad del acceso de las personas a los cuidados de salud de buena calidad y a medicamentos esenciales, la protección de la biodiversidad, la salud mental, mayor respeto por temas ambientales, el reparto de los beneficios derivados de los avances científico-tecnológicos, etc.

Estos hechos presentan repercusiones éticas, jurídicas y sociales de gran envergadura, lo que implica que toda reflexión acerca de cómo actuar, hasta dónde, en qué condiciones, debe ser realizada con gran seriedad desde los ámbitos del saber implicados. No obstante hay que poner de manifiesto que si bien los temas más importantes que son objeto de estudio por parte de los bioeticistas son los que acabo de señalar, no lo es menos que en el seno del origen mismo de la bioética se advirtieron dos tendencias que iban a marcar el desarrollo posterior y la interpretación de lo que debía ser su estructura y su tarea. Estas dos tendencias eran la de Potter y la de Hellegers²⁸.

La primera es la que hace referencia a los problemas más globales sobre crecimiento demográfico, medio ambiente y utilización de recursos (la de Potter). Y la segunda hace referencia a los problemas fundamentalmente clínicos y de investigación (la de Hellegers). Actualmente, se puede decir que ambas tendencias están vigentes y que se abre una tercera que considera a la bioética como una forma de reflexión y acción que tiene dos dimensiones esenciales: la *macrobioética*, que coincide con la ética ecológica y se ocupa del conjunto de la vida amenazada, tanto de las generaciones humanas actuales y futuras, como del conjunto de los seres vivos e incluso de la Tierra²⁹. Y la *microbioética*, ocupada en los fenómenos que tratan las ciencias de la salud y las biotecnologías. Indudablemente entre ambas existe una estrecha conexión, razón por la que me inclino a pensar

²⁸ Véase J. J. FERRER, «Bioética global: algunas reflexiones preliminares», en AA. VV., *La Bioética, un puente inacabado*, V Congreso Nacional de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica 6-8 de junio de 2002, Madrid, 2005, pp. 19-34.

²⁹ Véase en este sentido, la Carta de la Tierra, declaración aprobada por la UNESCO el 29 de junio del 2000 (véase en <http://www.unesco.org/es/esd/programme/ethical-principles/the-earth-charter/>), que comienza así: «Vivir con reverencia ante el misterio del ser, con gratitud por el regalo de la vida, y con humildad respecto al lugar que ocupa el ser humano en la naturaleza» (preámbulo de la carta).

más en una bioética con un contenido abierto al que se irán incorporando aquellas situaciones emergentes que tengan que ver con la vida en su totalidad y requieran una reflexión ética.

Conviene advertir de inmediato algo y es que la bioética, al igual que sucede con otras éticas aplicadas, no asume como propia únicamente una de las propuestas éticas hoy vigentes (utilitarismo, comunitarismo, liberalismo político,...), sino que toma de cada una de ellas los elementos que necesita para llevar adelante su labor. Desde los años 70 en los que surgió en EE. UU., la bioética se ha fundamentado en el denominado *modelo de los principios*. Instituido por Beauchamp y Childress en el famoso Informe Belmont (1978), los principios de *beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia* han sido la guía de la toma de decisiones en el ámbito de la bioética³⁰. Estos principios son aquellos criterios generales que sirven como base para justificar muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas. Sin entrar ahora a la discusión sobre los límites que su aplicación tiene en los casos concretos y su posible jerarquización, estos principios se han constituido en la base del modelo bioético anglosajón y se está aplicando también en Europa, si bien con matices y con nuevas propuestas de fundamentación de la bioética³¹. Unas, alejadas de la consideración de los principios como guías de actuación, desde lo que se denomina el *modelo de la experiencia*, a saber, desde el sujeto y su estructura motivacional (la bioética de la *virtud*)³², desde la argumentación racional en los casos concretos y diversidad de contextos (la bioética *discursiva*)³³, desde la referencia a las relaciones interpersonales y las responsabilidades que de ahí se derivan (bioética del *cuidado*)³⁴. Las

³⁰ Véase sobre el origen de los mismos, A. M. MARCOS DEL CANO, «Evolución de la protección jurídica de los seres humanos en la investigación clínica», en JUNQUERA (coord.), *Algunas cuestiones...*, 2004, pp. 63-86.

³¹ Véase un profundo tratamiento del principialismo y su crítica en J. J. FERRER y J. C. ÁLVAREZ, *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la Bioética contemporánea*, Universidad Pontificia de Comillas de Madrid-Desclée de Brouwer, Madrid, 2003, pp. 121 y ss.

³² Véase sobre este paradigma, E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York, 1993. En este libro parten de la noción aristotélica de virtud, como un rasgo de carácter que dispone habitualmente a la persona que lo posee a la excelencia, tanto en la intención como en la ejecución, en relación con el *telos* propio de una actividad humana. Parten, pues, de una ética material, no formal, finalista que considera que es posible defender una vida buena y que, aplicada al profesional, hace que éste sea bueno y virtuoso. Los autores en su libro desarrollan una lista de virtudes propias del acto médico (tales como fidelidad a una promesa, benevolencia, abnegación, compasión, humildad intelectual, justicia, prudencia...).

³³ La que proviene de la ética discursiva (Apel, Habermas...) que trata de justificar sus postulados en la argumentación y una argumentación tal que logre la universalización, esto es, el consenso entre todos los afectados mediante el diálogo.

³⁴ Aquí también se suele hablar de bioética feminista, véase Carol GILLIGAM, en *In a Different voice*, Harvard University Press, Cambridge, Gilligan, 1982; también hay traducción al castellano: *La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino*,

otras, reelaborando el modelo bioético de los principios, desde Kant, en el sentido de que sólo un principio formal puede pretender ser criterio regulador. En este último sentido, se dice que es necesario afirmar un principio ético absoluto, cual es el de la dignidad humana, en el que cada hombre en cuanto persona debe ser tratado como fin y nunca como medio y que ése debe ser el principio e imperativo de nuestra conciencia moral. La problemática de la Bioética se concentra más bien en un segundo nivel, cual es, el de interpretar cómo se respeta ese principio en cada una de las situaciones que hemos citado *ut supra*. En ese sentido, habría dos momentos en el proceso constructivo de la decisión: uno, referido a los principios y un segundo a la experiencia, es lo que se ha denominado «principlismo responsable»³⁵.

Lo que sí es evidente es que, cualquiera que sea el modelo bioético que adoptemos (o que construyamos) el tema de la dignidad es crucial y no puede ser banalizado³⁶. Es esencial en este ámbito resignificar este valor desde las coordenadas éticas y biomédicas actuales y ésta será una de las labores fundamentales de la construcción de la bioética hoy.

3. PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

Veamos ahora brevemente los principios que han tenido y tienen un especial protagonismo en el ámbito de la bioética.

El principio de *beneficencia*³⁷ implica no causar ningún daño y maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños. Ha estado ligado desde siempre al paternalismo. Éste se ha dado desde tiempos muy remotos tanto en la vida familiar, como en la política, la religiosa y la médica. Es más, desde la perspectiva jurídico-política, la evolución de las estructuras sociopolíticas de los países

México, Fondo de Cultura Económica, 1994. La bioética del cuidado hace hincapié en el contexto y subraya en el ámbito clínico que cada paciente y cada situación es única. El fundamento último de la ética del cuidado está en la relacionalidad fundamental de los seres humanos y en la opción de estar en relación como una persona que cuida. Véase también L. FEYTO, «La ética del cuidado: modas, paradojas y talentos», en AA. VV., *La Bioética, un puente...*, 2005, pp. 79 ss.

³⁵ Es la fundamentación que da Diego Gracia y que trata de superar y resolver los problemas y carencias que da el principlismo de Beauchamp y Childress. Véase D. GRACIA, *Fundamentos de Bioética*, Eudema, Madrid, 1989.

³⁶ Véase el interesante trabajo que dirige J. DE LA TORRE (editor), *Dignidad humana y Bioética*, Comillas, Madrid, 2008.

³⁷ Véase más ampliamente este principio en G. GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, voz «El principio de beneficencia», en ROMEO CASABONA, *Enciclopedia...*, 2011, pp. 121-128.

occidentales en estos últimos siglos ha sido la del paternalismo a la justicia social. El Estado del antiguo régimen era claramente paternalista: «todo para el pueblo, pero sin el pueblo». Frente a él se hicieron las revoluciones democráticas y después las sociales. El Estado de justicia social es de algún modo la antítesis del antiguo Estado paternalista. Desde el punto de vista de las relaciones familiares el paternalismo reproduce las relaciones humanas de acuerdo con los esquemas propios de la vieja sociedad patriarcal.

En el ámbito médico, este principio obliga al profesional de la salud a poner el máximo empeño en atender al paciente y a hacer cuanto pueda para mejorar la salud, de la forma que aquél considere más adecuada. Gafo afirma que es un principio ético básico que se aplica primariamente a los pacientes, aunque también a los otros que pueden beneficiarse (la humanidad, las generaciones futuras) de un avance médico particular. No hay que olvidar que éste es el principio por excelencia de la profesión médica. No en vano es en el que se han fundamentado los códigos médicos desde el juramento de Hipócrates. El Informe Belmont define este principio como la obligación de beneficiar o hacer el bien, mas no en el sentido de caridad, sino sólo de aquellos actos que conllevan una exigencia ética en el contexto de la medicina. Por eso, la tarea de los profesionales sanitarios será hacer un balance de los riesgos y beneficios de un determinado tratamiento sobre un paciente. Para ello y siguiendo a González R. Arnaiz³⁸, será preciso tener en cuenta si las acciones exigidas por ella cumplen con los siguientes requisitos: 1. proteger y defender los derechos de los otros; 2. prevenir el daño que pueda ocurrir a otros; 3. eliminar las condiciones que puedan causar daño a otros; 4. ayudar a las personas con discapacidades y 5. rescatar a personas en peligro.

El principio de *justicia* constituye uno de los pilares básicos de la bioética y desde su nacimiento su interpretación, profundización y análisis han merecido la atención de numerosos estudiosos³⁹. Tiene que ver con lo que es debido a las personas, con aquellos que de alguna manera les corresponde o les pertenece. Cuando a una persona le corresponden beneficios o cargas en la comunidad, estamos ante la cuestión de la justicia. Trata de contraponer en cierto sentido lo colectivo a lo individual sin que haya oposición, pero sí valoración de ambos aspectos. Lo que más nos interesa es el concepto de justicia distributiva, que se

³⁸ Véase GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, voz «El principio de beneficencia», ROMEO CASABONA, *Enciclopedia...*, 2011, p. 123.

³⁹ Véase V. GARRAFA, voz «El principio de justicia», en ROMEO CASABONA, *Enciclopedia...*, 2011, p. 1025 y ss.

refiere en sentido amplio, a la distribución equitativa de los derechos, beneficios y responsabilidades o cargas en la sociedad. Su espacio es amplísimo y toca entre otras cosas, a las leyes fiscales, a la distribución de recursos para las diversas necesidades sociales (educación, sanidad, defensa, etc.) y a la distribución de oportunidades en la sociedad. Los problemas de distribución surgen porque los bienes son escasos y las necesidades son múltiples. En este ámbito tendrán un especial papel los comités de ética asistencial que requieren un debate interdisciplinar teniendo en cuenta el contexto y en el que es preciso lograr un consenso fundamentado⁴⁰

Actualmente, y tras la hegemonía del principio de autonomía sobre los de beneficencia y justicia, este último ha tomado un mayor protagonismo sobre todo en lo que se viene en llamar la construcción de una bioética democrática, pública y colectiva, comprometida con las cuestiones indispensables para la supervivencia digna de las poblaciones más necesitadas del planeta, cobrando gran importancia en esta configuración los derechos sociales, los derechos económicos y los derechos de las generaciones futuras.

El principio de *autonomía* ha tenido una tradición ética, jurídica y política fundamentalmente⁴¹. El término proviene del griego «autos “*propio*” y “*omos*” norma, ley». Y se utilizó por primera vez como referencia al autogobierno y la autodeterminación de las ciudades-estado griegas independientes. Este principio, siguiendo a Nino⁴², prescribe que siendo valiosa la libre elección individual de planes de vida y la adopción de ideales de excelencia humana, el Estado (y los demás individuos) no debe interferir en esa elección o adopción, limitándose a diseñar instituciones que faciliten la persecución individual de esos planes de vida y la satisfacción de los ideales de virtud que cada uno sustente e impidiendo la interferencia mutua en el curso de tal persecución. Es la expresión del ya

⁴⁰ Véase J. E. CARCAR/D. DELGADO, «El derecho, los juristas y los comités de ética asistencial: sus funciones», en J. E. CARCAR (coord.), *II Memoria del Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial*, Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo, Murcia, 2010, pp. 26 y ss.

⁴¹ Véase M. BOLADERAS, voz «El principio de autonomía», en ROMEO CASABONA, *Enciclopedia...*, 2011, pp. 107 y ss; A. M. MARCOS DEL CANO, *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, Marcial Pons-UNED, Madrid, 1999, cap. IV; F. DE MONTALVO, *Muerte digna y Constitución. Los límites del testamento vital*, Ed. Comillas, Madrid, 2009, pp. 65-103; A. M. MARCOS DEL CANO, véase el interesante trabajo sobre cómo preservar la autonomía cuando se ha perdido ya la consciencia, «Las voluntades anticipadas», en F. J. ELIZARI (coord.), *10 palabras claves al final de la vida*, Editorial Verbo Divino, Estella, 2007, pp. 389-425; A. M. MARCOS DEL CANO, «La autonomía del paciente en los supuestos de incapacidad», en R. JUNQUERA (coord.), *Bioética y Bioderecho: reflexiones jurídicas ante los retos bioéticos*, Comares, Granada, 2008, pp. 183-206.

⁴² Véase C. S. NINO, *Ética y derechos humanos*, Ariel, Barcelona, 1989, p. 204.

famoso principio liberal enunciado por John Stuart Mill, en lo que no haga daño a terceros o a intereses de terceros, el individuo es soberano y nadie ni el Estado puede interferir en su actuación. El filósofo por excelencia que construye toda su filosofía práctica sobre la autonomía es Kant. Para él es la fuente de la moralidad y la libertad es el único derecho originario que el hombre posee en virtud de su humanidad⁴³.

Todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a la protección. Actualmente, pareciera que, así como en el campo de la filosofía y el derecho, la autonomía se configuraba como la reivindicación de los derechos por parte del individuo frente al poder superior (religioso, estatal, social...), en el ámbito de la medicina y más concretamente en las relaciones médico-paciente, la autonomía representa un autoafirmarse del enfermo frente al poder (en muchos casos desorbitado) del médico⁴⁴.

La autonomía supone el reconocimiento del actuar autorresponsable, de que cada ser humano tiene el derecho a determinar su propio destino vital y personal, con el respeto a sus propias valoraciones y a su visión del mundo. La proclamación y el respeto de la autonomía individual determinan, pues, en definitiva, que siendo valiosa la libre elección individual de planes de vida y la adopción de ideales de excelencia humana, el Estado (y el resto de los individuos) no debe interferir con esa elección o adopción, limitándose a diseñar instituciones que faciliten la persecución individual de esos planes de vida y la satisfacción de los ideales de virtud que cada uno sustente e impidiendo la interferencia mutua en el curso de tal persecución. La autonomía exige, por tanto, el reconocimiento de la libre decisión individual sobre los propios intereses siempre que no afecte a los intereses de un tercero, o exige el respeto a la posibilidad de adopción por los sujetos de decisiones racionales no constreñidas. En esa medida, puede ser entendida como libertad individual para decidir sobre la propia vida, para dictarse normas a sí mismo, para materializar planes de vida. O, como se ha señalado también, la autonomía moral representa «la esencial función de la conciencia

⁴³ En I. KANT, *Fundamentación para una metafísica de las costumbres*, Alianza Editorial, Madrid, 2002, p. 110.

⁴⁴ Véase en el ámbito médico propiamente dicho, K. MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA, «Los documentos de voluntades anticipadas», en *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 30, Suplemento 3. Edita Gobierno de Navarra. Pamplona, 2007, pp. 88-89; J. L. REQUERO IBÁÑEZ, «El testamento vital y las voluntades anticipadas. Aproximación al ordenamiento español» en *La Ley: Revista jurídica española de doctrina, jurisprudencia y bibliografía*, n.º 4, Ed. La Ley Actualidad, Navarra, 2002, pp. 1899. Véase los resultados del proyecto de investigación sobre testamento vital dirigido por A. M. MARCOS DEL CANO, en www.testamentovital.net.

valorativa ante cualquier norma y cualquier modelo de conducta y de esfuerzo de liberación frente a interferencias o presiones alienantes y de manipulaciones cosificadoras».

Obviamente este principio no sólo rige en la dirección del paciente, sino también en el del profesional, quien reclama para sí el ejercicio de la autonomía, tanto para elegir una profesión que forme parte de su proyecto vital y sea coherente con él, como para poner en práctica las acciones concretas dentro de la misma. Así, el profesional entiende su propia actividad, su profesión, como un elemento importante y básico de su proyecto de autorrealización. Por otra, el profesional demanda que la elección autónoma se produzca en unas condiciones que garanticen su propia competencia a la hora de actuar, por ejemplo, coherencia con sus opciones básicas de vida, conocimientos suficientes, ausencia de coerción, etc. Desde este punto de vista el profesional puede llegar a limitar su participación en determinadas solicitudes de sus superiores o clientes, acogiéndose incluso a la objeción de conciencia.

Desde la perspectiva bioética y desde el Informe Belmont autonomía indica el respeto por las personas que incorpora al menos dos convicciones éticas: primera, que los individuos deberían ser tratados como entes autónomos, y segunda, que las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección. Así se exige que todo acto que comporta consecuencias para otros sea subordinado al consentimiento de la persona implicada. Sin este acuerdo, la acción no es legítima y se puede defender moralmente el uso de la fuerza para resistirse a ello.

4. EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

Actualmente en España, se calcula que hay alrededor de 165.000 personas que sufren alguna enfermedad mental grave y crónica —esquizofrenia, trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastornos afectivos mayores—. Estas personas disfrutan de una esperanza de vida media diez años inferior al conjunto de la población, tienen una mayor tendencia al consumo de sustancias psicoactivas y presentan una elevada tasa de suicidio (10%). A causa de su enfermedad, encuentran dificultades para desenvolverse con soltura en la vida diaria, en particular en lo referido al autocuidado, la autonomía personal, el control de su conducta y la motivación. También se enfrentan a limitaciones a la hora de relacionarse con

otras personas, acceder a los servicios, gestionar su tiempo libre o conseguir y mantener un trabajo, entre otras actividades. De hecho, la gran mayoría son económicamente dependientes, y entre el 60% y el 90% carece de empleo. Además, en los casos más graves pueden requerir una protección jurídica especial —transitoria o permanente— a través de un tutor legal o un curador. A los obstáculos derivados de su estado de salud, hay que añadir los impuestos por el fuerte estigma social que, todavía hoy, pesa sobre estas personas⁴⁵.

Por todo ello, en el ámbito de la salud mental siempre ha existido una especial preocupación por la protección de los valores más básicos del individuo, dada la especial vulnerabilidad que se da en las personas aquejadas de trastornos mentales. En este sentido, el tratamiento que se da a los pacientes no es sólo dictado por la patología, sino teniendo en cuenta múltiples factores, como el medio en el que se mueve, los acontecimientos de su vida, el grado de autonomía, las relaciones interpersonales, familiares, su trabajo, etc.

En el proceso de atención van a surgir múltiples dilemas éticos, conflictos, entre los más destacados pueden citarse, la dignidad de la persona que sufre el trastorno, el secreto profesional, la confidencialidad⁴⁶, la intimidad⁴⁷, la protección de los datos personales⁴⁸, el derecho a la información, los derechos y deberes de los familiares, el derecho a decidir, la capacidad del paciente, la intervención de familiares en el proceso decisorio, etc.

Entre estas cuestiones tiene especial relevancia la consideración de la autonomía de las personas con trastorno mental a la hora de decidir sobre sus tratamientos y todas las consecuencias que de ello se derivan.

Nuestro ordenamiento jurídico reconoce a todas las personas la igualdad ante la ley y por lo tanto todas las personas tienen los mismos derechos y obligaciones sin distinción. No obstante el derecho distinguen entre:

⁴⁵ Véase AA. VV., *Dossier Enfermedad mental: hacia una atención comunitaria de calidad*, mayo 2009, en Gizarte.doc, boletín documental sobre servicios sociales e intervención social.

⁴⁶ Se recoge en el art. 10 de la Ley General de Sanidad: «confidencialidad con toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones».

⁴⁷ Recogida en la Constitución española y en el art. 10 de la Ley General de Sanidad, implica el no ir más allá en las preguntas, indagaciones acerca de su vida social, personal y familiar. Tampoco está permitido el publicar fotografías, videos u otros datos que permitan su identificación, si éste no ha dado su consentimiento expreso. Intimidad también en las instituciones sanitarias y sociales en las que se encuentran estas personas.

⁴⁸ La Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos califica de sensibles y les otorga la mayor protección a los datos referidos a la salud.

- Ser titular de derechos a lo que se denomina capacidad jurídica
- Poder ejercitar esos derechos: capacidad de obrar

El Código Civil regula en este sentido la capacidad de las personas (arts. 29, 30 y 32) y mientras que la capacidad jurídica (titularidad de derechos) la ostentan todas las personas sin distinción hasta su muerte, la capacidad de obrar (capacidad para ejercerlos) puede ser modificada en algunas situaciones que vienen tipificadas en la propia ley.

La noción legal de autonomía se incluye en la nueva ley de dependencia, Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que dice que autonomía es «la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria». Y así por contraposición, la misma ley define la dependencia como

el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Así personas con riesgo de perder su autonomía serían aquellas sometidas a procesos de larga duración, como quienes sufran enfermedades degenerativas o que cursen con deterioro cognitivo, o quienes presenten circunstancias psíquicas, físicas, sensoriales o mentales que afecten a aquellas actividades de la vida cotidiana o a su capacidad de controlar o adoptar decisiones personales.

Por otro lado, en el ámbito médico propiamente dicho, el sujeto ha cobrado mayor protagonismo en el curso de su enfermedad a la hora de decidir sobre sus tratamientos. En este contexto ha surgido la exigencia del consentimiento informado para cualquier tratamiento al que se someta el paciente, que ineludiblemente irá unido al deber de información del médico.

Estos factores, entre otros, provocan que en la actualidad estemos asistiendo a un cambio leve, pero imparable, en la concepción de la práctica de la medicina. Poco a poco la mentalidad paternalista que conducía la relación médico-paciente, va transformándose en una relación más simétrica, en la que se tiene más en

cuenta el principio de autonomía del paciente y se le otorga a éste más capacidad de decisión.

No desconocemos que esta situación puede tener una doble lectura: si bien es cierto que por un lado, el fin que se persigue con esta transformación es el de que en tal relación exista cada vez más igualdad, información y confianza; por otro lado, también somos conscientes de que corre el riesgo de convertirse en una relación fría, meramente contractual, en la que la exigencia del consentimiento del paciente sea un simple procedimiento por el que exonerar de responsabilidad al médico. A la vez, puede ocurrir que el paciente se sienta «abrumado» ante tales dosis de información y la necesidad de elegir y siga prefiriendo el modelo anterior. Si bien esto es así y, a pesar de que todo proceso de transformación lleva una cierta dosis de inestabilidad que habrá que sufrir hasta que se resitúe la relación, el avanzar por caminos de autonomía es positivo.

En este sentido, es importante resaltar que la autonomía debe fomentarse en todas las personas, incluso en aquellas más vulnerables es necesario apoyar la toma de decisiones, respetar su intimidad y promover cada vez más grados de independencia. Ahora bien, aquí es necesario distinguir:

- aspectos funcionales
- aspectos jurídicos

Y es que el ordenamiento jurídico establece el marco legal en el que se deberán después establecer las graduaciones de la autonomía en el aspecto más funcional⁴⁹. Teniendo en cuenta que la conciencia, la autonomía es un proceso cognitivo que permite reconocer el exterior y el interior de si mismo y que la construcción de esta conciencia emerge de la interacción de las facultades psíquicas y el entorno social.

Por otro lado, la determinación de que un paciente no es capaz para tomar una decisión sólo debe hacerse tras una valoración explícita y no por pertenecer a un grupo diagnóstico y además debe realizarse en relación con la decisión sanitaria concreta y ser conscientes de que la capacidad de un paciente puede variar en el tiempo.

⁴⁹ Véase A. CASADO DA ROCHA, *BioÉtica para legos*, CSIC, Plaza y Valdés Editores, 2008, Madrid, pp. 155 y ss.

Los criterios de capacidad que se han ido desarrollando en la bibliografía norteamericana apelan fundamentalmente al procedimiento de génesis de la decisión que a la decisión final misma. Así los criterios de White son los siguientes:

a) Susceptibilidad de ser informado

- aptitudes para la recepción de información
- aptitudes para reconocer la información como relevante
- aptitud para recordar la información

b) Capacidades cognitivas y afectivas

- aptitud para autorreferenciar los acontecimientos que le suceden
- aptitud para razonar adecuadamente sobre las alternativas que se le ofrecen
- aptitud para jerarquizar las diferentes alternativas

c) Toma de decisiones

- aptitud para seleccionar una de las opciones posibles
- aptitud para hacerse cargo de la decisión tomada y reafirmarse en ella

d) Revisión crítica del proceso de decisión

• aptitud para contarle a otro cómo y por qué ha tomado una determinada decisión.

Recientemente, una sentencia del Juzgado de Primera Instancia nº 8 de Gijón distinguía entre autonomía personal, autonomía doméstica y autonomía social, en el proceso de incapacitación de una persona con esquizofrenia:

A la hora de tomar la decisión, el juez debe valorar:

I. Autonomía personal o aptitud para realizar por sí solo funciones de nutrición, aseo, cuidado personal, seguridad, etc.

II. Autonomía doméstica o aptitud para afrontar situaciones para las cuales el sujeto ha sido adiestrado previamente sin necesidad de ser estimulado cada vez que se enfrenta a ellas, reconociendo dichas actuaciones como idénticas a aquellas para las que tiene esquemas de conducta establecidos.

III. Autonomía social, cuando el sujeto es capaz de afrontar situaciones nuevas, esto es, es capaz de adaptarse, adquirir experiencia y utilizarla. Un sujeto con autonomía social, puede adaptarse, dirigir sus actividades hacia una meta, controlar impulsos, presentar proyectos de futuro etc.

Desde el punto de vista **jurídico**, se han establecido una serie de standars o criterios para dar respuesta a esta compleja problemática: el relativo a la respuesta jurídica que se ha dado para solucionar la toma de decisiones cuando las personas carecen de capacidad o la tienen mermada.

Cuando el paciente carece de capacidad, existen tres estrategias de acción, para tomar decisiones:

1. que el paciente deje establecidas previamente sus preferencias, cuando contaba con plena capacidad;
2. que nombre a un sustituto para que tome las decisiones oportunas;
3. que, a falta de instrucciones previas, las medidas que se adopten sigan los «protocolos» de los profesionales en este ámbito, éste sería el caso de menores o recién nacidos que todavía no han podido expresar su voluntad.

Siendo esto así hay que tener en cuenta que en el proceso de la expresión del consentimiento del paciente se encuentran implicados varios factores, tales como:

- la voluntariedad,
- la comprensión y
- la información.

En el caso de las personas vulnerables, habrá que ver **qué grado de vulnerabilidad** es en cada caso y hasta qué punto podemos estar ante una validez jurídica del consentimiento informado, esto es, si es o no capaz para emitir dicho consentimiento y, en su caso, qué instrumentos o procedimientos jurídicos existen para la emisión de su voluntad, bien por documentos previamente firmados, bien por la intervención de terceros en el proceso.

En estas situaciones lo que ocurre normalmente es que a no ser que exista un proceso de incapacitación en la que ya hay un representante que debe tomar las decisiones por la persona en la medida en que se haya establecido por el juez en la sentencia de incapacitación, la capacidad de una persona no debe entenderse como un absoluto sino que existe una gradación. Y así para valorarla habrá que

estar ante la decisión concreta que haya que tomar. Los posibles terceros que pueden entrar en el proceso de decisión son:

- representantes legales
- quien haya decidido por medio de instrucciones previas
- familiares y allegados
- instituciones tutelares para aquellas personas que carezcan de familiares o conocidos
- comités de ética
- en su caso, juez.

En nuestro país, con la entrada en vigor del **Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina** se ha tratado de adecuar la legislación nacional. Curiosamente esa adaptación ha comenzado por algunas Comunidades Autónomas⁵⁰, como afirmábamos antes, hasta que en noviembre de 2002 se publicara la más general la **Ley básica 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica** que recoge en su art. 11 precisamente las **instrucciones previas**, (o voluntades anticipadas):

Por el documento de instrucciones previas una persona mayor de edad, capaz y libre manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o los órganos del mismo.

⁵⁰ Ley catalana 21/2000, de 29 de diciembre sobre los derechos de información concerniente a la salud y a la autonomía del paciente y la documentación clínica (DOGC, 11/01/2001); Ley gallega 3/2001, de 8 de mayo reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes; Ley 10/2001, de 28 de junio de Salud de Extremadura (DOE, n.º 76, de 3 de julio de 2001); Ley de Salud de Aragón 6/2002, de 15 de abril (véase, «Aragón/Organización y funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas», en *Actualidad del Derecho Sanitario*, 2003, pp. 544-548). La Ley de Salud de La Rioja 2/2002, de 17 de abril; Ley Foral de Navarra 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica (véase, «Navarra/Procedimiento de Registro de voluntades anticipadas», en *Actualidad del Derecho Sanitario*, 2003, pp. 601-603); Ley 7/2002, de 12 de diciembre de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad de Cantabria (véase, «Cantabria/Registro de Voluntades Previas» en *Actualidad del Derecho Sanitario*, 2005, pp. 150-152). La Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada de Andalucía (BOA del 31-10-2003), véase en *Actualidad del Derecho Sanitario*, 2003, pp. 869-871. Véase la compilación legislativa sobre instrucciones previas en www.testamentovital.net.

El valor jurídico de las voluntades anticipadas⁵¹ en nuestro país queda reducido a la posibilidad de elegir determinados tratamientos o negarse a ellos o a designar a una persona para que decida en sustitución de la persona. Documento que cada vez más tendrá su incidencia en el ámbito psiquiátrico, debido a que estos pacientes son muy a menudo objeto de actuaciones de carácter paternalista⁵².

En el supuesto en que entrasen en conflicto las opiniones de los médicos y de los familiares existen dos posibilidades: la de los tribunales y la de los comités de ética. Los primeros intervienen en aquellos supuestos en los que se ponen en peligro, de un modo claro, la integridad física o la vida del paciente; o también cuando se da un conflicto, entre las opiniones del médico y los familiares. La legitimidad de la actuación de los jueces ha sido puesta en entredicho, pues pudiera pensarse que en la huida del paternalismo médico hacia la autonomía individual, avanzamos hacia un imperialismo judicial. La única tarea que le correspondería sería una meramente formal, de procedimiento.

Por último, los comités de ética juegan un papel importante en los casos difíciles. La finalidad de estos comités consiste en promover el estudio y la observancia de principios éticos apropiados para el ejercicio de la «medicina asistencial». La justificación de estos comités vendría dada por dos razones: una, sirven de apoyo al profesional, a los familiares o al enfermo que haya de tomar una decisión en un contexto de conflicto ético; y, dos, ejercen un control social en un ámbito en que están en juego derechos e intereses de todos y cada uno de los individuos de una comunidad, pues, la salud es, obviamente, un bien primario, esto es, condición para poder gozar de cualquier otro bien. La lógica de funcionamiento del comité no debería estar encaminada tanto a establecer lo que es lícito o ilícito, cuanto a asegurar que la decisión de aquel que está involucrado en el problema (médico, paciente u otra persona) pueda tomarse tras una adecuada reflexión, esto es, primero, sin pasar por alto importantes componentes informativos; segundo, con la seguridad de haber evitado falacias derivadas de la vaguedad o de la polivalencia semántica de los conceptos y de las nociones en juego; tercero, después de conocer y recorrer las diversas estrategias éticas que se hayan considerado válidas en otros casos similares para encontrar una solución;

⁵¹ Véase sobre las mismas MARCOS DEL CANO, A. M., «Voluntades anticipadas» en ELIZARI, F. J. (coord.) *10 palabras claves al final de la vida*, Estella, 2007, Editorial Verbo Divino, pp. 389-425. Véase para más información la página web <http://www.testamentovital.net>.

⁵² Véase AA. VV., «El principio de autonomía y las instrucciones previas en salud mental», en *Metas de enfermería*, n.º 11, 2008, pp. 62-67.

y, finalmente, después de haber seguido en su totalidad todos los argumentos racionales disponibles.

Esta práctica surgió también en Estados Unidos. Los comités están formados normalmente por médicos, juristas, asistentes sociales, psicólogos, sacerdotes, etc., los cuales deberán analizar los casos más extremos y conflictivos con el fin de aportar una solución lo más justa posible. En defecto de la decisión del paciente y en defecto también de una transparente toma de postura por parte de la familia, estos comités cumplen una labor encomiable, de gran ayuda sobre todo para los médicos, quienes, en última instancia, deben decidir sobre la utilidad de cierto tratamiento o la conveniencia de suspender una determinada terapia.

CONSIDERACIONES FINALES

Siendo como es un valor esencial la autonomía del individuo y, más allá de las normas jurídicas que han surgido para protegerla en caso de que se viera mermada en algún momento de la vida de la persona; en relación con las personas que sufren trastornos mentales, hay que tratar en la medida de lo posible en fomentar grados de independencia y de autonomía, apoyando a realizar tareas de manera autónoma, respetando la intimidad, ayudando a tomar decisiones concretas.

Y es que el riesgo de que estos pacientes sufran mermas de autonomía y actitudes paternalistas es muy grande, como por ejemplo, el ingreso no voluntario, la toma de medidas restrictivas o la toma obligatoria de tratamiento.

Los propios pacientes con trastornos psíquicos necesitan comenzar a decidir sobre su propia vida, una vez que se estabilizan. También expresan muy a menudo ser oídos en todos aquellos ámbitos en los que se tomen iniciativas sobre programas de salud mental o en propuestas que trabajan en la sensibilización social y lucha contra el estigma que sufren⁵³.

El tratamiento debe orientarse hacia la recuperación social o estabilidad que muchas de las veces no implicará que se cure la enfermedad, pero sí que se lleve una vida lo más normalizada posible. La enfermedad no es algo que afecta a la

⁵³ Véase AA. VV., *La salud mental es cosa de todos. El reto de la atención comunitaria de la persona con trastorno mental grave desde los servicios sociales*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Colección Documentos, serie Encuentros, Madrid, 2005, p. 155.

totalidad de nuestra persona. En palabras de las mismas personas afectadas, su enfermedad no son ellos, sino que es una parte. Aunque se esté en un proceso de recuperación, pueden participar en la mejora de su salud, decidir sobre su tratamiento y desarrollar su proyecto de vida.

ANEXOS

Declaración de Caracas (1990). La declaración establece que los recursos, el cuidado y el tratamiento de las personas con discapacidad mental deben salvaguardar su dignidad y sus derechos humanos. Exhorta a las autoridades de salud, a los profesionales de salud mental, a los legisladores, a los juristas y a las organizaciones a abogar por y a desarrollar programas que promuevan servicios de salud integrados y basados en la comunidad. También invita a estos grupos a vigilar y a defender los derechos humanos de las personas con discapacidad mental de conformidad con la legislación nacional y con acuerdos internacionales. La declaración convoca a reformas extensas basadas en una mayor concientización sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad mental.

Establece que el uso exclusivo del internamiento en un hospital psiquiátrico como tratamiento aísla a los pacientes y los lleva a una discapacidad más profunda. Además, la declaración concluye que los servicios basados en hospitales psiquiátricos ponen en riesgo los derechos de los pacientes.

Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (conocidos como Principios de Salud Mental) (1991). Estos principios se consideran una de las recomendaciones internacionales más completas y detalladas para personas con discapacidad mental. Proporcionan pautas para establecer o evaluar los sistemas nacionales de salud mental y ofrecen una interpretación de las normas generales de derechos humanos en el contexto de salud mental. Ya han sido utilizados como modelo para la legislación sobre salud mental y como guía para revisar y replantear las políticas de salud mental y reestructurar los servicios de salud mental. Establecen que las personas con discapacidad mental gozan de todos los derechos y libertades fundamentales contempladas en las convenciones generales de derechos humanos. Además, establecen que los derechos y libertades más importantes para las personas con discapacidad mental son el derecho a la atención médica, el derecho a la integridad personal y al respeto, el derecho a la igualdad ante la ley, el derecho a recibir cuidados en la comunidad, el

derecho a otorgar consentimiento informado antes de recibir cualquier tratamiento, el derecho a la privacidad, la libertad de comunicación, la libertad de religión, el derecho a la admisión voluntaria y el derecho a garantías judiciales.

Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental (2001). En este instrumento, la Comisión emite recomendaciones específicas al Estado, a la sociedad civil y a las personas con discapacidad mental y sus familias para proteger los derechos básicos y las libertades fundamentales de estas personas según las normas de derecho internacional. Exhorta a los Estados a emprender acciones judiciales, administrativas, educativas y de otro tipo necesarias para difundir las normas y estándares internacionales que protegen los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad mental.

Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación [Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation] (2005).

Esta publicación contiene los instrumentos más importantes de derechos humanos que se aplican a las personas con discapacidad mental y presenta muchos ejemplos de experiencias y prácticas, además de extractos de tratados internacionales de derechos humanos y otros documentos relacionados con la legislación de diferentes países. Estos ejemplos no son recomendaciones ni modelos que haya que duplicar. Más bien es una presentación de lo que están haciendo muchos países en el área de la salud mental y legislación y derechos humanos.

Declaración de Madrid sobre los Requisitos Éticos de la Práctica de la Psiquiatría

Aprobada por la Asamblea General de Madrid, España, del 25 de agosto de 1996 y revisada por la Asamblea General de Yokohama, Japón, del 26 de agosto de 2002.

Declaración de Madrid

En 1977, la Asociación Mundial de Psiquiatría aprobó la Declaración de Hawai en la que se establecían las normas éticas para la práctica de la psiquiatría. La declaración fue actualizada en Viena, en 1983. Con objeto de incorporar los cambios en las actitudes sociales y los avances de la medicina, la Asociación Mundial de Psiquiatría ha examinado y revisado de nuevo algunas de esas normas éticas. La medicina es tanto un arte curativo como una ciencia. La dinámica

de esta combinación se manifiesta, más que en ningún otro caso, en la psiquiatría, que es la rama de la medicina especializada en la asistencia y la protección de las personas enfermas o discapacitadas debido a algún trastorno o deficiencia mentales. A pesar de las diferencias culturales, sociales y nacionales, es imprescindible el desarrollo y la revisión permanente de normas éticas de alcance universal. En tanto que clínico, el psiquiatra debe tener en cuenta las implicaciones éticas del ejercicio de la medicina, así como de las exigencias éticas específicas de la especialidad de la psiquiatría. Por otra parte, como miembro de la sociedad, el psiquiatra debe defender el tratamiento justo y equitativo de los enfermos mentales, en aras de una justicia social igual para todos. El comportamiento ético se basa en la conciencia de la responsabilidad del propio psiquiatra con cada paciente y en la capacidad de ambos para determinar cuál es el comportamiento correcto y adecuado. Las directrices y normas externas tales como los códigos deontológicos profesionales, las aportaciones de la ética o la normativa legal, no garantizan por sí solas una práctica ética de la medicina. El psiquiatra debe tener en cuenta siempre los límites de la relación psiquiatra-enfermo y guiarse principalmente por el respeto al paciente y la preocupación por su bienestar e integridad. Con este espíritu, la Asociación Mundial de Psiquiatría aprobó en su Asamblea General de 25 de agosto de 1996 las siguientes directrices éticas, que fueron actualizadas en su Asamblea General de 26 de agosto de 2002, y son la referencia para el comportamiento de los psiquiatras de todo el mundo.

1. La psiquiatría es una disciplina médica cuyos objetivos son proporcionar el mejor tratamiento posible para los trastornos mentales, rehabilitar a las personas que sufren estas enfermedades y promover la salud mental. El psiquiatra debe atender a sus pacientes proporcionándoles el mejor tratamiento disponible de acuerdo con los conocimientos científicos y los principios éticos aceptados. El psiquiatra debe seleccionar las intervenciones terapéuticas menos restrictivas para la libertad de sus pacientes y debe buscar asesoramiento en todo lo que no tuviere una experiencia suficiente. Además, el psiquiatra debe tener en cuenta y preocuparse por una distribución equitativa de los recursos sanitarios.

2. Es deber del psiquiatra mantenerse al corriente de los avances científicos de su especialidad y de transmitir estos conocimientos debidamente actualizados. Los psiquiatras con experiencia en investigación deben procurar el avance de las fronteras científicas de la psiquiatría.

3. El paciente debe ser aceptado, por derecho propio, como un colaborador en el proceso terapéutico. La relación psiquiatra-enfermo debe basarse en la

confianza y respeto mutuos, para permitir que el paciente tome decisiones libres e informadas. El deber del psiquiatra es proporcionar al paciente la información relevante para que pueda tomar decisiones lógicas de acuerdo con sus propios valores y preferencias.

4. Cuando el paciente esté incapacitado, no pueda hacerse un juicio adecuado como consecuencia de un trastorno mental, tenga deficiencias graves o sea incompetente, el psiquiatra deberá consultar con la familia y, si fuere necesario, buscar asesoramiento legal, para salvaguardar la dignidad humana y los derechos legales del enfermo. No se debe llevar a cabo ningún tratamiento contra la voluntad del paciente, a menos que el no hacerlo ponga en peligro su vida o la de los que le rodean. El tratamiento debe tener siempre como objetivo el interés del paciente.

5. Al ser requerido para evaluar a una persona, el psiquiatra tiene como primer deber informarle claramente sobre el propósito de la intervención profesional, el uso que se fuere a hacer de sus resultados y las posibles repercusiones de la evaluación. Esto es particularmente importante cuando intervengan terceras partes.

6. La información obtenida en la relación terapéutica es confidencial y su única y exclusiva finalidad es mejorar la salud mental del paciente. El psiquiatra tiene prohibido hacer uso de esta información en su propio beneficio, por motivos económicos o académicos. Sólo se permite la violación de la confidencialidad cuando el mantenerla pudiere dar lugar a un daño físico o mental graves para el paciente o para una tercera persona, tal y como ocurre en el abuso infantil. En estos casos, el psiquiatra deberá, en la medida de lo posible, informar primero al paciente sobre las medidas que va a tomar.

7. Una investigación que no se realice de acuerdo con los cánones de la ciencia no es ética. Toda investigación debe ser aprobada por un comité ético debidamente constituido. El psiquiatra debe someterse a la normativa, nacional e internacional, para la investigación. Sólo los psiquiatras debidamente cualificados pueden dirigir o llevar a cabo una investigación. Es necesario extremar las precauciones para salvaguardar la autonomía y la integridad física y mental de las personas con trastornos psiquiátricos, ya que son sujetos de investigación especialmente vulnerables. Las normas éticas también se aplican a la selección de grupos de población, en todo tipo de investigación, incluyendo los estudios epidemiológicos y sociológicos y las investigaciones en colaboración de naturaleza multidisciplinaria o multicéntrica.

XVII
SALUD MENTAL. LAS NECESIDADES EN LA RED SOCIAL

Gotzon Villaño Murga

1. INTRODUCCIÓN

La desaparición de las instituciones benéficas (asilos, manicomios, etc.) en la década de los 70-80 en nuestro país trajo consigo que la atención a las personas con problemas de salud mental haya estado liderada desde los servicios sanitarios frente a otro tipo de discapacidades que, por la propia legislación, tradicionalmente han sido atendidas de forma prioritaria por la red social. En los últimos años y coincidiendo con el desarrollo paulatino y el fortalecimiento de los servicios sociales, se está llegando a la confluencia de ambos sistemas en la atención a estas personas. Incluso desde una visión, en mi opinión errónea, exclusivamente sanitaria no es comprensible sin una perspectiva global de la persona como la definición de salud que la propia Organización Mundial de la Salud da:

- La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Por tanto esa definición nos da la pista de que cuando hablamos de salud mental nos referimos a la obtención de bienestar y no sólo a la ausencia de enfermedad. Ese bienestar sólo es posible lograrlo en unas condiciones económicas, laborales, de vivienda, de relaciones sociales y familiares, de ocio y tiempo libre que lo permitan y/o faciliten.

En el documento de la OMS «Invertir en salud mental» 2004 se citan algunos datos sobre la magnitud y la carga del problema que me parece importante reseñar:

- 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta. Alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año. Cuatro de las seis causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar).

- Una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental. Los miembros de la familia son frecuentemente los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales. La magnitud de la carga en la familia es difícil de justipreciar, y por eso es frecuentemente ignorada. No obstante, es indudable afirmar que el impacto es importante en la calidad de la vida familiar.

- Amén de los costos de salud y sociales, las personas afectadas por trastornos mentales son víctimas de violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación, dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas.

En el «Undécimo Programa General de Trabajo 2006-2015 de la OMS» (2006) se hacen algunas precisiones que nos pueden centrar la situación, de hecho lo titula «La salud, un aspecto clave del siglo XXI».

- Si se quiere comprender la salud hoy día con una perspectiva multidimensional, es fundamental reconocer que las preocupaciones y las iniciativas en materia de salud trascienden claramente los límites de la atención médica.

- Incluso en los países más prósperos, las personas socialmente desfavorecidas suelen sufrir enfermedades más frecuentes y graves y vivir menos que las pertenecientes a los grupos sociales privilegiados.

- Un componente fundamental del derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud es la reducción de la discriminación y la atención prioritaria a las poblaciones vulnerables, como los discapacitados, los desplazados y las poblaciones minoritarias, y los afectados por el VIH/sida.

De lo anteriormente expuesto sólo cabe concluir que la atención a las personas con enfermedad mental ha de hacerse desde una visión global de la misma, en estrecha colaboración entre los diferentes servicios que han de prestarla, sean sanitarios, sociales, educativos, laborales, etc.

1. Apoyo a las familias

La familia se hace cargo del cuidado y soporte de la persona enferma, en ocasiones con pocos apoyos comunitarios.

En muchos casos la cuidadora principal es una mujer, cuya edad está comprendida entre los 45 y 60 años y a la que le unen con la persona con enfermedad mental lazos familiares. Esta mujer, considerada como cuidadora principal:

- Contrae una gran carga física y psíquica.
- Se responsabiliza de la vida de la persona con enfermedad mental: medicación, higiene, cuidados, alimentación, etc.
- Va perdiendo paulatinamente su independencia, porque la persona enferma cada vez la absorbe más.
- Se desatiende a sí misma: no toma el tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades, etc. y acaba paralizando, durante largos años, su proyecto vital.

Si desde los servicios tanto sanitarios como sociales no se «cuida» adecuadamente a la familia y se la «abandona» puede llegar a la claudicación familiar o el desapego por el cansancio acumulado y la soledad. Es preciso articular recursos y prestaciones que cumplan la labor de apoyo a la familia depositaria del cuidado evitando situaciones de tensión, de cansancio, de ansiedad, incluso de depresión en el núcleo familiar y especialmente en la persona cuidadora principal.

Estos apoyos necesarios son de dos tipos:

1.1. Soporte educativo y apoyo técnico

Dentro de este grupo se encuadran los grupos psicoeducativos, los grupos de autoayuda entre familiares y las acciones de apoyo técnico destinadas a favorecer la competencia familiar en la resolución de problemas. Los grupos de psicoeducación familiar tienen como objetivo proporcionar información acerca de las enfermedades mentales y su manejo, reducir la tensión en el micro grupo familiar, ofrecer apoyo y empatía. Además aportan a la familia un papel determinante en el cuidado y soporte de su familiar buscando la alianza con la familia en el proceso rehabilitador. Los grupos de autoayuda para familiares pretenden descargar la tensión de la carga familiar, evitar el aislamiento social y el sentimiento de soledad fomentando la relación entre familias. Apoyo técnico para favorecer la competencia familiar en la resolución de sus problemas. Buscan mejorar las habilidades de comunicación y el clima intrafamiliar, facilitar el manejo del estrés de cada uno de los miembros de la familia al aumentar su eficacia en la resolución de problemas y ayudar a la familia a la fijación de límites entre sus propios componentes, aportando estrategias para afrontar los

conflictos intrafamiliares. Este tipo de apoyos pueden ser unifamiliares o multifamiliares.

1.2. Ayudas: recursos y prestaciones

1.2.1. Ayuda domiciliaria

El servicio de ayuda a domicilio (encuadrado dentro de las prestaciones básicas de los servicios sociales) pretende facilitar a las personas y/o familias en su propio entorno de convivencia, una serie de atenciones y apoyos, que pueden ser de carácter personal, doméstico, psicológico, social, educativo, rehabilitador o técnico, para la mejor realización de las actividades cotidianas, imprescindibles para el normal desarrollo de la vida diaria, evitando así un posible internamiento, potenciando su propia autonomía y promoviendo condiciones más favorables en la estructuración de sus respectivas relaciones de convivencia, además de integración y acompañamiento. La ley de dependencia distingue dos tipos: atención de las necesidades del hogar y cuidados personales.

1.2.2. Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales

Esta prestación nace a partir de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. En su artículo 18 la define como una excepción «cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones establecidas en el artículo 14.4» (El beneficiario podrá, excepcionalmente, recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su programa individual de atención.), se reconocerá una prestación económica para cuidados familiares. También en ese artículo la ley dice que El cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se determinen reglamentariamente. Además de esa prestación económica la ley deposita en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia la promoción de acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales que incorporarán programas de formación, información y medidas para atender los períodos de descanso.

2. APOYO ECONÓMICO

2.1. Discapacidad-pensiones

La enfermedad mental grave produce una discapacidad. Esa discapacidad produce limitaciones y/o dificultades en la competencia de la persona enferma. Para tratar de compensar esa discapacidad desde los poderes públicos se crean estas prestaciones económicas.

Objetivos:

Cubrir las necesidades básicas de persona con enfermedad mental.

Evitar la marginalidad, favoreciendo la reinserción social de la persona.

En el Estado español existen dos tipos:

- Contributivas: por incapacidad temporal o permanente (total, absoluta; gran invalidez). Por fallecimiento (viudedad, orfandad). Prestación familiar por hijo a cargo; por jubilación.
- No contributivas: por invalidez o por jubilación.

2.1.1. Pensiones contributivas

Son prestaciones económicas y de duración indefinida, aunque no siempre, cuya concesión está generalmente supeditada a una previa relación jurídica con la Seguridad Social (acreditar un período mínimo de cotización en determinados casos,...), siempre que se cumplan los demás requisitos exigidos. La gestión y concesión de las mismas corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social. Su cuantía se determina en función de las aportaciones efectuadas por el trabajador y el empresario, si se trata de trabajadores por cuenta ajena, durante el período considerado a efectos de la base reguladora de la pensión de que se trate.

2.1.1.1. Incapacidad laboral temporal

Cubre falta de ingresos que se produce cuando el trabajador, debido a una enfermedad o accidente, está imposibilitado temporalmente para trabajar y precisa

asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Sus beneficiarios: estar afiliados y en alta y estar impedidos para el trabajo. Se exige un período mínimo de cotización diferente si la causa es accidente o enfermedad profesional o enfermedad común. La cuantía también es diferente en función de la causa. La duración de la ILT es de 12 meses prorrogables por otros 6 cuando se presume que, durante ellos, el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación.

2.1.1.2. *Incapacidad laboral permanente*

Es una prestación económica que trata de cubrir la pérdida de rentas salariales o profesionales que sufre una persona, cuando estando afectada por un proceso patológico o traumático derivado de una enfermedad o accidente, ve reducida o anulada su capacidad laboral de forma presumiblemente definitiva. La incapacidad permanente habrá de derivarse de la situación de incapacidad temporal.

2.1.1.2.1. Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual:

La incapacidad que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma. Para su reconocimiento se exige que las personas estén afiliadas y en alta o en situación asimilada al alta, tener cubierto un período previo de cotización (sólo si la causa es enfermedad común). Su cuantía consiste en una indemnización a tanto alzado. Es compatible con el desarrollo de cualquier actividad laboral, tanto por cuenta ajena como por cuenta propia, así como con el mantenimiento del trabajo que se viniera desarrollando.

2.1.1.2.2. Incapacidad permanente total para la profesión habitual:

La que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta. Como requisitos se exige estar afiliado y en alta o en situación asimilada al alta y tener cubierto un período previo de cotización, si deriva de enfermedad común que varía en función de la edad del interesado.

La cuantía es el 55% de la base reguladora, pero dicho porcentaje puede incrementarse en un 20% más para los mayores de 55 años cuando, por su falta de preparación general o especializada y circunstancias sociales y laborales del lugar de

residencia, se presume la dificultad de obtener empleo en actividad distinta de la habitual.

El cobro de esta prestación es compatible con la realización de cualquier trabajo por cuenta ajena o propia en la misma empresa o en otra distinta pero, lógicamente, es incompatible con el desempeño del mismo puesto en la misma o en otra empresa.

2.1.1.2.3. Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo:

La que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio. Requisitos: igual que la incapacidad permanente total. Cuantía: el 100% de la base reguladora.

Compatibilidades: La pensión no impedirá el ejercicio de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con el estado del inválido y que no representen un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión, debiendo comunicar el pensionista a la entidad gestora el inicio de la actividad, ya sea por cuenta ajena o propia.

2.1.1.2.4. Gran invalidez:

Es la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos. Requisitos: igual que la incapacidad permanente total.

Cuantía: el 100% incrementado en un 50% destinado a remunerar a la persona que atienda al gran inválido. Compatibilidades: las mismas que la incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo.

2.1.2. Prestaciones por muerte y supervivencia

2.1.2.1. Viudedad

Sus beneficiarios son el cónyuge sobreviviente, los supervivientes separados o divorciados del causante que no hubieran contraído nuevo matrimonio o constituido una pareja de hecho, el superviviente cuyo matrimonio hubiese sido declarado nulo al que se le haya reconocido el derecho a la indemnización que

no hubiera contraído nuevas nupcias o constituido una pareja de hecho y quien fuera pareja de hecho del causante en el momento de su fallecimiento, constituida mediante inscripción en un registro público o alternativamente formalizado mediante documento público (escritura pública).

Para su reconocimiento se exige un período mínimo de cotización en el caso de fallecimiento por enfermedad común, pero si es debido a accidente o a enfermedad profesional, no se exige período previo de cotización. La cuantía es el 52% de la base reguladora. En caso de separación judicial, divorcio o nulidad, la cuantía será proporcional al tiempo vivido en matrimonio con el fallecido. Existe una situación especial por la que la persona viuda cobra el 70% de la base reguladora siempre que, durante todo el período de percepción de la pensión, se cumplan algunos requisitos.

Además existe una prestación temporal de viudedad para cuando el cónyuge superviviente no pueda acceder al derecho a pensión de viudedad por no acreditar algún requisito. Así causará derecho a la prestación temporal de viudedad cuando su matrimonio con el causante no haya tenido una duración de un año o, cuando sumando la convivencia como pareja de hecho con el causante a la del matrimonio no supere los dos años o no tenga hijos en común con el causante. En cualquier caso, es necesario que cumpla los requisitos de alta y cotización para percibir la prestación temporal que tendrá una duración de dos años y una cuantía igual a la de la pensión de viudedad que le hubiera correspondido.

2.1.2.2. Orfandad

Los beneficiarios serán los hijos del causante, cualquiera que sea la naturaleza legal de su filiación, los hijos del cónyuge sobreviviente aportados al matrimonio, siempre que éste se hubiera celebrado dos años antes del fallecimiento del causante, hubieran convivido a sus expensas y además no tengan derecho a otra pensión de la Seguridad Social, ni queden familiares con obligación y posibilidad de prestarles alimentos, según la legislación civil. En la fecha del fallecimiento del causante, los hijos indicados antes deben ser menores de 18 años o mayores que tengan reducida su capacidad de trabajo en un porcentaje valorado en grado de incapacidad permanente absoluta o gran invalidez, o menores de 22 años, o de 24 si no sobreviviera ninguno de los padres o huérfano con discapacidad 33 %,

en los casos en que los hijos no efectúen un trabajo lucrativo por cuenta ajena o propia, o realizándolo, si los ingresos que obtengan resulten inferiores al SMI.

La cuantía es el porcentaje: el 20% de la base reguladora, excepto cuando se trate de pensión de orfandad absoluta (si no queda cónyuge sobreviviente o éste fallece disfrutando la pensión de viudedad o abandonó el domicilio), que se incrementa con el porcentaje del 48%, de la viudedad.

La pensión de orfandad es compatible con cualquier renta de trabajo del cónyuge del causante, o del propio huérfano, así como, en su caso, con la pensión de viudedad que aquél perciba. Si el huérfano es menor de 18 años o tiene reducida su capacidad de trabajo en un porcentaje valorado en un grado de incapacidad permanente absoluta o gran invalidez, la pensión se abonará con independencia de la cuantía de los ingresos que obtenga derivados de su trabajo. Los huérfanos, con derecho a pensión de orfandad, que tengan reducida su capacidad de trabajo en un porcentaje valorado en un grado de incapacidad permanente absoluta o gran invalidez y perciban otra pensión de la Seguridad Social en razón de la misma incapacidad, deberán optar por una de ellas. En los casos de huérfanos mayores de 18 años e incapacitados para todo trabajo, que a su vez, acrediten los requisitos para acceder a la asignación económica por hijo minusválido a cargo mayor de 18 años, la cuantía de la pensión de orfandad, una vez garantizado el complemento a mínimo que, en su caso, pudiera corresponder, se incrementará con el importe, en cómputo anual, de la asignación que, en cada ejercicio económico, esté establecida en favor del hijo a cargo mayor de 18 años, en función del grado de discapacidad acreditado.

2.1.2.3. *Pensión en favor de familiares*

Es una pensión dirigida a familiares más lejanos (hasta segundo grado) que las anteriores. Se exigen unos requisitos como haber convivido con el causante y a sus expensas con 2 años de antelación al fallecimiento de aquél o desde la muerte del familiar con el que convivieran, si ésta hubiera ocurrido dentro de dicho período, no tener derecho a pensión pública y carecer de medios de subsistencia, por tener ingresos económicos iguales o inferiores al salario mínimo interprofesional, y de familiares con obligación y posibilidad de prestarles alimentos. La cuantía es similar a la de la pensión de orfandad y las compatibilidades y su extinción también.

2.1.3. Prestación económica por hijo a cargo

Asignación económica que se reconoce por cada hijo a cargo del beneficiario, menor o afectado de una discapacidad igual o superior al 65%, cualquiera que sea su filiación, así como por menores acogidos en acogimiento familiar, permanente o preadoptivo, con un límite de ingresos.

Beneficiarios: Personas, padre o madre siempre que residan legalmente en territorio español que tengan a su cargo hijos o menores acogidos, menores de 18 años o mayores afectados por una discapacidad en un grado igual o superior al 65%, residentes en territorio español y que no tengan derecho, ni el padre ni la madre, a prestaciones de esta misma naturaleza en cualquier otro régimen público de protección social. Además existe un límite de ingresos si los hijos o menores acogidos a cargo son menores de 18 años no discapacitados. Otros beneficiarios son los huérfanos de padre y madre, menores de 18 años o discapacitados en un grado igual o superior al 65%, quienes no siendo huérfanos hayan sido abandonados por sus padres o los hijos discapacitados mayores de 18 años que no hayan sido incapacitados judicialmente y conserven su capacidad de obrar.

La cuantía económica de la misma es equivalente a la de la pensión no contributiva en el caso de las personas mayores de 18 años con discapacidad 65% o superior.

Es incompatible con la condición, por parte del hijo, de pensionista de jubilación o invalidez en la modalidad no contributiva.

2.1.4. Pensiones no contributivas

Son prestaciones económicas que se reconocen a aquellos ciudadanos que, encontrándose en situación de necesidad protegible, carezcan de recursos suficientes para su subsistencia en los términos legalmente establecidos, aun cuando no hayan cotizado nunca o el tiempo suficiente para alcanzar las prestaciones del nivel contributivo.

La gestión de estas pensiones no contributivas está atribuida a los órganos competentes de cada Comunidad Autónoma y a las direcciones provinciales del

IMSERSO en las ciudades de Ceuta y Melilla. En la CAV las gestionan las Diputaciones Forales.

2.1.4.1. *Pensión no contributiva por invalidez*

La pensión no contributiva de Invalidez asegura a todos los ciudadanos en situación de invalidez y en estado de necesidad una prestación económica, asistencia médico-farmacéutica gratuita y servicios sociales complementarios, aunque no se haya cotizado o se haya hecho de forma insuficiente para tener derecho a una pensión contributiva.

Los requisitos para tener derecho a esta prestación además de tener reconocida una discapacidad en grado igual o superior al 65% son: ser mayor de 18 años y menor de 65 años, tener unos ingresos de la unidad familiar inferiores a la cuantía anual del PNC por persona y residir en territorio español (mínimo 5 años), de los cuales dos han de ser consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud.

Su cuantía es la más baja de todas las pensiones que se conceden en el Estado español (en el año 2010 de 339,70€ hasta 509,55€).

Los beneficiarios de pensión no contributiva de invalidez que inicien una actividad laboral por cuenta propia o ajena, recuperarán automáticamente el percibo de la pensión cuando cesen en la actividad, a cuyos efectos no se tendrán en cuenta en el cómputo anual de sus rentas las que hubieran percibido en virtud de su trabajo en el ejercicio en que se reponga el pago de la pensión. También existen incentivos durante los cuatro primeros años para aquellos que inicien una actividad lucrativa (con límite de ingresos).

2.1.4.2. *Pensión no contributiva por jubilación*

Los requisitos son similares a los de la de invalidez, excepto la edad (ser mayor de 65 años): ingresos de la unidad familiar inferiores a cuantía anual de la pensión, haber residido al menos 10 años en territorio español entre 16 años y la fecha de solicitud, de los cuales dos han de ser consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud.

2.2. Ayudas sociales

En la Comunidad Autónoma Vasca existen una serie de ayudas sociales que tienen su origen en la Ley 12/1998, de 22 de mayo, contra la exclusión social que fue una de las pioneras en el estado en regular las llamadas rentas de inserción.

2.2.1. *La renta de garantía de ingresos*

La renta de garantía de ingresos es una prestación periódica de naturaleza económica, dirigida tanto a la cobertura de los gastos básicos para la supervivencia como a la de los gastos derivados de un proceso de inclusión social y/o laboral, y destinada a las personas integradas en unidades de convivencia que no dispongan de ingresos suficientes para hacer frente a dichos gastos. Es un derecho subjetivo para todas aquellas personas que cumplan los requisitos que se citan en un punto posterior.

La renta de garantía de ingresos (RGI) presenta dos modalidades:

1. La renta básica para la inclusión y la protección social, dirigida a las personas que no dispongan de ingresos procedentes de rentas de trabajo, cuando su nivel mensual de recursos computables no alcance el importe de la renta básica para la inclusión y la protección social que pudiera corresponder.

2. La renta complementaria de ingresos de trabajo dirigida a complementar el nivel de recursos de las unidades de convivencia que, aun disponiendo de ingresos procedentes del trabajo, cuentan con un nivel mensual de recursos computables inferior al importe de la renta básica para la inclusión y la protección social que pudiera corresponder.

Destinatarios/as son las personas que: constituyen una unidad de convivencia, figuren en el padrón de cualquier municipio de la CAPV, con un año de antelación a la solicitud, no dispongan de recursos suficientes para hacer frente a los gastos básicos para la supervivencia y sean mayores de 23 años. Además de cumplir con las condiciones anteriores los destinatarios de la RGI deberán establecer, con el servicio social de base, un convenio de inclusión cuyos contenidos, orientados a facilitar tanto su propia inclusión social y/o laboral como la del resto de los miembros de la unidad de convivencia, se definirán de mutuo acuerdo entre la persona titular y el servicio social de base correspondiente.

La cuantía se obtiene, mensualmente, por la diferencia entre la cuantía de la RB (de las señaladas con posterioridad y que le corresponda según el número de miembros de su UC), y la cuantía mensual de recursos computables de que en conjunto dispongan en el hogar. La cuantía de la renta básica se corresponde con: el 88% del salario mínimo interprofesional anual para las unidades de convivencia unipersonales, el 113% del salario mínimo interprofesional anual para las unidades de convivencia de dos personas y el 125% del salario mínimo interprofesional anual para las unidades de convivencia de tres o más personas.

La renta complementaria de ingresos de trabajo tiene una cuantía diferente que se corresponde con: el 100% del salario mínimo interprofesional anual para las unidades de convivencia unipersonales, el 125% del salario mínimo interprofesional anual para las unidades de convivencia de dos personas y el 135% del salario mínimo interprofesional anual para las unidades de convivencia de tres o más personas.

2.2.2. Prestación complementaria de vivienda

La PCV es una prestación periódica, de naturaleza económica, articulada como un complemento de la renta de garantía de ingresos (RGI) y dirigida a la cobertura de los gastos de alquiler de la vivienda o del alojamiento habitual, en cualquiera de sus modalidades de arrendamiento, subarriendo, coarriendo, hospedaje y alquiler de habitaciones.

La PCV se configura como un derecho subjetivo en la Ley 18/2008, de 23 de diciembre, para la garantía de ingresos y para la inclusión social.

Los requisitos para ser perceptor son ser titular de la RGI, encontrarse en la necesidad de hacer frente al alquiler de la vivienda o alojamiento habitual, estar inscrito o haber solicitado la inscripción como solicitante de vivienda de alquiler en el servicio Etxebide del Departamento de Vivienda, Obras Públicas y Transportes y no existir relación de parentesco hasta el tercer grado con la persona arrendadora de la vivienda.

En el supuesto de que una misma vivienda particular fuera compartida por dos o más unidades de convivencia unidas entre sí por lazos de parentesco, sólo podrá otorgarse a una de ellas. En el supuesto de que una misma vivienda

particular fuera compartida por dos o más unidades de convivencia sin relación de parentesco, podrán otorgarse, hasta un máximo de dos prestaciones complementarias de vivienda.

La cuantía máxima de la PCV será de 250 (año 2010) euros mensuales. Esta cuantía puede ser aumentada en circunstancias especiales como en los casos de que la unidad de convivencia de la persona titular de la prestación sea una unidad familiar con dos o más hijos o hijas a su cargo o en el caso de que la persona titular de la prestación o cualquiera de las personas miembros de su unidad de convivencia realiza una actividad laboral remunerada, ya sea por cuenta propia o ajena.

2.2.3. Ayudas de emergencia social

Las Ayudas de Emergencia Social son prestaciones no periódicas de naturaleza económica y subvencional destinadas a aquellas personas cuyos recursos resulten insuficientes para hacer frente a gastos específicos, de carácter ordinario o extraordinario necesarios para prevenir, evitar o paliar situaciones de marginación social. No tienen consideración de derecho, por lo que si finaliza el presupuesto no existe derecho a reclamarlas.

Sus destinatarios/as son las personas que figuren en el padrón de cualquier municipio de la CAPV, con 6 meses de de antelación a la solicitud, tengan cumplidos 18 años y no dispongan de recursos suficientes con los que afrontar los gastos específicos contemplados en el artículo 3 del decreto.

Las cuantías máximas anuales (datos 2010) oscilan entre 1.110€ y 3.480€

3. SERVICIOS DE ATENCIÓN DIURNA/NOCTURNA

Son una alternativa al alojamiento protegido cuando existe un soporte convivencial frágil. Contribuyen al sostenimiento de ese soporte convivencial al descargar a su familia o entorno de su cuidado en unas horas al día. Ofertan soporte de inclusión social complementado con oferta de comedor y pretenden la integración social favoreciendo la autonomía del usuario.

Tipos:

Centro de día.

Los centros de día ofertan cuidado y soporte a personas que viven solas o en un entorno frágil. Realizan actividades ocupacionales y de ocio y tiempo libre, en un contexto de apoyo personal y social. Buscan la rehabilitación e integración social de la persona con trastorno mental grave, en coordinación con los servicios sanitarios.

Tienen como objetivos el mantenimiento de la persona en su entorno familiar y comunitario, desarrollando y potenciando las habilidades sociales básicas para lograr el incremento de las redes sociales. De esta forma obtienen el mantenimiento o mejora de un nivel básico de autocuidados y autonomía, fomentando actividades de ocio y tiempo libre.

Centro de noche:

Dirigido a personas con enfermedad mental grave sin hogar, su objetivo reducir la marginación social mediante el desarrollo y potenciación de habilidades sociales y cuidados básicos.

4. ALOJAMIENTOS

Pilares básicos para la reinserción y rehabilitación social de la persona con enfermedad mental severa son los servicios residenciales alternativos al familiar.

En el Informe del Ararteko (año 2000) que versa sobre la «Atención Comunitaria de la Enfermedad Mental» se hace la siguiente recomendación: «Las personas con trastorno mental crónico tienen necesidades no sólo sanitarias sino también de residencia, de ocupación, de desarrollo personal, de integración social, [...] y para satisfacerlas deben poder participar en los recursos de la sociedad». «El déficit de estructuras intermedias se focaliza en recursos relacionados con el empleo, la formación, la rehabilitación, y la psicoterapia, así como la vivienda y dispositivos residenciales».

4.1. Residencias o minirresidencias

Destinadas a personas que no puedan vivir de forma autónoma y que no tienen apoyo familiar convivencial. Ofrecen apoyo y supervisión de 24 horas todos los días del año. Están integradas en la comunidad.

Ofrecen: alojamiento, manutención, cuidado y soporte, apoyo personal y social. Además mediante el apoyo comunitario buscan, en coordinación con los servicios sanitarios, la rehabilitación e integración social, ocupacional y laboral de la persona con trastorno mental grave mediante la relación convivencial y educativa.

Todos esos objetivos son posibles en un ambiente lo más cercano al de un hogar que permita que la persona con TMG lo viva como su «casa». El tipo de estancia es muy variable en función de las necesidades, tanto del usuario como de la familia. Su capacidad puede estar en un arco de entre 15 y 30 plazas para que no sea masificada ni se despersonalice. Favorecen la autonomía e integración social. Sus destinatarios son personas con TMG estables psicopatológicamente y con ausencia de conductas agresivas o disruptivas para la convivencia

En el siguiente cuadro se visualizan los tipos de residencias que propone la AEN.

TIPO	DURACION	FUNCIONES	OBJETIVOS
Estancia corta	Máximo 1 mes	<ul style="list-style-type: none"> • Descanso familiar • Atender urgencias familiares o sociales • Separación preventiva del ambiente familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviar la sobrecarga familiar y favorecer el mantenimiento en el ambiente familiar • Evitar internamientos innecesarios o situaciones de abandono
Estancia transitoria	De un mes a un año	<ul style="list-style-type: none"> • Transición del hospital a la comunidad • Preparación para la reinserción familiar • Preparación para opciones de vida y/o alojamiento más autónomos 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar y preparar procesos de reinserción social y familiar • Propiciar la adquisición de las habilidades necesarias para llevar una vida más autónoma e independiente
Estancia indefinida	Larga o permanente	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar situaciones de marginalización social o abandono • Alternativa a la institucionalización prolongada 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el nivel de autonomía personal y social • Asegurar una calidad de vida digna • Apoyo y cuidado personal

Tabla 1. Fuente: Asociación española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos 6. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones.

4.2. Pisos tutelados/supervisados

Se definen como: recursos residenciales comunitarios en pisos normales del entorno social de la persona con TMG. Ofrecen apoyo personalizado y flexible a personas con TMG semiautónomas. Promueven la autonomía y autogestión de sus residentes. Insertos en su medio comunitario. Tienen un grado de supervisión variable, que viene determinado por las necesidades de sus usuarios y del momento de su rehabilitación y, lógicamente, por las capacidades de los mismos.

Se distinguen dos tipos:

- Pisos tutelados: con supervisión las 24 horas del día.
- Pisos supervisados: con una supervisión variable en la horquilla de 15 a 30 horas a la semana.

4.3. Pensiones concertadas o supervisadas

Previo a la creación de los recursos públicos o concertados citados en los dos puntos anteriores existían, y aún se mantienen algunos de ellos, otro tipo de alojamientos que nacieron de la iniciativa privada con ánimo de lucro, y que se caracterizan por:

- Existen dos tipos de ofertas: sólo alojamiento o pensión completa
- Están destinadas a personas con TMG más autónomas
- Tienen un fin lucrativo para sus propietarios
- Tendencia a la desaparición por su escasa rentabilidad y la dedicación que exigen a sus propietarios/as
- Supervisadas por dispositivos comunitarios de Salud Mental
- Las viviendas no son de uso exclusivo para usuarios de salud mental, se comparten generalmente con usuarios procedentes de servicios sociales
- Por razones económicas, en su mayoría las habitaciones son dobles
- La supervisión de las patronas se circunscribe a las horas de las comidas (supervisión de toma de medicación)

5. REINSERCIÓN LABORAL

La enfermedad mental grave causa inevitablemente un impacto en la vida social y laboral de la persona afectada y en sus familias. Ese impacto se plasma en un aislamiento social y una tendencia a la apatía por la falta de motivación que deteriora su funcionamiento.

La participación en el mercado laboral, además de constituir una garantía de independencia económica, sigue siendo la fórmula de integración por excelencia. La integración laboral permite ampliar las relaciones sociales y favorece el desempeño de roles sociales más adaptados en el caso de las personas con trastorno mental grave. Con frecuencia, estas personas, tienen enormes dificultades para obtener un empleo, e incluso, carecen de las habilidades necesarias para mantenerlo. Los síntomas negativos de la enfermedad mental grave pueden intensificar aún más el aislamiento provocado por este retraimiento deliberado.

Hemos de tener en cuenta que muchas de estas personas han sufrido su primer episodio agudo hacia el final de su adolescencia, antes de que adquirieran una preparación laboral «vendible» y, su incorporación al mercado laboral se ha visto truncada por esa circunstancia.

Sin un puesto de trabajo, es muy difícil llevar una vida autónoma y decidir por uno mismo. Sin empleo, las personas con discapacidad se colocan en situación de dependencia, al arbitrio de la familia o de los poderes públicos y siempre en permanente peligro de marginación y exclusión sociales. Además la naturaleza actual del trabajo y las exigencias productivas inevitables que plantea a cualquier persona actúan como obstáculos a la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental grave.

5.1. Algunos datos reflejados en estudios

Una gran mayoría de la población discapacitada no participa en el mercado de trabajo. Dos de cada tres personas discapacitadas en edad de trabajar están en situación de inactividad. La tasa de paro de las personas con discapacidad es un 40 por ciento superior que la de las personas sin discapacidad.

En el estudio «Las personas con discapacidad y su relación con el empleo» de la Encuesta de Población Activa del segundo trimestre de 2002 se dan unos datos

similares: «Una gran mayoría de la población discapacitada no participa en el mercado de trabajo: dos de cada tres personas discapacitadas en edad de trabajar están en situación de inactividad». También aporta el siguiente dato: «La tasa de paro de las personas con discapacidad es un 40 por ciento superior que la de las personas sin discapacidad».

Extraigo aquí unos datos reflejados en el informe titulado «La integración laboral de las personas con discapacidad en la CAPV» realizado por el Ararteko en el año 2003:

- El dato determinante es la alta tasa de «inactividad» de este colectivo: de cada 100 personas con discapacidad en edad laboral, sólo 30,9 se consideran activas, cuando para el conjunto de la población esta tasa es del 53,3%.
- Es decir, el 70% (casi el 80% en el caso de las mujeres con discapacidad) dependen exclusivamente del apoyo familiar o de las prestaciones sociales, sin que se planteen su inserción laboral.

5.2. En el mismo estudio se hacen unas «Propuestas de mejora»

Actuaciones dirigidas a mejorar la capacidad, y las habilidades adaptativas de las personas con discapacidad:

- Promover el interés de las personas con discapacidad para demandar empleo
- Facilitar formación
- Apoyos naturales o normativa laboral dirigidos a la familia, el mercado de trabajo y centros de formación: Promover el acceso al empleo ordinario
- Apoyos dirigidos a toda la sociedad influyendo en su sistema de creencias/valores: Desarrollar acciones dirigidas a la sensibilización y la individualización de los apoyos al puesto de trabajo y de los apoyos en la atención directa a la persona

5.3. Finalmente propone unas siguientes recomendaciones de las que extraigo las que creo que reflejan perfectamente las necesidades actuales

1.^a Incrementar las cuotas de reserva y garantizar su efectivo cumplimiento por parte de las empresas

2.^a Incorporar a los procedimientos de contratación promovidos por las administraciones las cláusulas referidas al cumplimiento de la cuota por parte de las empresas participantes

4.^a Regular y/o fomentar fórmulas de empleo poco desarrolladas hasta ahora en nuestro entorno, como el empleo con apoyo

5.^a Incentivar la adaptación de los lugares y puestos de trabajo y la accesibilidad de las empresas

6.^a Sensibilizar e informar a empresarios, empresarias y sindicatos sobre las posibilidades de desempeño profesional de las personas en situación de discapacidad, y difundir incentivos y posibilidades de contratación

9.^a Regular o revisar la situación de los centros especiales de empleo

10.^a Revisar y reorientar los centros ocupacionales

13.^a Implicar a los servicios sociales de base en las tareas de facilitar el acceso al empleo

14.^a Impulsar el papel de las asociaciones como agentes facilitadores del acceso al empleo

17.^a Mejorar la formación y capacitación de las personas con discapacidad

5.4. Recursos

Dada la complejidad y variabilidad de personas con enfermedad mental grave, la reinserción laboral necesita de recursos variados y adecuados al estado de la persona y el objetivo pretendido. La estructura de la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental grave tendría que tener un diseño similar al de la figura posterior.



Figura 2. Pirámide de incorporación laboral.

Este diseño no significa que todas las personas con enfermedad mental grave hayan de pasar por todos los recursos, sino que basándose en sus capacidades, formación, experiencia, estado psicosocial, etc. podrán ser candidatos a uno u otro recurso. Los tres niveles descritos en el gráfico implican un diferente nivel de exigencia y, por tanto, de aptitud y capacidades de sus candidatos. Se trataría de ofertar unos recursos que faciliten de forma paulatina y gradual la máxima integración a las personas con enfermedad mental grave. Lo ideal es que entre los diversos recursos exista una coordinación y cercanía que facilite la transición de uno a otro sin grandes obstáculos. Sería deseable la posibilidad de homeostasis entre los tres niveles en función del estado de la persona usuaria.

5.4.1. Recursos. Definición

A continuación, y tomando como base la legislación, incluyo, con el fin de clarificar, las definiciones de los recursos «especiales» que existen para personas con discapacidad en nuestro país:

- La LISMI (Ley 13/1982) define

Los Centros Especiales de Empleo son aquellos cuyo objetivo principal sea el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones del mercado, y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social que requieran sus trabajadores minusválidos; a la vez que sea un medio de integración del mayor número de minusválidos al régimen de trabajo normal.

- De igual forma en su artículo cincuenta y tres la misma ley define «los Centros Ocupacionales tienen como finalidad asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a los minusválidos cuya acusada minusvalía temporal o permanente les impida su integración en una empresa o en un Centro Especial de Empleo».

- Una ley posterior de nuestra Comunidad Autónoma (la Ley Vasca de Servicios Sociales de 1996) define

Los centros ocupacionales para personas con discapacidad son servicios de naturaleza asistencial que se sirven del trabajo u ocupación como medio para conseguir, en un marco de servicios sociales, el ajuste psicosomático personal y social más adecuado destinado a mejorar su grado de autonomía y a propiciar, en la medida de lo posible, la realización personal y la integración social de estos trabajadores en la comunidad.

5.4.2. Acceso

Existen dos modalidades de acceso al empleo para las personas con discapacidad por enfermedad mental:

- Empleo normalizado: sin discapacidad reconocida o con ella pero sin hacer uso de la misma.

- Empleo protegido: para el que es necesario tener reconocida una discapacidad igual o superior al 33%.

El reconocimiento de la discapacidad, como el resto de los servicios sociales (antiguo INSERSO), están transferidos a las Comunidades Autónomas. En la Comunidad Autónoma Vasca es competencia de las Diputaciones Forales.

En el caso de las personas afectadas por una discapacidad por enfermedad mental existen menores posibilidades que para el resto de discapacitados de acceder al mercado de trabajo. Creemos que hay varias razones para ello, entre otras podríamos citar como más importantes: el mayor estigma social hacia la enfermedad

mental frente a otras discapacidades, la integración laboral de la personas con TMG tiene pocos años de historia por la tardanza en abordarlo y la falta de coordinación socio-sanitaria.

5.4.3. *Al objeto de poder mejorar de forma sustancial la integración laboral de las personas con TMG creo que existen unas necesidades de recursos que cito a continuación*

- Centros de formación específicos o adaptados a las necesidades de los usuarios de salud mental. Éstos deberían tener en cuenta, de forma personalizada, la formación previa, las características y aptitudes de la persona y su ritmo.
- Centros Ocupacionales que ayudasen a la integración las personas que no pueden acceder al empleo protegido o al centro especial de empleo.
- Una mejora de los Centros Especiales de Empleo que se traduciría en: mayor variedad, posibilidades de especialización y mayor número de plazas ofertadas.
- Empleo protegido en empresa normalizada (empleo con apoyo), el existente es escaso.
- Accesibilidad real al empleo normalizado. En la actual situación de crisis es muy difícil el acceso, pero en situaciones casi pleno empleo tampoco ha sido real.

6. ASOCIACIONES DE USUARIOS — FAMILIARES

Las asociaciones buscan el apoyo moral hacia los familiares, la integración social de las personas con enfermedad mental, junto con la cooperación entre los propios afectados y las familias. Su objetivo principal es mejorar la calidad de vida de los afectados por las enfermedades o discapacidades y la de sus familiares, ayudándoles a afrontar la nueva situación.

Para lograr ese objetivo llevan a cabo programas y actividades concretas, costeadas por medio de subvenciones públicas, aportaciones de sus propios socios y donativos altruistas. En la puesta en práctica de esos programas y actividades tienen una gran importancia las personas que acuden como voluntarios a cada una de las asociaciones.

La vertiente reivindicativa ante los poderes públicos de nuevos y mejores servicios para sus personas afectadas es una de las labores más importantes desarrolladas por las asociaciones. La concienciación social de la existencia de unas patologías, en muchos casos desconocida para la mayoría, y la creación de servicios adecuados para su tratamiento y su inserción social, educativa, laboral, etc. Para conseguir la concienciación social desarrollan periódicamente campañas para la divulgación y sensibilización social a través de charlas informativas, cursos y publicaciones.

La mayoría de estas asociaciones trabajan también en grupos de autoayuda con los familiares y/o afectados. Estos grupos sirven para el apoyo mutuo entre los afectados y la intersolidaridad. El intercambio de experiencias entre las familias, a través de las vivencias del día a día es una de las funciones de estos grupos.

Orientan sobre los recursos asistenciales sanitarios y sociales existentes para su tratamiento, asesoran sobre lo más adecuado para cada patología e informan sobre las ayudas que se pueden solicitar en cada caso. Ayudan y asesoran en la tramitación de solicitudes para recursos sociales o sanitarios.

Algunas de las asociaciones, incluso, ofertan servicios propios de atención a las disfunciones o problemáticas propias de cada una.

7. ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

Las actividades de ocio y tiempo libre tienen como prioridades: mantener la red social normalizada en lo posible, la utilización de recursos comunitarios y favorecer la iniciativa de sus usuarios.

Como recursos podemos citar los clubes sociales que se definen como recursos de apoyo social para personas con trastorno mental grave que tienen dificultades para una integración comunitaria.

Objetivos:

- Sirven como punto de encuentro
- Buscan servir de plataforma para las relaciones interpersonales
- Tienen un fin recreativo, de intercambio y cultural
- Previenen el aislamiento social y la inactividad incentivando la iniciativa
- Favorecen la autonomía e independencia

BIBLIOGRAFÍA

- ARARTEKO (2000). *Atención comunitaria de la enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la CAPV*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko
- (2003). *La integración Laboral de las personas con discapacidad en la CAV. Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko.
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA (2002). «Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación y recomendaciones». *Cuadernos Técnicos* n.º 6. Madrid: AEN
- MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN (2009). *Guía Laboral del Ministerio de Trabajo e Inmigración 2009*. Madrid: MTIN.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004). *Invertir en Salud Mental*. Suiza: OMS.
- (2006). *Contribuir a la Salud. Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015. Un programa de acción sanitaria mundial*. Suiza. OMS.

XVIII
FAMILIA Y SOCIEDAD ANTE LA SALUD MENTAL

Pedro Fernández Santiago

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social. La salud mental hace referencia al bienestar emocional y psicológico necesario para que el ser humano pueda utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, desenvolviéndose en sociedad y resolver las demandas cotidianas de la vida diaria. La salud mental suele ser entendida como el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural, con el fin de alcanzar dicho equilibrio se hace necesario que las personas tengan garantizada su participación en el mundo laboral, intelectual y social para así poder alcanzar su bienestar y una adecuada calidad de vida que las hagan sentirse integradas en plenitud en la sociedad donde se desarrollan como seres humanos.

La OMS ha asegurado que no existe una definición oficial acerca de salud mental ya que aparece influenciada por las diferentes culturas y la subjetividad, no obstante suele entenderse que la salud mental es un estado de bienestar emocional y psicológico relacionado, a su vez, con factores de la salud física, dado que existen evidentes conexiones entre las enfermedades mentales y biológicas. Ya en los clásicos como Platón se encuentra el reconocimiento de la salud corporal como conductor para una adecuada higiene mental, establecía específicamente que el alma «buena» por su propia excelencia, mejoraba el cuerpo en todos sus sentidos. No obstante, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), en la Colección de Documentos Técnicos editado en el año 2007¹ define la enfermedad mental grave y duradera como: Todas aquellas incluidas en el grupo de personas que padecen síntomas de psicosis funcional (típicamente diagnosticadas como esquizofrenia, trastorno bipolar pero también otras) y que como consecuencia de su enfermedad padecen discapacidades persistentes.

¹ Colección Documentos. Serie Documentos Técnicos n.º 21005 (2007), Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave, Edt. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid.

Todas estas enfermedades, al igual que las anteriores, son resultado de factores biológicos, psicológicos y sociales. Entre los factores biológicos podemos citar los genéticos, infecciosos, traumáticos y tóxicos; los factores psicológicos personales en el curso y evolución de la enfermedad, como por ejemplo la capacidad de afrontamiento de la enfermedad por parte de quien la padece, y factores sociales y ambientales tales como la crianza, el entorno y circunstancias familiares, así como los soportes sociales para atender las situaciones de crisis que pueden condicionar la evolución.

Los griegos comprendieron la locura como una transformación del hombre en otro ser distinto mediante una fuerza proveniente de un lugar desconocido (*energoumenos*), idea que será asimilada por los romanos en el concepto de *mente captus*. Ese sentido será recogido por la tradición cristiana al identificar al enfermo como ser «poseído» por el demonio que domina su cuerpo, pero no su alma inocente, noción que llevada a sus últimas consecuencias, supuso la existencia de los procesos de brujas en los que el fuego de la hoguera era concebido como la liberación del espíritu del cuerpo poseído, período que ocupó los siglos XV, XVI y XVII en Europa. Pero la conciencia del loco como «bestia», como animal salvaje que puede ser enjaulado y exhibido como objeto de feria permanecerá mucho más tiempo en la conciencia popular.

La práctica en el cuidado cotidiano de las personas con enfermedades mentales era: la vigilancia en el seno familiar, en ocasiones en situaciones francamente indignas; la existencia errante de aquellos que carecían de familia o no se ocupaban de él (lo que determinaba el desarraigo, los malos tratos por parte de una sociedad recelosa e incluso la expulsión de las ciudades, confiándolos a mercaderes o a barqueros); y, en ocasiones, en los casos de personas con graves trastornos de conducta, el ingreso en establecimientos carcelarios².

2. UNA NUEVA VISIÓN JURÍDICO-SOCIAL DE LA SALUD MENTAL PARA NUESTRO PAÍS

Es a partir de la década de los sesenta y setenta del siglo XX cuando se produce un cierto movimiento de reforma en el seno de los servicios psiquiátricos, el impulso decisivo en nuestro país se produjo a partir de la aprobación de la

² FERREIRÓS, C. E., «Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario», Madrid, *Colección Cermi*, n.º 27, 2007, p. 67.

Constitución de 1978, que supuso la desaparición del antiguo sistema de beneficencia, la modificación del Código Civil en materia de incapacidad y tutela por medio de la Ley 13/1983 de 24 de octubre, la intervención judicial en los internamientos involuntarios, la reforma sanitaria llevada a cabo por la Ley 14/1986 de 25 de abril, y un amplio desarrollo de materias relativas a las discapacidades psíquicas que se encuentran en la Ley 13/1982 de 7 de abril de Integración Social de Minusválidos conocida como LISMI así como en las siguientes medidas legislativas que posteriormente iremos desgranando.

Quisiera comenzar planteando algunos interrogantes sobre la materia que estamos tratando en este capítulo, ¿se consideran las enfermedades mentales graves y duraderas como patologías discapacitantes, y, a quienes las sufren como personas con discapacidad? Sin intentar agotar al lector con definiciones, podríamos contestar afirmativamente que dichas enfermedades son discapacitantes y que las personas que las sufren son consideradas personas con discapacidad. La Ley de Integración Social de Minusválidos (LISMI) de 13/1982 de 7 de abril su título primero, artículo uno menciona que:

Los principios que inspiran la presente Ley se fundamentan en los derechos que el artículo cuarenta y nueve de la Constitución reconoce, en razón a la dignidad que les es propia, a los disminuidos en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales³ para su completa realización personal y su total integración social, y a los disminuidos profundos para la asistencia y tutela necesarias.

El artículo dos por su parte refiere:

El Estado español inspirará la legislación para la integración social de los disminuidos en la declaración de derechos del deficiente mental, aprobada por las Naciones Unidas el veinte de diciembre de mil novecientos setenta y uno, y en la declaración de derechos de los minusválidos, aprobada por la Resolución tres mil cuatrocientos cuarenta y siete de dicha Organización, de nueve de diciembre de mil novecientos setenta y cinco, y amoldará a ellas su actuación.

Posterior a la LISMI, como un paso para completar los derechos de las personas con discapacidad y coincidiendo con el año internacional de la discapacidad, se aprobó la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU). La no discriminación y la accesibilidad universal son los grandes conceptos que defiende esta ley, que en su exposición de motivos considera que:

³ En la nueva terminología empleada en la actualidad, cuando se habla de disminuidos o deficientes, se tiene que entender personas con discapacidad.

El concepto de accesibilidad, está en su origen muy unido al movimiento promovido por algunas organizaciones de personas con discapacidad, organismos internacionales y expertos en favor del modelo de «vida independiente», que defiende una participación más activa de estas personas en la comunidad sobre unas bases nuevas: como ciudadanos titulares de derechos; sujetos activos que ejercen el derecho a tomar decisiones sobre su propia existencia y no meros pacientes o beneficiarios de decisiones ajenas; como personas que tienen especiales dificultades para satisfacer unas necesidades que son normales, más que personas especiales con necesidades diferentes al resto de sus conciudadanos y como ciudadanos que para atender esas necesidades demandan apoyos personales, pero también modificaciones en los entornos que erradiquen aquellos obstáculos que les impiden su plena participación.

El movimiento en favor de una vida independiente demandó en un primer momento entornos más practicables. Posteriormente, de este concepto de eliminar barreras físicas se pasó a demandar «diseño para todos», y no sólo de los entornos, reivindicando finalmente la «accesibilidad universal» como condición que deben cumplir los entornos, productos y servicios para que sean comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas. La no accesibilidad de los entornos, productos y servicios constituye, sin duda, una forma sutil pero muy eficaz de discriminación, de discriminación indirecta en este caso, pues genera una desventaja cierta a las personas con discapacidad en relación con aquellas que no lo son, al igual que ocurre cuando una norma, criterio o práctica trata menos favorablemente a una persona con discapacidad que a otra que no lo es. Convergen así las corrientes de accesibilidad y de no discriminación. Pues bien, en esta ley se recogen estas dos nuevas corrientes y confluyen con la ya antigua pero vigente LISMI, que desarrolló sobre todo medidas de acción positiva. No discriminación, acción positiva y accesibilidad universal constituyen la trama sobre la que se ha dispuesto un conjunto de disposiciones que persiguen con nuevos medios un objetivo ya conocido: garantizar y reconocer el derecho de las personas con discapacidad a la igualdad de oportunidades en todos los ámbitos de la vida política, económica, cultural y social.

Posiblemente uno de los pasos para erradicar y dotar de contenidos y recursos las necesidades de las personas en situación de dependencia y entre ellas a las personas con discapacidad, fue la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de noviembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. El Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)⁴ plantea que la Ley 39/2006, establece dos estrategias que son muy diferentes, que se enuncian ya en el propio título de la ley: la promoción de la autonomía personal y la atención a las situaciones de dependencia.

⁴ Declaración previa de los documentos orientativos elaborados por la Comisión de Valoración de la Discapacidad del CERMI Estatal en relación con la aplicación práctica de la Ley 39/2006.

Por un lado, todas las personas en situación de dependencia tienen el irrenunciable derecho (sobre todo irrenunciable por parte de terceros) a que su autonomía personal alcance el nivel más elevado posible; por otro, ninguna necesidad de atención en la realización de las actividades básicas de la vida diaria puede serles regateada.

Según la definición de la ley, las situaciones serán de mayor o menor dependencia en función de que la persona precise de ayudas más o menos frecuentes, en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, o de que los apoyos para alcanzar su autonomía personal sean también más o menos extensos. Ambas necesidades se equiparan pues a los efectos de la ley. Necesitar ayuda para realizar actividades básicas no es ni más ni menos grave que precisar de apoyos para alcanzar la autonomía.

En la estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006⁵ y en el marco normativo de las prestaciones sanitarias y sociales se establece la Cartera de servicios en salud mental del Sistema Nacional de Salud atención primaria y se afirma que con relación a la atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada, se debe incluir:

1. Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.
2. Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.
3. Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.
4. Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación, en su caso, al servicio especializado correspondiente.
5. Seguimiento, de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales, de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

⁵ Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006, Edt. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Del mismo modo y con relación a la atención especializada respecto a la atención a la salud mental, esta debe comprender el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización.

Por su parte la atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, debe incluir:

1. Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
2. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.
3. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
4. Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatía.
5. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta, en general, y alimentaria, en particular, (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
6. Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
7. Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

En el mismo documento y relativo a las luces y sombras en el nuevo escenario de la salud mental de los noventa se recogen los aspectos positivos y negativos.

a. Aspectos positivos

Hay un consenso muy general sobre aquellos aspectos en los que la reforma psiquiátrica española ha avanzado de forma muy positiva:

- Territorialización de los servicios de salud mental.
- Integración de la atención a la salud mental en la red sanitaria, consecuencia de la propia Ley de Sanidad, influyendo positivamente sobre la calidad de la atención y la propia percepción de la sociedad en general sobre la enfermedad mental.
- Reducción importante de las camas monográficas, en favor del desarrollo de camas activas dentro de la red de servicios de salud general.
- Desarrollo de una red de atención a la salud mental homologable en todo el país.
- Formación reglada de las y los profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogas y psicólogos clínicos, enfermería).

b. Problemas pendientes

El consenso no es tan general a la hora de detallar los problemas pendientes de solución:

- Insuficiencia de recursos humanos especializados en salud mental.
- Insuficientes recursos de rehabilitación y reinserción social de calidad.
- Faltan en algunos territorios programas específicos bien desarrollados para grupos especialmente vulnerables (niños y niñas y adolescentes, ancianos y ancianas, inmigrantes, penados y penadas, etc.).
- Falta una oferta más equitativa y mayor colaboración entre Comunidades Autónomas y otras Administraciones.
- Falta de una integración generalizada de la red de atención a las drogodependencias.
- Deficiencias en la organización de la información, coordinación y evaluación del sector de salud mental.

- Necesidad de una articulación más transversal y cooperativa de la red de salud mental en el ámbito del área sanitaria (servicios sociales, atención primaria, atención especializada y rehabilitación y reinserción social), que tenga en cuenta las necesidades específicas de las personas objeto de atención por este sector sanitario.
- Insuficiente desarrollo de los aspectos de prevención y de promoción de la salud mental, así como las tareas que hay que llevar a cabo «en y con» la comunidad.

3. LA SOCIEDAD ANTE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA

La Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad⁶ es un tratado histórico ratificado por nuestro país en el año 2007 y que sitúa a la discapacidad en el plano de los derechos humanos y va a servir para dar visibilidad a una realidad que pervive en la sociedad desde el inicio de la misma. Por su importancia para el tema que tratamos mencionaremos algunos de los temas que se desarrollan en su articulado relativo a la salud mental grave y duradera, así como a las personas que la sufren.

Ya en su artículo 1 se afirma la necesidad de promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente, así como que entre las personas con discapacidad se incluyen a todas aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo y que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Es en el artículo 2 de dicha Convención Internacional en el que se producen las definiciones destacaremos por la importancia de lo defendido en este capítulo, lo que se define y entiende por discriminación:

⁶ Texto de conformidad con el informe final del Comité Especial encargado de preparar una convención internacional amplia e integral para proteger y promover los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, presentado por el Secretario General a la Asamblea General, de conformidad con la resolución 60/232 de la Asamblea, documento descargado de <http://www.un.org/esa/socde/enable>.

Por discriminación por motivos de discapacidad se entenderá cualquier distinción, exclusión, o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables.

Los principios generales en los que se basa dicha convención y que se contemplan en el artículo 3, son: El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de la persona; la no discriminación; la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana; la igualdad de oportunidades; la accesibilidad; la igualdad entre el hombre y la mujer así como el respeto a la evolución de las facultades de los niños y niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

Por su parte y en el artículo 8 y con relación a la «Toma de conciencia» se plantea la necesidad que los Estados Partes se comprometan a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para que se sensibilice a la sociedad, incluso en el ámbito familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas; se luche contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida y del mismo modo promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con discapacidad.

El artículo 19 por su parte recoge el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, e insta a los Estados Partes en la presente convención a reconocer el derecho in igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de los demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que: Las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico; el acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad,

incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta y a las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y del mismo modo tengan en cuenta sus necesidades.

En el artículo 27 y en relación con el «Trabajo y empleo» se insta a los Estados Partes a reconocer el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. Los Estados Partes salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo, adoptando medidas pertinentes, incluida la promulgación de legislación.

Después de este repaso sobre los derechos de las personas con discapacidad y como no podía ser de otro modo incluyendo entre ellas a las personas con enfermedad mental grave y duradera, quisiera destacar que uno de los graves problemas con los que nos encontramos con relación a las personas con discapacidad es la invisibilidad a la que están sujetos, invisibilidad consecuencia en gran medida por la incapacidad de esta sociedad de presentar la diversidad humana como una parte «positiva» de la misma, la diferencia nos hace humanos, la uniformidad nos hace máquinas; ni la raza, el sexo, la ideología, la condición sexual, etcétera, nos hace ni mejores ni peores, ni siquiera diferentes, dado que en ninguno de los casos dejamos de ser humanos y sujetos a los mismos derechos y deberes como tales. Cuando dejamos de ver a los demás conciudadanos como a seres humanos con nuestros mismos derechos, la consecuencia inmediata es la sensación de que no existen y si existieran podrían llegar incluso a ser una amenaza, si no se les ve puede parecer que dejan de existir. Otra de las consecuencias de esta invisibilidad es la inadaptación de la sociedad a sus necesidades, se están produciendo grandes avances en la accesibilidad y el diseño para todos, no obstante las personas con trastornos mentales siguen siendo en gran parte los más olvidados de entre los olvidados.

Quisiera en este epígrafe plantear algunos interrogantes como: ¿Podemos negarle a una persona que sufre un trastorno bipolar diagnosticado, y que está bajo tratamiento farmacológico y estable psicológicamente, un puesto de trabajo?, ¿podríamos hacer lo mismo con una persona que ha sufrido, pongamos por caso,

una operación de corazón con el fin de incorporarle una válvula en el mismo?, ¿podemos rechazar como trabajador a una persona insulinodependiente?

Con el fin de dar contestación a estas preguntas de forma realista diría que: según las condiciones medioambientales y de seguridad del puesto de trabajo, si éstas estuvieran adaptadas al trabajador, y éste tuviera los conocimientos y habilidades para su desarrollo, sin ningún género de dudas mi contestación sería afirmativa, dado que las personas que sufren trastornos mentales graves y duraderos, y que están diagnosticados y tratados farmacológicamente pueden y deben desarrollar adecuadamente cualquier actividad de la vida diaria incluido el trabajo para el que estén cualificados, del mismo modo éstos pueden y son considerados personas con discapacidad, y esta consideración debe y puede posibilitar que los procesos de integración e inserción sociolaboral sean afines y ajustados al resto de las personas con discapacidad. Siendo amparados por los derechos de todos los ciudadanos y los que se desarrollan para conseguir la plena integración de las personas con discapacidad en nuestro país.

En muchas ocasiones he repetido (creo que sigue siendo necesario) que la discapacidad es considerada como un *totum revolutum* al que se incorporan las múltiples patologías que pueden hacer definir a un ser humano como persona con discapacidad. Las políticas de integración social de personas con discapacidad y las diversas legislaciones al respecto están avanzando y siendo constantemente cuestionadas para que cumplan efectivamente con lo estipulado en sus articulados. Se facilitan ayudas para la contratación, se elaboran y diseñan políticas de accesibilidad, comienzan a elaborarse campañas de concienciación sobre algunas de las discapacidades en los medios de comunicación; en la Universidad comenzamos a diseñar e impartir Jornadas, cursos de expertos y máster relativos a algunas de las discapacidades, etcétera. Un buen comienzo se podría afirmar pero todavía queda mucho por hacer, el primer paso es hacer que cale en la opinión pública y en la sociedad en general la necesidad de que se apliquen y cumplan los preceptos que contiene nuestra Constitución.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Comisión Europea y el Consejo de Europa para debatir la situación de la salud mental en Europa celebraron una Conferencia Ministerial en Helsinki (Finlandia) del 12 al 15 de enero de 2005. Basándose en el informe mundial de la salud de la OMS 2001 y en anteriores resoluciones de la Unión Europea, se reconoce que la salud mental es fundamental para la calidad de vida y productividad de las personas, las familias, la comunidad y los países, y se establece la importancia y la urgencia de afrontar los

retos actuales y ofrecer soluciones basadas en la evidencia. En él se reconoce que la salud mental es fundamental para la calidad de vida y productividad de las personas, comunidades y países. A su vez se presentó el Plan de Acción en Salud Mental para Europa que los Ministros de Salud de la Región Europea de la OMS se comprometieron a respaldar, dicho plan está enmarcado para un período de diez años y en ellos se propone:

1. Promover el bienestar mental para todos.
2. Demostrar la importancia central de la salud mental para conseguir una buena salud pública.
3. Rechazar el estigma y la discriminación.
4. Promover actividades de sensibilización en las etapas vulnerables de la vida.
5. Prevenir los problemas de salud mental y suicidio.
6. Asegurar el acceso adecuado de los problemas de salud mental a la atención primaria de salud.
7. Ofrecer cuidados efectivos en servicios comunitarios para personas con problemas severos de salud mental.
8. Establecer coordinación entre los sectores.
9. Crear suficientes y competentes profesionales.
10. Establecer buena información en salud mental.
11. Proveer fondos equitativos y adecuados.
12. Evaluar la efectividad y generar nuevas evidencias.

Del mismo modo, se comprometieron a hacer frente a estos desafíos apoyándose en los siguientes pilares:

1. Preparar políticas e implementar actividades en contra del estigma y la discriminación y promover el bienestar mental con la inclusión de hábitos saludables en las escuelas y lugares de trabajo.
2. Determinar el impacto de salud mental en la política pública.

3. Incluir la prevención de problemas de salud mental y de suicidio en políticas nacionales.
4. Desarrollar servicios especializados capaces de dirigir cambios específicos en los jóvenes, los ancianos y en problemas de género.
5. Priorizar servicios cuyo objetivo sean los problemas de salud mental, de marginalidad y los grupos vulnerables.
6. Desarrollar asociaciones que trabajen de forma intersectorial.
7. Aumentar el número y la competencia de profesionales dedicados a salud mental.
8. Definir, en asociación con otros Estados Miembros, el grupo de indicadores de salud mental y determinantes epidemiológicos para realizar el diseño y distribución de servicios.
9. Asegurar la financiación y consolidar la regulación y legislación equitativa de la salud incluida la salud mental.
10. Finalizar con los tratamientos y cuidados inhumanos y degradantes, promulgando los derechos humanos y la legislación de salud mental, ajustándose a las normas de la Convención de las Naciones Unidas y la legislación internacional.
11. Incrementar el grado de integración social de las personas con problemas de salud mental.
12. Asegurar la representación de usuarios y cuidadores en comités y grupos responsables de planificar, distribuir, analizar e inspeccionar las actividades de salud mental.

4. FAMILIA Y DISCAPACIDAD

Tal vez ser padres sea una tarea ardua y cargada de responsabilidades e incertidumbres, pero es, y debería ser, una elección libre y responsable, si partimos de la responsabilidad que debemos asumir como tales y a la vez enfrentarnos a hijos e hijas con alguna discapacidad, la tarea de ser padres puede ser como una gran y pesada losa ante la incertidumbre sobre el futuro de nuestros hijos cuando nosotros dejemos de poder prestarles el apoyo necesario, para intentar articular una

explicación para este punto seguiré en gran parte el epígrafe que con el mismo título se encuentra publicado en el libro *Los menores con discapacidad en España*⁷.

El artículo 154 del Código Civil español establece por una parte que: «la patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos, de acuerdo con su personalidad» y por otra, que: «si los hijos tuvieren suficiente juicio deberán ser oídos siempre antes de adoptar decisiones que les afecten», en el mismo artículo se establecen una serie de deberes que los padres han de cumplir para la satisfacción del derecho del niño como es «velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral».

Para sobrevivir los seres humanos necesitan de la ayuda de los adultos durante un período de tiempo relativamente largo. Este hecho ha llevado a todas las sociedades a organizarse en torno a grupos de personas que generalmente conocemos bajo el nombre de familia. Dada la ingente cantidad de modalidades que los diferentes grupos humanos han inventado para organizar su convivencia, podríamos afirmar que la familia se está constantemente redefiniendo,

la familia es un grupo humano de especial importancia para el desarrollo psicosocial de los niños. Las relaciones y los vínculos que se establecen durante la infancia o la adolescencia dentro del grupo familiar van a influir en gran medida en el desarrollo y calidad de los lazos afectivos que se generen y mantengan a lo largo de la vida (...) En la familia confluyen individuos con características propias que van evolucionando tanto en su dimensión de seres independientes, como en su faceta de miembros de la misma. En este sentido, la familia constituye un contexto de socialización y de desarrollo no sólo para los hijos sino también para los padres (Martínez Borda, 2007)⁸.

Por otra parte y siguiendo con la familia recogemos una idea que nos parece importante «El ideal de familia nuclear cerrada se ha desmoronado; sin embargo, esto no significa necesariamente una pérdida del rol de la familia y de sus vínculos. Las relaciones de parentesco, lejos de dejar de existir, parece que toman nuevas fuerzas y se convierten en un valor sólido» (Iglesias de Ussel, 1998)⁹.

⁷ FERNÁNDEZ SANTIAGO, P., «Infancia y discapacidad. Las organizaciones de personas con discapacidad», en *Los menores con discapacidad en España*, CERMI-UNED, Madrid, Cinca, 2008, pp. 125-146.

⁸ MARTÍNEZ, B., «El niño y su familia desde una perspectiva psicosocial», en BARRANCO, M^a C., GARRIDO, M^a. y GUILLO, J., «*El Derecho del niño a vivir en su propia familia*»; Madrid, Exilibris, 2007.

⁹ IGLESIAS DE USSEL, J., «*La familia y el cambio político en España*». Madrid, Tecnos, 1998, pp. 76.

Vivir con la familia implica vivir con los padres y hermanos, si los hubiera, con el fin último de conseguir el libre y pleno desarrollo de la personalidad del niño, por la relevancia del tema mencionaremos el contenido de las relaciones paterno-filiales que contiene el artículo 154 de nuestro Código Civil: Los hijos no emancipados están bajo la potestad de los padres. La patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos, de acuerdo con su personalidad, y con respeto a su integridad física y psicológica. Esta potestad comprende los siguientes deberes y facultades:

1. Velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral.
2. Representarlos y administrar sus bienes.

Si los hijos tuvieren suficiente juicio deberán ser oídos siempre antes de adoptar decisiones que les afecten. Los padres podrán, en el ejercicio de su potestad, recabar el auxilio de la autoridad.

En muchos momentos cuando estudiamos, analizamos e intervenimos en los campos de la discapacidad y la familia nos encontramos con la angustia, el miedo y la incertidumbre que en muchos casos sienten los padres de los hijos con discapacidad, debido a la inseguridad que les produce el futuro de sus hijos cuando ellos falten. Cumplir con las obligaciones naturales, morales y culturales de ser padres se hace complejo cuando no se cuenta con los adecuados recursos para alcanzar tal fin.

En los países de nuestro entorno, así como en el nuestro, contamos, como estamos viendo, con medidas legislativas que nos marcan líneas legales de obligado cumplimiento, es fácil comprender que sin la adopción de otras medidas de apoyo económico y social a la familia muchos de nuestros hijos quedarían desprotegidos, no sólo por el nivel de renta, sino también por la ausencia de recursos adaptados adecuados, desigualitaria asignación de recursos entre las diferentes comunidades sean estas rurales o urbanas, diferenciación de rentas en función del lugar de residencia, desajustes económicos imprevisibles, y un largo etcétera.

La participación y la ciudadanía activa suponen que se tenga el derecho, los medios y la posibilidad de intervenir en las decisiones y de actuar para contribuir a la edificación o construcción de una sociedad mejor, y que se dispone del marco y, si procede, de la ayuda necesaria para hacerlo. Las organizaciones de jóvenes con discapacidad deberían ser consultadas en el momento de la elaboración de las

políticas y programas de la juventud. Los jóvenes con discapacidad deberían poder hacer oír su voz en todos los expedientes que les afecten. Los jóvenes con discapacidad se encuentran también con obstáculos considerables en todos los ámbitos de su vida: educación, empleo, deporte, cultura, ocio y vida social. Únicamente una estrategia global permitirá encontrar soluciones a estos problemas. Durante la elaboración de cualquier política de la juventud es indispensable buscar los medios que garanticen su plena participación en la sociedad, habida cuenta de sus necesidades especiales. Como subraya la Carta Europea sobre la participación de los jóvenes en la vida local y regional, la participación activa de éstos en las decisiones y acciones a nivel local y regional es fundamental si queremos construir sociedades más democráticas, más solidarias y más prósperas.

5. LOS PROCESOS DE MARGINACIÓN Y ESTIGMATIZACIÓN QUE SUFREN LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES

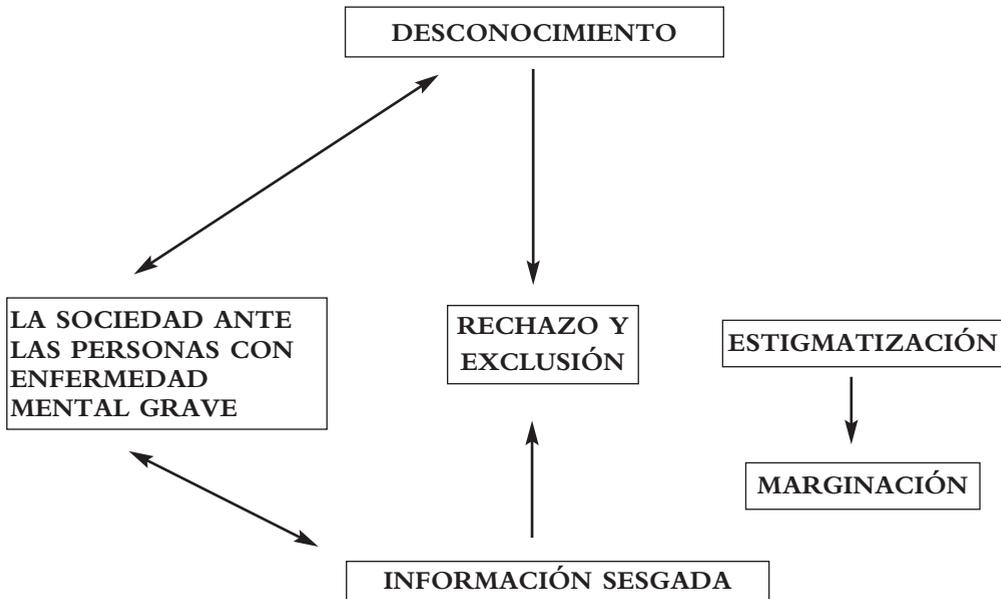
Parto de la tesis en la que afirmo que las personas que sufren trastornos mentales graves y duraderos sufren un alto grado de estigmatización y como consecuencia marginación. Esto se manifiesta por dos vías fundamentales:

1. Respuesta de la sociedad ante los enfermos mentales
2. Respuesta de los enfermos mentales ante la sociedad

Respuesta de la sociedad ante los enfermos mentales

Las enfermedades mentales graves y duraderas son todavía en la actualidad poco conocidas, como consecuencia de esto se tarda en diagnosticar dichas patologías muchos años, en algunos de los casos estas personas son consideradas personas «raras» o «pintorescas» pero no enfermas, este desconocimiento alcanza incluso a los profesionales clínicos encargados de diagnosticar y tratar dichas enfermedades. En una de las entrevistas realizadas recientemente, y en relación con esta última afirmación, comentaba un paciente que visita a su psiquiatra acompañado por un amigo, que se dirige a él afirmando: «Tú eres Dios, yo soy Jesucristo, y éste (por el amigo) es el Espíritu Santo». La respuesta, por otra parte actualmente no habitual del profesional de la salud mental, fue «que se fuera a casa», el amigo al salir de la consulta le acompañó al hospital donde le ingresaron y trataron durante un largo período de días. Las razones para que se produzca un

inadecuado diagnóstico es, entre otras muchas, que determinadas patologías mentales pueden estar enmascaradas y aparecer cuando se está siendo tratado para otro de las manifestaciones clínicas de la misma. Otra de las razones que esgrimen las personas que sufren de estas enfermedades es que para los profesionales de la salud mental es «difícil» realizar un adecuado diagnóstico dado que se conoce todavía muy poco sobre las mismas. Estas dificultades en profesionales cualificados para el diagnóstico y tratamiento se hacen en muchos de los casos insalvables para el conjunto de la población, como consecuencia de ello se produce un efecto de estigmatización y marginación que intento reflejar en el gráfico siguiente:



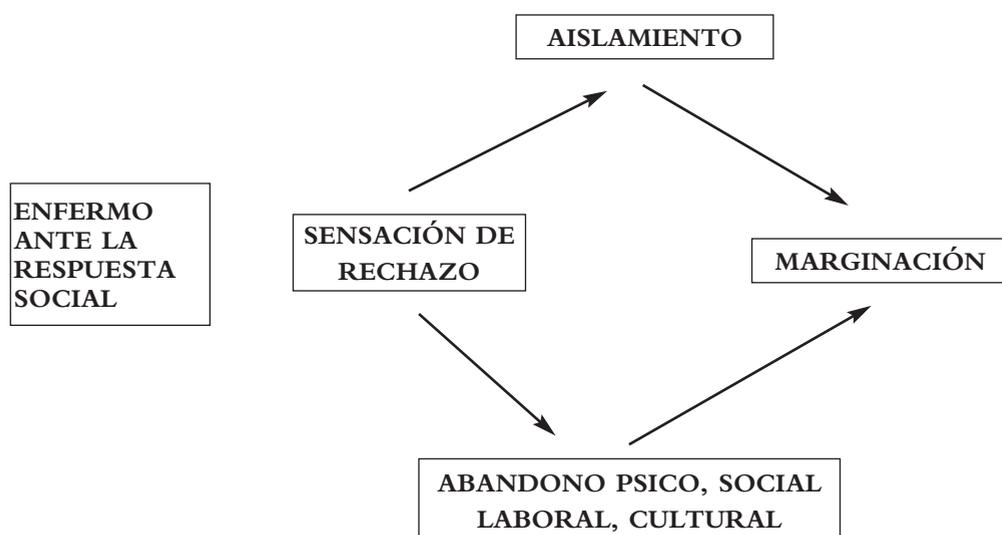
Fuente: Elaboración propia

Entiendo por exclusión, el efecto de excluir y a este último término como efecto de dejar de aplicarle el mismo trato que a las demás personas llegando incluso a situaciones como: apartar, descartar, eliminar, exceptuar y suprimir. Marginar como: dejar en situación de inferioridad a determinados grupos humanos en relación con el resto de la sociedad, y estigma como acto o circunstancia que constituye una deshonra para alguien y así mismo estigmatizar como dejar a alguien marcado con una imputación infamante.

Como estamos intentando reflejar en el gráfico adjunto, la sociedad desconoce la situación de las personas que sufren del amplio catálogo de enfermedades

mentales, desconoce las causas, los efectos, las circunstancias, etcétera. A su vez reciben informaciones en algunos momentos totalmente sesgadas de éstas ¡la información alarmante es la que vende! El desconocimiento y esta información sesgada produce que la sociedad y quien la compone (en esta, incluyo a muchas de las personas que estructuran y dirigen la función pública) rechacen y excluyan a las personas que sufren estas enfermedades. La consecuencia de todo ello, lleva a la estigmatización y posterior marginación de las mismas.

Respuesta de la persona que sufre enfermedad mental ante la estigmatización y marginación social



Fuente: Elaboración propia

Las personas que sufren trastornos mentales graves y duraderos, ante la respuesta social a su enfermedad en muchos de los casos no sólo contraproducente sino incentivadora de mantenimiento y difícil tratamiento y de esa constante y continua muestra de rechazo, responden con un abandono de los aspectos psicológicos, sociales, laborales y de ocio-culturales; situación que les encamina hacia el aislamiento y como consecuencia marginación social.

La tesis sobre la situación de marginación que defiendo como vemos conlleva un doble proceso de marginación sobre estas personas por un lado la que se produce por parte de la sociedad y por otro lado la que se puede inferir por su parte, de este tipo de respuestas.

6. CONCLUSIONES

Se están realizando numerosos esfuerzos por armonizar los derechos sociales de las personas pertenecientes a los colectivos más desfavorecidos. Son tareas que se ven claramente reflejadas en la vida cotidiana: transportes públicos adaptados; una Administración al alcance de todos sean cuales fueren sus condiciones físicas, psíquicas o sensoriales; obligatoriedad de adaptación a dichas circunstancias en las nuevas edificaciones, lucha por la no discriminación laboral de las personas con discapacidad, etcétera.

La situación de las mujeres se ha comparado con la de los hombres, la discapacidad con la no discapacidad; observamos el trabajo, la salud, la familia y la violencia con una visión cuantitativa que esconde la realidad y el mundo de las personas con discapacidad. Con esto reducimos la cuestión de la discapacidad a algo meramente orgánico. Desde esta perspectiva, se hacen cada día más necesarios la elaboración y el diseño de nuevos indicadores que abarquen con amplitud la realidad de la discapacidad, así como el abordaje multidisciplinar de la misma.

Nuestra Carta Magna, así como las diferentes aportaciones legislativas que nuestro país ha desarrollado en materia de discapacidad y dependencia y, la ratificación de las diferentes convenciones internacionales sobre derechos humanos y discapacidad ratificadas, hace que dispongamos de un acervo legislativo importante en dicha materia, no obstante una cuestión es contar con ello y otra bien diferente es su aplicación y puesta en marcha, un ejemplo de ello podría ser la dificultad que estamos encontrando para la adecuada puesta en marcha de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, con esto queremos decir que: contamos con medidas legales, pero dificultades competenciales y presupuestarias en su aplicación, como algunos de los representantes de las personas con discapacidad refieren; «una cosa es querer y otra bien diferente es poder».

En relación con la situación de las personas que sufren trastornos de salud mental, los pasos por dar son todavía un gran camino que entre todos tenemos que andar, si olvidadas son las personas con discapacidad en una sociedad donde lo diferente es habitualmente tenido por «raro», las personas con trastornos de salud mental son las más olvidadas y apartadas. Descansa fundamentalmente en las familias el gran peso de tratar patologías que en muchos casos no son diagnosticadas a tiempo, y desconocida por ellos y la mayoría de los ciudadanos en el mejor de los casos, dado que si llegan informaciones al respecto, suelen ir acompañadas de

informaciones alarmantes. El desconocimiento y esta información sesgada produce que la sociedad y quien la compone (en esta, incluyo a muchas de las personas que estructuran y dirigen la función pública) rechacen y excluyan a las personas que sufren estas enfermedades. La consecuencia de todo ello, lleva a la estigmatización y posterior marginación de las mismas.

La tesis sobre la situación de marginación de las personas que sufren enfermedades de salud mental grave y duradera que definiendo, conlleva un doble proceso de marginación la que se produce por parte de la sociedad y por otro lado la que se puede inferir por su parte, de este tipo de respuestas.

Como debería traslucirse de estas páginas, la voluntad de intervención en materia de discapacidad por parte del legislador en la actualidad es incuestionable, existe una clara voluntad por integrar y cumplir y hacer cumplir las leyes que para tal fin se aprueban, otra cosa bien diferente es que la aplicación de esta voluntad cumpla con las necesidades reales de la población a la que va dirigida, tal vez y es importante que se resalte, no se cuenta con la población a la que se dirigen las medidas y cuando sí se hace, los cambios que éstos proponen conllevan arduas negociaciones en las que por el camino se abandonan algunas medidas que por su importancia no deberían dejarse de lado. Prioridades, oportunidad, coyuntura política, presupuestos y un largo etcétera suelen ser los argumentos que se arguyen.

Los conceptos de prioridad, oportunidad, circunstancias favorables, momento económico, situación política favorable, y un largo etcétera, importunan la adecuada puesta en marcha de medidas necesariamente globalizadoras de las necesidades de quien se quiere atender. Está claro que toda aplicación legislativa en materia de política social conlleva un gasto público, legislar sin contar previamente con la carga impositiva o recursos económicos necesarios es «un canto al sol». Puede parecer que la visión del legislador no cumpla la necesaria visión globalizadora y se dirija al más amplio espectro de la población y no al total de la misma, esto parece desprenderse de las inajustadas medidas compensatorias entre población rural y urbana y las derivadas de la necesaria supervisión y evaluación de resultados e inversión entre las diferentes Comunidades Autónomas de nuestro país.

1. LAS ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS Y SU TRASCENDENCIA JURÍDICO-LEGAL

Las relaciones entre la patología psiquiátrica y el ordenamiento legal son evidentes; también es incuestionable la necesidad de su protección jurídica y asistencial. Y cada vez con más frecuencia se dan situaciones en las que se plantea a los profesionales del derecho y de la psiquiatría la necesidad de pronunciarse acerca de estas enfermedades y, en definitiva, sobre los estados mentales de las personas. Porque, tras la denominada Reforma Psiquiátrica de 1985, hemos asistido, junto a la preocupación por la protección asistencial del colectivo de enfermos mentales, tradicionalmente objeto de marginación y de discriminación social, a una clara tendencia a la medicalización y la judicialización de estos pacientes.

Evidentemente, el enfermo mental es un ser humano con la misma dignidad y derechos que los demás, pero expuesto a más riesgos de que sea manipulado en la esfera personal por su vulnerabilidad. Cuestión controvertida es que, so pretexto de evitar la privación de libertad del individuo, toda conducta antisocial, incluso la que revela una notoria peligrosidad, deba ser remitida al juez para que decrete el eventual internamiento. Desde luego, la desinstitucionalización psiquiátrica que significó la clausura manicomial, y que originó nuevas formas de atención a la salud mental y la política de «institucionalización abierta» en centros de día, claramente insuficientes para resolver los problemas de estos pacientes, se proyecta en una progresiva «institucionalización psiquiátrica penitenciaria». Resultando a la postre la peritación médico-forense y la intervención judicial de importancia sustancial.

En todo caso, el modelo defendido en la Reforma Psiquiátrica parece ser el de la autonomía del paciente, lo cual se inscribe en el marco jurídico y social de las libertades individuales y de las diferentes declaraciones sobre los derechos humanos. Por eso la información y colaboración recíproca del psiquiatra y del jurista contribuirá un tanto al respeto de los derechos de los pacientes con trastornos psíquicos. Lo que significa dar más sentido jurídico y sobre todo una

dimensión ética a esa colaboración, pero teniendo siempre cuidado de no permitir, ni al clínico ni al jurista, el monopolizar el tratamiento y los derechos del paciente. Desde este punto de vista, los derechos del enfermo mental abogan por su toma en consideración al nivel de cada individuo, el cual, excepto en el caso de que pueda verse absolutamente afectado por la enfermedad, en cuyo supuesto la ley limitará total o parcialmente a éste como medida protectora, no puede abandonar su salud y porvenir ni a los gestores sanitarios ni a los médicos y aún menos a los juristas. Porque el ejercicio de los derechos dimanantes de esta libertad tiene únicamente las limitaciones prescritas por la ley y el respeto de los derechos y libertades fundamentales de los demás.

Desde luego, la colaboración implica conocimiento. En este capítulo se analizan los aspectos básicos de la capacidad e imputabilidad de estos enfermos.

2. PROTECCIÓN EN EL ÁMBITO DEL DERECHO CIVIL DE LOS ENFERMOS MENTALES

2.1. La patología psiquiátrica y la capacidad civil

El establecimiento de las causas restrictivas de la capacidad y determinantes de la situación de incapacidad es cuestión de política legislativa, pero, con carácter general, se puede afirmar que se establecen como tales aquellos defectos o anomalías físicas o psíquicas que hagan presumir en quien las padece una restricción en las aptitudes volitivas que hacen dudar de su aptitud para el pleno conocimiento de la trascendencia de los actos jurídicos que realiza. Se trata de evitar, a la postre, la realización de conductas jurídicas por parte de personas en las que sus condiciones intelectuales permiten deducir razonablemente que no comprenden el alcance o la trascendencia de los actos que realizan, para así evitarlos, y a los terceros que con ellos se relacionan no cargarles las eventuales consecuencias no queridas.

En la práctica, la exigencia de una declaración judicial que decrete la incapacidad implica la existencia de un proceso judicial que termina por sentencia. Lo cual significa que sin una declaración judicial que así lo disponga no hay situación jurídica de incapacidad; de manera que puede ocurrir que se padezcan deficiencias permanentes que impidan a la persona conocer la trascendencia de sus actos y no existir en ella la situación de incapacidad, al no existir resolución judicial que la señale. En estos casos, los actos jurídicos podrán impugnarse por otras vías, normalmente por falta o defectos en el consentimiento.

Señaladamente, las demencias, incluso en estadios iniciales, por la afectación de la esfera cognitiva y volitiva, pueden afectar a la capacidad de que un individuo se gobierne por sí mismo. Un ejemplo concreto serían las alteraciones que aparecen sobre todo cuando se afecta el lóbulo frontal, que pueden conducir a conductas de prodigalidad que pongan en peligro el patrimonio personal o familiar del enfermo.

Por eso cuando el carácter de estas patologías resulta severo, es clara la carencia de cualquier capacidad para gobernarse o dirigirse, la absoluta falta de control conductual y la necesidad de supervisión constante en sus actividades de la vida diarias.

Dentro de los actos realizados por enfermos con patología psiquiátrica y con repercusiones importantes en el mundo del ordenamiento civil, nos encontramos fundamentalmente con:

- Los contratos
- El testamento
- El poder notarial
- El matrimonio
- El reconocimiento de la filiación

Vamos a tratar, sólo y exclusivamente, aquellas casuísticas que pueden presentar un mayor cúmulo de problemas, omitiendo otras que carecen de trascendencia práctica.

2.1.1. *Los contratos de los enfermos mentales no incapacitados*

Obviamente, estos contratos podrán ser impugnados, pero el fundamento de la acción de impugnación no puede atribuirse a la falta de capacidad, sino que ha de referirse a la falta de consentimiento contractual. Para algunos autores, esto conlleva que tales contratos son radicalmente nulos por carencia absoluta de consentimiento, pero esta solución no resulta convincente. Si a los incapacitados los protege el ordenamiento jurídico concediéndoles una acción de anulación, no se comprende bien por qué razón habría de otorgarse una acción de diversa naturaleza y de mayor alcance a los enfermos mentales no incapacitados judicialmente, sin olvidar que preconizar una nulidad de carácter absoluto significa permitir que el contrato pueda ser atacado por la otra parte contratante.

La distinción entre los contratos celebrados por incapacitados y los contratos realizados por enfermos mentales no incapacitados proyecta sus consecuencias en otro terreno. Ante todo, en el ámbito del fundamento de la acción, y, consiguientemente, de la carga de la prueba del actor. La acción de impugnación del incapacitado o de su representante legal se funda en el hecho de la propia incapacitación y en el hecho de que el contrato en cuestión quede inserto en el marco de la limitación judicial establecido por la sentencia. En cambio, en los contratos de los enfermos mentales no incapacitados la acción tiene que fundarse en la falta de discernimiento y en la falta de voluntad. Por consiguiente, el actor tendrá que probar la incidencia de su enfermedad o anomalía psíquica en relación con tales factores y en relación también con el tipo contractual debatido.

Otra diferencia importante nos remite al plazo de caducidad de la acción de impugnación y a su cómputo. El plazo de caducidad de la acción de impugnación de los contratos celebrados por los incapacitados comienza a contarse «desde que salieren de tutela» (art. 1.301 Código Civil). En cambio, a falta de norma que establezca el cómputo del plazo cuando el enfermo mental no ha sido sometido a tutela, habrá de contarse desde la consumación del contrato.

Debe retenerse que

En relación con los contratos celebrados por los enfermos mentales son evidentes las diferencias existentes entre los incapacitados y los no incapacitados. Así, en cuanto al no incapacitado se tendrá, si se quiere anular el contrato, que probar su perturbación en el momento de su celebración, mientras que al incapacitado le bastará con acreditar su condición de tal en virtud de la sentencia judicial firme.

3. LA CAPACIDAD TESTAMENTARIA DE LOS ENFERMOS MENTALES

Legalmente, están incapacitados para testar aquellos que habitual o accidentalmente no se hallaren en su cabal juicio (art. 663 CC), y tampoco pueden ser testigos del testamento aquellos que no están en su sano juicio.

Para valorar la capacidad de testar deben considerarse los siguientes criterios:

- 1) Si el testador conoce el testamento y sus consecuencias.
- 2) Si conoce la naturaleza y extensión de sus propiedades.
- 3) Si conoce los nombres de sus parientes cercanos y puede valorar su posición respecto al testamento.
- 4) La existencia de posibles fluctuaciones en la evolución del proceso (existencia de posibles «períodos lúcidos») o la posibilidad de cuadros pseudodemenciales.

En el caso de la demencia, además del nivel de deterioro cognitivo también debe considerarse la posibilidad de que la demencia de base se vea potenciada por la presencia de otras psicopatologías acompañantes (delirios, alucinaciones, depresión...) que distorsionen las emociones o la capacidad de juicio.

En las demencias degenerativas no existe la posibilidad de intervalo asintomático¹; sin embargo, los ancianos —sobre todo los afectos de patología cerebral degenerativa— son particularmente susceptibles a padecer los llamados cuadros exógenos (*delirium*), que cursan como síntoma clave con disminución del nivel de conciencia y que son tratables y reversibles.

En los estadios iniciales de las demencias degenerativas pueden aparecer de forma asociada cuadros delirantes, alucinatorios o depresivos, que también son tratables y, al menos en parte, reversibles. En estas situaciones, la mejoría o desaparición de los síntomas no cognitivos pueden, simultáneamente, mejorar el rendimiento en el área cognitiva. También cabe reseñar que en las fases agudas de las demencias vasculares, tras un infarto, la situación global del paciente puede ser mala, con un rendimiento cognitivo muy pobre que mejora al cabo de días o semanas, y lo mismo sucede cuando se tratan adecuadamente las depresiones que se presentan frecuentemente en estos cuadros.

En todo caso, a la hora de otorgar testamento será el notario quien deberá apreciar la capacidad del testador, designando dos facultativos —que dictaminarán sobre la lucidez del testador y, en su caso, suscribirán el testamento— cuando un «demenciado» pretenda hacer testamento. Con el dictamen se trata de

¹ Desde la Ley 30/1991, de 20 de diciembre, se ha suprimido la presencia de un «intervalo lúcido», adecuando esta figura al vigente tratamiento legal de la incapacitación.

valorar el grado de conciencia de lo que significa un testamento y el grado de voluntariedad con que se otorga; igualmente, se trata de evaluar la capacidad actual del testador (arts. 665 y 666 CC).

Otra posible incidencia en materia testamentaria es con ocasión de la impugnación del documento tras la muerte del testador alegando su incapacidad a la hora de otorgarlo. El problema estriba en hacer un diagnóstico y emitir un juicio pericial sin tener delante al sujeto. Dado que la ley presume la capacidad del testador, se trata de demostrar —si la hay— la existencia de una incapacidad de la persona en el momento de testar. Los elementos de juicio que habrán de emplearse son los testimonios de terceros —valorando adecuadamente su imparcialidad—, los escritos del sujeto coetáneos al testamento y el propio testamento.

Selección de jurisprudencia

Resumimos dos interpretaciones sobre este aspecto de la capacidad civil de una persona con afección psiquiátrica:

- Validez del testamento al no apreciarse incapacidad del testador

La Audiencia Provincial de Lleida (Sent. de 10 de septiembre de 1999) estima el recurso de apelación contra la sentencia que declaró nulo el testamento impugnando por incumplimiento de las formalidades necesarias y defecto de la capacidad natural del testador en el momento de su otorgamiento.

A juicio de la Sala sentenciadora, la declaración del testador de haber contraído únicas nupcias cuando era bínubo no puede considerarse como indicio relevante de su falta de capacidad, aunque demuestre pérdida de memoria, ya que, aparte de que ese primer matrimonio no tuvo descendencia, tampoco demuestra mayor memoria en el testamento anterior en el que fue incapaz de recordar los apellidos de su primera esposa.

Por otra parte, de la prueba de confesión se desprende que si bien en los últimos días de vida perdió su capacidad natural, anteriormente gozaba de lucidez, señalando su historial clínico, de fecha posterior al testamento, el estado consciente y lúcido de éste, de lo que se desprende que no existen pruebas suficientes para desvirtuar la presunción de capacidad establecida por la ley y reforzada por el notario autorizante.

Por último, si bien es cierto que el notario admitió el hecho inveraz de que el testador no sabía firmar, pese a tener delante de él su DNI con su firma, lo cierto es que no podía hacerlo dado que sufría fuertes temblores en las manos, y por ello debe entenderse cumplido el espíritu del art. 111 Codi de Successions, esto es, el testador no se hallaba en condiciones de firmar y firmaron por él los testigos, estampando éste su huella dactilar.

- Nulidad de testamento de hermandad ante la incapacidad psíquica del testador en el momento del otorgamiento, enfermo de alzhéimer.

La AP de Navarra (Secc. 1.ª, Sent. de 7 de junio de 1999) confirma en lo principal la sentencia de instancia, y ello de acuerdo con lo siguiente:

a) Son nulos los testamentos otorgados por las personas que, al momento de tal acto, no se hallen en su cabal juicio.

b) Remitiéndose el Fuero de Navarra a los arts. 688 y ss. CC, en relación con las formas de testar, será aplicable el art. 696 del CC, en cuanto establece la presunción de certeza de la fe del notario autorizante sobre que el testador tiene la capacidad legal precisa para otorgar testamento.

c) No obstante, esta presunción es *iuris tantum* y admite prueba en contrario, y al no asistir al acto los dos facultativos a que se refieren los arts. 665 y 698.2º, por no existir declaración previa judicial de incapacidad general, ni específica relativa a la de testar, es claro que la prueba posterior correspondiente para deducir la incapacidad mental incumbe a quien la alega, pues, en caso de no darse la misma, o carecer la practicada de eficacia, debe estar-se al juicio del notario.

d) En el presente caso se da una prueba pericial al respecto, que sí goza de eficacia, en cuanto mantiene que el testador, al momento del otorgamiento de la voluntad testamentaria, carecía de capacidad cognoscitiva y volitiva suficiente para ello, y la misma se basa en el carácter progresivo y degenerativo de la enfermedad padecida –alzhéimer–, y en estar implantada, al menos, 2 años antes al del otorgamiento testamentario, y a que tal apreciación se basa en datos objetivos y fiables que aparecen en los informes médicos aportados entonces (TAC, EEG, exploración neuropsicológica de especialistas y datos externos de comportamiento).

En suma, la Audiencia enerva el juicio de capacidad del notario autorizante, basándose en los dictámenes periciales procedentes de los médicos que atendieron al enfermo.

3.1. El apoderamiento notarial por los enfermos psiquiátricos

Es suficiente con que el enfermo se persone ante el notario y haga constar su voluntad de otorgar un poder a favor de una o más personas, para que de inmediato, una vez extendido, surta los efectos deseados.

Evidentemente, este poder sólo podrá extenderse cuando el enfermo se encuentre en la primera fase de su enfermedad, pues resulta imprescindible que el notario dé fe de que ésa es la verdadera intencionalidad del otorgante y, además, de que en el momento de hacerlo se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales.

3.2. La enfermedad mental y el matrimonio

Toda vez que, con la mayoría de edad, se presume la capacidad para contraer matrimonio, sólo cuando llegue a apreciarse anomalías en algún contrayente el juez encargado del Registro Civil exigirá dictamen médico sobre su aptitud para prestar el consentimiento. También señala el Código Civil que es nulo el matrimonio celebrado sin consentimiento.

Por eso, en la comprobación pericial de aptitud para prestar el consentimiento habrá que determinar o descartar la carencia de suficiente uso de razón, cualquier defecto de comprensión sobre los derechos y obligaciones matrimoniales, o cualquier enfermedad psíquica que impida asumir las obligaciones esenciales del matrimonio.

3.3. La incapacitación

Se trata de un estado civil instituido para los casos en que enfermedades o alteraciones de la salud, físicas o psíquicas, sean de una permanencia tal que aconsejen adoptar una solución también permanente, haciendo que el incapaz quede sometido a la protección de un tutor.

Ha de establecerse en un procedimiento judicial, a través de un proceso especial, que se aplica también a la declaración de prodigalidad (arts. 756 a 763 de la LEC de 7 de enero del 2000). Las particularidades que presenta se pueden resumir en los términos siguientes:

- a) La incapacitación se sigue por los trámites del juicio verbal.

b) Es siempre parte del proceso el Ministerio Fiscal.

c) La competencia corresponde al juez de Primera Instancia del lugar en que resida la persona a la que se refiere la declaración de incapacidad o de prodigalidad.

d) Están legitimados activamente:

1) Para la declaración de incapacidad el Ministerio Fiscal, el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes o los hermanos del presunto incapaz. Cualquier persona que conozca la existencia de hechos determinantes de la incapacitación (sea particular o autoridad o funcionario público) debe ponerlos en conocimiento del Ministerio Fiscal, para que inste la correspondiente actuación judicial.

2) Para la declaración de prodigalidad, el cónyuge, los descendientes o ascendientes que perciban alimentos del presunto pródigo o estén en situación de reclamarlos, en su defecto sus representantes legales o el Ministerio Fiscal.

a) El presunto incapaz o pródigo puede comparecer en su propia defensa y representación; si no lo hace, lo hará por él el Ministerio Fiscal y si éste es el promotor de la declaración se le nombrará defensor judicial.

b) En materia de prueba se admite todo tipo, pero el juez debe oír siempre a los parientes más próximos del presunto incapaz, al propio incapaz y a los peritos médicos que estime necesarios. Pudiendo el juez durante la tramitación del proceso adoptar las medidas cautelares que estime oportunas.

c) La sentencia determinará el tipo de guarda o tutela al que debe quedar sometido el incapaz; y la que declare la prodigalidad debe determinar los actos que el pródigo no puede realizar sin el consentimiento de la persona que debe asistirle.

d) La incapacitación deberá anotarse o inscribirse en el Registro Civil, y si es necesario en el Registro Mercantil; con ello, se facilita también el general conocimiento de esa circunstancia.

Los efectos de la incapacitación sobre la capacidad de obrar varían según las circunstancias que se dan en el sujeto afectado. Será la sentencia la que decida, a la vista del grado de incapacidad que el juez haya apreciado y declare, la reducción que va a sufrir, estableciendo los actos que no podrá llevar a cabo, o la necesidad de que para realizar algunos cuente con la ayuda de otra persona. En general, si es tan intenso el grado de incapacidad que no puede actuar por sí mismo, necesitando que lo haga otro por él, se le nombrará un tutor, que lo representará; si, por el

contrario, está en condiciones de intervenir personalmente, pero no en grado de hacerlo con plenitud de juicio, se le nombrará para asistirle en los casos que se determinen, un curador.

El complemento de la capacidad de obrar

Los cargos tutelares

- La distinta naturaleza y funciones de los cargos de tutor y curador responden a las diferentes necesidades de protección que se prevén para los incapacitados.
- El tutor es un cargo de representación, lo que significa que se coloca en una posición similar a la de los padres: actúa en nombre del incapaz, como éstos actúan en nombre del hijo, y tiene la administración de sus bienes, porque el tutelado, por la intensidad de su deficiencia, no puede realizar ningún tipo de acto jurídico, ni intervenir por sí mismo en ellos.
- El curador, en cambio, es un cargo de asistencia. Lo cual se debe a que va a actuar sobre personas capaces, aunque con capacidad restringida; personas que tienen, por lo menos, un cierto grado de discernimiento, que al permitirles actuar por sí mismos hace innecesaria la representación (o sea, que otro actúe por ellos), aunque requiera el complemento de la asistencia de otra persona plenamente capaz en actos de mayor trascendencia, determinados expresamente en la sentencia y que es la misión del curador.

3.4. El internamiento involuntario

En relación con el internamiento no voluntario de una persona que no está en condiciones de decidirlo por sí misma, el art. 763 LEC establece un sistema de riguroso control judicial, basado en informes clínicos o médicos, en el que el ingreso sólo se produce cuando existen razones terapéuticas que lo aconsejan, pero con el control y la garantía judicial inmediata, en los cuales tanto el ingreso como el alta se producen por indicación exclusivamente sanitaria. De ahí que el órgano judicial tan sólo actúa como garantía de que el internamiento está justificado, de modo que autorizará el internamiento y no lo ordenará, y, además, en el caso de que el internamiento se prolongue, debe supervisar si persisten o no las razones que indicaron médicamente el ingreso.

La autorización judicial normalmente debe ser previa al internamiento en los casos de internamientos voluntarios no urgentes y se concede cuando el órgano judicial, una vez examinado al enfermo y oído los informes periciales que deban practicarse, estime que no existen razones ilegítimas en el internamiento. Pero esta posición del órgano judicial como garante de los derechos del enfermo resulta aún más clara en el caso de internamientos urgentes involuntarios, o sea, los que se producen por razones médicas de urgencia y sin previa autorización judicial, y en los que solamente después de ser acordada esta medida por la autoridad sanitaria o por el profesional sanitario, el paciente es examinado por el órgano judicial para comprobar si el mismo está o no justificado. En este último caso resulta más adecuado hablar de aprobación o ratificación judicial de la medida acordada por la autoridad sanitaria, que propiamente de «autorización».

Recuerde que

- Cualquier paciente goza de plenitud de derechos, aunque sea internado, mientras que no sea declarado judicialmente incapaz.
- El art. 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, regula el procedimiento de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.
- Efectivamente, lo reglamentado sobre este particular se refiere a los internamientos forzados; porque si se trata de ingreso o permanencia consentidos por un paciente que está en condiciones de manifestarlo de manera consciente y libre, no se necesitaría autorización judicial alguna.
- Se determina que el juez competente para autorizar el ingreso lo es el del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.
- Se reconoce a la persona afectada poder disponer de representación y defensa, que en último extremo asumirá el Ministerio Fiscal.
- Con el control judicial de los internamientos acordados por razones sanitarias, el juez actúa como garante de los derechos a la libertad y seguridad del paciente, que aprobará o no.
- Deber del centro de internamiento de emitir informes sobre el estado del ingreso cada seis meses, estableciéndose que «cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener su internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente».

Apostilla sobre el internamiento

No lo dice la ley, pero refiriéndose a «presuntos incapaces» y dado que la incapacitación tiene lugar por causas de enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico (por ejemplo, debidas a alcoholismo, drogadicción, demencia o senilidad, etc.), debe entenderse que se está pensando en cualquier clase de centro en el que se traten tales padecimientos, tanto con fines médicos de curación, como sociales de recuperación, rehabilitación o reinserción, y en los cuales se restrinja la libertad de los pacientes.

Resumen

Aspectos civiles relacionados con la enfermedad mental

- Con carácter general, los pacientes psiquiátricos no son competentes en el manejo de sus finanzas y, por tanto, para asumir compromisos contractuales de contenido patrimonial (así, la venta de los bienes inmuebles).
- Para la realización de disposiciones testamentarias o la asunción de obligaciones matrimoniales, el notario o el juez, deberán determinar el grado de conocimiento y de libertad de estas personas.
- Desde el momento que el enfermo y la familia conozcan el diagnóstico —es una patología variable—, es importante planificar el proceso de incapacitación legal para el nombramiento de un tutor.
- Por eso en la fase inicial de la enfermedad, y siempre que el paciente tenga suficiente lucidez, sería recomendable otorgar un poder notarial a favor de familiares o personas de su confianza para que administren el patrimonio de estos enfermos, pues hay que tener en cuenta que un poder notarial no tiene ninguna validez si está otorgado por un paciente con enfermedad mental objetivada.
- Cuando pierda su capacidad para actuar, deberá instarse el procedimiento judicial de incapacitación, de manera que las responsabilidades legales sean asumidas por el tutor o curador.
- Resulta razonable que los médicos, los asistentes y los trabajadores sociales, o los familiares soliciten la autorización judicial para internar al enfermo mental grave —«internamiento involuntario»—, como una garantía de protección del derecho a la libertad, ya que no parece que tales enfermos estén en plenitud de condiciones para decidir por sí mismos sobre su propio internamiento en una residencia (autointernamiento). A la postre, la clave está en si en el internamiento se interpreta en un contexto de curación o de limitación de movimientos.

4. LAS ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS EN EL ÁMBITO PENAL

4.1. Consideraciones previas

La enfermedad mental es contemplada en el Código Penal como uno de los supuestos a los que se confiere aptitud para llegar, en su caso, bien a excluir, bien a atenuar la imputabilidad criminal del sujeto que la padece. En efecto, sin perjuicio de la multiplicidad de definiciones normativas y doctrinales, cabe conceputar el ilícito penal como toda acción antijurídica (contraria a derecho), típica (descrita en la ley) y culpable.

En toda acción hay, por de pronto, un sujeto que la realiza, el sujeto activo; y un sujeto pasivo, que es el titular del interés protegido. El Código Penal contempla al enfermo mental desde ambas vertientes: desde la primera, como uno de los presupuestos de la culpabilidad; desde la segunda, partiendo del consentimiento y su virtualidad para destruir la antijuricidad de la conducta.

El principio de que no hay pena sin culpabilidad, *nullum crimen sine culpa*, es un axioma indiscutido en el derecho penal. En este sentido, actúa culpablemente el que, con arreglo al ordenamiento jurídico, puede proceder de otra manera a como lo hizo, esto es, el que pudo haber conformado su conducta a las exigencias del derecho; por ello, el concepto de culpabilidad hunde sus raíces en la idea de la libertad humana (ausencia de coacciones o impeditivos de la libre voluntad) y goza, en consecuencia, de una estructura fuertemente subjetiva.

Ciertamente, resulta obligatorio recurrir a la imputabilidad como elemento integrante de la culpabilidad; esto es, hay que determinar si el sujeto puede actuar culpablemente, y para ello es necesario apreciar si el sujeto reúne aquellas condiciones necesarias para conocer y valorar el deber de respetar la norma, o sea, si el acto volitivo por él realizado materialmente era inteligente y libre. En definitiva, resulta preciso acudir a aquellas causas recogidas por la ley que excluyen la responsabilidad criminal.

Por otra parte, la culpabilidad es susceptible de variación y graduación en función de determinadas circunstancias, las cuales también están previstas legalmente y cuyo efecto no es excluyente sino modificación de la responsabilidad criminal.

El Código Penal (LO 10/1995) sistematiza los supuestos de exención y atenuación de la responsabilidad criminal a través de los arts. 20 y 21, respectivamente, bajo el siguiente dictado:

Artículo 20. Están exentos de responsabilidad criminal:

1. El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.

Artículo 21. Son circunstancias atenuantes:

1. Las causas expresadas en el apartado anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.

4.2. Enfermedad mental e imputabilidad

4.2.1. *Precisión conceptual*

Imputabilidad es, literalmente, la aptitud para ser imputable. La imputabilidad del sujeto constituye un presupuesto psico-físico de la culpabilidad. No puede haber culpabilidad, en ninguna de sus formas, si el sujeto carece de capacidad de entender y de querer. De ahí que la imputabilidad de una persona viene dada por la posesión de ciertos requisitos de índole psicológica: el conocimiento de sus acciones (se actúa a sabiendas, o sea, con consciencia de sus hechos), y la voluntad para actuar (se actúa porque se quiere, es decir, con libertad); por supuesto, tal conocimiento y voluntariedad han de ser maduros, algo que se supone a toda persona mayor de edad (la prueba de la existencia de alguna modificación de imputabilidad debe corresponder a quien alega tal modificación). Así, madurez, consciencia y libertad (o posibilidad de autodeterminación) son los tres presupuestos en los que se asienta la imputabilidad. Por ello, la doctrina incluye entre las causas de exención de la responsabilidad penal, por falta de imputabilidad, a la enfermedad mental, el trastorno mental transitorio, la menor edad y las alteraciones en la percepción que puedan afectar a la capacidad intelectual del sujeto. El Código Penal dice que es causa de exención de responsabilidad criminal, además de la edad menor de dieciocho años y otras situaciones, el actuar sin comprender la ilicitud de la acción o —aún comprendiéndola— la incapacidad para actuar conforme a esa comprensión.

La enfermedad mental, como causa de inimputabilidad, y las medidas que hay que adoptar con estos irresponsables que la padecen, son de los temas más debati-

dos. Porque en un sentido amplio, por enfermedad mental se entiende toda perturbación permanente que afecta a las facultades volitivas o intelectivas del sujeto. Si bien en un sentido más estricto, la ciencia psiquiátrica reserva este nombre para las psicosis, dando otros nombres a las demás anomalías o anormalidades psíquicas.

4.2.2. *Enfermedad mental y responsabilidad penal*

Como dijimos, lo determinante no es el tipo o clase de enfermedad o trastorno mental que padezca el sujeto, sino que es necesario que el proceso morboso merme de forma tan considerable las facultades intelectivas y volitivas del sujeto que él mismo carezca de capacidad para autodeterminar su conducta.

Son, pues, los efectos que la enfermedad mental causa en las capacidades volitiva e intelectual los que determinan la graduación de la imputabilidad del sujeto. En esta graduación, la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha venido utilizando un criterio psicológico-jurídico que destaca la situación mental del autor en el momento de cometer el delito, de manera que cuando la perturbación psíquica (permanente o pasajera) es «bastante» para eliminar totalmente la conciencia y la voluntad, base de la imputabilidad o culpabilidad, entonces es causa de exención de responsabilidad; cuando no es total y se manifiesta en una disminución de esas facultades intelectiva o volitiva, con una «indudablemente limitación para comprender la ilicitud del acto» o «el conocimiento del alcance y trascendencia de sus actos», es causa de atenuación privilegiada; y cuando no concurren los presupuestos para apreciar las dos causas anteriores, como completa o incompleta, pero se aprecia una «menor intensidad en la imputabilidad» o cuando la merma o disminución carezcan de intensidad y de injundia siendo puramente leves, tenues y de poca incidencia en la imputabilidad del agente, se aplica la atenuante analógica de eximente incompleta.

En este sentido, parece claro que las demencias bien establecidas, por el deterioro que producen en las funciones cognitivas y volitivas del individuo, sitúan a éste en clara incapacidad² para valorar y comprender la ilicitud de sus actos y para actuar de manera voluntaria y libre.

² Sobre la delimitación del concepto de «incapaz» como sujeto pasivo del ilícito penal, *vide* muy especialmente S. URBANO GÓMEZ, «El concepto de incapaz del artículo 25 del nuevo Código Penal», en *La Ley*, n.º. 4.857, de 9 de agosto de 1999, pp. 1 a 4.

En su opinión, «a tenor del precepto 25 del nuevo Código Penal, “incapaz” lo es no sólo la persona (haya sido o no incapacitada) que padezca una enfermedad de carácter persistente que le impida gobernar su persona, sino también la que le impida gobernar sus bienes». Es decir, incapaz, a efectos del Código Penal, lo sería no sólo el que ha sido declarado

La situación es distinta en el período previo a la instauración de la demencia y también cuando el paciente se recupera tras un síndrome demencial en los casos reversibles, o cuando la situación mejora en los casos de evolución fluctuante (demencias multiinfarto).

Sin embargo, las dificultades de valoración son máximas en los casos incipientes en los que la pérdida de funciones cognitivas y volitivas resulta parcial y, por tanto, no está clara la capacidad del sujeto de «entender» y «querer».

Los enfermos mentales ante la ley penal

- Se les podrá aplicar la medida de internamiento para tratamiento médico en un establecimiento adecuado, del cual no podrán salir sin previa autorización del mismo órgano togado.
- También el órgano judicial, a la vista de los informes procedentes, les puede imponer las siguientes medidas de seguridad:
 - a) La custodia familiar.
 - b) La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.
 - c) La privación del derecho a la tenencia y porte de armas.
 - d) La sumisión a tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter socio-sanitario.
- En principio puede resultar relativamente sencillo probar que un enfermo mental que haya cometido un delito o una falta se encuentra en esta situación y puede ser eximido de la responsabilidad penal derivada de ello; sin embargo, el mismo código establece que tal exención no comprende la de la responsabilidad civil, la cual se hará efectiva por quienes los tengan bajo su potestad o guarda legal o de hecho.

judicialmente a través del pertinente procedimiento de incapacitación, sino también el que aun no siéndolo adolece de una anomalía física o psíquica de carácter permanente que le impida gobernarse a sí mismo o a sus bienes.

BIBLIOGRAFÍA

- ARECHEDERRA ARANZADI, J. J. (1998). *Psiquiatría y Derechos Humanos. Los derechos humanos del enfermo mental*. Madrid: Ed.You & Us, S. A.
- BARCIA, D. (1998). *Confidencialidad y consentimiento informado en Psiquiatría*, Madrid: Ed.You & Us, S. A..
- BOBES GARCÍA, J.; BASCARÁN FERNÁNDEZ, M. T.y Méjica García, J. (2007). «La Ley de Dependencia aplicada a los pacientes afectos de trastorno mental grave». Cap. 1 de la monografía *Dependencia y Psiquiatría. La Dependencia en las Demencias* (coord. Manuel Martín Carrasco), pp. 1 a 10. Barcelona: Viguera Editores.
- CARRASCO GÓMEZ, J. J. (1998). *Responsabilidad médica y Psiquiatría*. Madrid: Colex, 2.^a ed.
- CARRASCO GÓMEZ, J. y MAZA MARTÍN (2011). *Tratado de psiquiatría legal y forense*. Madrid: La Ley-Actualidad.
- MÉJICA GARCÍA, J. (1999). *Legislación Psiquiátrica y otras disposiciones complementarias*. Madrid: Colex.
- (2000). «La situación jurídica del enfermo mental en España tras la Constitución de 1978». En Libro de Actas del I Congreso de Psiquiatría y Derecho. Normativismo y realidad clínica en Psiquiatría, pp. 121 a 153. Oviedo: Fundación Méjica y Sociedad Asturiana de Psiquiatría.
- (2000). «Sobre la necesaria colaboración entre la Psiquiatría y el Derecho ante la patología mental. Una visión jurídica». En Libro de Actas del I Congreso de Psiquiatría y Derecho. Normativismo y realidad clínica en Psiquiatría, pp. 381 a 384. Oviedo: Fundación Méjica y Sociedad Asturiana de Psiquiatría.
- (2004). «Responsabilidades derivadas de la autolisis». Cap. 10.2 de la monografía *Comportamientos suicidas* (coordinación Julio Bobes García et al.), pp. 428 a 446. Barcelona: Ars Medica.
- MÉJICA GARCÍA, J. y BOBES GARCÍA, J. (2007). *La autonomía del paciente. Para Psiquiatras*. Madrid: Janssen-Cilag, S. A.
- (2009). *La Ley del paciente. Para Profesionales Sanitarios*. Oviedo: Fundación Méjica, 2.^a ed.

- (2011). *Soporte legal y jurisprudencial de las incapacidades permanentes derivadas de trastornos mentales y del comportamiento*. Oviedo: Fundación Méjica.
- MÉJICA GARCÍA, J. y Díez RODRÍGUEZ, J. R. (2006). *El estatuto del paciente. A través de la nueva legislación sanitaria estatal*. Madrid: Civitas.
- MÉJICA GARCÍA, J. y FERNÁNDEZ MIGUÉLEZ, A. (1999). *Régimen jurídico de la asistencia psiquiátrica. Estudio sobre la protección jurídica y asistencial de los enfermos mentales. Jurisprudencia práctica*, Madrid: Colex.
- SERRANO HERNÁNDEZ, J. M. e HINOJAL FONSECA, R. «La pericia médica —forense en materia psiquiátrica», en *La Ley*, n.º. 4549, 27 de mayo de 1998, pp. 1 y ss.

1. INTRODUCCIÓN

El presente texto debe leerse a modo de reflexión escrita. No es para memorizarse, sino para que el lector se haga preguntas o se sorprenda por algunas de las afirmaciones que «chocan» con un saber común más convencional, esto es, con las ideas que solemos tener sobre lo que es ciencia. El constructivismo es primeramente una cuestión epistemológica, y como tal lo he concebido aquí. Propongo al final algunas cuestiones de autorreflexión para guiar un poco la comprensión. Lea el texto y a continuación cerciórese de a qué se refieren las preguntas, aun de forma todo lo imprecisa que sea.

1.1 ¿Hechos científicos?

Una de las cuestiones tradicionalmente más debatidas en las ciencias sociales es la de la definición misma de lo que se entiende por hecho científico. Se plantea así el problema de la demarcación del conocimiento científico y surge el problema de la relatividad cognoscitiva. Para plantearlo recurriremos a un ejemplo tomado del filósofo J. Searle. Supongamos que estamos en una habitación en la que por una puerta recibimos tablillas con una serie variable de anagramas chinos y por la otra debemos sacar otra serie variable de anagramas chinos que sea congruente con la anterior, de forma que parezca una secuencia lingüística pero independientemente de su valor de verdad. Por ejemplo, recibimos el anagrama «¿está lloviendo?» y sacamos uno que dice «mucho», lo cual es congruente sintácticamente aunque fuera esté haciendo un sol radiante y no haya ni una nube en el horizonte. Supongamos que para este trabajo disponemos de un potentísimo ordenador con un programa que contiene la lista de todas las posibles combinaciones congruentes de los cinco mil anagramas chinos. Visto desde el exterior, los habitantes de esa habitación hablan chino, pero en realidad: ¿saben chino?

Saber no es sólo relacionar una pregunta con una respuesta aún disponiendo de un método, sino que es saber por qué sabemos lo que sabemos. Esto es, es el problema de la certeza, de su naturaleza y de su justificación. Es esta pregunta la que anuda en un mismo hilo, todo lo retorcido que se quiera, las diferentes consideraciones filosóficas habidas en torno a la ciencia. Pues, en definitiva, la cuestión de lo que la ciencia sea, esto es, el establecimiento y aceptación de un criterio de demarcación entre lo científico y lo que no lo es, no ha encontrado una respuesta satisfactoria y ha sido y es uno de los temas sobre los que más vivamente se debate. El constructivismo social es la última de las contribuciones.

1.2. El problema de la certeza

Hay cuatro sentencias en la historia de la filosofía y de la ciencia cuya profundidad y relevancia son pertinentes, a mi juicio, para introducirnos en este campo específico de reflexión al que de momento nos referimos con la expresión «el problema de la certeza».

1.2.1. Sócrates

La primera es atribuida a Sócrates: «yo sólo sé que no sé nada». Esta aparente paradoja es una afirmación relativa a que lo que creemos saber por medio de la tradición, de la mitología, la sabiduría popular o la propia experiencia de la vida, no es un conocimiento del que podamos estar ciertos. Pero afirmar que la sabiduría tradicional es un saber del que no se puede estar cierto es, a su vez, un saber del que, para no caer en autocontradicción, debemos saber que sí es cierto. ¿En qué se basa este saber y cuál es su naturaleza?

Sócrates parte del saber propio de los hombres de mundo que los sofistas estaban exponiendo. Los sofistas eran «metecos», término que procede de «camino»; eran gentes de los caminos, extranjeros que conocían la relatividad del mundo por el que viajaban. Gracias a su testimonio sabía Sócrates, sin salir de Atenas, no sólo que los saberes tradicionales de los habitantes de otras ciudades y regiones variaban de lugar en lugar y que, por lo tanto, no podemos tener certeza sobre los mismos, sino que, generalizando la misma lógica al caso propio, tampoco de nuestro saber tradicional podemos estar ciertos. Los sofistas habían traído su verdad de caminantes: que el saber es relativo. Sócrates, que no se movió de Atenas, quiso

averiguar, en consecuencia, cuál era el «camino» (método) para llegar al saber del que sí podemos estar ciertos. Sócrates no quiere un conocimiento que sea un recetario de experiencias, con todo lo valioso que es para la vida práctica, sino un camino, un método. Semejante método comienza en Sócrates al establecer que «sabemos que no sabemos», y el método hacia el que se orienta es la lógica.

1.2.2. *F. Bacon*

La segunda sentencia procede de F. Bacon: «la verdad procede del error». Su formulación es también paradójica, como la de Sócrates. Sin embargo, en este caso, la afirmación de la certeza no procede de la negación de la relatividad del saber tradicional humano, del punto de vista «procesual» que adopta Bacon.

Su punto de vista es la interacción del hombre con el mundo, no sólo la observación o la contemplación del mismo. Esta interacción es la que constituye el ámbito de la experiencia. Así entendido, el primer paso es la acción humana, vale decir, el ensayo, y el segundo el error o la verdad; luego otro ensayo, otro error quizás o un acierto, posiblemente una verdad que modifique la anterior. La circularidad entendida desde el punto de vista procesual, esto es, no a partir de la contemplación pasiva del mundo, sino de la acción humana en éste, se plantea de forma circularmente virtuosa: es el método inductivo conocido como «ensayo-error».

1.2.3. *Galileo Galilei*

La tercera sentencia procede de Nicolás de Cusa pero la hizo famosa Galileo: «el libro de la naturaleza está escrito en números». La sentencia viene a afirmar que podemos sustituir la experiencia por modelos matemáticos, es decir, podemos sustituir el mundo de lo experiencial humano por un mundo figurado en donde la libre experimentación no encuentra más límites que los propiamente lógicos. Desde el punto de vista de lo experiencial humano el sol sale por el Este y se pone por el Oeste. Es lo que vemos. Según la matemática, el Sol está quieto y la Tierra gira. La matematización de la experiencia sustituye no sólo al ámbito de lo experiencial humano, sino a Dios como legislador del mundo y a la Biblia como su revelación. La matemática, al reducir el mundo a pesos y medidas, potencia el dominio de la experiencia más allá del ensayo-error baconiano.

La matematización de la experiencia agudiza el problema de la comprobación, de la prueba empírica. El modelo es siempre algo a probar, un modelo probable. Sólo el error es una realidad completamente probada.

1.2.4. Heisemberg y Prigogine

Sin embargo, esta prometedora vía de conocimiento científico inaugurada por la sabia combinación de observación, inducción, deducción y comprobación, encuentra límites físicos, no sólo epistemológicos. En efecto, si en lugar de Venus hablamos del electrón, tenemos que su existencia, predicha también matemáticamente sobre el modelo de un diminuto sistema solar que era el átomo, es inobservable. Heisemberg se dio cuenta de que si introducimos un microscopio electrónico para «observar» al electrón, entonces éste interactúa con el aparato de observación y no podemos conocer la velocidad y la posición del electrón al mismo tiempo. Esta incertidumbre de la realidad, que Heisemberg formula en términos epistemológicos acerca de los límites de la observación, es llevada por Prigogine a la realidad misma. La realidad es incierta, pero no en un sentido socrático, ni baconiano ni siquiera heisembergiano: es incierta porque tiene *dinamismo* propia, porque es inestable, porque es impredecible, porque, en definitiva, puede saltar del caos al orden y del orden al caos. La cuarta proposición atribuible a Heisemberg y Prigogine es que «la realidad es subjetiva y objetivamente incierta».

1.3. La evolución en la concepción de la ciencia

Hacia 1814, Pierre-Simon de Laplace escribió:

Una mente que, en unas circunstancias determinadas, conociera todas las fuerzas que animan la naturaleza y la posición de todos los cuerpos de que se compone, si fuera lo bastante vasta para incluir todos estos datos en su análisis, podría abarcar en una única fórmula los movimientos de los cuerpos más grandes del universo y de los átomos más pequeños; nada sería incierto para ella; el futuro y el pasado se desplegarían igualmente ante sus ojos (Postman, 1994:189).

Éste es el espíritu de la ciencia positivista moderna y en él se ponen de manifiesto algunos elementos propios de la misma. La característica más notoria del

pasaje anterior es la confianza entusiasta en la racionalidad científica. Frente a los restos conceptuales de los sistemas tradicionales de creencias, la ciencia se nos aparece como lo único en que es posible creer. El ideal que impulsó a la institucionalización de la ciencia se presentó como una cierta forma de emancipación colectiva tanto de la dominación del hombre por las potencias naturales como por las creencias sociales. Cuando Comte habla de la ciencia como un equivalente moderno de la religión, no está pensando en un nuevo principio de dominación, sino de emancipación. Será un poco después, a partir del Romanticismo, primero, y de Nietzsche y la posterior extensión del pesimismo cultural a fines del XIX, después, cuando la ciencia comience a ser vista como una potencia humana nihilista, una potencia que se vuelve contra su creador llevándose las viejas certezas y no dejando en su lugar nada a cambio. Por primera vez el hombre se sentirá solo y bajo un cielo vacío.

1.3.1. La disputa postmoderna: el constructivismo

Pero hay otro punto de vista desde el que contemplar la ciencia. Es el punto de vista que afirma que los hechos no están simplemente ahí esperando que un conocimiento objetivo y auto transparente los registre. Todo depende de dónde estés, cómo hables, qué seas. Como ha señalado Winch, no es la realidad la que dota de sentido al lenguaje. Lo real y lo irreal se muestran en el sentido que el lenguaje ya tiene. Recordemos a Wittgenstein: «Los límites de mi lenguaje significan los límites del mundo. La lógica llena el mundo; los límites del mundo son también sus límites. No podemos, por consiguiente, decir en lógica: en el mundo hay esto y aquello, y no lo de más allá» (*Tractatus*, 5.6-5.6.1).

Winch piensa que esta afirmación de que la categoría de lo real es interna al lenguaje y al sistema de creencias del que brota su sentido es vista con un curioso doble rasero: suele ser aceptada cuando se dirige a las culturas tradicionales, de las que se presupone que, enredadas en la malla de sus creencias, carecen de nociones tales como «realidad exterior» o «comprobación». Las culturas tradicionales y todos sus conocimientos considerados no científicos están efectivamente limitadas por la red de creencias que constituye los límites de su mundo. Si sus creencias tienen algo que ver con la realidad, es más bien por una correspondencia fortuita. Los miembros de las culturas tradicionales observan del mismo modo en que nosotros lo hacemos, pero sus observaciones siempre están subordinadas a sus creencias. Sus creencias son coherentes, se hallan interrelacionadas por una red

de nexos lógicos y están ordenadas de tal modo que nunca contradicen demasiado crudamente la experiencia sensible, sino que, por el contrario, la experiencia parece justificarlas.

Ahora bien, su sistema de creencias les impide distinguir la fantasía de los hechos; observan y experimentan sus observaciones, pero eso no hace sino fortalecer sus creencias. Sin embargo, cuando nosotros observamos y experimentamos, nuestro sistema de creencias se comporta de un modo neutro. ¿Es esto posible?

El papel mediador del lenguaje entre el objeto y la conciencia es un lugar común al que frecuentemente se recurre en epistemología. Entre lenguaje y verdad se presupone siempre una relación de adecuación. Pero ¿surgió el lenguaje con la finalidad de decir la verdad? Como ha escrito G. Steiner en su fascinante *Después de Babel*, la verdad, toda la verdad y nada más que la verdad es un ideal propio de los seminarios de lógica, pero es sólo un aspecto parcial del lenguaje. Quizás ni siquiera el principal. Lo que distingue al ser humano del caballo, siguiendo el argumento de Steiner, no es, como pensaba Aristóteles, su capacidad racional, sino, como pensaba J. Swift, su capacidad y la facilidad con la que miente. La lengua está impulsada por la intención: es circunstancia, estrategia, sentido de la escena y del momento. Numerosas especies animales poseen sistemas de señales más eficaces en cuanto a la veracidad que nuestro lenguaje. Ante la pregunta: «¿dónde está el agua?», cualquier rumiante contesta con rigurosa precisión. Pero cuando hace miles de años, a la misma pregunta por el agua, un grupo de homínidos responde a otra horda rival que está al Oeste cuando en realidad el agua está en el Este, no está simplemente faltando a la verdad: está luchando por su supervivencia en ese hábitat. La facultad de decir lo que no es ha sido tan importante como la de decir lo que es. El lenguaje es el compromiso evolutivo de ambas tendencias.

1.4. Interpretación y relativismo

Las reflexiones anteriores nos conducen a la idea de que la ciencia es también un saber interpretativo pero que no sabe, ni puede saber, hasta qué punto lo es. Esto no equivale a arbitrariedad. Se afirma únicamente que hay razones para pensar que hasta un cierto grado, y no se puede saber cuál, la ciencia es también interpretación. Esta conciencia es una de las ideas estratégicas para entender la

sensibilidad que se ha desarrollado en la filosofía de la ciencia en los últimos años, de la que participa el constructivismo. Profundizaremos ahora en el conocimiento de esta corriente filosófica, no sin antes hacer una reflexión sobre esta primera parte, una reflexión que no pretende hacer demasiadas concesiones al relativismo. Trataremos este tema en el último apartado. Me basta con haber planteado aquí algunas de las cuestiones sobre las que dirigir la reflexión. Los constructivistas afirman que los «hechos científicos» son construcciones social y culturalmente determinadas. Naturalmente, podemos argumentar que ella misma es «una construcción social y culturalmente determinada». El constructivista se contradice. No podemos hacer afirmaciones sobre el mundo a menos que presupongamos la previa cognoscibilidad de éste por la razón humana. Más que hacia el lado del relativismo me inclino del lado del realismo empírico. Conocer el mundo objetivamente es posible; conocerlo de forma total y sistemática, pretender poseer un sistema de leyes y conceptos que encierren el universo me parece demasiado para lo que, en palabras de Geertz, finalmente somos: un mamífero que siente, habla, descubre analogías y construye símbolos.

2. REALISMO Y CONSTRUCTIVISMO

La disputa entre realismo y constructivismo es tan vieja como la filosofía, aunque, ciertamente, desde el lado constructivista ha habido bastantes diferencias y el tema ha aparecido bajo distintas denominaciones, por lo que trataré de referirme a su denominador común. El constructivismo principia en la tesis de que el mundo sensible no es cognoscible por los sentidos. Esta posición niega el realismo, que afirma lo contrario, una posición existente ya desde la Antigüedad. El constructivismo, por el contrario, afirma poder dar cuenta de por qué en determinadas condiciones sociales se hacen determinados descubrimientos, y de 1) por qué nos creemos que tales hechos son construcciones sociales y 2) por qué nos creemos que explicamos los hechos cuando el método de validación mismo es una construcción social. He aquí, en sustancia, la disputa.

La discusión filosófica y el debate que se genera entre realismo y constructivismo en sus distintas modalidades parte del análisis de la experiencia en términos de sujeto y objeto de conocimiento, por lo que me ocuparé de ambos términos. La disputa filosófica entre realismo y constructivismo toma como punto de partida el análisis binario de la experiencia en términos de sujeto/objeto: el

realista lo toma como punto de partida y lo afirma; el constructivista lo toma como punto de partida, y lo niega.

2.1. Sujeto y objeto

La cuestión específicamente filosófica respecto de los términos sujeto y objeto procede del hecho de que ninguno de ellos está dado, no son meros datos, como lo son, por ejemplo, para la fisiología de la percepción, sino que son objeto de reflexión. No podemos en filosofía abrir el ojo e inspeccionar la retina ni comprobar los impulsos nerviosos que transmiten la visión. La cuestión filosófica consiste, primero, en suponer que hay un algo como objeto de conocimiento y un algo como sujeto de conocimiento, y plantearse qué estatuto cabe atribuir tanto a uno como a otro; y, segundo, se ocupa de establecer qué relación o modo de conexión cabe entre ambos.

El atomismo clásico de Leucipo y Demócrito se basa en la idea de que todos los objetos del mundo emiten flujos de átomos, los *eidola*, que se desprenden de los objetos reales y penetran en nuestra mente. Estos *eidola*, las ideas, serían fieles reproducciones de los objetos constituidas mediante elementos materiales, aunque extremadamente sutiles, que anidarían en nosotros. Aunque el empirismo moderno no compartió esta tesis de carácter físico, persistió sin embargo en el supuesto de una adecuación entre las representaciones de los sentidos y la realidad. Ésta es una de las formas de resolver la relación sujeto/objeto y, en esencia, constituye el núcleo del realismo. La realidad se refleja en nuestra mente. Cuando estamos ante un fuego y miramos a la pupila de la persona con quien estamos, vemos que ahí se refleja el fuego. Esta metáfora del reflejo o representación es característica del realismo.

La otra forma de resolver el esquema sujeto/objeto consiste en la afirmación contraria: en la mente existen los moldes ideales que iluminan un mundo en sombras, proyectando en el exterior la forma interior. Los pitagóricos y Platón fueron los primeros constructivistas en la primera variante: el idealismo; los presocráticos y Aristóteles los primeros realistas.

Estas dos posturas filosóficas plantean dos problemas típicos, cuyos intentos de solución han sido un acicate principal de la historia de la filosofía. El realismo, de hecho, soluciona la relación binaria introduciendo un tercer elemento, el objeto-en-el-sujeto, el fuego-en-el-ojo de nuestro ejemplo. Para el realismo hay un objeto de conocimiento independiente y anterior a la experiencia, un objeto

conocido u objeto-en-el-sujeto, y el sujeto propiamente dicho. Su problema será el de la correspondencia entre el objeto conocido y el objeto de conocimiento y la justificación de esa correspondencia. La respuesta más optimista, denominada realismo ingenuo, es la que afirma que los sentidos y el lenguaje reproducen fielmente los objetos, mediante la experimentación metódica verificamos sus conexiones y relaciones (leyes) y con ello nos aproximamos progresivamente a la estructura del mundo o realidad exterior al sujeto.

2.2. Las razones del realismo

Hoy en día está muy extendida entre filósofos la idea de que el realismo es una posición filosófica superada o de que, en caso de confesarse realistas, hay que hacer decisivas precisiones con el fin de quitar a esta postura filosófica su carácter «ingenuo». La crítica al realismo está, podríamos decir, de moda.

El constructivismo afirma que el ser humano no dispone de un acceso cognoscitivo a un mundo «objetivo» de cosas y de hechos tal y como son «en sí». No quiere ello decir que no existan las cosas que vemos o que no dispongamos de algún conocimiento acerca del mundo. Sin embargo, ese mundo al que se refieren nuestras percepciones y nuestras proposiciones no es independiente de nuestra lengua, de nuestras creencias culturales más profundas y de nuestra visión del mundo.

En la crítica anterior convergen diversas corrientes como el pragmatismo, la escuela del segundo Wittgenstein, el estructuralismo, el postestructuralismo y la fenomenología, entre otras. Dentro de la historia de la ciencia, la obra de Thomas S. Kuhn es la principal referencia. A veces, generalizando demasiado, todas estas corrientes son incluidas bajo la etiqueta de filosofía postmoderna de la ciencia. Aunque difieren en el modo en que explican cómo se «construyen los objetos», aceptan que sobre el mundo en sí y su racionalidad genuina la mente humana no puede sino mantenerse escéptica porque el acto mismo de conocer está ya inscrito en un molde cultural. El conocimiento es, por tanto, relativo. La verdad es local.

Voy a defender ahora la otra posición, la realista. El realismo que defiendo afirma que el mundo es real independientemente de nuestros condicionamientos de todo tipo y que existe un modo, aunque falible y transitorio, de referirnos a ese mundo real de manera independiente de nuestros condicionamientos

socioculturales, esto es, de manera no relativa. Esta concepción del realismo se basa en la afirmación de dos proposiciones:

P1) Hay un mundo objetivo independiente de nuestras percepciones y pensamientos, es decir, independiente de la lengua, las visiones del mundo y los valores o creencias.

Esta primera proposición no dice mucho si no añadimos además qué cosas y clases de cosas pertenecen a ese mundo objetivo. El relativista epistemológico, como veremos, también puede aceptar esta afirmación, pues no afirma que no exista el mismo mundo exterior para todos, sino que apenas intentamos conocerlo entran en juego la lengua, la cultura, etc., que nos impiden conocerlo de un modo totalmente objetivo.

Entre los propios realistas la cuestión de qué cosas y clases de cosas hay en ese mundo ha sido objeto de discusión a lo largo de la historia según se restrinjan las cosas y clases de cosas que pertenecen a ese mundo objetivo. Puede afirmarse que a ese mundo exterior sólo pertenecen los objetos individuales, pero no las relaciones como «ser parecido a» o «ser más grande que», que serían cosa de la mente humana en sus diversas manifestaciones culturales (nominalismo). Podemos pensar que en ese mundo no sólo existen exclusivamente objetos individuales, sino que además han de ser objetos físicos, excluyendo de esta forma a los entes matemáticos que serían también creaciones de la mente humana (fiscalismo). Incluso determinados estados mentales podrían quedar excluidos de ese mundo, como el amor, la religión o la felicidad (materialismo). Incluso podríamos añadir que las entidades teóricas de la física no observables tales como el electrón o las fuerzas físicas tampoco pertenecen a ese mundo objetivo (instrumentalismo teórico).

Todas estas posturas son realistas, aunque no tienen que darse todas juntas. Son realistas porque contestan afirmativamente la cuestión siguiente: ¿posee este mundo exterior una estructura intrínseca independiente del sujeto de conocimiento? Nuestra respuesta es que sí, aunque esta respuesta no ha de identificarse con la idea de que el mundo exterior está ya listo para empaquetarlo en nuestros conocimientos. Si así fuese, obviamente, no habría habido ningún debate filosófico en torno al conocimiento, nuestro conocimiento sería un instinto perfectamente adaptado al mundo y funcionaría de manera inmediata e incluso inconsciente. El realista no puede llevar su afirmación tan lejos. Se limita a afirmar que el mundo exterior no está completamente desestructurado. O lo que es lo mismo, se niega a admitir que la estructura de ese mundo objetivo sólo pueda surgir merced

al orden que introducen los conceptos en la experiencia, los cuales están mediados lingüística, cultural y socialmente. Lo cual nos lleva a la segunda proposición.

P2) El mundo objetivo es cognoscible, al menos parcialmente.

Esta segunda proposición nos exige que precisemos nuestras aspiraciones cognitivas. Ya mencionamos el ejemplo de la habitación china. Vimos la diferencia entre hablar chino con ayuda de un ordenador y «saber» chino. Saber algo no es simplemente tener una convicción, intuición o creencia que luego, lo sepamos o no, se revela cierta. Si afirmo que el día que mataron a Julio Cesar había siete grullas sobre el Capitolio, la cuestión clave es: «¿cómo lo sabes?» Si digo que lo he visto en un sueño, ¿es ésta una justificación de que lo sé? Supongamos que lo vi en un sueño y que en unas semanas se descubre un pergamino romano donde uno de los testigos del suceso afirma: «Vi morir a César. Fue la cosa más horrible de mi vida. Hasta las siete grullas que había sobre el Capitolio se entristecieron...». Bien, mi sueño parece que es cierto. Sin embargo, ¿sabía yo realmente que había siete grullas en el Capitolio? ¿El pergamino hallado verifica o comprueba mi sueño de algún modo? No, pues los demás conocemos la diferencia entre acertar y estar ciertos de algo. En definitiva, saber algo es saber por qué lo sabemos, y saber por qué lo sabemos es poder justificar lo que sabemos.

Sin embargo, la afirmación anterior no excluye la idea de que 1) nuestro conocimiento sea limitado, ni de que 2) nuestro conocimiento posea ideas acertadas que aún no han sido corroboradas por la experiencia.

1) Puede ser que la humanidad, a lo largo de su historia, sólo pueda conocer una pequeña parte de la realidad, y aún así de modo no absoluto. Y es seguro que la humanidad nunca sabrá la proporción que hay entre todo lo que sabe respecto de todo lo que deja de saber. La relación de nuestro conocimiento con la realidad en un momento dado es parcial, y es posible que esto siempre sea así. Esta parcialidad significa que el mundo exterior en cuanto un todo no puede ser conocido de un modo sistemático y definitivo, sino parcialmente. Pero esto no significa que nuestro conocimiento sea arbitrario. Volviendo al ejemplo de las grullas, podemos imaginar que el anónimo testigo contase mal, o se confundiese al redactar sus memorias, o añadiese lo de las siete grullas como un elemento retórico, etc. Lo que es relevante para la justificación es que damos más fe a la transcripción de un observador directo que a un sueño. Y daremos por verdad el testimonio del romano mientras no se descubra otro testimonio. Pero bien entendido que aceptar algo

como verdad no significa afirmar su verdad absoluta. Sólo podemos llegar a conjeturas más probables que otras y debemos razonar por qué.

Aquí resultan necesarias dos precisiones. La primera: cuando se afirma que el mundo es independiente del sujeto de conocimiento y, por tanto, se niega que sea una construcción social, no se está haciendo esta afirmación en sentido causal. Naturalmente hay muchas cosas del mundo que no existirían si no existiesen la lengua, los valores, la cultura, etc. Sin ir más lejos, no existiría el alfabeto, ni las academias de idiomas, ni los ordenadores, ni la circulación aérea, ni los teléfonos ni muchas cosas. Pero aquí hay una dependencia causal que se expresa en los términos siguientes: dado que podemos hablar, pensar, hacer teorías, etc., podemos construir cosas que existen en el mundo, sea un microchip o una sinfonía. En este sentido, si damos en llamar a todas estas potencialidades humanas como sociales y a nuestra acción en el mundo como construcción es lícito hablar de construcciones sociales. Pero no es ésta la cuestión que el constructivista afirma y el realista niega. La cuestión a debate gira en torno a esa realidad exterior independiente del sujeto de la que el realista afirma que tiene una estructura y el constructivista afirma que tan sólo la adquiere cuando el ser humano, mediante sus ideas, valores, percepciones etc, entra en contacto con ella y la instaura o se la inscribe. La segunda: el realista filosófico que, como hemos visto, tiene diversos grados de compromiso con el realismo, puede perfectamente sostener la tesis de que el mundo de la sociedad es un mundo socialmente construido en este sentido causal y, además, en el sentido de que todos los objetos y distinciones sociales y culturales son construcciones sociales en sentido epistemológico. Es decir, el realismo filosófico es compatible con un enfoque no naturalista de lo social y es compatible con el relativismo cultural. Lo que el realista filosófico no acepta del constructivista es que afirme la existencia de ámbitos de realidad y conocimiento inconmensurables.

2.3. Las razones del constructivismo

La proposición primera (P1) es comúnmente aceptada por los constructivistas. El constructivista admite la existencia de un mundo exterior, pero afirma que la distinción interior/exterior es interna, es una construcción social. ¿Qué afirma, pues, en sustancia, el constructivista? Afirma la inconmensurabilidad epistemológica entre mundos. Si no, el constructivista no tiene más salida que la afirmación de

que hay mundos distintos en un sentido ontológico, lo cual es una afirmación no sólo extraordinariamente contra intuitiva, sino además de imposible demostración.

El constructivista, pues, acepta P1 y niega P2: a saber, acepta la existencia de un mundo independiente pero niega que podamos conocerlo de modo independiente a los condicionantes procedentes de la lengua, la cultura, los paradigmas, etc. Estos condicionantes —afirma— son posiciones del sujeto, por lo que el conocimiento es posicionado y relativo a esa posición. Asume una realidad exterior, pero la considera amorfa como una masa pastelera. El sujeto de conocimiento situado es el que insatura o inscribe en esa masa pastelera una estructura que luego, «ingenuamente», «des-cubren» los científicos. Esto afirman al decir que el mundo es una construcción.

Ahora bien, ¿cómo imaginan los constructivistas ese o esos mundos dependientes o relativos a alguna posición del sujeto de conocimiento? Veamos un ejemplo sencillo. ¿Qué cosas hay en uno de esos mundos dependientes? El constructivista razonaría así: tomemos un objeto, por ejemplo, un libro. ¿Es el libro una cosa o es una suma de páginas, o de letras? ¿Dónde encuentra su unidad última objetiva la cosa «libro»? En este sentido —concluye— el establecimiento de las cosas que hay en ese mundo, es decir, el ordenamiento del mundo, depende de nuestros intereses y de nuestros conceptos. Mediante conceptos clasificamos el mundo y lo dividimos en cosas. El principio clasificatorio es exterior al mundo. ¿Qué principios clasificatorios exteriores hay?

Tomemos uno: el lenguaje. La tesis de la construcción lingüística del mundo fue propuesta por Sapir y Whorf. Afirman que diferentes lenguas estructuran el mundo de maneras diferentes. Por ejemplo, para los hopi hay un sustantivo que se refiere tanto a los insectos como a los aviones, y hay otro para los pájaros. Palabras como «rayo», «ola», o «llama» son sustantivos para nosotros y para los hopi son verbos. Tanto la clasificación como la consideración de un fenómeno en tanto cosa o acontecimiento dependería de la lengua respectiva. En la familia de lenguas procedentes del indoeuropeo, la estructura predicativa tiene una especial relevancia. La posibilidad gramatical de afirmar «x es P» puede ser la base que nos permite tener una filosofía basada en la existencia de un mundo objetivo de cosas y sus propiedades. Quizás otras culturas que no tienen esta posibilidad gramatical no se han topado nunca con la pregunta filosófica que entraña el verbo «ser» cuando, desvinculándolo de su función meramente copulativa, hacemos de él un sustantivo o un acontecimiento básico y general del mundo. Esta es la principal dependencia —afirman los constructivistas lingüísticos— de la filosofía occidental respecto de nuestra estructura gramatical básica de origen indoeuropeo.

Según estos constructivistas, esta estructura gramatical es ya una metafísica. Lo que hemos conocido como «Metafísica» desde Aristóteles y, por ende, las realidades a que hace referencia serían una construcción social occidental, esto es, lingüísticamente etnocéntrica.

Esta forma de argumentar es común a todos los constructivistas: lo que cambia es la realidad que construye todo lo demás: llamémosla la realidad demiúrgica. En el caso de Sapir y Worf es la lengua, en el caso de Jung son los arquetipos del inconsciente colectivo, etc.

Aunque podríamos extendernos más, consideramos suficientemente descrito lo que el constructivismo propone. Al criticar P2 se afirma la dependencia de la realidad conocida respecto de los condicionantes del conocimiento y en este sentido se afirma que es construida. Ahora bien, aun en su posición más moderada, el constructivista ha de darnos una explicación de cómo esa «construcción» de la masa pastelera que es la realidad primigenia y que es común y universal tiene lugar. En otras palabras, ¿qué entiende, por ejemplo, por construcción social de la realidad? ¿Es posible imaginar un mundo en el que no hubiese lo húmedo ni lo seco, lo curvo ni lo anguloso, y apenas el ser humano «concibió» esas distinciones apareció lo húmedo y lo seco, lo curvo y lo anguloso? El constructivista debe explicar cómo se produce la estructuración de esa realidad amorfa.

2.3.1. *La estructura categorial del mundo*

Una manera de definir lo que se entiende por «construcción social del mundo» es afirmar que el uso de conceptos «crea» propiedades, relaciones y clases; que, incluso lo que consideramos cosa, es cuestión de elección situada y/o preconsciente de sus elementos semánticos básicos. Sin embargo, esta «creatividad» no es atribuida a todos y cada uno de los miembros de la especie humana, pues de ser así habría que explicar la misteriosa casualidad de las coincidencias. La construcción es atribuida a realidades supraindividuales, sociales.

La pregunta a la que debe responder el constructivista es la siguiente: si en el mundo no hubiese ya propiedades, semejanzas y diferencias, ¿cómo podrían generarse a partir de la mera percepción? Ciertamente, el esquimal ve diez tipos de blanco y usa términos distintos para cada uno, cosa que no hacemos los no esquimales. Pero esto no es un argumento en favor del constructivismo, sino una cuestión de adiestramiento y convención. La construcción social del mundo, en este

caso, no es incompatible con una posibilidad de percepción de ese mundo por un observador no esquimal que sea adiestrado para ello. El mundo de los esquimales y el mundo de los no esquimales es ontológicamente el mismo y su aparente relativismo e inconmensurabilidad no es sustantiva, no es una cuestión principialista, sino de adaptación. El mundo de los esquimales y el nuestro o el de los hopis difieren del mismo modo en que lo hacen las manzanas entre sí: no hay dos idénticas, tienen pieles distintas, pero es el mismo fruto que compramos al frutero, el mismo que según dice la Biblia mordió Adán y el mismo que incidió sobre la privilegiada cabeza de Newton y le inspiró la ley de la gravedad.

Pero sigamos con las tesis de los constructivistas acerca de cómo el mundo se «construye». Como ya hemos dicho, conciben la realidad primordial como una gran masa pastelera a la que nosotros daríamos forma según nuestros respectivos moldes socio-culturales. Sin embargo, la experiencia del mundo no nos da la idea de una masa pasiva, pues lo que experimentamos es la resistencia que el mundo nos ofrece. Cierto, no tenemos el término hopi para «objetos volantes que no sean pájaros», pero eso no quiere decir que el propio concepto hopi no proceda de una distinción observable en el mundo real. Que sean ellos la única cultura en el mundo que hayan reparado en ella no niega por principio el hecho de que la realidad ofrezca ya la posibilidad de hacer una distinción entre «pájaros» y «otros objetos volantes que no sean pájaros». Pero el realista no afirma que esa estructura del mundo o realidad primordial sea simple; antes bien, ha demostrado ser enormemente compleja.

Mi reflexión sobre el constructivismo es ésta: en su versión radical (relativismo ontológico) es una teoría contraintuitiva que crea más problemas de los que resuelve. En su versión epistemológica, no puede precisar el sentido en que habla de «construcción social de la realidad».

Por otro lado, la posición realista que aquí analizo no afirma que esa estructura del mundo vaya a ser conocida completamente, sino que no hay nada de carácter que, en principio, nos haga pensar que no podamos conocerla aunque sea provisional, transitoria y parcialmente.

El constructivismo tiene además una contradicción lógica que se manifiesta en muchas de sus formulaciones. Tomemos una bien sencilla. El constructivismo afirma que toda realidad es construida, si bien ha de haber algo (llamémoslo X) que no es construido porque es lo que construye, es la realidad demiúrgica. Ese X puede ser la lengua, el género, la cultura, las comunidades étnicas, etc. ¿En qué

modo existen estos X? ¿Cuál es su realidad? Si existen de una manera dependiente igual que el resto de la realidad, es decir, si sólo podemos conocerlos en cuanto construcciones sociales, quiere decirse que estos constructores de la realidad dependen de otros constructores, llamémoslos X_i , de los que podríamos preguntarnos también de qué modo existen, si dependiente o independiente, y podríamos afirmar que para todo X_n existe un X_{n+1} del cual dependa en sentido constructivista. En vista de este absurdo, parece más plausible que el constructivista afirme que esos X existan de manera independiente. Pero entonces, se afirma que las realidades demiúrgicas existen de modo independiente, es decir, no construido, mientras que el resto de la realidad existe de modo construido. Pero si la primera respuesta nos llevaba a un absurdo, esta segunda respuesta nos lleva a una contradicción: ¿por qué una parte de la realidad existe de manera independiente y otra parte no? Y ¿no es precisamente la existencia independiente de cualquier realidad lo que niega el constructivismo?

2.4. La solución realista

El constructivismo, como hemos visto, admite una realidad primigenia y amorfa y admite también la posibilidad del conocimiento, pero con una limitación: que el conocimiento es relativo a una lengua, una sociedad, etc. Si no quiere ser un mero escepticismo, añade algo más: que merced a esa lengua sociedad se «construye» el mundo. Sin embargo, es incapaz de definir lo que entiende por «construcción». Desemboca así en una teoría más difícil de aceptar que el realismo, resultando ser una teoría contraintuitiva que plantea más problemas lógicos de los que resuelve. Por el contrario, el realismo es una postura sencilla, intuitiva, fácil y racionalmente formulable. La cuestión no sería tanto ver cuál es la mejor o la más acertada, sino de averiguar cuál es el sentido de querer sustituir una por la otra.

BIBLIOGRAFÍA

GEERTZ, C. (1994). *Conocimiento local*. Barcelona: Paidós.

KUHN, Thomas, S. (1975). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: FCE.

POSTMAN, N. (1994). *Tecnópolis*. Barcelona: Círculo de Lectores-Galaxia Gutenberg.

STEINER, G. (1980). *Después de Babel. Aspectos del lenguaje y la traducción*. México: FCE.

WINCH, P. (1994). *Comprender una sociedad primitiva*. Barcelona: Paidós.

WITTGENSTEIN, L. (1999). *Tractatus logico-philosophicus*. Madrid: Alianza Editorial.

Uno de los problemas más acuciantes de nuestra sociedad es el aumento de trastornos psíquicos en todas las franjas de edad de la población, con el consiguiente riesgo de exclusión social y de pérdida de potencialidad de todo el grupo social. En este momento urge pensar sobre aquellas cuestiones emergentes que hacen tambalear el fundamento de la convivencia grupal, que es la persona, sujeto desde el cual se crea todo el tejido y entramado social. Uno de los retos que se plantean en esta obra es precisamente el abordar la realidad de la salud mental desde la aproximación a los dinamismos psíquicos, con sus problemas subyacentes, y abrir líneas de intervenciones psicoeducativas y de planteamientos éticos, jurídicos y sociopolíticos que orienten hacia una integración real de las personas que sufren este tipo de trastornos, de los que no estamos exentos nadie. Con este fin, se han aunado los estudios de expertos profesionales, inmersos en la práctica clínica y socioeducativa, y académicos, a fin de vincular acción y reflexión. Su origen es el convenio establecido entre el Instituto Foral de Bienestar Social de Álava, la Fundación Beti Gizartean (*Siempre en la Sociedad*) y la UNED para impartir los cursos de Experto de Desarrollo Profesional sobre Salud Mental Comunitaria (I y II).

La doctora **Ana María Marcos del Cano**, profesora titular de Filosofía del Derecho de la UNED, es experta en Derechos Humanos, Bioética y es profesora del curso de experto de desarrollo profesional de Salud Mental Comunitaria. Es investigadora principal del Proyecto I + D + I del Ministerio de Ciencia e Innovación «Optimización de la gestión e información de las instrucciones previas (testamento vital)».

La doctora **Gabriela Topa Cantisano**, profesora titular de la UNED, es experta en Psicología Social y de las Organizaciones. Ha trabajado sobre la identidad social en diversos contextos, como el laboral, el educativo y el sanitario. Es directora del segundo curso de Experto de Desarrollo Profesional de Salud Mental Comunitaria.

