

DOCUMENTACIÓN SOCIAL

REVISTA DE ESTUDIOS SOCIALES Y DE SOCIOLOGIA APLICADA



España:
¿Una sociedad enferma?
Sociedad y Salud Mental

DOCUMENTACION SOCIAL

REVISTA DE ESTUDIOS SOCIALES
Y DE SOCIOLOGIA APLICADA

Núm.47

Abril-Junio 1982

Consejero Delegado:

Antonio Sánchez Buenadicha

Director:

Francisco Salinas Ramos

Consejo de Redacción:

Javier Alonso

Enrique del Río

Presentación Fernández

María Antonia Gallen

José Navarro

Miguel Roiz

María Salas

José Sánchez Jiménez

EDITA:

CARITAS ESPAÑOLA

San Bernardo. 99 bis, 7.º

M A D R I D - 8

CONDICIONES DE SUSCRIPCION Y VENTA

España: Suscripción a cuatro números, 1.100 ptas.
Precio de este número: 350 pesetas.

Extranjero: Suscripción, 28 dólares.
Número suelto, 10 dólares.

DOCUMENTACION SOCIAL no se identifica necesariamente con los juicios expresados en los trabajos firmados.

DOCUMENTACION SOCIAL

**REVISTA DE ESTUDIOS SOCIALES
Y DE SOCIOLOGIA APLICADA**

Depósito legal: M. 4.389.—1971

Imprenta Sáez. Hierbabuena, 7. Madrid-29

Diseño de portada: Antonio Jiménez Lara

SUMARIO

Presentación.

- 13 • 1 Clase social y movilidad social como factores condicionantes de la salud mental.
Dr. J. L. Vázquez Barquero
- 29 • 2 La historia clínica psicosocial.
Dr. Felipe Reyero
- 45 • 3 Algunos modos de actuación paidopsiquiátrica en una población urbana periférica.
Inmaculada Azcorra Liñero
Carmen Coello de Portugal
María Angeles Fernández Galindo
- 57 • 4 Las empresas especiales como alternativa laboral y terapéutica para los adolescentes «diferentes».
Salvador Guasch
- 65 • 5 Actitud de la familia ante el enfermo psíquico crónico hospitalizado.
Dra. Margarita María Hernanz Manrique

- 75 • 6 **Repercusiones de la emigración sobre la salud mental y la psicopatología familiar en la población gallega.**
A. Rodríguez López
- 83 • 7 **Un acercamiento al problema de la psiquiatría comunitaria.**
Dr. Valentín Coracés Pando
- 89 • 8 **Psicopatología en el campo y en la ciudad a partir de los estudios comunitarios.**
Dr. J. L. Vázquez Barquero
- 103 • 9 **¿Hacia un cambio en la asistencia psiquiátrica en Barcelona?**
Lluís Lalucat i Jó
- 121 • 10 **Modelos familiares en transición en Navarra y su consideración en la clínica psiquiátrica.**
Dr. Felipe Reyero
- 139 • 11 **«Actitudes hacia la enfermedad mental y la psiquiatría en Galicia».**
Antonio Rodríguez López
Raimundo Mateos Alvarez
Mercedes Rodríguez Vázquez
Generosa Franco Martínez
- 155 • 12 **Sociedad y salud mental.**
Jorge L. Tizón García

Presentación

SOCIEDAD Y SALUD MENTAL

Una vez más DOCUMENTACIÓN SOCIAL aborda el tema de la salud, lo ha hecho monográficamente en otras oportunidades: Degradación de la vida y medio ambiente (número 38, enero-marzo 80) y Salud y Sociedad (núm. 43, abril-junio 81). Como indicábamos en este último número, la salud la entendemos como un valor universal, como un «todo estructural», la salud al igual que la enfermedad, no es un problema individual o familiar que muchas veces nos hace caer en una actitud pasiva e inoperante, sino que se trata de algo más amplio, que abarca todos los aspectos de la vida del hombre: el trabajo, la educación, la familia, la vivienda, la cultura, el ocio, el medio ambiente, la economía... Desde esta perspectiva la salud no será más que el resultado de la intervención de estos factores.

Dos son los motivos inmediatos que nos han movido a ofrecer a los lectores de nuestra revista el tema de la salud mental: el constatar que cada día hay más personas que padecen situaciones de aislamiento, miedo, etc.; que no existe una política global sanitaria; que la medicina preventiva está muy en sus inicios; que la asistencia terapéutica está dispersa y escasa. El segundo motivo es hacer público el material que la Asociación Española de Neuropsiquiatría nos ofreció de las III Jornadas Nacionales celebradas en Madrid del 12 al 14 de noviembre de 1981 con el título «SOCIEDAD, CULTURA Y PSIQUIATRÍA». En estas Jornadas, sociólogos, antropólogos y economistas de la salud, jun-



to con profesionales de la salud mental, presentaron y debatieron alrededor de ochenta comunicaciones.

Implícitamente, y como objetivo fundamental, es ofrecer puntos de referencia, aunque se refieran y se tomen ejemplos de otros contextos sociales fuera de nuestras fronteras; sin embargo, creemos que son válidas, pues en el campo de la salud mental en nuestra realidad hay una gran laguna, especialmente desde un tratamiento participativo comunitario; se trata de desmitificar lo que se venía haciendo, desmitificar el sistema sanitario actual; contribuir en la búsqueda de espacios reales de libertad, hasta llegar a asumir, mediante una democratización y una participación creciente, colectivamente el protagonismo que corresponde a la comunidad en su conjunto y a cada uno de sus miembros, tratando de conseguir la «Salud para Todos».

En esta presentación queremos ofrecer:

1.º Unas cuantas consideraciones que se ha de tener en cuenta para definir la «salud mental» (cf. Tizón García, «Salud, Insania y sociedad en RTS», desarrolla cada uno de dichos puntos).

- a) La idea de salud mental no hace referencia a un concepto, sino a una noción;*
- b) que está apoyada en la ciencia contemporánea;*
- c) pero estructurada fundamentalmente en base a nociones ideológicas y políticas, y, por tanto, sujetas en gran medida a la caracterización de la deformación ideológica;*
- d) que sólo se puede hacer minimamente operativa en función de criterios como cotas o niveles de salud;*
- e) que únicamente es aplicable a nivel social o, al menos, colectivo;*

- f) *necesitada, para conseguir esa mínima validez operativa, del funcionamiento de equipos que vayan definiéndola día a día en su práctica, y*
- g) *práctica controlada, además, por la comunidad.*

2.º *Situación actual de la estructura asistencial psiquiátrica (cf. EL MEDICO, 12-82/29-4 abril 82).*

Según un informe elaborado por la Fundación ARGIBIDE (Fondo Navarro para el Desarrollo de la Salud Mental), la realidad actual de nuestra estructura asistencial psiquiátrica puede resumirse en los siguientes puntos:

1. *La asistencia psiquiátrica pública está basada en los Hospitales Psiquiátricos y prácticamente reducida a ellos. Estos hospitales ejercen una función casi exclusiva de tipo custodial.*
2. *No existe ningún organismo directamente responsabilizado de la asistencia psiquiátrica. Las Diputaciones provinciales únicamente tienen obligación de poseer un centro de internamiento que acoga a los «locos pobres».*
3. *Hay una profunda y real separación entre los centros de asistencia psiquiátrica y las redes oficiales de asistencia sanitaria general.*
Solamente a nivel de las consultas ambulatorias de Neuropsiquiatría de la Seguridad Social se mantiene esta relación de la Psiquiatría con el resto de la Medicina.
4. *Los aspectos preventivos y rehabilitadores del trastorno mental todavía no han comenzado a desarrollarse. Puede decirse que están inéditos.*
5. *El nivel asistencial actual no permite que se planteen los problemas de la asistencia diferenciada ni en cuanto a la patología (no hay centros especializados para alcohólicos, adolescentes, ancianos, delincuentes mentalmente*

enfermos, etc.), ni en cuanto a técnicas asistenciales (hospitales de día, urgencias psiquiátricas, «casas a medio camino», talleres de rehabilitación, etc.). La única diferencia existente es la de hospitales para hombres y hospitales para mujeres.

6. *No existen programas de educación sanitaria de la población.*

3.º *Notas sobre la III Jornada de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, que el coordinador de las mismas, Felipe Reyero, nos ha proporcionado:*

La razón de que la Asociación Española de Neuropsiquiatría decidiese dedicar unas jornadas monográficas a este tema reside en un afán de coherencia con la preocupación que en ella se ha manifestado, sobre todo en sus primeros tiempos (hace ya medio siglo) y en la última década, por la incidencia que el ambiente humano tiene sobre la salud mental de los individuos, y su determinación última por la organización social y la cultura. Y ello, tanto como causa o facilitador de cuadros psicopatológicos y sufrimiento psíquico —o, por el contrario, de bienestar—, como en tanto que condicionante de toda actuación preventiva, reparadora o rehabilitadora de tipo psiquiátrico. Sin que esto implique olvido de la importancia de los factores biológicos, pero sí rechazo a refugiarse en su consideración exclusiva.

En realidad, la amplia corriente de la Psiquiatría Social tiene ya una larga historia y son variadas las teorizaciones, técnicas y escuelas que en ella se dan. En España, un motivo de actualidad ha sido el reconocimiento mayor de la diversidad cultural en las regiones y nacionalidades que forman parte del Estado, así como la extensión de iniciativas de transformación de la asistencia psiquiátrica.

Sin entrar en detalles acerca de las distintas definiciones que sobre Psiquiatría Social se dan, creo que cubre el campo general entenderla como aquella disciplina que, utilizando los conocimientos de las ciencias sociales, se dirige al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, y, en general, del bienestar psíquico, procurando además la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades por medio de la correcta integración entre el individuo y su ambiente social, sin que ello suponga adaptación simple ni prevalencia de uno sobre otro. Dentro de ella, Maud Mannoni distingue tres corrientes principales: la Psiquiatría comunitaria, hoy de actualidad en España; la Psicoterapia institucional y la Anti-psiquiatría, a las que cabría añadir la que se puede llamar Antropológico-culturalista.

De las varias concepciones acerca de Sociedad y Cultura, recojo las de Dumont:

Sociedad es la realidad social considerada como una forma objetiva y en la que subraya los datos demográficos, algunos aspectos de la organización social (status y roles) y determinadas agrupaciones que parecen imponerse a las primeras percepciones concretas (la nación y las clases, por ejemplo).

Cultura es la configuración espiritual o conciencia colectiva de la realidad social, universo mental del que participan los individuos y por el que son definidos.

No entro aquí en las relaciones entre una y otra, ni en la determinación última de ambas por el modo de producción u otras explicaciones que puedan darse.

En las Jornadas se trataba de establecer las relaciones de esos mundos colectivos, objetivo uno y subjetivo el otro, con la Psiquiatría, entendiendo que a ésta le corresponde el estudio de las necesidades que en materia de salud mental tienen los individuos y las comunidades, su actitud hacia ella y hacia

los técnicos responsables de su mejora, la respuesta técnica a esas necesidades y demandas a nivel preventivo, reparador y rehabilitador, el cuestionamiento de propios fines de la Psiquiatría y la evaluación constante del efecto de sus actuaciones.

El método de trabajo fue el de participación conjunta de profesionales de las ciencias sociales y de la salud mental en Mesas centradas en algunos aspectos de esta amplia temática. Primera aproximación a lo que puede ser un trabajo interdisciplinario, e incluso exposición del trabajo interdisciplinario de algunos equipos estables, que ofrece sobre todo la posibilidad de enfocar un mismo problema desde las diferentes perspectivas del estudio con metodología antropológica, sociológica o alguna de las varias propias de la Psicología y de la Psiquiatría. El contenido de las comunicaciones que hoy se presentan ha sido algo modificado de entonces a acá y se aprecia en ello la influencia del debate que siguió a su presentación. Por otro lado, en estos meses son más las instituciones al servicio de la salud mental que han incorporado a sus plantillas sociólogos y economistas, y en la transformación de las instituciones asistenciales, así como en la elaboración de programas de promoción de la salud comunitaria, los psiquiatras y psicólogos ven indispensable la relación continuada con aquéllos, al igual que con arquitectos, urbanistas, técnicos de ergonomía y de relaciones industriales, lingüistas, antropólogos e incluso practicantes de las medicinas paralelas tradicionales.

Quizá sea esto debido a que se va haciendo realidad la actuación que se orienta según la definición de salud de la OMS, que por ser hoy menos utópica de lo que era cuando fue enunciada, merece la pena repetir: «Estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente usencia de

enfermedad», así como la doble dimensión de funcionamiento y sensación que implica la evaluación de la salud «en términos de capacidad funcional para llevar a cabo las actividades normales según la edad, sexo y papel social, en ausencia de daño o ansiedad.»

4.º El contenido

Los trabajos que siguen son muestra de los métodos y fines de la Epidemiología descriptiva, necesaria para la planificación racional de los recursos asistenciales que una comunidad necesite, y sobre todo del análisis epidemiológico de algunos de los factores que inciden en la salud mental, de los que no es el menos importante el de la actitud de la población y de los sanitarios hacia la enfermedad mental. No es un examen acabado de esa temática. Alguien echará en falta la discusión y determinación de «indicadores de salud» válidos, la consideración del ambiente físico y del uso simbólico del espacio en la medida de la calidad de vida de una comunidad, la patología ligada a los modos de producción industriales y a la situación de desempleo, la relación entre bilingüismo y salud mental, o la inclusión en la patología de los aspectos específicos de algunas formas de patología psicósomática.

Sí se encontrará en lo que sigue la consideración del ambiente familiar en la salud de los individuos, así como en la terapia y en el planteamiento de la reinserción social de enfermos largo tiempo asilados. Al tiempo que experiencias asistenciales en distintos ámbitos ejemplifican las vías de transformación actual de esa asistencia. Si bien no hay apenas mención a dos aspectos a los que hoy se hace continua referencia y sobre los que hasta el momento los estudios realizados no han conseguido mostrar apenas algo más que su enorme complejidad:

- *los modos y el valor muy relativo de la educación sanitaria en higiene mental, en particular cuando se confía en las orientaciones pedagógicas y unidireccionales a través de los mass-media;*
- *y la posibilidad de establecer una relación entre la eficacia y los costes económicos de los programas de salud. Sobre todo si no se define previamente en función de qué sistema ideológico-moral se considera esa eficacia y, dando por supuesto que el de las sociedades de capitalismo avanzado sea universal, se resalta que eficacia y equidad están reñidas, como es el caso de los estudios más en boga.*

No obstante, sí está implícita en las experiencias asistenciales, de las que se informa al final de esta panorámica, la exigencia de evaluación constante de los fines y eficacia del trabajo profesional en salud mental.

Todos los trabajos, excepto el último, que se incluye en este número, fueron presentados en dichas jornadas. Tizón García nos ofrece unas notas o esquemas para hacer historia y cómo y por dónde debe orientarse el tratamiento de la salud mental.

Con el título España, ¿una sociedad enferma? Sociedad y salud mental, Documentación Social quiere contribuir al debate que diariamente se lleva a cabo sobre estos temas, no sólo entre los profesionales, sino también entre los líderes sociales y en la población en general.

Finalmente, dejar constancia de que DOCUMENTACIÓN SOCIAL no se identifica con las opiniones que los autores expresan en sus artículos firmados.

FRANCISCO SALINAS RAMOS

Clase social y movilidad social como factores condicionantes de la salud mental

Dr. J. L. Vázquez Barquero
Servicio de Psiquiatría.
Facultad de Medicina, Universidad de Santander.
Centro Médico Nacional «Marqués de Valdecilla».
SANTANDER.

La teoría de que la pobreza y la pertenencia a la clase social baja se asocian a través de mecanismos de «stress» con el desarrollo de patología mental ha estado presente en la literatura desde antiguo, apareciendo por primera vez en los escrito de Demócrito, en los que 500 años antes de J.C., se apuntaba la posibilidad de que la patología mental era consecuencia de la civilización. Años más tarde, coincidiendo con el inicio de la psiquiatría social, autores como Jarvis (1850) y Tuke (1878) plantearon nuevamente que el aumento de patología mental existente en la clase baja era consecuencia de la malnutrición y del «stress». Una visión un poco distinta de esta problemática la ofrece también por esta época el trabajo de Burrows (1820), en el que se demuestra cómo el incremento de patología psiquiátrica detectado en Gran Bretaña entre 1800 y 1804 era debido al aumento de hospitalizaciones que se dio como consecuencia de la pobreza resultante de la pérdida de cosechas de 1800.

Más recientemente, Faris y Dunham (1939), analizando los ingresos psiquiátricos del hospital de Elgin, pusieron de manifiesto que ciertos tipos de psicosis «esquizofrenia, neurosífilis, psicosis alcohólica) procedían de las áreas más pobres y desestructuradas de la



ciudad de Chicago. Este importante hallazgo, que confirmaba el punto de vista ya sostenido por Tuke de que urbanización y pobreza eran factores interdependientes capaces de condicionar la salud psíquica del individuo, estimuló el interés por el estudio del mapa residencial de los ingresos psiquiátricos procedentes de áreas urbanas de tal manera que, en el curso de unos años, numerosos autores trataron de replicar dichos hallazgos en otras ciudades americanas y europeas [Shroeder (1942), Gerar y Houston (1953), Hare (1956), Steim (1957), Clausen y Kohen (1959), Hafner y Reimann (1965)]. Aun cuando algunos de estos estudios, que habían sido realizados en ciudades con un desarrollo social y demográfico más complejo, hicieron pensar que era el «aislamiento» más que la clase social el factor decisivo de esta distribución, la mayoría confirmaron que era la «clase», pero sobre todo la movilidad social, la causa fundamental de esta especial concentración urbana de psicosis.

Paralelamente con estos trabajos, otros autores analizaron también la manera como la clase social incidía sobre la morbilidad psiquiátrica en general, encontrando nuevamente una relación inversa entre ambas [Hollingshead y Redlich (1958), Harkey y col. (1976)]. Se introduce, sin embargo, en estos trabajos una matización importante al demostrarse cómo también el tipo de patología desarrollada varía con la clase social. Así, en el estudio de New Haven se comprueba (Fig. 1) cómo mientras que en la clase alta el 35 % de los pacientes son psicóticos y el 65 % neuróticos, en la clase baja aparece un 90 % de psicóticos y sólo un 10 % de neuróticos. Otro aspecto importante demostrado en este estudio es el de que el tratamiento que los pacientes reciben depende también de la clase social a la que pertenecen. Así, mientras que la psicoterapia predomina en la clase alta, los tratamientos custodiales y biológicos lo hacen en la baja, apareciendo también entre ellas, como se observa en la Fig. 2, diferencias muy significativas en cuanto a la duración del tratamiento. Hay que considerar, sin embargo, que los resultados que estos estudios hospitalarios aportan están en gran medida mediatizados por los mecanismos de selección que actúan en el proceso a través del que el individuo enfermo establece contacto con las agencias médicas [Vázquez Barquero (1980)]. Es precisamente esta falta de fiabilidad de los datos basados en poblaciones hospitalarias la que

hace que sea necesario comprobar en qué medida la interacción previamente descrita entre la clase social y patología mental se repite también en la población general.

Aun cuando Bastide (1978), en su libro *Sociología de las Enfermedades Mentales*, indica que los estudios comunitarios no confirman la relevancia de la interacción entre clase social y patología mental, un análisis más exhaustivo, como el llevado a cabo por Doherenwed y Doherenwed (1969, 1974) sobre 32 estudios comunitarios, sí demuestra de manera inequívoca una clara interacción

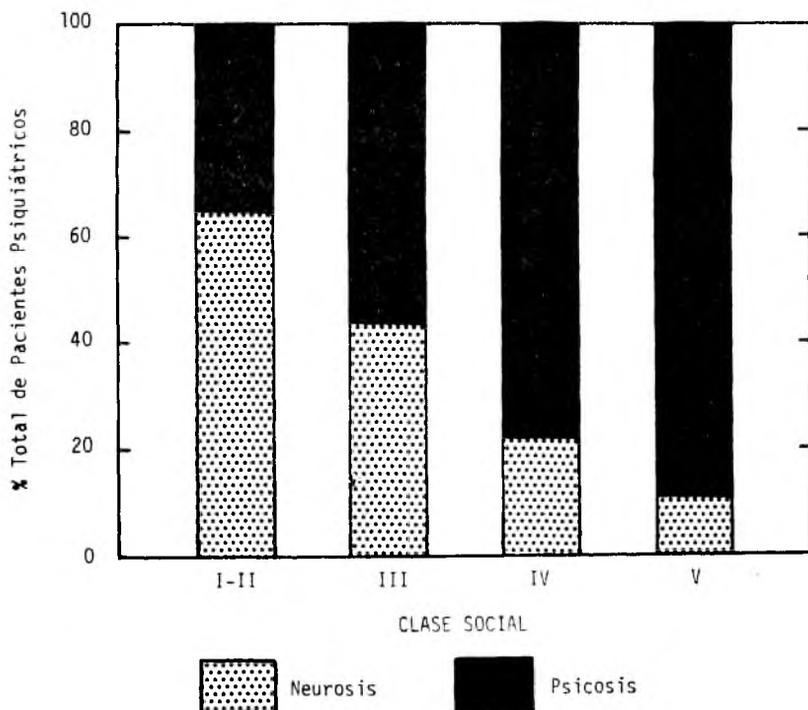


FIG. 1.—Porcentajes de Neurosis y Psicosis en el total de los pacientes psiquiátricos según la clase social (ajustado por sexo y edad). (Tomado de Hollingshead y Redlich, 1958).

entre ambas. Se confirma además en este análisis (Tabla I) no sólo un predominio de patología mental en la clase baja, sino también el dato previamente encontrado por Hollingshead y Redlich (1958) de que la clase social actúa de manera diferente sobre los distintos procesos mentales, de tal manera que mientras que las alteraciones de la personalidad presentan una relación inversa con este factor, las psicosis y las neurosis no lo hacen. Ahora bien, al diferenciar en el grupo de las psicosis las esquizofrenias de las enfermedades maniaco-depresivas, se observa cómo mientras que las primeras predominan en la clase baja, las segundas lo hacen en la alta (Doherenwend y Doherenwend (1969). Mención especial merece el grupo de las neurosis, el cual no mostró una correlación significativa con la clase social, no apareciendo ésta tampoco, como vemos en la Fig. 3, en el estudio realizado por nosotros en el Baztán [Vázquez Barquero (1979, 1981)].

La posibilidad de que esta interacción entre patología mental y clase social sea un fenómeno eminentemente urbano y, por consiguiente, dependiente de otros factores, como el aislamiento o la desestructuración social [Wing (1979)], no puede ser sostenida al confirmarse también dicha asociación en los estudios rurales (Tabla I). Vemos así como los estudios comunitarios confirman la interacción detectada en las poblaciones hospitalarias entre clase social baja, esquizofrenia y alteraciones de la personalidad, y clase social alta y psicosis maniaco-depresivas.

Esta concepción estática de la clase social a la que nos hemos estado refiriendo ha sido criticada, sin embargo, sobre la base de que lo verdaderamente importante para el individuo no es la pertenencia a un grupo social determinado, sino su historial y expectativas de movilidad dentro de la estructura de clases. Hay que aclarar no obstante que pese a la importancia de este punto de vista el concepto de movilidad social no ha surgido como consecuencia de proyectos específicos de investigación, sino asociado a los intentos de autores como Myerson (1940), Hare (1956), Warner (1937), de desarrollar teorías explicativas de la interacción entre esquizofrenia y clase social basadas en la selección, bien pasiva o hipótesis del «Descenso social», o activa o hipótesis de la «Segregación».

Si bien los estudios llevados a cabo por distintos autores, Lys-tad (1957) y Hare (1956), parecen indicar que el aumento de pato-

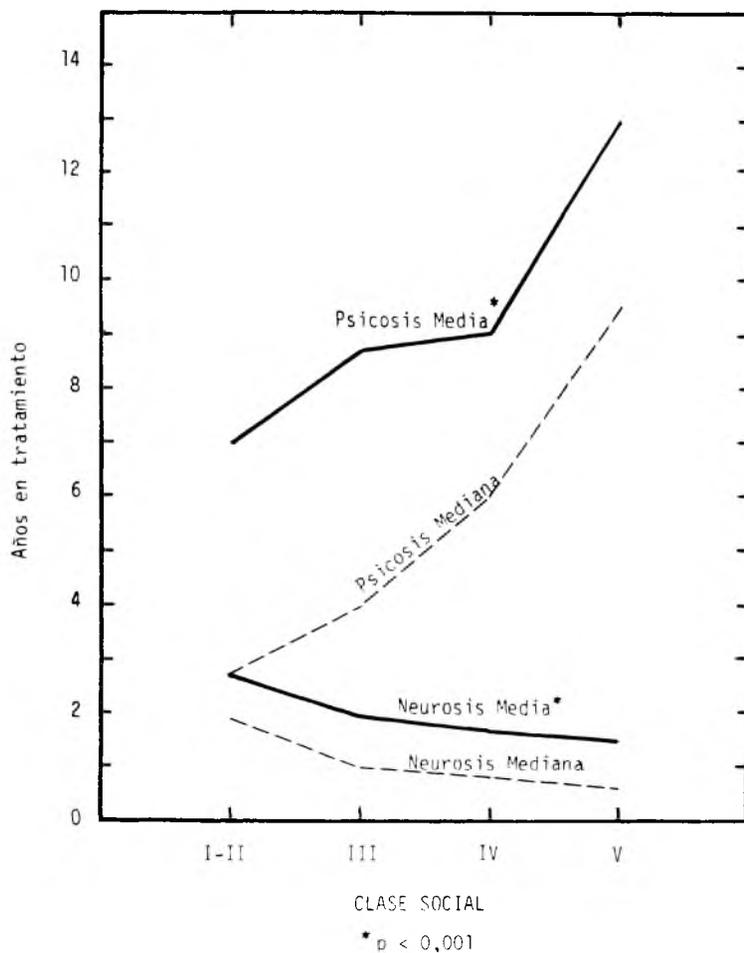


FIG. 2.—Medias y Medianas del número de años que los pacientes neuróticos y psicóticos han permanecido en tratamiento según la clase social. (Tomado de Hollingshead y Redlich, 1958).

TABLA I

PORCENTAJES DE LOS DISTINTOS TIPOS DE PATOLOGIA ENCONTRADOS EN LOS GRUPOS «CLASE SOCIAL BAJA», «OTRAS CLASES SOCIALES», SEGUN LA PROCEDENCIA URBANA O RURAL DEL ESTUDIO (Tabla tomada de Doherenwend y Doherenwend, 1974)

TIPO PATOLOGIA	Rural		Urbano		Zonas Mixtas	
	Número Estudios en los que los porcentajes de patología son más altos para:					
	C.S. Baja	Otras Cl. Soc.	C.S. Baja	Otras Cl. Soc.	C.S. Baja	Otras Cl. Soc.
Psicosis	1	5	3	3	2	1
Neurosis	3	3	4	3	0	2
Alt. Perso.	4	2	5	1	2	0
Global Patología...	9	4	17	1	2	0

logía mental de la clase baja es debido a la movilidad social descendente, los trabajos de Hollingshead y Redlich (1958) en New Haven demuestran justamente lo contrario, apareciendo en ellos los porcentajes de patología mental más altos precisamente en los pacientes no móviles de la clase baja, y los más bajos en los que habían experimentado ascenso social. Años más tarde, Goldberg y Morrison (1963), analizando los ingresos psiquiátricos ocurridos en Inglaterra y País de Gales, confirmaron nuevamente la importancia de la movilidad descendente a la hora de explicar el predominio de patología mental de la clase baja. Esta contradicción con los resultados del estudio de New Haven es explicada por dichos autores en función de los distintos criterios empleados para definir la clase social. Así, mientras que Goldberg y Morrison utilizaban como indicador del «status» social únicamente la ocupación, Hollingshead y Redlich valoraron también el nivel educacional y sobre todo el lugar de residencia. Es precisamente este último factor el que, al existir en los esquizofrénicos una tendencia a residir en el domicilio paterno, motivó, según ellos, que se vieran falsamente reducidos los índices de descenso social de dichos pacientes.

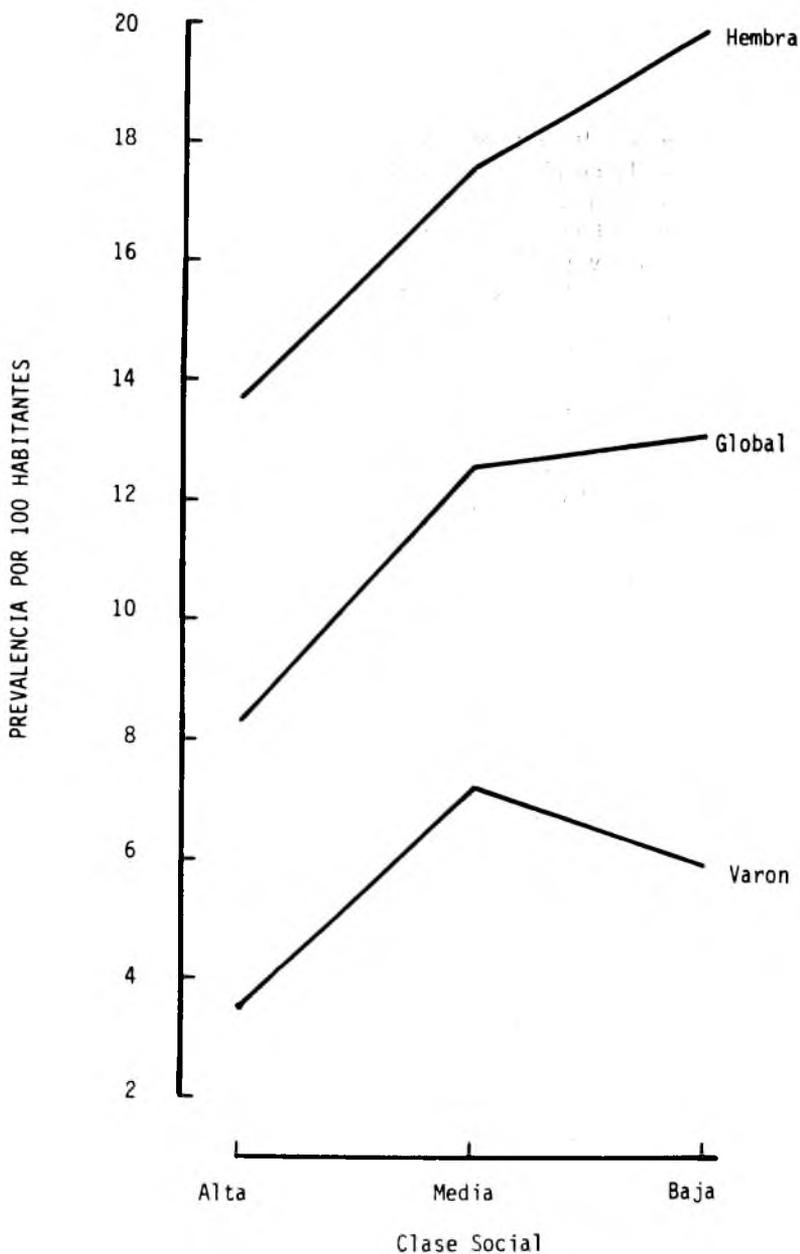


FIG. 3.—Prevalencia de las neurosis según la clase social y el sexo. (Figura tomada del Estudio Epidemiológico del Valle del Baztán, Vázquez Barquero, J. L. y col., 1981).

Algo que resulta interesante discutir en este momento es el hecho observado en el estudio de New Haven de que la ausencia de movilidad social ascendente se asocia a las cifras más altas de patología. La importancia de esta interacción entre ausencia de movilidad ascendente y patología mental, sobre todo esquizofrenia, ha sido también demostrada en otros estudios [Lystad (1957), Kohn (1976)], sugiriendo que este tipo de patología es responsable, a través de los déficits que produce, del fracaso de estos individuos en sobrepasar el «status» social paterno. Se puede también interpretar esta interacción de manera alternativa diciendo que la incapacidad para el ascenso social es un importante elemento patógeno en la clase baja. Vemos así cómo ambos factores de movilidad social descendente e incapacidad para el ascenso social pueden actuar de manera conjunta, provocando dicho aumento de patología. En este mismo sentido apunta el estudio de Midtown Manhattan [Srole y colaboradores (1962-1975)], en el que se observa no sólo una clara relación en la clase baja entre falta de movilidad y psicosis, sino también cómo mientras que los individuos con descenso social tienden a presentar alteraciones de la personalidad y alcoholismo, los que ascienden de nivel sufren mayores porcentajes de neurosis obsesivas. Otros estudios recientes han confirmado también la existencia de rendimientos académicos más bajos en aquellos individuos que posteriormente desarrollan ciertos tipos de trastornos psiquiátricos [Noreik y Odegaard (1966), Watt y Lubensky (1976)].

Vemos así cómo la epidemiología psiquiátrica ha ido aportando una considerable cantidad de datos en apoyo de la asociación entre clase social, movilidad social y desarrollo de determinados tipos de patología. Esta asociación se encuentra, sin embargo, por el momento sin una teoría explicativa suficientemente contrastada. Podemos, no obstante, formular de manera provisional dos posibles hipótesis acerca de su origen: la del «origen social» y la de la «selección social». A continuación analizaremos en cierto detalle cada una de ellas.

Origen social de la asociación entre clase social y patología mental

Se defiende aquí que el aumento de patología mental existente en determinados grupos es consecuencia de la pobreza y de las de-

privaciones existentes en las áreas más desintegradas de la comunidad. En estas áreas, junto al aislamiento social, a los factores de «stress» y a las carencias de sistemas válidos de comunicación, se dan también en el individuo marcados déficits de recursos psicológicos y sociales con los que hacer frente a las privaciones del entorno. Como se ha visto a lo largo de este trabajo, esta teoría ha contado ya desde los tiempos de Tuke con numerosos adeptos, de manera que incluso autores como Faris y Dumham (1939), Hollingshead y Redlich (1959), defendieron puntos de vista socioambientales basados en el «stress» a la hora de interpretar sus hallazgos en las ciudades de Chicago y New Haven.

Una formulación desarrollada de la teoría del «stress» se encuentra en los trabajos de Leighton, D. C., y col. (1963), en el Stirling County, y Leighton, A. H., y col. (1963), entre los Yoruba, en los que se demuestra cómo los procesos de desintegración social existentes en determinadas comunidades se asocian a través del «stress» y de las carencias de recursos psicológicos con altos niveles de patología mental. Se introduce así en esta teoría un nuevo factor, que es el de la capacidad adaptativa del individuo frente a los aspectos negativos de la «desintegración social». Esta matización ha sido formulada por Alexander Leighton, diciendo: «... Los miembros de las comunidades desintegradas están sometidos a dos fuerzas interdependientes que destruyen su moral, una sociocultural y otra psicológica, de tal manera que terminan siendo incapaces de utilizar de manera adecuada incluso los limitados recursos que poseen. Por ello no basta con mejorar su situación económica y cultural, sino que es preciso modificar su concepción del mundo y sus niveles de motivación para que así consigan alcanzar la necesaria confianza en sí mismos y en sus posibilidades de cambiar el entorno...»

De manera similar, otros autores, como Srole y col. (1962, 1975), en el estudio de Midtown Manhattan, comprobaron cómo los miembros de las clases bajas presentaban no sólo altos niveles de «stress», sino también un menor número de mecanismos de defensa. A partir de este hallazgo, dichos autores elaboraron una teoría basada en la dinámica «stress»-«strain». En ella se valora tanto el estímulo patógeno ambiental («stress») como la respuesta individual ante él («strain»), sosteniéndose incluso que factores psicológicos, sociológicos y físicos pueden actuar sobre esta dinámica condicionando el que

la respuesta final del individuo sea patológica o sana. Más recientemente, Kohn (1976), basándose en datos aportados por Roger y Hollingshead en San Juan, propone una modificación todavía más profunda de esta teoría. En ella el aumento de patología mental, sobre todo esquizofrénica, existente en la clase baja, estaría motivada también por otra serie de mecanismos, apareciendo además junto a unos altos niveles de «stress» una limitada dotación de recursos psicológicos y, sobre todo, una especial predisposición genética del individuo.

Todos estos planteamientos constituyen ejemplos de la teoría del origen social de la patología mental. En ella, como vemos, la enfermedad es vista como un modo especial de respuesta del individuo ante determinadas condiciones de vida, las cuales se dan preferentemente en niveles socioeconómicos bajos y en áreas de la sociedad marcadas por los procesos de desintegración y desestructuración. Esta teoría que redime al individuo en cierta medida de responsabilidad ante el desarrollo de la enfermedad y que le hace víctima pasiva y vulnerable de las agresiones del entorno social, ha sido con frecuencia criticada como incompleta y partidista por aquellos que quieren ver al hombre como elemento activo de su destino, y a sus fracasos y enfermedades, como deficiencias propias de su naturaleza, y a la sociedad, como estructura moldeable que le integra, tomando de él por consiguiente sus aspectos positivos y negativos. Esta visión contrapuesta del origen de la patología mental que recibe tradicionalmente el nombre de teoría de la «selección social» es la que pasaremos a analizar a continuación.

La selección social como causa de la asociación entre clase social y patología mental

Frente a los autores que defienden el «stress» como mecanismo explicativo de la asociación entre clase baja y patología mental existen otros que, siguiendo los puntos de vista propuestos por Jarvis en 1855, postulan la teoría de la selección social. Esta teoría, análoga en muchos aspectos a la de la selección natural de Darwin, sostiene que los individuos más aptos o más favorecidos por las circunstancias ascienden en la escala social, mientras que los más débiles

no lo hacen o incluso en ocasiones extremas descienden. Ahora bien, este proceso de movilidad social se relaciona con la patología mental de manera compleja y diversa. Así, el descenso social en su forma activa («segregación») o en su forma pasiva («drift») puede actuar a la vez como mecanismo de selección o como fuente de «stress» y como tal asociarse a determinados tipos de patología, como la esquizofrenia o el alcoholismo. De manera similar el ascenso de clase puede ser también causa de «stress» y frustración para aquellos que no logran alcanzarlo, produciendo de esta manera ciertos tipos de patología, como las alteraciones de la personalidad, o, por el contrario, origen de un proceso de selección a partir del que sólo aquellos individuos que poseen determinados rasgos de personalidad (personalidades obsesivas, hipertímicas) consiguen superar el nivel social paterno.

Aun cuando un gran número de autores sostienen que el aumento de patología mental existente en la clase baja se deriva de la tendencia de ciertos pacientes a descender de clase, bien forzados por su propia incapacidad o a través de mecanismos activos que le permiten segregarse en áreas caracterizadas por altos niveles de aislamiento [Myerson (1940), Hare (1956), Warner (1937), Goldberg y Morrison (1963)], los estudios llevados a cabo en New Haven defienden por el contrario el punto de vista de que es la falta de ascenso el factor decisivo para el desarrollo de patología mental en dicha clase. La relevancia de este mecanismo es también confirmada por Gruenberg (1961), quien plantea que en una sociedad como la nuestra, donde el ascenso es la norma, se dan necesariamente procesos de selección a través de los que sólo los miembros más sanos y valiosos de cada clase logran ascender de «status», dejando atrás un residuo de patología. En este mismo sentido apunta el estudio de Midtown Manhattan, en el que se confirma una clara relación entre falta de movilidad y patología mental, y también los trabajos de autores como Lystad (1957) y Kohn (1976), en los que se observa cómo los pacientes esquizofrénicos presentan menos porcentajes de ascenso social que la población general.

Si bien el concepto de «Residuo Social» es explicado dentro del esquema general de la teoría de la selección natural, resulta difícil poder diferenciar en él dichos mecanismos de los de «stress». Esto se hace patente sobre todo si consideramos que en una sociedad

como la nuestra, que preconiza la lucha por el mejoramiento del propio estatuto social, existe, como indica Bastide (1978), el riesgo de que al no permitirse a ciertos individuos de la clase baja dicho ascenso, se den en ellos altos niveles de frustración y «stress», los cuales pueden ser en última instancia responsables de un aumento de patología mental. Es, por consiguiente, lógico encontrar en estos grupos precisamente tipos de patología que, como la esquizofrenia o las alteraciones de la personalidad, se caracterizan por una marcada desestructuración y ruptura con el orden social establecido. Ejemplo de esta dificultad en escoger entre ambas teorías del «stress» y de la selección lo constituye el estudio realizado por Srole y colaboradores (1962, 1975), en el que se observa cómo al relacionar los porcentajes de patología mental con la clase social y los niveles de «stress» queda un aumento de patología en la clase baja que no puede ser explicado exclusivamente a través de uno de estos mecanismos. Vemos, por consiguiente, cómo aun cuando ambas teorías de la selección y del «stress» suelen ser presentadas como contrapuestas, la presencia de una de ellas no excluye, como indican Doherenwend y Doherenwend (1974) necesariamente la otra. En este mismo sentido apuntan también las conclusiones finales del Midtown Manhattan Study, en el que se defiende que ambos mecanismos de «stress», en la forma de deprivaciones infantiles y de selección, a través de una movilidad intergeneracional, son responsables de esta relación inversa tan significativa entre clase social y patología mental.

Así, la controversia selección-«stress» iniciada en 1939 por Faris y Dunham continúa en gran medida sin resolver. Este hecho es sin lugar a dudas debido a que en ella se entremezclan factores de gran complejidad y que actúan de diversa manera en cada tipo de patología. Mientras que en las psicosis maníaco-depresivas influyen sobre todo procesos de selección social ascendente, en la esquizofrenia, junto a factores de «stress», parecen darse también mecanismos de descenso y falta de ascenso social. En las alteraciones de la personalidad, por el contrario, todo parece indicar que su asociación con la clase baja es consecuencia del «stress» y de la frustración, que van asociadas a la incapacidad por mejorar el propio estatuto social. Hay que destacar, por último, cómo curiosamente las neurosis son las únicas, y esto también pudo ser comprobado en el estudio del Baztán [(Váz-

quez Barquero y col. (1971)], que no guardan una clara relación con la clase social.

Nos encontramos, por consiguiente, en una situación en la que un gran acúmulo de datos descriptivos nos permiten plantear ciertas presunciones causales en torno a la interacción entre patología y clase social. Los aspectos centrales de esta cuestión continúan, sin embargo, todavía por esclarecer y continuarán así mientras no dejemos de basarnos en análisis meramente descriptivos para pasar a utilizar, como recomiendan Doherenwend y Doherenwend (1974) diseños experimentales capaces de investigar de manera específica cada una de las distintas hipótesis que están abiertas en la literatura.

BIBLIOGRAFIA

- BASTIDE, R.: *Sociología de las Enfermedades Mentales*, Siglo XXI Editores, 4.ª edición, México, 1978.
- BURROWS, G. M.: *An Inquiry into certain errors relative to insanity and their consequences: Physical, Moral and Civil*, 1820. Citado en: SCHAWB Y SCHAWB: *Sociocultural roots of mental illness an epidemiological survey*, Plenum Medical Books, New York, 1820.
- CLAUSEN, J. A., & KOHN, M. L.: «Relation of schizophrenia to the social structure of small city», en *Epidemiology of mental disorders*. Pasamanick B. (ed.). *Am. Assoc. Advan. Scien.*, Washington, D. C.
- DOHRENWEND, B. P., & DOHRENWEND, B. S.: «Social status and psychological disorders», *Wiley Interescience-J. Wiley & sons*, New York.
- «Social and cultural influences on psychopathology», *Annual Review of Psychology*, Vol. 25 (417-437), 1974.
- FARIS, R. E. L., & DUNHAM, H.: «Mental disorders in urban areas», *Phoenix books: The University of Chicago Press*, 1939.
- GERARD, D. L., & HOUSTON, L. G.: «Family stting and the social ecology of schizophrenia», *Psychiatr. Q.*, vol. 27 (90-98), 1953.
- GOLDBERG, E. M., & MORRISON, S. L.: «Schizophrenia and social class», *Brit. J. Psych.*, vol. 109 (785-191), 1963.
- GRUENBERG, E. M.: Comments on: *Social structures and mental disorders: Competing hypotesis of explanation*, by Dunham, H. W. In: *Causes of menal disorders: A review of epidemiological knowledge*, 1959, Milbank Mem. Fund., New York, 1961.

- HAFNER, H., & REIMANN, H.: «Spatial distribution of mental disorders in Mannheim», en *Psychiatric Epidemiology*, Hare, E. H., Wing, J. K. (eds.), págs. 341-354, Oxford University Press, London, 1970.
- HARE, E. H.: «Mental illness and social conditions in Bristol», *J. Mental Science*, vol. 102 (349-357), 1956.
- HARVEY, J.; MILES, D. L.; RUSHING, W. A.: «The relation between social class and functional status», *J. Hlth. Hum. Behav.*, vol. 17 (194-204), 1976.
- HOLLINGSHEAD, A. B., & REDLICH, F. R.: *Social class and mental illness a community study*, John Wiley, New York, 1958.
- JARVIS, E.: *Report on Insanity and idiocy in Massachusetts*, 1855, citado en Schwab, J. J., & Schwab, M. E. (eds): *Sociocultural roots of mental illness an epidemiological survey*, Plenum Medical Books, New York, 1978.
- KOHN, M. L.: «The interaction of social class and other factors in the etiology of schizophrenia», *Am. J. Psychiatry*, vol. 133 (177-180), 1976.
- LEIGHTON, D. C.; HARDIN, J. S.; MACKLIN, D. B., & MACMILLAN, A. M.: *The character of danger*, Basic Books, New York, 1963.
- LEIGHTON, A. H.; LAMBO, T. A.; HUGES, C. C.; LEIGHTON, D. C.; MURPHY, J. M., & MACKLIN, D. B.: *Psychiatric disorder among the Yoruba*, Cornell University Press, Ithaca, N. Y., 1963.
- LYSTAD, M. H.: «Social mobility among selected groups of schizophrenic patients», *Am. Sociol. Rev.*, vol. 22 (3) (288-292), 1957.
- MYERSON, R.: «Review, mental disorders in urban areas», *Am. J. Psychiatry*, vol. 96 (995-997), 1940.
- SHROEDER, C. W.: «Mental disorders in cities», *Am. J. Sociol.*, vol. 47 (40-47), 1942.
- SROLE, L.; LANGNER, T. S.; MICHAEL, S. T.; OPLER, M. K., & RENIE, T. A. C.: *Mental health in the metropolis*, McGraw Hill, New York, 1962.
- *Mental health in the metropolis*, Harper and Row, New York, 1975.
- STEIN, L.: «"Social class" gradient in schizophrenia», *Br. J. Prev. Soc. Hed.*, vol. 11 (181-195), 1957.
- TUKE, D. H.: *Insanity in ancient and modern life with chapters on its prevention*, 1978. Citado en: SCHWAB Y SCHWAB: *Sociocultural roots of mental illness an epidemiological survey* (Plenum Medical Books), 1978.
- VÁZQUEZ BARQUERO, J. L.: *Influencia de los factores socioculturales sobre la prevalencia neurótica. Un estudio de epidemiología comunitaria en el Valle del Baztán*, Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.

- «Metodología de la investigación epidemiológica psiquiátrica, los estudios transversales de dos fases de la comunidad», *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, vol. XIV-7 (153-162), 1980.
- VÁZQUEZ BARQUERO, J. L.; MUÑOZ, P. E.; MADDOZ, J. V.; MUERZA, P.; PASTRANA, C.; RODRÍGUEZ INSAUSTI, F.; VARO, J. R.: «Influencia de los factores socioculturales sobre la morbilidad neurótica en la comunidad», *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, vol. XV, núm. 2 (67-85), 1981.
- WARNER, W. L.: «The society the individual an his menal disorders», *Amer. Journ. of Psychiatry*, pág. 94, 1937. z
- WATT, N. F.; LUBENSKY, A. W.: «Childhood roots of schizophrenia», *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 44 (363-375), 1976.
- WING, J. K.: *Ideas in psychiatric epidemiology*, 1979. En HAFNER, H.: *Estimatig needs for mental health care, a contribution of epidemiology*, Springer-Verlag, Berlín, 1979.



LA HISTORIA CLINICA PSICOSOCIAL

Dr. Felipe Reyero
Centro Municipal de Promoción
de la Salud (MADRID)

La Historia Clínica Psicosocial es un conjunto de datos acerca de las peculiaridades de un cliente y de la relación que con él establecen los profesionales de la salud mental en la situación asistencial, almacenados por éstos con vistas a su posible posterior consulta.

En la práctica individual su finalidad principal es la de facilitar la mejor asistencia a cada cliente, como uno de los principales instrumentos de trabajo clínico. La extensión del trabajo en instituciones colectivas permite utilizarla también para el control de la calidad de la asistencia y del funcionamiento de la propia institución. La posibilidad de correlacionar mediante ordenador gran número de datos, hace posible su utilización en estudios epidemiológicos descriptivos de las necesidades asistenciales en salud mental que una comunidad tiene planteadas, y que toda planificación de la asistencia debe considerar, así como en estudios de epidemiología analítica, de los que deducir los factores biológicos y ambientales que influyen en la salud y que marcan los objetivos de actuación de la Psiquiatría preventiva de orientación comunitaria. Finalmente, y siguiendo el método comparativo, puede también utilizarse para delimitar los componentes y factores que influyen en los cuadros psicopatológicos, así como los diferentes modos de manifestarse la enfermedad mental en los distintos medios socioculturales; en suma, para la actualización y profundización en la nosografía psiquiátrica.

Ya en el mismo acto de su elaboración tiene utilidad para la clínica, por la exigencia de disciplina mental y reflexión que exige el



tener que plasmar y articular impresiones e intuiciones sacadas de la entrevista. Es frecuente que la autocrítica a las intervenciones del terapeuta en la entrevista y las concreciones del programa terapéutico se hagan en ese momento.

Pero su mayor interés reside en la posibilidad de recuperación de aquella información, de ser memoria próxima a los hechos, tanto si quien la consulta es la misma persona que la elaboró, como si es otra.

Y como documento próximo a la realidad a la que se refiere, tiende a dársele un valor de objetividad. No obstante, tanto en su elaboración, en la conservación de los datos y en su lectura posterior, influyen condicionantes que hacen de ese documento una visión sesgada de la realidad a la que se refiere y que creo conveniente considerar, al tiempo que se describen sus características y posibilidades, para que, señalando algunas de las limitaciones, se piense en modos de corregirlas o que, al menos, sean tenidas en cuenta en el momento de servirse de los datos en ella consignados.

Por ello, más que exponer de un modo arquitectónico la historia de la historia clínica psiquiátrica, los diferentes tipos y la extensión en el uso de cada uno de ellos y la propuesta global que yo pueda hacer, prefiero ir señalando, en las diferentes fases de su utilización, los límites a esa objetividad y los efectos que a nivel asistencial, legal y social, puede tener para clientes y terapeutas.

Frente a la confianza que suele haber en el conocimiento espontáneo de los hechos cuando éstos pertenecen al campo de la vida social y psíquica, de la que el observador participa, la Epistemología de los últimos años ha levantado puestas en guardia, y son numerosos los trabajos que señalan lo erróneo del empirismo ingenuo en este campo. Además de las prescripciones que desde la Psicología, y en particular del psicoanálisis, indican la necesidad de indagar, más allá de lo aparente, el contenido latente, también desde la Sociología se apunta a esa desconfianza de lo inmediato. Y para una Historia Clínica que se quiere Psico-Social, nos interesan las posiciones teóricas y las metodologías en una y otra ciencia.

Bourdieu, Chamboredon y Passeron recopilan en su libro *El oficio del sociólogo* (1) los trabajos más sobresalientes, y dicen que «la vigilancia epistemológica cobra más realce, y al "psiconanálisis del observador" se le añaden las condiciones sociales que le influ-

yen y sobre las que la sociología del conocimiento aporta datos». Y G. Bachelard (2), a la clásica sucesión de momentos del conocimiento científico en observación, hipótesis y comprobación, que privilegia este último momento, contrapone un mayor interés por los condicionantes previos al mismo interés por conocer algo, sean éstos afectivos o intelectuales, dando mayor importancia en el acto de conocer a la teoría previa que a la experiencia posterior.

Tanto el sufrimiento psíquico, como la relación terapéutica y la misma Historia Clínica, para ser comprendidos deben integrarse, entre otros, en sus contextos asistencial y social.

El marco en que se recogieron las observaciones, el marco e instrumentos de expresión en que se transcribieron a la Historia Clínica y la estructura formal de los datos, son variables y condicionan el contenido de la Historia. Al igual que los factores que influyen en el lector, le condicionan para la comprensión de aquel contenido.

Recorriendo las páginas de «dossiers» antiguos y aún en activo de personas tratadas repetidas veces en una misma institución, se suele encontrar cierta correspondencia entre fondo y forma, y uno y otra nos informan tanto de la persona a que se refiere como de los profesionales que la elaboraron.

En un principio son textos manuscritos, más o menos legibles, en los que en un estilo narrativo se describe un retrato psicopatológico, y a menudo moral, del enfermo, que conduce y justifica la prescripción farmacológica. Incluso, si el profesional daba importancia a las concepciones constitucionalistas o fisionómicas —Lombroso, Szondi—, se incorporaba a la Historia la fotografía de cuerpo entero o del rostro del enfermo. Transposición a la práctica psiquiátrica de la fascinación de la época por la fotografía como medio de detener el tiempo y retener la memoria de lo cambiante, al tiempo que servía para el control de pacientes incapaces de hablar para identificarse, o más bien imposibilitados para hacerse oír a causa de la disposición del personal.

Las páginas siguientes comienzan a estar escritas a máquina. Son notas concisas, porque es el propio médico quien tiene que escribirlas, y se utilizan dos tintas o los subrayados para realzar lo esencial, sin extenderse en los criterios en función de los cuales se les da esa importancia.

El dictado de las mecanógrafas que lo escribirán y la posibilidad

de hacerlo a través del magnetofón en la soledad del despacho, corrigiendo sin mayor esfuerzo las expresiones que no se ajustan exactamente a lo que se quiere decir, dan lugar a notas más extensas, en las que se manifiestan más claramente las características expresivas del profesional: sincopada, esquemática y con predominio de términos técnicos, en unos; coloquial, descriptiva y con gusto por los matices, en otros, e incluso, si su formación es psicoanalítica o su talante sentencioso, extendiéndose en confesiones acerca de la contra-transferencia o en reflexiones existenciales que el paciente le inspira.

Por fin, aparece la simultaneidad del texto narrativo con la señalización de la presencia o ausencia de determinados fenómenos en los ítems de la ficha perforada destinada al tratamiento por ordenador, o la simple referencia a que la historia continúa en un banco de datos, que se puede consultar mediante una clave y que devuelve la información escrita en sábanas de papel de formato muy particular o visualizada en la pantalla catódica.

MARCO DE LA OBSERVACION

El marco en el que se observan y conceptualizan los fenómenos psíquicos reseñados en la Historia Clínica tiene varios niveles.

La información sobre salud mental sólo tiene valor integrada en su contexto social y en la manifestación más próxima de éste, el contexto asistencial.

Existe una interrelación constante entre las concepciones acerca de la enfermedad mental, los procedimientos diagnósticos, las propuestas terapéuticas y las características generales de la sociedad. Sobre el profesional y su cliente actúa en todo momento la estructura social, sobre todo a través de la institución psiquiátrica, en que su relación se inscribe: el programa de formación del profesional, las concepciones teóricas y las técnicas de moda en su ambiente, la supervisión de su trabajo, si la hay; los condicionantes jerárquicos entre el personal; la transferencia que el paciente hace sobre la institución como imagen global, la actitud del personal tratante sobre las personas asistidas, la tendencia institucional a pasivizar o a auto-nimar a los clientes; la permisividad de un espacio adecuado para la relación dual terapeuta-cliente y el respeto a su carácter íntimo, o

por el contrario, la exaltación de la transparencia en la atención llevada en todo momento por un equipo de varias personas, el régimen económico y de horarios, que condiciona también, entre otros, esa relación. Aspectos que pueden reconocerse incluso en la práctica individual y privada. Como dice Tizón (3), «todo proceso clínico puede ser considerado y consiste fundamentalmente en un proceso de intercambio de información entre la institución, el paciente y el profesional».

En la historia clínica psiquiátrica, elaborada exclusivamente por un solo profesional, y en la que se consigna fundamentalmente la observación inicial, los factores relacionales apenas se consideran, y si lo son es limitados a las relaciones previas a la situación asistencial, que han provocado o facilitado la descompensación psíquica.

En la historia clínica psicosocial, además del sustrato biológico y de personalidad, se tiene en cuenta el contexto social del cliente todo a lo largo de su biografía, el contexto social e institucional de la relación terapeuta-cliente y la calidad de la relación terapeuta-cliente.

La Sociología y la Psicología Social estudian y han resaltado la importancia de los factores socioculturales en el desarrollo de la personalidad y en el funcionamiento actual de los individuos y grupos pequeños. En la historia clínica psicosocial se tienen en cuenta factores de índole ecológica —como ruido y habitat—, laboral, cultural —como lengua e ideología—, familiar, y ello tanto en sus aspectos objetivos como en su vivencia subjetiva por el cliente. Son hoy concepciones teóricas ampliamente compartidas en la comunidad científica relacionada con la Psiquiatría, acerca de las que hay un lenguaje común, al que conviene ajustar la reseña de los datos, y que se basan en numerosos trabajos, a partir de los cuales es posible conocer cuáles de esos factores y en qué situaciones son más determinantes; lo que permite seleccionar su recogida en la historia personal del cliente, de modo a no hacer de la historia clínica psicosocial una acumulación exhaustiva e indiscriminada de datos irrelevantes.

Es así que la recogida, exacta o aproximada, de los metros cuadrados de la vivienda y el número de personas que en ella habitan, si bien es orientativa del «status» socio-económico de la familia, apenas da información sobre la relación del individuo con sus próximos

y el condicionamiento espacial de ésta. Aunque estudios experimentales fijan en 18 metros cuadrados el mínimo ecológico por individuo, las diferencias culturales en el uso del espacio y la distancia entre los humanos, así como las peculiaridades familiares, dan al uso simbólico del espacio el verdadero valor de coerción o facilitación de la autonomía individual. Uso simbólico que tiene poco que ver con la disponibilidad matemática de territorio que se deduce de la división del espacio por el número de personas. Así, tiene mayor importancia saber de la especialización o no en el uso de cada habitación, las personas que duermen en cada una de ellas, la costumbre o no de cerrar las puertas de los cuartos destinados a funciones íntimas, etc. (4).

El ruido, al que son especialmente sensibles las personas criadas en el ámbito cultural germánico, es mucho mejor tolerado bajo otras culturas (5).

La situación laboral actual, además de ser por sí misma indicativa del «status» socioeconómico y del grado de integración social, cobra mayor significación si se inserta en el marco más amplio de la satisfacción profesional (profesión del padre, nivel cultural y expectativas del cliente, estabilidad en el empleo, profesión del cónyuge y de sus hijos, etc.).

La familia, como principal soporte de la vida psíquica del individuo, es un sector social a indagar especialmente. Tanto la familia de origen, transmisora de la herencia biológica y conformadora de la personalidad durante la infancia, como la familia de afinidad, en la que el individuo pone sus expectativas y encuentra su equilibrio actual.

A los antecedentes psicopatológicos familiares, el lugar del individuo en la fratria y otras circunstancias que condicionan su posición en la familia de origen, se añade el estudio de las interrelaciones familiares en un sentido diacrónico, con referencia a las repercusiones que sobre la salud de los diferentes miembros han tenido períodos críticos para el grupo familiar. I. Berenstein (6) pone en guardia acerca de los «períodos oscuros» y aparentemente no significativos de la anamnesis familiar, que a menudo corresponden a experiencias traumáticas no metabolizadas por el grupo. El mismo autor, al indagar en los nombres, encuentra que las expectativas o los compromisos de los padres con otros miembros de sus familias

respectivas aparecen más claramente en los segundos nombres, aquellos que no se usan, que en los de uso habitual. En mi experiencia en Navarra me ha resultado muy revelador indicar los nombres de toda la fratria, padres, abuelos y tíos de ambas ramas, lo que, junto con las relaciones de padrinazgo, orienta hacia el modo en que la familia nuclear ha planteado su autonomía respecto de la familia extensa.

Seva (7) señala en su modelo de historia clínica la necesidad de recoger no solamente datos objetivos, sino también la vivencia que el individuo ha tenido de la actitud de sus familiares hacia él y de él hacia ellos. Por otro lado, recoge la vivencia de las primeras experiencias en varios aspectos del desarrollo personal, a las que convendría añadir, a partir de los estudios de R. Rappoport (8), en parejas, el desarrollo de la luna de miel y los primeros meses de la vida marital, muy importantes para la satisfacción posterior en la vida de pareja.

Por otro lado, la desviación respecto de la norma habitual en su medio puede ser indicativa de lo que ese medio social considere desviación social, y una primera aproximación al rol de enfermo como forma de desviación social, en el sentido de Parsons (9), a la que se añadiría la indagación en los restantes rasgos de ese rol.

El método comparativo, con ser incompleto, ofrece algunas posibilidades, que son a explorar mediante estudios transversales y longitudinales de una amplia casuística, por medio del ordenador.

En España, la recogida automatizada de datos sociofamiliares para el Padrón Municipal hace aconsejable utilizar en los ítems correspondientes de las historias clínicas los mismos criterios, con vistas a poder más tarde comparar la población consultante con la población general.

En Estados Unidos, la utilización de los mismos modelos de historia clínica por varias instituciones permite constituir bancos de datos amplios y establecer comparaciones válidas entre cada caso particular y las medias del banco. Tizón informa de que el Multi-State Information System (MSIS) recoge datos de 850 instituciones psiquiátricas de siete Estados del nordeste de EE.UU., que atienden al 20 % de los pacientes con trastornos mentales tenidos en cuenta por la Administración. De una amplitud casi igual es el Programa

Automatizado de Información sobre Salud Mental (PAISM), aplicado en el sur de EE.UU.

Por otro lado, las concepciones teóricas de las que el terapeuta participa no son las únicas que dan sesgo a la observación y a la interpretación de lo observado. En la comunidad científica relacionada con la Psiquiatría se dan en cada sociedad y época varias escuelas dominantes, que a menudo están reflejadas en la propia institución, cuando ésta es colectiva. La necesidad de intercambiar información hace que antes incluso de que quien elabora la historia se plantee el hacerla comprensible para otros lectores, las interpretaciones, el diagnóstico y el mismo lenguaje tiendan a ser utilizables desde distintas posiciones teóricas. En nuestro ámbito las orientaciones dominantes son la biológica, fenomenológica-existencial, conductista, psicodinámica y sociológica.

En el momento de establecer el diagnóstico, parece obligado atenerse a la clasificación de la OMS, que posibilita la comparación con las historias de otras instituciones y países.

No obstante, la clasificación diagnóstica triaxial del Centro Psicossocial de Ginebra me parece más adecuada que la de diagnóstico único, para recoger los distintos aspectos de una visión psicossocial del cliente. Para cada caso se recoge el rasgo más importante de cada uno de los tres ítems:

- Estructura de personalidad.
- Síntomas.
- Determinantes sociales e institucionales.

El seguir la clasificación de Sadoul limita su generalización.

En el Centro Psicossocial de Navarra hemos intentado combinar el esquema triaxial con la clasificación de la OMS, lo que resulta posible, con tan sólo la limitación de que en algunos casos no es posible cubrir los tres ítems y que para algunos cuadros es preciso establecer subdivisiones, lo que de todos no entraña mayor problema cuando se quiere comparar con otras historias que no apliquen esas subdivisiones.

Cuando de los determinantes sociales se desea pormenorizar el tipo de familia, se pueden utilizar diferentes criterios en la adopción

de alguna de las numerosas clasificaciones de tipos familiares. Nosotros hemos preferido la clasificación en función del ciclo de vida por el que la familia está pasando en ese momento, de Duvall y Hill (10), pues se basa en datos objetivos que profesionales de distintas orientaciones pueden recoger, al no exigir interpretación, y resultan bastante operativos para situar la problemática de cada familia.

También es conveniente que la necesidad de atenerse a una clasificación comúnmente aceptada no imposibilite el desglosar de ella cuadros a los que, desde distintas escuelas, se les comienza a dar una entidad etiológica y sintomática distinta de la de otros cuadros con los que aparecen agrupados en la clasificación de la OMS. Es el caso de la agorafobia, hasta ahora agrupada con las restantes fobias, y que, sin necesidad de inscribirla por el momento en las depresiones, sí creo que debería desglosarse como cuadro diferenciado.

Hasta ahora me he referido a la observación del cliente, sea éste un individuo o un grupo natural (pareja o familia).

La historia clínica psicosocial debe contemplar también datos acerca de la institución que mediatiza la relación del terapeuta con su cliente.

El análisis institucional y la psicoterapia institucional enseñan cuáles son las situaciones y factores que más influyen en esa relación a través de la institución. En la vía de llegada, en la distancia (geográfica, económica, cultural) entre el cliente y las exigencias de la institución, en el modo de establecer la primera demanda y en el modo de presentarse a la primera entrevista (por ejemplo, «sólo» o «acompañado»), se manifiestan determinantes de toda la relación posterior. El que la asistencia sea por parte de un solo terapeuta o se simultaneen las intervenciones de varias personas, así como que el caso sea seguido o no en supervisión, también condicionan la relación terapéutica. Que en los pasos de uno a otro servicio no sólo se tiene en cuenta el estado del cliente, sino las necesidades de la institución, es sabido, pero no se suele consignar —y mucho menos cuando se trata de altas por reducción del personal, aunque estemos acostumbrados a señalar, por el contrario, «hospitalización por falta de soporte social durante las vacaciones de su familia».

Finalmente, las historias clínicas suelen ser muy parcas en recogida de datos acerca de la relación terapéutica, y no suelen ir más allá de clasificar el tipo de tratamiento en medicamentoso, psicoterapia

pia y otros. Si bien no es posible recoger, salvo en el texto narrativo, la riqueza de una relación, sí creo conveniente y posible que se recoja el número y frecuencia de las entrevistas, las barreras culturales entre terapeuta y cliente —en particular las debidas al idioma—, el tipo de psicoterapia y un juicio somero del terapeuta sobre el desarrollo y resultados de ésta. En este sentido, el programa computerizado del Eastern Oregon Hospital and Training Center objetiva, mediante cuestionarios pre y posthospitalización, los contactos de la institución con la familia y algunos aspectos administrativos.

MARCO E INSTRUMENTOS DE TRANSCRIPCION DE LOS DATOS

La consignación de los datos en la historia clínica suele ser responsabilidad en cada momento de una sola persona, que en ella señala su propia observación, los resultados de los exámenes complementarios que haya podido recabar de otros especialistas y su propia actuación terapéutica.

Pero no siempre la historia clínica es elaborada por una sola persona.

Si la historia clínica pertenece a una institución colectiva y sucesivos terapeutas han ido consignando en ella datos acerca de un mismo cliente, se observa una tendencia a dar por buenas las ideas diagnósticas y terapéuticas del anterior, a unificar el estilo del texto, a repetir los mismos términos, que pasan a ser por selección progresiva casi exclusivamente los propios de la jerga profesional, y el realce de los datos que se supone más puedan interesar al terapeuta-lector siguiente, y que suelen ser... la etiqueta diagnóstica y la prescripción farmacológica. A menos que el terapeuta de turno no se resigne a que la socialización de la historia clínica la convierta en un instrumento de trabajo impersonal y empobrecido en sus contenidos, se la apropie por el tiempo que la use, recoja y reinterprete las notas anteriores en resúmenes de puestas al día, al tiempo que le añada no sólo las observaciones que puedan interesar a quienes más tarde se servirán de ellas, sino toda la riqueza de su relación con el cliente y el cúmulo de factores que a su juicio influyen en la patología, la evolución y el pronóstico.

Sujección a los criterios y al lenguaje común que provoca una reacción personalizante, mayor aún cuando el terapeuta está obligado a recoger de todos los pacientes las mismas series de datos; la misma batería de «test» y análisis complementarios, y a transcribirlos en unidades discretas a los ítems de la ficha destinada al ordenador. Los altos porcentajes de los ítems «no sabe» y «no contesta» de las encuestas sociológicas se manifiestan aquí en el apartado genérico «otros». Esto hace aconsejable que cuando se utilice la historia clínica automatizada, se preserve la entrevista no directiva y que se simultanee la ficha con el texto narrativo.

En otros casos, son varias las personas que simultáneamente introducen datos en la historia, incluido el propio cliente, por medio de sus respuestas a escalas de autoevaluación. Son los procedimientos automatizados, en los que se prescinde del profesional centralizador de datos y se espera del ordenador central que proporcione la etiqueta diagnóstica, como los programas a partir de cuestionario —el Finney Institute for the Study of Human Behavior, Inc— o partir de historias clínicas —los hoy muy extendidos DSM-I, DSM-II y DSM-III (11)—. Si su utilidad resulta cierta como ayuda a la toma de decisiones, su mitificación no contribuye más que a una deshumanización y empobrecimiento de la relación terapéutica, a tomar decisiones erróneas y a frenar el estímulo en los profesionales por la adquisición de conocimientos.

No bstante, y una vez señaladas las limitaciones de su uso, son a tener en cuenta, además de los ya citados, los programas de computerización de los «tests» psicológicos Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), Rorschach perceptivo-analítico y los cuestionarios de 16 Factores de la Personalidad (16 PF).

Otra dimensión del marco en el que se consignan los datos es el legal y deontológico. La necesidad de preservar el secreto, salvo en los casos extremos en que la protección de la sociedad desliga al profesional de esa obligación hacia su cliente, es particularmente necesaria en Psiquiatría. La intervención de particulares o de los poderes públicos en los archivos de los psiquiatras es harto conocida como para ser tenida en cuenta a la hora de establecer la conservación de esos datos.

En general, se recurre a establecer claves de identificación para acceder a las historias, si bien no es muy raro encontrar en lugares

relativamente accesibles «dossiers» en cuya portada está escrito en mayúsculas el nombre y apellidos de la persona.

El mayor peligro, no obstante, se encuentra en las posibilidades de acceso a los bancos de datos computerizados (12). Si bien el retener en la institución los datos de identificación —que no se limitan al nombre— es una precaución en sí bastante útil, hay que tener en cuenta que cuando se opera con grandes medios técnicos, como es el caso de poderes públicos, resulta relativamente fácil descifrar las claves de cualquier programa, a menos que se utilicen los basados en criptogramas, que encarecen y dificultan el trabajo habitual, pero dan mayor seguridad.

Es conveniente recordar que nuestra Constitución recoge en el artículo 18, apartado 1: «Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen», que se amplía en el apartado 4, en «La Ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos».

Sin embargo, no se han desarrollado esos principios legales hasta el momento, y estamos a la espera de un código deontológico de la Informática.

Al igual que no se han dispuesto medidas de policía adecuadas. El abogado J. F. Galván señalaba en *El País* la necesidad de una Policía Celadora de la Intimidad, y refería que en Alemania Federal existe un Comisionado Federal para la Protección de Datos, una especie de «ombudsman» de la edad electrónica, al tiempo que el Parlamento Europeo ha reconocido el derecho de los particulares a consultar los bancos de datos y a refutarlos.

ESTRUCTURA FORMAL DE LA HISTORIA CLINICA

La organización de los datos en la Historia Clínica tiende a reproducir la sucesión de situaciones por las que pasa el cliente en sus contactos con la institución: solicitud de intervención, primer contacto personal y directo con la recepción, primera entrevista, entrevistas sucesivas y exámenes complementarios, derivación a otro servicio o alta. En ocasiones se añaden informaciones catamnésicas recogidas un tiempo después de toda relación terapéutica.

Las temáticas a indagar en cada fase se refieren a la situación misma y a aspectos psicosociales del cliente cuyo sondeo en esa fase puede tener en sí mismo una finalidad terapéutica o al menos de ayuda a definir la actual relación terapeuta-cliente-institución.

Es así que en el momento de la llegada, si la persona que hace la recepción está preparada para ello, se pueden recoger los datos de:

- Identificación (nombre, sexo, edad, estado, origen, domicilio...);
- «Status» económico-sociocultural (situación laboral del cliente y familiares, nivel de estudios...);
- Determinantes administrativos (seguros, régimen económico de la asistencia, médico de cabecera y especialista habitual...);
- Persona que le ha recomendado acudir a esa institución;
- Motivo de consulta;
- Acompañantes,

que se añaden a los datos tomados en el primer contacto, aunque fuese telefónico, para solicitar la asistencia.

Al terapeuta suele corresponder completar algunos ítems de ese primer bloque, cuya indagación en la Recepción pudiera ser inadecuada. Por ejemplo, la situación religiosa o ideológica. Además de los antecedentes personales y familiares, con particular atención a la cronología y correspondencias en el tiempo de los cuadros psicopatológicos y somáticos del cliente y de su familia, reseña de tratamientos anteriores y posibles fármacos contraindicados, descripción del cuadro clínico actual, exámenes complementarios, conclusión diagnóstica y su consecuencia, la propuesta terapéutica. Complementado todo ello, en ésta y en las fases siguientes, con los datos pertinentes acerca de la actuación terapéutica e institucional (posibles barreras comunicacionales, personal que interviene, frecuencia y circunstancias de las entrevistas, etc.).

La evaluación de los efectos de la terapia, las correcciones en el primer diagnóstico y en el plan de tratamiento, se consignan en la Evolución. Y se termina con la descripción del final del tratamiento y un juicio Pronóstico.



Con el fin de preservar al máximo la posibilidad de acceso a la información contenida en la Historia Clínica y permitir al tiempo la consulta de datos esenciales, de carácter administrativo y asistencial, en situaciones de urgencia, suele recogerse en un fichero de Registros de casos el nombre, dirección, terapeuta tratante, fecha de la primera entrevista, fármacos contraindicados y, más por costumbre que por necesidad, la etiqueta diagnóstica.

Los datos suelen ser consignados sobre hojas de papel, en las que se encuentran inscritos los principales ítems, con espacio libre suficiente para el texto narrativo o los gráficos. A veces, y es lo que me parece más conveniente, sobre la misma hoja se consigna en forma narrativa y en unidades discretas, destinadas éstas a su transcripción al ordenador. Y en ocasiones, si bien ello puede plantear muchos problemas en la asistencia, los datos son solamente consignados en el ordenador, por medio de las terminales que hay en cada servicio.

* * *

Las reflexiones anteriores reflejan en gran parte las reuniones para la confección de un modelo de Historia Clínica Psicosocial, la utilización de ese modelo durante un año y la discusión de los resultados, en el Centro Psicosocial de Navarra. Así como el estudio de los modelos confeccionados y utilizados por Seva y cols. en Zaragoza y Tizón y cols. en Barcelona, cuya consulta recomiendo en algunas de las publicaciones de esos autores.

BIBLIOGRAFIA

1. P. BMURDIEU, J. Cl. CHAMBOREDON y J. Cl. PASSERON: *El oficio de sociólogo*, Siglo XXI Edit., Madrid, 1976.
 2. G. BACHELARD: *Epistemología*, Ed. Anagrama.
 3. JORGE L. TIZÓN GARCÍA: «La automatización de las Historias Clínicas en Psiquiatría: la Historia Psiquiátrica Automatizable Barcelona (HPAB)», *Informaciones Psiquiátricas*, núm. 73, 1978.
- M. SALAMERO I BARO y J. L. TIZÓN GARCÍA: «Una aportación a la recogida y procesamiento de la información psicosocial y de salud mental», en *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, sept.-oct. 1979, Madrid.

4. JOSÉ LUIS GARCÍA: *Antropología del Territorio*, Taller Ed. JB, Madrid, 1976.
5. ABRAHAM A. MOLES y ELISABETH ROMER: *Psicología del Espacio*, Ed. Ricardo Aguilera, Madrid, 1972.
6. I. BERENSTEIN: *Familia y enfermedad mental*, Ed. Paidós, 1978.
7. A. SEVA y L. CEARRA: «La aplicación del ordenador electrónico al manejo de la historia clínica psiquiátrica», en *Libro de ponencias del XII Congreso Nacional de Neuropsiquiatría*, Valladolid, 1974.
A. SEVA: *Psiquiatría Clínica*.
8. RHONA y ROBERT RAPOPORT: «The dual career family», en *Human Relations*, 22, I, 1969.
9. T. PARSONS: *El sistema social*, Ed. Revista de Occidente, Madrid, 1966.
10. E. DUVALL: *Family Development*, Filadelfia, JB. Lippincott Co, 1967.
R. HILL: «Methodological issues in family development research», en *Family Process*, 3, 1964.
11. R. L. SPITZER y J. ENDICOTT: «Diagno. A computer program for psychiatric diagnosis», en *Am. Journ. Psychiatry*, 125, supl. 1969.
R. L. SPITZER y J. ENDICOTT: «Diagno. 11. Further development in a computer program for psychiatric diagnosis», *Am. J. Psych.*, 125, 1969.
12. J. A. BALDWIN y J. LEFE: «Confidentiality of psychiatric data in medical information systems», en *Br. J. Psychiat.*, 128, 1976.



Algunos modos de actuación paidopsiquiátrica en una población urbana periférica

Inmaculada Azcorra Liñero
Carmen Coello de Portugal
M.ª Angeles Fernández Galindo

El Centro Psicosocial de Móstoles es una institución que abre sus puertas en marzo de 1980, debiendo su existencia a un concierto entre el Hospital Psiquiátrico Santa Teresa, de Leganés, dependiente del AISN (Ministerio de Sanidad), y el Excmo. Ayuntamiento de Móstoles. Este último aporta los locales, su mantenimiento y el personal administrativo, y el Hospital, la plantilla básica.

Presta atención psicológica y psiquiátrica, bajo los presupuestos de la psiquiatría de sector, a la población de Móstoles, ciudad-dormitorio del cinturón industrial del sur de Madrid, con 150.000 habitantes. De éstos, 24.000 son niños en edad escolar (entre seis y catorce años), y el ritmo de crecimiento de esta población escolar es de unos 1.400 alumnos nuevos por año.

Del tipo de población que nos ocupa dará idea el hecho de que el número de habitantes se ha duplicado en los seis últimos años y que en 1960 Móstoles tenía 2.500 habitantes. Es en la actualidad la tercera ciudad de la provincia, detrás de la capital y de Leganés.

El centro dispone de una consulta ambulatoria, que en el momento actual funciona a tiempo completo, es decir, atiende mañana y tarde, teniendo la posibilidad de utilizar para los ingresos de ur-

gencia la Unidad de Agudos del vecino Hospital Psiquiátrico Santa Isabel, de Leganés, y para los ingresos a medio plazo, el propio Hospital de Santa Teresa.

Funcionalmente, el centro está dividido en tres servicios (que deben compartir los mismos despachos, alternándose en el tiempo): uno de atención de adultos, otro de adolescentes y púberes, a partir de alrededor de los doce años, y otro de niños.

El marco referencial teórico es el psicodinámico y los instrumentos terapéuticos fundamentales son los psicoanalíticos, en todas sus variedades psicoterápicas.

En el momento de su creación, el Centro Psicossocial era la única institución pública que daba esta clase de asistencia. En el momento actual, existe un Centro Municipal de Planificación Familiar, que dispone de un psiquiatra, con el que intentamos coordinar, y pronto se abrirá el Gabinete Psicopedagógico Municipal, con tres psicólogos a tiempo completo, con los que también intentamos coordinar.

El presente trabajo se refiere fundamentalmente a un aspecto del quehacer del equipo de niños, así que hará un poco de historia de las vicisitudes al comienzo.

Al ser el nuestro un Centro que nació con una vinculación siquiera parcial con el Ayuntamiento, la primera demanda que atendimos procedía de los Servicios de Asistencia Social del propio Ayuntamiento, y era la dificultad para dar una respuesta a los casos numerosísimos de fracaso escolar. De modo que comenzamos a atender chicos entre seis y catorce años, enviados al Centro por los maestros o los directores de los colegios, con el rótulo genérico de «fracaso escolar». En algunos casos fue posible hacer una determinación más o menos clara de «trastorno en el aprendizaje de la lecto-escritura» y utilizar un «atajo» terapéutico que es la reeducación.

En este momento, todavía la población que atendemos sigue siendo mayoritariamente la descrita (sólo unos pocos casos acuden por otras vías por diferentes trastornos que los de aprendizaje: trastornos de conducta, enuresis, encopresis, etc.). Por esta razón hemos «estirado» excesivamente nuestro campo hacia lo psicopedagógico, bloqueando la posibilidad de atender otras patologías (trastornos del desarrollo temprano, psicósomas, etc.) que sin duda habríamos visto si nuestro contacto primero hubiera sido con los pediatras y los psiquiatras de la Seguridad Social.

Por otra parte, la atención a escolares exige también un trabajo, que podríamos encuadrar dentro de lo preventivo, consistente en todas las relaciones que deben llevarse a cabo con los maestros que envían niños (devolución diagnóstica, toma de datos, etc.), con el objetivo último de sensibilizar y comprometer progresivamente a los maestros en el abordaje de lo psicológico. Esperamos que cuando el Gabinete Psicopedagógico funcione, nuestro servicio pase a ser un segundo eslabón en la cadena asistencial, en el sentido de que trataríamos únicamente los casos que no puedan ser abordados desde una perspectiva psicopedagógica y precisen un tratamiento psicoterápico global. Estas indicaciones se harían primeramente por el Gabinete Psicopedagógico.

El fracaso escolar atrae nuestro interés, de manera especial, ya que, como hemos dicho, la demanda de consulta relacionada con esta problemática es alta en la población que atendemos.

Hemos podido observar a través de la clínica que detrás del denominador común de «fracaso escolar» se pueden encontrar muchas y variadas causas y situaciones que lo provocan. También hemos podido comprobar cómo el alumno calificado con el rótulo de «fracaso escolar» se siente incapaz de ser un buen alumno en cuanto a su rendimiento se refiere, y esto no ocurre porque él quiere, sino porque existen factores que, actuando directa y dinámicamente de forma negativa, imposibilitan la consecución de un rendimiento adecuado.

Partimos de la hipótesis de que la población infantil que fracasa escolarmente sufre inhibiciones intelectuales en el plano escolar.

La comprensión del término «inhibición» se encuentra enmarcada dentro de la teoría freudiana y se entiende como una restricción del aparato psíquico, bien como precaución, bien como consecuencia de un empobrecimiento de energía, presentando una relación directa con las funciones del Yo. Respecto a la relación directa entre inhibición y función intelectual, hablaremos de inhibición intelectual, refiriéndonos a la restricción ejercida sobre esta función del Yo.

Sabemos que las funciones inhibidas del Yo tienen un significado inconsciente de índole sexual/agresiva y que estas inhibiciones pueden afectar a toda función que haya sido sexualizada. Así, la función yoica de un órgano se ve afectada cada vez que aumente la erogenciadad de dicho órgano, es decir, su significado sexual, ya que la realización de esa función determinada (andar, hablar, comer, leer, es-

cribir, etc.) significaría llevar a cabo actos prohibidos de índole sexual/agresiva. Todo órgano, por tanto, puede servir de zona erógena y toda función puede llegar a ser víctima de una inhibición.

Cuando tratamos el fracaso escolar, además de lo ya dicho sobre la inhibición intelectual, manejamos otro concepto, que nos parece fundamental en relación con aquél. Nos referimos al concepto de «contrainteligencia» acuñado por Isabel Luzuriaga. Se refiere a este término con todas las connotaciones de un proceso activo y dinámico que funciona en contra de la inteligencia y que puede llegar a dejar al niño exhausto.

Como dice Luzuriaga, «la inteligencia es vida; su esencia es la afirmación, ser inteligente es siempre afirmar una realidad. Si el juicio inteligente que exponemos niega algo, estamos en el fondo afirmando la existencia de una ausencia... La inteligencia... es unión, conexión, instinto de vida... con la finalidad de crear productos y organizaciones nuevos». Por el contrario, la «contrainteligencia» es muerte; su esencia es la negación, la no comprensión, la desconexión de vínculos significativos, es separación y evita toda combinación que ponga en movimiento la creación de formas nuevas, ideas, pensamientos, etc.

El proceso de contrainteligencia se pone en marcha de forma inconsciente, utilizándose como mecanismo de defensa ante ansiedades demasiado intensas que el niño no puede tolerar. Cada paciente tiene una forma específica de autodestrucción mental y hay preferencias determinadas para elegir el estilo de cada disfunción, atacándose así diferentes tipos de capacidades.

Este proceso inconsciente y por tanto dinámico, que hemos llamado contrainteligencia, actúa en el sujeto impidiendo la libre disposición de sus recursos intelectuales y llevándole al fracaso en su rendimiento. Es a través de un tratamiento (en nuestro caso, la psicoterapia de grupo de orientación analítica) como hay que ir señalando y mostrando al paciente los procesos mentales que operan en él y en qué momento se ponen en juego las defensas (debidas a situaciones y fantasías ansiógenas) que interfieren y desvirtúan el conocimiento de la realidad externa e interna. Es mediante este mostrar y señalar a través de las interpretaciones en el «aquí y ahora» como el paciente puede ir tomando conciencia de lo que le pasa y, conociendo lo que le pasa, cambiar.

Los postulados teóricos de nuestra técnica grupal son los de la escuela argentina, que suma a la teoría psicoanalítica del grupo, los aportes kleinianos.

En el grupo de niños ha de tomarse en cuenta, por tanto, la dinámica del grupo con sus interacciones, la conducta individual expresada verbal, proverbial y lúdicamente, las modificaciones que la interpretación aporta en todos los niveles y las manifestaciones de la transferencia.

Pero también trabajando con niños, debe haber una referencia constante al medio familiar y al momento evolutivo.

De todos estos elementos probablemente el más importante y el más característico es el juego.

El juego es la expresión del mundo interno infantil, así como el instrumento imprescindible para la elaboración de todas las experiencias, que finalmente conducen a la integración del Yo.

Por otro lado, el juego es empleado como expresión de fantasías, pero también como defensa.

El juego adquiere un significado diferente según el momento de aparición en el proceso terapéutico y en el momento evolutivo del niño.

Como dice María Elizabeth Sirlin, «por medio del juego, y según el momento del proceso terapéutico, el niño repara, expresa, alivia ansiedades, permite la evolución y colabora con ella, pero también mediante el juego, el niño disocia, se aísla, crea esterotipias, se bloquea y empobrece, excluye e impide la comunicación».

Existe una relación inversa entre juego y edad. A mayor edad, menos juego y más verbalización. También a mayor edad, el juego es más estereotipado. La riqueza imaginativa expresada en el juego de un grupo de niños de 5-6 años es mucho mayor que la de un grupo de 10-11 años. Ello es consecuencia de la rigidificación de las defensas que se opera en la pubertad y que se expresa también en la modalidad de juego.

Es propósito de esta comunicación mostrar cómo una técnica de psicoterapia de grupo que se apoya en el juego puede resultar eficaz en el tratamiento de los fenómenos de inhibición intelectual, proporcionando o bien restaurando la capacidad de simbolización.

Nuestros pacientes tienen, lo que por otro lado es regla en la

patología infantil, cuadros complejos, fruto de un desarrollo evolutivo marcado por las pérdidas y los escollos.

El denominador común es el fracaso escolar, que nosotros hemos valorado en términos de inhibición intelectual.

Estos son algunos ejemplos clínicos:

HANS: Nueve años. Nació en Alemania, hijo de trabajadores emigrados. Ingresado a los 40 días, y durante tres semanas, por «principio de meningitis».

La madre intentó continuar la lactancia, sacándose la leche, pero se encontraba tan angustiada (el niño sólo podía ser visitado una vez por semana) que dejó de tener leche.

A los cuatro años es visto por un psicólogo porque «tenía problemas con el doble idioma»: hablaba correctamente el alemán y tartamudeaba ostensiblemente en español. En la misma época contrae bronquitis asmática, que motivó su vuelta a España por consejo del pediatra. El regreso coincide con el nacimiento de su hermana. Vive durante un año y hasta el regreso del resto de la familia, entre sus seis y siete años, en un pueblo de la Mancha con sus abuelos y se ve obligado a utilizar únicamente un idioma con el que tenía dificultades tanto para comunicarse como para ir a la escuela, además de sufrir segregación por ser «el alemán». Desde entonces tiene dificultades insuperables con el lenguaje y las matemáticas.

MARIA: Ocho años. Problemas sobre todo con la escritura y el cálculo. Es la más pequeña de tres hermanos. Tras un embarazo «horrorosamente malo, como todos», nació con una polidactilia (duplicación del pulgar), que aunque se corrigió totalmente mediante cirugía, cuando tenía dos años, marcó definitivamente a María frente a su madre como «hijo deforme». Se negó a comer desde que nació, fue y sigue siendo la más delicada y enfermiza de la casa. Aún no controla totalmente los esfínteres.

PEDRO: Nueve años. Traído a consulta porque «no avanza nada». Destaca en su biografía que fue un bebé «muy tranquilo», sólo salía de la cuna para comer y bañarse; que siempre fue muy vergonzoso («como yo», dice su madre), «se escondía de las visitas si le hablaban»; que compartió el dormitorio con sus padres hasta los tres años («porque me daba pena sacarlo»). A los cuatro años

tuvo, según su madre, meningitis ,los informes dicen, sin embargo, que el análisis de sangre y de LCR eran normales). Permaneció ingresado durante doce días por un episodio de púrpura que se diagnosticó clínicamente como meningocócico. Su madre permanece intensamente fijada a ese episodio. En el mismo año muere su abuela paterna, con la que Pedro estaba «emperrado», en palabras de su madre.

CARLOS: Nueve años. Grave retraso en lectura y escritura. De su actitud frente a la realidad da idea el hecho de que este mismo año se le encontró en una investigación de rutina una miopía de 7 dioptrías, de la que nunca se había quejado.

Como era de esperar, también hay características comunes en estos niños en la sala de juego:

- Dificultades para explorar el cajón (en unos por bloqueo, de origen fóbico-paranoide; en otros, por el reverso de la misma moneda, la posesión maníaca de todo el material).
- Preferencia por los juegos de reglas (en este punto, no obstante, habría que hacer la salvedad de que, por su edad, se hallan en el momento de salida de la latencia, es normal la preferencia, defensiva, por los juegos reglados).
- Dificultades para la expresión simbólica (en este sentido, colocamos entre el material un juego de marionetas, que en un principio llamaba la atención de todos, pero que, incapaces de adoptar roles, abandonaban en seguida).
- Por la misma razón, el material de dibujo y modelado es poco o pobremente utilizado. Una pauta frecuente es la destrucción de los dibujos después de haber sido realizados, por la intensa autocrítica que tienen sobre su capacidad, y en otros casos por las culpas que aparecen cuando el dibujo es expresión de impulsos agresivos.
- En relación precisamente con la agresión, una de las dificultades mayores del grupo a que me refiero derivan lógicamente de la escasa capacidad de simbolización, la dificultad para expresar la agresión en el «como si». El hecho

de que las peleas sean siempre físicas y «en serio» paraliza al grupo al exigir del terapeuta una actitud excesivamente activa para poner límites, prohibir, controlar, etc., en defecto de la actividad más neutral, interpretativa y esclarecedora.

Un problema adicional se encuentra en el hecho del momento evolutivo en que están los chicos, saliendo de la latencia, apareciendo ya problemas edípicos que provocarán una rigidificación de las defensas, jugando de alguna manera a favor de la inhibición de funciones, que es en ellos objeto de tratamiento.

Es obvio que si la detección de estos problemas se hubiera podido hacer mucho antes, en el momento en que la actividad lúdica está en la base del aprendizaje, es decir, en el jardín de infancia, estaríamos en una mejor disposición cara al pronóstico.

Siguiendo en ese mismo contexto vamos a hablar ahora de los pacientes cuyas edades están comprendidas entre los 11 y los 14 años, o sea, en el comienzo de la adolescencia.

Este grupo de edad presenta unas características peculiares, ya que aún conservan aspectos de la niñez, de cuya pérdida están elaborando su duelo, y, por otra parte, están adquiriendo el cuerpo y los planteamientos del adolescente.

Sin embargo, encontramos que hay poco escrito sobre el tratamiento de esta población, que se sitúa dentro de dos márgenes referenciales muy conocidos y ampliamente estudiados: la terapia de niños y la de adolescentes.

Por eso nos ha parecido interesante incluir aquí las observaciones que hemos podido realizar en nuestro trabajo con los púberes que han acudido al Centro Psicosocial y en el grupo de psicoterapia analítica que lleva funcionando poco más de un año, a razón de una sesión semanal.

El motivo de consulta ha sido prevalentemente el fracaso escolar, como ya ha sido expuesto con anterioridad. En relación a éste, vamos a extendernos aquí en algunas de las consideraciones que se desprenden de nuestro contacto con padres, profesores y, por supuesto, los chicos.

Una cuestión que se nos plantea en primer lugar es la frecuencia con que los padres exigen el éxito escolar de sus hijos como una con-

dición para darles su afecto y apoyo. En el medio en que trabajamos se toma como normal que las notas acarreen grandes palizas y que los padres cuenten que, «para ver si sacamos algo de él», cotidianamente les machaquen hablándoles de su inutilidad y cómo en la vida, «cada día más difícil», no podrán obtener ni los trabajos más humildes. Esta actitud hace que para los chicos todo lo relacionado con lo escolar sea fuente de ansiedad y vivido con una gran carga agresiva. A esto hay que añadir la norma, que en muchos colegios es llevada a rajatabla, de que a los catorce años tienen que terminar la EGB (tengan aprobados o no los cursos anteriores) y salir del colegio. Este último es un tema que manejan constantemente entre ellos con preocupación.

Otro aspecto importante que hemos podido constatar es la actitud crítica mutua que hay, a veces, entre padres y profesores. Los padres dicen en la consulta, delante de su hijo: «Claro que el maestro ya la tiene tomada con él.» O bien: «Con tantos en la clase y poco interés que se toman por ellos...» A su vez los profesores comentan: «Con una familia así, qué podemos hacer...» De manera que los chicos tratan a menudo de utilizar la situación agudizando el conflicto entre los mayores para no responsabilizarse de lo que han hecho ellos mismos.

Ante esta situación tan ansiógena que venimos describiendo, es lógico que busquen maneras de evadirse de sus problemas, y así, la televisión se convierte en uno de sus principales centros de atención. Este medio de comunicación se convierte, pues, en un medio de anticomunicación tanto intrafamiliar como entre los amigos. En el grupo de psicoterapia de prepúberes no ha habido sesión en la que no hayan salido comentarios acerca de los programas de la semana transcurrida.

En cuanto a la técnica, hemos podido constatar las diferencias con la terapia infantil. En ésta, el juego ocupaab el primer plano y la interpretación de los conflictos y ansiedades venía dada por el manejo que el niño hacía de los juguetes (objetos externos), fiel reflejo de las relaciones interpersonales registradas en su mundo interno (objetos internos). El prepúber, en cambio, se aleja de la expresividad y plasticidad del juego infantil. De hecho, hemos visto que sólo recurre a él en momentos de severas regresiones o en actitudes

defensivas. Y, por otro lado, todavía no llega a dominar el modo de relación de los adultos a través de la palabra. Su vocabulario al uso es escaso y repetitivo. Al estudiarlo dentro del grupo, observamos como relevante la coartación general de estos chicos que, condicionada por su momento evolutivo, afecta por igual a su espacio intrapsíquico, a su espacio corporal y a su espacio social.

La plasticidad de sus imágenes verbales es pobre, intenta remedar al adulto, pero no lo consigue más que como un esbozo de conversación intermitente que se fragmenta en el hilo conductor del pensamiento y en los nexos sintácticos. No podemos encontrar en él la fluidez, versatilidad dialéctica o continuidad del discurso lógico del adulto. La conceptualización y los procesos de simbolización tienen todavía ciertos aspectos de concretismo y simplificación. Por eso recurre continuamente a apoyaturas exteriores en su conversación: El agrandamiento casi hiperbólico de las imágenes, la deformación de los mensajes bajo el punto de vista de su prisma de inseguridad y envidia, la estereotipia de los gestos y rituales posturales, etc.

De todo lo que hemos comentado podemos deducir finalmente que la técnica de psicoterapia de grupo con prepúberes ofrece dificultades, pero no mayores que las de otros grupos de edad, y en cambio son manifiestas las ventajas:

- 1) Su indiscutible economía en la dedicación asistencial.
- 2) Facilita la comunicación y la socialización. El grupo se convierte en un óptimo espacio transicional y puente de la edad de latencia infantil a la asunción de la propia responsabilidad en el proceso de individualización. Más que en ningún otro tipo de grupo se hace necesaria la alternancia entre interpretaciones individuales y grupales. El sujeto así se va sintiendo distinto y a la vez miembro del grupo.
- 3) El análisis de los conflictos permite un reajuste interno de las relaciones familiares.
- 4) A lo largo del tratamiento se va comprobando cómo los procesos de inhibición intelectual que encubrían actitudes negativistas y de oposición al medio interno (no querer saber, no enfrentar, etc.), dejan de ser el medio defensivo funda-

mental y son sustituidos progresivamente por otros múltiples mecanismos defensivos más organizados y psicológicamente más ventajosos como, por ejemplo, la rebeldía manifiesta, sin que tenga que ser a través del fracaso intelectual con el precio autopunitivo de sus consecuencias.

Una vez más comprobamos que el síntoma en sí mismo no tiene sentido como datos aislado, sino que es un eslabón más de una cadena de significantes en cuyo contexto global debe situarse. En nuestro caso, el síntoma de la inhibición en el rendimiento intelectual parece estar hablando de un estado de dificultad en la expresión de los sentimientos de rebeldía y oposición por parte de los escolares en su medio socio-familiar. Recurren a este síntoma porque no encuentran otro camino mejor de expresar su hostilidad. Cuando su encrucijada la pueden resolver a través de la psicoterapia, abandonan el síntoma y mejoran su rendimiento.

BIBLIOGRAFIA

- FREUD, S.: «Inhibición, síntoma y angustia», en *Obras Completas*, Vol. XX, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1979.
- «Más allá del principio del placer», en *Obras Completas*, Vol. XVIII, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1979.
- SIRLIN, M. E., y GLASSERMANN, M.: *Psicoterapia de grupo en niños*, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1974.
- SIRLIN, M. E.: *Una experiencia terapéutica. Historia de un grupo de niños de cinco años*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1975.
- WINNICOTT, D. W.: *El proceso de maduración en el niño*, Ed. Laia, Barcelona, 1981.
- LUZURIAGA, I. de: *La inteligencia contra sí misma*, Ed. Psique, Buenos Aires, 1970.
- ABERASTURY, A.: *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1962.



Las empresas especiales como alternativa laboral y terapéutica para los adolescentes "diferentes"

Salvador Guasch
Economista.

La falta de atención a las necesidades de los adolescentes que por su manera de ser, crecer y actuar diferente se encuentran en estado de inadaptación, nos ha llevado a estudiar alternativas laborales para estos jóvenes frustrados, de difícil futuro, abocados una y otra vez a la represión y a la desesperanza.

La magnífica tesis doctoral del Dr. Jesús María Valverde Molina sobre «El proceso de inadaptación social del adolescente», nos ha servido para elaborar la síntesis que se presenta en torno al problema del adolescente «diferente».

Dentro del crecimiento humano hay personas que alcanzan un crecimiento óptimo o tendiendo a lo óptimo, pero existen unas minorías con crecimiento diferente, por falta de crecimiento o por crecimiento truncado, y esto por diversos motivos, que ahora no pretendo analizar.

Características diferenciales de los adolescentes que no encajan dentro de la dinámica de las estructuras sociales y económicas de una sociedad selectiva y competitiva

1. Búsqueda de lo inmediato. Predominio del principio del placer.

2. Pensamiento concreto. Dificultad de pensar en abstracto y de pensar en las consecuencias de sus actos. No piensan en el futuro.
3. Impulsividad. Falta de control sobre su propio comportamiento. No pueden separarse de sí mismos.
4. Espontaneidad.
5. Actividad. Son pura actividad. Se sumergen en la acción. Están tan implicados en la acción, que no pueden poner distancia y pensar en lo que hacen.
6. Centrados en sí mismos. Actúan a partir de ellos mismos y de sus intereses. Van a la suya. Son asociales.
7. Unidireccionales.
8. Viven el aquí y el ahora.
9. Vida exterior y consumismo.
10. Entran en frecuente conflicto con las normas sociales.
11. Desvinculación. No mantienen apenas vinculaciones con su pasado. No están enraizados en el presente y no se proyectan hacia el futuro.
12. Dependencia. Dependen de lo que les estimula. Alcohol, droga, moto, sexo, discoteca.
13. Sorprendente adaptabilidad de supervivencia. Procuran sacar el máximo beneficio posible de cada situación cambiante.
14. Habilidad instrumental« Afectivos con el educador, dóciles con la Policía, desvalidos con el juez, delincuente con los delincuentes, bueno con los buenos, malo con los malos.
15. Gran capacidad de riesgo.
16. Reclaman afecto y atención a través de crear conflictos y «shows».

17. Buscan el afecto a través de compensaciones asociales.
18. No saben administrar ni su tiempo ni su dinero.
19. Imperiosa necesidad de ser aceptado frente al rechazo de los demás.
20. Inseguridad frente a un entorno hostil y amenazante.

Características de su entorno humano

1. El entorno humano es defensivo y unidireccional. Búsqueda de seguridades a corto plazo, búsqueda de placer y pocas complicaciones.
2. Ausencia de interés, capacidad o voluntad para comprender la dinámica de la vida diaria de los adolescentes «diferentes».
3. Falta de información.
4. Predominio del interés propio.
5. Pasividad frente a los problemas diferenciales de los demás.
6. Rigidez de conductas.
7. El entorno está autocentrado. Actúa a partir de sí mismo y de sus intereses. La Administración pública se preocupa más del orden público y de las seguridades personales que de crear estructuras a la medida de las personas diferentes. Están más interesados en defenderse de sí mismos a través de la exclusión y de la represión que de la atención, búsqueda y creación de estructuras adaptadas.
8. Dan más importancia a la norma social que a la diferencia personal.
9. No viven el presente. Ligados con su pasado y proyectados al futuro, no saben disfrutar del presente.
10. Imperiosa necesidad de defender su manera de ser, vivir y crecer. Rechazan otras formas de vivir diferentes.

Conflictividad

Los muchachos «diferentes» que no entran dentro de la dinámica social son rechazados por su entorno social, familiar y escolar. No pueden conseguir lo que los otros adolescentes pueden obtener a través de la vida normal. Tienen que acceder a los medios ilegítimos para conseguir lo que quieren y necesitan, por ejemplo, vestido y droga, bebida, discoteca, coches y motos, música, etc. Además, la mayoría de los adolescentes que acceden a la delincuencia pertenecen a grupos sociales desfavorecidos. La situación de conflicto es clara e incide en su crecimiento personal y se va personalizando en desajuste creciente.

Si no es abordado a tiempo el conflicto se va subjetivando. Provoca un proceso de progresiva desintegración personal, que impide al muchacho madurar en sus estructuras básicas de ajuste a sí mismo y a los demás. El muchacho se vuelve agresivo y se va desintegrando y van apareciendo alteraciones en su personalidad, como consecuencia del conflicto y no como punto de partida.

Conflictividad escolar

Los adolescentes «diferentes» se caracterizan por grandes ausencias de escolaridad y por su escolaridad deficiente.

La escuela les crea conflictos que son especialmente negativos para aquellos sujetos inteligentes propensos a conductas «diferentes» y para aquellos que teniendo dificultades de aprendizaje escolar no siguen el ritmo standard que se ven obligados a seguir.

El diálogo delincencial se establece a partir de muchachos que no pudieron seguir el diálogo escolar.

Es evidente que un gran número de conflictos del muchacho con su entorno tienen su origen en el medio escolar. La escuela suele rechazar, expulsar y abandonar a «su suerte» a todos los individuos que no se adaptan al sistema de las relaciones de la escuela o al contenido y ritmo de los programas educativos.

La estructura escolar no tiene en cuenta las peculiaridades de cada individuo, ni las características del grupo social al que perte-

nece. Predominan los objetivos ideales por encima de las características grupales y bioritmos personales concretos.

Conflictividad laboral

Estos muchachos, que dejaron la escuela para pasar a hacer la carrera en la calle, se encuentran en situación muy difícil para integrarse al mundo del trabajo. La empresa, como la escuela, es muy estructurada y orientada a metas muy concretas de productividad y rentabilidad económica.

Estos muchachos no tienen ocasión de encontrar empleo y ocupación. Ni las empresas ni la Administración pública les ofrecen oportunidades para hacer y hacerse. Su actividad les lleva a deshacer y a robar del sistema lo que les debería dar a través de una interacción racional, lógica y programada terapéuticamente.

El coste económico del diálogo delincuenciales y represivo es claro, evidente y escandaloso. Su inutilidad es evidente.

Muchos de estos adolescentes no llegan a emplearse nunca, lo cual es un reconocimiento implícito de su imposibilidad de poder viajar conjuntamente con los otros jóvenes «normales».

De hecho suelen llegar al mundo del trabajo ilegalmente, con sensación previa de fracaso. Se ven obligados a aceptar cualquiera de los escasos trabajos que les son ofrecidos, trabajos casi siempre eventuales. Las relaciones laborales que van estableciendo se convierten en una fuente permanente de frustración.

A los catorce años, si no han salido antes de la escuela, se les impide seguir estudiando, y por otra parte, hasta los dieciséis, no se les permite trabajar legalmente. Se crea un vacío de actividad, lo cual les coloca en una peligrosa situación, que casi siempre está en la base del inicio de la actividad antisocial o en su agudización.

Los estímulos para el trabajo son bajos. Por su poca o nula preparación sólo tienen acceso a los trabajos no especializados y eventuales con baja remuneración económica, que además ha de ser entregada a la familia, si la tienen.

Algunos, cuando llegan a conocer bien su trabajo e incluso han llegado a adaptarse a él y alcanzan una edad que les permite trabajar legalmente, es frecuente que sean despedidos, ya que su con-

tinuación en el puesto exigiría un contrato laboral permanente, su inclusión en la Seguridad Social y un sueldo más elevado. Si el empleo no suele exigir una especial preparación laboral, puede ser desempeñado de nuevo por un muchacho más joven y más dócil. A partir de entonces le será mucho más difícil volver a encontrar trabajo.

Es evidente que el absentismo laboral y su fracaso se producen como algo normal en ellos debido a un entorno laboral poco motivador y totalmente inadaptado a sus necesidades.

La Administración Pública

La Administración Pública y las instituciones encargadas de encauzar a estos adolescentes —los reformatorios y las prisiones— no se llegan a plantear en absoluto la forma de encauzar su energía laboral como una forma de autofinanciación y una manera de alcanzar un ritmo mínimamente aceptable para ellos mismos y para los demás.

Los *reformatorios* basan la vida diaria del menor en el ficticio trabajo escolar, sin poner en juego nuevas formas de trabajo y actividad. En la *cárcel*, o bien no existen talleres, o el único interés de los que lo tienen es la mano de obra barata que no proporciona ninguna preparación laboral seria para el futuro.

El ex recluso es abandonado a sus escasos recursos sin trabajo y, sobre todo, con el inconveniente de los antecedentes penales, que le acompañarán durante dos años, si no vuelve a reincidir, supondrá un importante handicap a la hora de buscar trabajo. Si a esto sumamos el perfeccionamiento delictivo que ha obtenido en la cárcel, las posibilidades de reincidencia son enormes, y así el circuito es muy difícil de cortar.

Iniciativa privada

Es importante insistir que estos muchachos son multifacéticamente diferentes. La falta de capacidad de maniobra de la Administración Pública para atender no represivamente a estos muchachos les lleva a que no encuentren ninguna estructura laboral u ocupacional que pueda hacer de ellos personas con futuro.

Tendría que ser la iniciativa privada empresarial que, con la ayuda financiera estatal, pudiera crear empresas especiales y actividades especiales para ellos.

Estas empresas diferentes deben adaptar la organización del trabajo a los bioritmos diferenciales de sus componentes.

Estas empresas protegidas deben tender al máximo a su autofinanciación en una lucha para mejorar la rentabilidad como acicate para el conjunto, y ello motiva al grupo a tener un sentido empresarial al hacer que progresivamente la empresa sea menos diferente y protegida.

Por su carácter económico-terapéutico, estas empresas tienen que estar regidas por empresarios sociales con visión económica y humana, sabiendo que la rentabilidad humana y social ha de prevalecer siempre sobre la rentabilidad económica. Por ello se les llama empresas sociales, porque primordializan la rentabilidad personal y social, y por ello necesitan protección pública para que puedan funcionar. La aplicación de principios neoconductistas a los procesos de trabajo y promoción puede ser muy importante para el éxito de las mismas.

En este sentido se están realizando trabajos y estudios para que sea posible crear empresas de este tipo en el campo de la atención a las necesidades del medio ambiente, recuperación de primeras materias, jardinería, cuidado de animales, granjas. Son importantes las actividades con la calle y el aire libre. Ellos pueden ser, por su vida exterior y su mucha marcha, excelentes profesionales de la calle y del medio ambiente. Sólo necesitan que se les prepare, se les organice y se les den oportunidades para ello. Ellos ya saben normalmente organizarse para asaltar el sistema, que es su contricante y forzoso proveedor. Es cuestión de crear la alternativa.



ACTITUD DE LA FAMILIA ANTE EL ENFERMO PSIQUICO CRONICO HOSPITALIZADO

Dra. Margarita M.^o Hernanz Manrique
Residencia Provincial Sta. M.^a de las Nieves.
ALAVA.

En nuestra experiencia clínica en la Residencia Provincial de Alava, y sobre todo a través de un trabajo de Movilización de Enfermos Psíquicos crónicos, observamos la conducta de colaboración de las familias, en cuanto que éstas fomentarán los pequeños logros alcanzados por los pacientes durante la movilización. La actitud de las familias se presenta como ambigua o claramente rechazante.

Anteriormente, en el año 1974, y en este mismo Servicio, se había realizado un trabajo de evaluación de la actitud familiar mediante un cuestionario de actitud elaborado por un equipo de sociólogos y enviado a las familias por asistentes sociales. Utilizamos este mismo cuestionario para que nos permitiera comparar la posible evolución de las actitudes familiares en los años 1974 y 1980. Con ello determinaríamos si la actitud de la familia hacia el enfermo psíquico crónico ha evolucionado positivamente o no, teniendo en cuenta que no se han aplicado técnicas específicas dirigidas a la familia.

En el período 1979-1980, previo al estudio de las actitudes familiares, realizamos un trabajo de movilización con enfermos psíquicos, varones y hospitalizaciones superiores a los dos años.

Estas actividades de movilización pretendían ser una mínima aportación a la mejoría de la Psiquiatría asistencial frente a lo que se conoce como «hospitalismo», entendido éste como aquellas conductas que manifiestan los individuos a partir de cierto tiempo de

permanencia en instituciones, caracterizada por apatía, falta de iniciativa, pérdida de interés hacia objetos y sucesos lejanos, sumisión, falta de expresión de sentimientos, incapacidad para planear, deterioro de los hábitos personales, aseo y formulismos, pérdida de la individualidad y aceptación resignada de que las cosas seguirán como están, sin cambios, indefinidamente.

Elaboramos un programa de movilización que aglutinaba cuatro categorías de actividades:

- a) Activación a través del ejercicio físico.
- b) Activación psíquica.—Dirigida a fomentar la creatividad y las capacidades individuales, fomentando la intercomunicación y el trabajo en equipo.
- c) Grupo de relación.—Estimulando el conocimiento y la información intra y extrahospitalaria.
- d) Actividades socioterápicas.—Contactos con el medio social circundante para disminuir la ansiedad que provocaban las relaciones con el medio extrahospitalario.

— Igualmente se fomentaron las tareas de higiene y arreglo personal diario, tales como afeitado personal, duchas tras el ejercicio físico, indumentaria adecuada para las salidas al exterior, charlas durante las comidas, etc.

El programa se confeccionó para 40 enfermos psíquicos varones, aunque en la práctica se trabajó con 37, seleccionados entre los menos deteriorados psíquicamente. La psicopatología era variada, encuadrándose en los diagnósticos de esquizofrenia y oligofrenia principalmente. Edad media de 43 años y estancia hospitalaria de 7-8 años. Algunos de estos pacientes realizaban salidas acompañados de otros pacientes o familiares.

Según transcurría el programa, la mayor parte de los cambios clínicos observados en estos pacientes eran difícilmente demostrables y cuantificables. Podríamos hablar de un mayor número de contactos interpersonales y sociales, lenguaje más rico y coherente, expresiones afectivas, aumento de la iniciativa, interés por los aconte-

cimientos futuros, cierta capacidad de planificación, llegando a plantearse la posibilidad de la salida del hospital a medio y largo plazo.

Al comienzo del proyecto se envió una carta a cada familia de los pacientes integrantes del mismo, informándoles sobre la participación de su familiar en un programa de rehabilitación e invitándoles a un contacto personal con el equipo terapéutico. Algunas familias se interesaron por el desarrollo del programa, fomentando las relaciones interpersonales dentro y fuera del hospital con su pariente enfermo.

En enero de 1980 enviamos el cuestionario social de actitudes, antes referido, como instrumento comparativo de las actitudes familiares en los años 1974 y 1980.

Siguiendo a Thurstone, pensamos que las opiniones reflejan una actitud y que la actitud hacia la enfermedad mental es la predisposición del individuo, adquirida directa o indirectamente, y que le conduce a una evaluación positiva o negativa de la enfermedad y los pacientes mentales.

El cuestionario social incluía ítems:

— Demográficos: lugar y fecha de nacimiento, sexo, nivel educativo, profesión, estado civil, familia primaria y secundaria.

— Edad de comienzo de la enfermedad, sintomatología inicial y motivos del primer ingreso.

— Actitud de la familia ante la salida de alta. Visitas (frecuencia y persona que las realiza). Salidas del paciente. Posibilidad de contacto entre la familia y el hospital. Persona que cumplimenta el cuestionario.

— Diagnóstico actual. Número de ingresos, fecha del primer ingreso, duración de la estancia actual.

En 1980 se enviaron sobre una población de 208 pacientes crónicos varones, 148 cartas de presentación y cuestionario anexo. Y una segunda carta de recuerdo dos meses después.

En el año 1974, el estudio se había realizado sobre una población total de 200 enfermos psíquicos varones. Se enviaron 150 cuestionarios a los familiares que figuraban como responsables, y se recibieron 66 cuestionarios (35,5 %) debidamente cumplimentados.

En el estudio actual, totalizamos 84 cuestionarios (57 %) sobre el número de cartas enviadas.

R. Barton (1975) define «abandono» de un paciente mental hospitalizado, como el enfermo a quien no se visita o no se mantiene algún contacto con él, durante períodos de seis meses o más, o los familiares que al ingreso se marchan sin dejar una dirección como punto de comunicación. Considerando solamente la segunda parte de la definición, nuestro índice de abandono es del 29 %; en 1974, el 25 % de los pacientes carecían de direcciones conocidas de un familiar responsable administrativamente.

Estudiándolo por Servicios, Gerontopsiquiatría presenta el menor número de direcciones conocidas, probablemente debido a la elevada edad media de los pacientes, frente al Servicio de Residuales (90 % de direcciones conocidas), a su vez constituido por un alto porcentaje de oligofrénicos profundos.

Si llamamos «índice de interés» a la relación entre encuestas enviadas y encuestas recibidas, el índice más elevado lo encontramos en el Servicio de Gerontopsiquiatría, Residuales, Crónicos y Alcoholismo por este orden.

El Servicio de Alcoholismo, en ambos estudios, presenta invariablemente el menor índice de preocupación familiar: mayor abandono y menor número de respuestas.

La edad media de los pacientes se ha incrementado en un período similar al transcurrido entre ambos estudios (1974, $\bar{X} = 44,5$ años; 1980, $\bar{X} = 50,5$ años).

Ambas poblaciones de pacientes muestran perfiles comunes: varones, hospitalización media superior a dos años, solteros, con profesión poco cualificada y nivel educativo muy bajo.

La mayor tolerancia de las familias hacia la enfermedad mental se observa en las familias de los oligofrénicos, ya que la familia sitúa el comienzo de la patología en los primeros años de la vida, aunque el primer ingreso, por término medio, no se realiza hasta los 25 años. En Alcoholismo, la tolerancia inicial es alta, señalando el inicio de la ingesta a los 21 años, y el primer ingreso en la cuarta década; sin embargo, la actitud de las familias después de varios ingresos se va distanciando progresivamente. Dentro de las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas de «esquizofrenia y otras patologías», la tolerancia ante la sintomatología mental es de unos 15 años. Con

relación a la Demencia, su aparición en la senectud y su ingreso único y rápido, nos lleva al menor índice de tolerancia familiar.

La tolerancia depende de muchos factores, alguno de los cuales es el fondo cultural y dinámico de los pacientes, y el más importante, su familia (Wylan, Mitz, 1976).

El 44 % de las familias de nuestro estudio daban una explicación al motivo del ingreso, basada en la enfermedad psíquica; el 38 % indicaban causas sociales, como motivación.

Diversos autores señalan que el 70-75 % de los pacientes mentales crónicos reciben visitas. En nuestro estudio, el 15,5 % de las familias que contestaban a la encuesta «no visitaban» a sus familiares, objetivándose un incremento de esta conducta respecto al año 1974 (sólo un 9,5 % no recibían visitas), sobre todo en los enfermos diagnosticados de esquizofrenia y alcoholismo. Los deficientes mentales reciben, sin embargo, más visitas actualmente.

Rose (1959) encuentra que los pacientes más jóvenes y con menos tiempo de hospitalización son los más visitados. Nosotros constatamos que los pacientes gerontopsiquiátricos (más ancianos y con hospitalizaciones más cortas) son los más visitados. El paciente oligofrénico, con edad más baja y hospitalizaciones medias de 15 años, también recibe gran número de visitas. Señalamos que en este estudio la relación con la familia decrece en relación directa al mayor número de ingresos.

Las visitas son realizadas por los padres, o, cuando éstos han fallecido, por hermanos o familiares cercanos.

Si retornamos a la definición de Barton sobre «abandono» del enfermo mental, el 30 % de los pacientes cuyas familias contestan al cuestionario sufren en alguna medida del mismo. Si tenemos en cuenta lo que Barton define como «evitación», es decir, el no recibir visitas hasta pasados dos meses, tenemos que el 48,5 % de los enfermos pueden llegar a ser abandonados al cuidado del hospital por sus familiares. El abandono ha aumentado entre 1974-1980 en un 6 %.

Si estudiamos la actitud de las familias frente a la posibilidad de aceptación de su pariente enfermo psíquico en su hogar durante un período de prueba más o menos largo, encontramos que el 87,5 % de las familias lo rechazan, siendo similar la actitud manifestada en 1974.

El motivo que con mayor frecuencia se aduce es el miedo a las reacciones del paciente. Ha disminuido la frecuencia de la falta de sitio en el domicilio o los problemas económicos como motivaciones. La actitud de las familias de los débiles mentales es positiva hacia la aceptación del período de prueba.

Los pacientes psíquicos crónicos realizan un número significativamente mayor de salidas acompañados de sus familiares. Por categorías diagnósticas, las salidas son menos frecuentes entre los dementes y oligofrénicos profundos. La duración de las salidas no sobrepasan las 24 horas en el 73 % de los casos.

En el momento actual, la mayor parte de los pacientes integrados en el grupo de movilización se encuentra en régimen de hospital de día.

Desarrollan un trabajo dentro de un taller protegido seis oligofrénicos, que continúan bajo régimen tutelar del hospital, al que acuden desde que finalizan su trabajo hasta la noche, cenando en la pensión en que residen. Otro grupo de tres deficientes mentales habitan en un caserío, junto con un matrimonio, al que ayudan en las labores del campo y de la casa, manteniendo contacto con el hospital mediante visitas periódicas realizadas indistintamente por miembros del equipo o por ellos mismos. Otros 15 enfermos psíquicos acuden diariamente al hospital de día, duermen en pensiones repartidas por la ciudad (excepto cinco de ellos que todavía permanecen en la Residencia).

En el hospital de día realizan actividades físicas, grupales, ocupacionales, sociales, limpieza, ocio, excursiones, salidas, etc., planificando los pacientes junto con el personal las actividades a realizar para cortos períodos de tiempo. El desayuno, comida y cena se hacen dentro de la Unidad, saliendo de ésta hacia las ocho de la tarde.

En un futuro inmediato, se tiende a incluir el que la cena se cocine en los lugares donde pernoctan, para lo cual se ha comenzado por realizar compras de comestibles y lecciones de cocina sencilla y lograr una infraestructura que les permita pasar mayor tiempo fuera de la Residencia. Otra previsión a corto plazo será que la Unidad albergue pacientes de ambos sexos.

Únicamente el 35 % de las familias de estos pacientes del grupo de movilización contestaron al cuestionario social de actitud. Al-

gunas de ellas se hacen cargo de su familiar los días festivos, ya que la Unidad de día cierra sus puertas ese día; aquellos que no mantienen contacto con sus familias, visitan el hospital esos días o bien ocupan su tiempo libre fuera del mismo, en otras actividades.

Nuestros datos corroboran los estudios de diversos autores. Pensamos, como Doll, Thompson y Lefton, que la actitud de las familias hacia el enfermo psíquico crónico es multifacética, ambivalente y en muchos casos contradictoria, coexistiendo la vergüenza y el distanciamiento con la comprensión y la compasión, hacia su familiar mentalmente enfermo.

CONCLUSIONES:

- 1) Aumento del número de respuestas al cuestionario social respecto al año 1974.
- 2) Elevado índice de abandono del enfermo psíquico crónico (73 % sufre en alguna medida de abandono a la institución).
- 3) Mayor abandono en enfermos gerontopsiquiátricos y menor en pacientes residuales.
- 4) Alcoholismos presenta el menor índice de preocupación familiar (menor número de direcciones conocidas y de respuestas recibidas).
- 5) Edad media de los pacientes en la quinta década, con incremento de la misma, entre ambos estudios, de seis años.
- 6) Mayor tolerancia a la enfermedad mental entre los familiares de oligofrénicos y alcohólicos y menor entre los pacientes gerontopsiquiátricos.
- 7) El motivo del ingreso aducido por las familias fue enfermedad psíquica o causas sociales.
- 8) Se han incrementado las visitas a los deficientes mentales y han disminuido ostensiblemente en el caso de oligofrénicos y alcohólicos, no evidenciándose relación entre las visitas y la duración del ingreso o la edad. Y sí la actitud de la familia se

hace más negativa en relación directa al número de ingresos. Son visitados por los padres, cuando éstos no han fallecido, hermanos u otros familiares cercanos.

- 9) En ambos estudios, un elevado porcentaje de familias rechazan la idea de una posible reinserción en su medio. El motivo que indican es el miedo a las reacciones del enfermo, que es menor entre las familias de los deficientes mentales.
- 10) Más de la mitad de las familias estarían dispuestas a establecer relación mantenida con el hospital.

BIBLIOGRAFIA

- BARTON, R.: «Abandoning the mentally ill», *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 9, 215-19, 1975.
- DOLL, W.; THOMPSON, E. H.; LEFTON, M.: «Beneath acceptance: Dimensions of family affect towards former mental patients», *Soc. Sci. Med.*, vol. 10, 307-313, 1976.
- EVANH, A.; BULLARD, D.; SOLOMON, H.: «The family as a potential resource in the rehabilitation of the chronic schizophrenic patient: A study of 60 patients and their families», *American Journal of Psychiatry* 117, 1.075-1.083, 1961.
- HERNANZ, Margarita M.^a; GARCÍA LÓPEZ, Enrique, y ORBE, Isabel: «Estudio comparativo de las actitudes de las familias de enfermos crónicos, en los años 1974-1980», *Informaciones Psiquiátricas*, núm. 85, 1981.
- «Movilización de enfermos psíquicos crónicos», *Informaciones Psiquiátricas*, núm. 84, 20 (páginas 169-177), segundo trimestre.
- HOLLINGSEHEAD, A.; REDLICH, F.: *Social Class and Mental Illness*. New York, John Wiley & sons, Inc., 1958. Citado en la referencia número 5.
- KREISMAN, D. E., y JOY, V. D.: «Family response to the mental illness of a relative: a review of the literature», *Schizophrenia Bulletin*, 10, 34-57, 1974.
- LEHTINEN, V.; VAISANEN, E.: «Attitudes towards mental illness and utilization of Psychiatric treatment», *Social Psychiatry*, vol. 13(2), 63-68, 1978.
- MORRISON, J. K.; NEVID, J. S.: «Demythologizing th attitudes of family caretakers about "mental illness"», *Journal of Family Counseling*, 4(1), sep. 43-45, 1976.

- OLIVEIRA NETTO, E. M.: «O psiquiatra, a doença mental e a família do doente», *Neurobiología*, vol. 35, 189-202, juli-set. 1972.
- RAWNSLEY, K.; LOUDON, J. B.; MILES, H. L.: «Attitudes of relatives to patient in mental hospitals», *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 1-15, 1962.
- ROSE, C.: «Relatives attitudes and mental hospitalization», *Mental Hygiene* 43, 194-203, 1959. Citado en KREISMAN, D. E. y col.: «Family response to the mental illness of a relative: a review of the literature», *Schizophrenia Bulletin*, 10, 34-57, 1974.
- SCHWARTZ, C. C.; MYERS, J. K.; ASTRACHAN, B. N.: *Psychiatric labeling and the rehabilitation of the mental patient*, *Arch Gen Psychiatry*, vol. 31, 329-334, 1974.
- SCOTT, D.: «The treatment barrier: Part two, The patient as an unrecognized agent», *British J. Med. Psychol.* 46, 57-67, 1973.
- STEFANI, D.: «Escala de actitudes hacia la enfermedad mental», *Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat.*, 23, 202-207, 1977.
- THURSTONE, L. L.: «The measurements of attitudes: a Psychological method and some experiments with a scale for measuring attitudes towards the church. Chicago», *The University of Chicago Press*, 6-7, 1937. Citado en STEFANI, D.: «Escala de actitudes hacia la enfermedad mental», *Acta Psiquiátrica Psicol. Amer. Lat.*, 23, 202-207, 1977.
- TRUTE, B.; LOEWN, A.: «Public attitude toward the mentally ill as a function of prior personal experience», *Social Psychiatry*, vol. 13(2), 79-84, 1978.
- WATERS, M.; NORTHOVER, J.: «Rehabilitated long-stay schizophrenics in the community», *British Journal of Psychiatry*, 111, 258-267, 1965.
- WYLAN, L.; MINTZ, N. L.: «Ethnic differences in family attitudes towards psychotic manifestations, with implications of treatment programmes», *Internal Journal of Social Psychiatry*, vol. 22(2), 86-95, 1976.



Repercusiones de la emigración sobre la salud mental y la psicopatología familiar en la población gallega

A. Rodríguez López

Departamento de Psicología Médica
y Psiquiatría de la Facultad de Medicina
de Santiago de Compostela

El factor emigración, como desencadenante de trastornos psíquicos, ha sido abordado por muchos autores en diversos países, pero uno de los vicios de que adolecen muchos de estos estudios es el del reduccionismo causal, convirtiendo lo que es un factor de determinación, de importancia variable, en una causa.

A nosotros nos preocupa este fenómeno de una manera especial, ya que pertenecemos y desarrollamos nuestra actividad profesional en una comunidad como la gallega, afectada de manera masiva por la emigración; alrededor de un millón de personas, en lo que va de siglo, para una población de poco más de dos millones de habitantes. Este verdadero éxodo supone una profunda alteración de todo el entramado social del país, y esta alteración, con repercusiones a nivel demográfico, económico, social, político y cultural, debe afectar también de manera profunda a esa institución básica que es la familia.

Sin embargo, insistiendo en lo que antes señalábamos, la relación entre emigración y estructura familiar no es causal y unidireccional, sino dialéctica; la propia estructura familiar, con su dinámica interna, puede convertirse en factor generador de emigración, sirviendo así de válvula reguladora del sistema (Lison, 1971).

Por otra parte, para valorar el impacto de la emigración en la familia hay que tener también en cuenta la opinión que la propia comunidad que lo sufre tiene acerca del fenómeno emigratorio. Con el fin de evaluar este factor encuestamos a una muestra de 1.200 personas, representativa, a nivel de error estadístico del 5 %, de las tres comunidades básicas de la población gallega: urbana, rural campesina y rural marinera. Según los datos de esta encuesta, el 37,3 % de la población gallega, considerada globalmente, opina que la emigración es beneficiosa o muy beneficiosa, cifra que se desglosa en el 26,4 % para la población urbana, 36,7 % para la población rural marinera y llega al 50,2 % para la población rural campesina. Estas cifras indican que algo objetivamente perjudicial para una comunidad puede ser considerado por esta misma comunidad como relativamente beneficioso, en función del contexto general en que esta comunidad vive.

Estructura familiar previa, emigración y contexto socio-cultural forman, pues, una unidad que hay que valorar conjuntamente para comprender el impacto emigratorio sobre la familia.

En el caso de Galicia, el contexto social puede resumirse diciendo que se trata de una economía subdesarrollada; con una renta «per cápita» de las más bajas de España, formando las provincias de Lugo y Orense junto con la zona interior de La Coruña y Pontevedra una de las tres bolsas de pobreza de España (Banco de Bilbao, 1975); con un tipo de ayuntamientos humanos en dispersión que dificulta la comunicación y el establecimiento de una infraestructura económica para el desarrollo, pero con sus aspectos positivos (Gallego Jorroto, 1975); con un bilingüismo de tipo diagnóstico (Alonso Montero, 1973) y con una estructura familiar, concreción y factor a la vez de esta estructura social, a la que haremos referencia más detallada por ser la institución a analizar en este trabajo.

Nosotros pensamos que este entramado social es generador de emigración; no de una emigración voluntaria y personalizada, sino de una emigración forzada y masiva, como antes señalábamos, que le confiere un carácter patógeno a pesar de la valoración relativamente positiva, de la propia comunidad, que también antes apuntábamos.

Respecto a la familia gallega no se ha realizado todavía un estudio sistemático sobre la estructura básica y sus variedades, roles

institucionalizados, sistemas de producción, etc. Las aportaciones de Lison (1917, Orjales (1975) y algunos otros son importantes, pero insuficientes.

Un punto nos interesa destacar aquí. Según el informe FOESSA (1975) el tipo de familia no nuclear, es decir, nuclear ampliada y plurinuclear, es significativamente distinta en Galicia (36 %) que en el resto de España (21,4 %). Este hecho tiene una enorme importancia, ya que estos tipos de familia proveen al niño de modelos múltiples de identificación en su proceso de socialización y, por lo tanto, pueden paliar los efectos de la carencia parental provocada por la emigración. En este sentido hay que diferenciar tres grandes épocas en la emigración gallega (Beiras, 1975): la primera, que abarca desde el último tercio del siglo pasado hasta los años 30 del actual, dirigida fundamentalmente a América (Argentina y Cuba), y que afectó especialmente a hombres jóvenes; la segunda, desde el año 45 al 60, dirigida también a América (Venezuela) y resto de España, que afectó a hombres y mujeres de más edad; la tercera, desde el año 60 al 75, dirigida fundamentalmente a Europa.

La primera solía ser una emigración de por vida y dio origen, entre otras peculiaridades sociológicas, a las «viudas de vivos» y, paralelamente, a los «huérfanos de vivos». No se ha hecho una investigación rigurosa de la influencia que este fenómeno dada su magnitud, pudo tener en la psicología colectiva del pueblo gallego, ni en la psicopatología individual de los sujetos que la padecieron.

La segunda y tercera, especialmente esta última, incluían vueltas periódicas y, a veces, también el desplazamiento de los hijos, con unas repercusiones psicopatológicas, previsiblemente, muy diferentes.

EMIGRACION Y SALUD MENTAL EN GALICIA

Se ha especulado mucho en otros tiempos del espíritu aventurero de algunos pueblos, entre ellos el gallego, lo que llevaría aparejada la existencia de una personalidad peculiar del emigrante. Pensamos, y así lo afirmamos en otras ocasiones (Rodríguez López, 1979), que esto es hoy insostenible. De lo que se trata, más bien, es de evaluar la importancia del factor emigración, dentro de un contex-

to social determinado, como desencadenante de alteraciones colectivas e individuales que afectan a la salud mental de una comunidad.

Es en este sentido, en el que, sintetizando, dividimos estas alteraciones en dos grandes apartados: 1) Alteraciones de la personalidad colectiva (personalidad básica, en el sentido de Kardiner), a través de un proceso secular y continuado de cambio de «roles» en un porcentaje notable de familias gallegas, con los problemas consiguientes en los mecanismos de identificación y, por lo tanto, en el proceso de socialización de una buena parte de la población gallega. 2) Alteraciones psíquicas, individuales, clínicamente detectables, en el emigrante o sus familiares.

Con respecto al primer punto, poco vamos a añadir aquí a lo dicho en otro lugar (Rodríguez López, 1978). Señalábamos allí, recogiendo datos de Tojo Sierra y col. (1977) que los hijos de emigrantes mostraban alteraciones, estadísticamente significativas, en ciertos rasgos de la personalidad, tales como una mayor tendencia a la inhibición y a la depresión-ansiedad y un más bajo nivel intelectual.

Por nuestra parte, el equipo del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Santiago está llevando a cabo una investigación, utilizando la técnica del «test de las caras desenfocadas» o *Repertory grid* modificado, para determinar el impacto del factor emigración parental en los mecanismos de identificación del niño. Los primeros datos, comunicados al VI Congreso de Paidopsiquiatras Europeos (López Lamora, E., y otros, 1979), referentes a niños hijos de padre emigrante, pueden resumirse en los siguientes puntos: 1) las mujeres integran más precozmente que los hombres las imágenes parentales; 2) hombres y mujeres tienen una imagen bien definida de la madre y una imagen confusa del padre; 3) la ausencia del padre influye en los mecanismos de identificación del hijo en función de la época en que se produce la ausencia, siendo más intensa la afectación cuando el hijo es menor de cinco años.

La investigación continúa en curso con el fin de confirmar estos resultados en una muestra más representativa que permita extrapolar los resultados a la población general.

Respecto al segundo punto, la psicopatología familiar relacionada con la emigración abarca aspectos muy diversos, concretizados en los apartados siguientes:

- 1) Trastornos que aparecen en el emigrante y/o su familia en el país de recepción, durante su estancia como tales emigrantes.
- 2) Trastornos que aparecen en los emigrantes retornados y que pueden, en alguna forma, relacionarse con la emigración.
- 3) Trastornos que aparecen en los familiares que se quedan en Galicia, atribuibles en alguna medida a hecho emigratorio. Se incluyen aquí los trastornos del cónyuge, de los hijos y de los viejos que se quedan solos por la emigración de los hijos.

PSICOPATOLOGIA DEL EMIGRANTE EN EL PAIS DE RECEPCION

Sobre este punto se ha escrito bastante. Con respecto a la etiología, Sivadon y Bastide (1967) ponen el énfasis patógeno de las diferencias entre la cultura de origen y de recepción. En lo que se refiere a la época de aparición de los trastornos, Pelicier, Koechlin y otros mantienen opiniones dispares. También se presta a discusión la mayor o menor importancia de los conflictos que viven los padres y los hijos (Thomas y Znaniecki) y su repercusión psicopatológica. Sin embargo, no se ha encontrado ningún cuadro específico, ni en los adultos ni en los niños, ligado a la emigración; lo que sí se encuentran son diferencias cuantitativas en algunos cuadros, como los (*bouffée délirante*) en los emigrantes españoles adultos en Ginebra (Teijeiro y Ajuriaguerra, 1976) a los trastornos psicósomáticos, enuresis, trastornos del lenguaje y retraso escolar entre los hijos de emigrantes españoles en Ginebra (R. Rodríguez, 1967).

Aun teniendo en cuenta que una buena parte de los emigrantes españoles en Suiza, y especialmente en Ginebra, son gallegos, no pueden considerarse los trabajos citados como específicos de éstos. En este campo la investigación está todavía sin realizar. Recientemente se ha presentado una investigación sobre los hijos de emigrantes gallegos en Caracas (Vazque Gírey, 1979), que utiliza en su investigación los «tests» de Otis II, Raven, Lectura II, Heymans-Le Senne, Rosenzweig, Familia y Arbol. En los datos psicométricos encuentra valores normales, salvo una ligera deficiencia en el «test» de Raven. Aparecen anomalías ligeras de la personalidad y alteracio-

nes en las relaciones familiares, más significativas cuanto mayor es la edad de llegada del niño al país y más fuertes los lazos del padre con el país de origen.

En relación con los emigrantes retornados, la investigación se presenta muy difícil, dada la imposibilidad de control centralizado y, por lo tanto, de poder comparar las cifras de pacientes psiquiátricos encuadrables en este grupo con la población general de emigrantes retornados. En la Cátedra de Psiquiatría de Santiago tratamos, sin embargo, de investigar en este campo, no pudiendo decir, por el momento, sino que del total de pacientes consultados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital General de Galicia, el 12,5 % son individuos con historia de emigración; cifra demasiado alta para una comunidad que mantiene en la emigración a más de la tercera parte de su población.

Cabaleiro Goas (1968), en un estudio sobre más de dos mil casos de su experiencia personal señala tres rasgos psicopatológicos fundamentales en los trastornos que presentan los emigrantes vistos en la época de su retorno: alteraciones de conciencia, estado de ánimo depresivo-ansioso y elaboración delirante o deliroide.

PSICOPATOLOGIA DE LOS FAMILIARES QUE SE QUEDAN EN GALICIA

Hay que considerar aquí, como antes señalábamos, los problemas que afectan al cónyuge, a los hijos y a los ancianos.

En el primer caso, si es el marido el emigrado, los trastornos más frecuentes que aparecen en la mujer (Cabaleiro Goas, 1969) son las relaciones neuróticas de angustia, cuadros depresivos y reacciones paranoides con temática de celos. Un caso particular sobre el que trabajamos en la actualidad es el de las esposas de marineros de altura, muy frecuentes en las zonas costeras de Galicia. En el caso no infrecuente en la emigración gallega a Europa de que sea la mujer la que emigra, a los problemas comunes con la mujer se añade el sentimiento de impotencia inherente al rol en que esta situación coloca al marido.

En el caso de los hijos, nuestro equipo de la Cátedra de Psiquiatría de Santiago realizó un trabajo comparando un grupo de cien

niños hijos de emigrantes consultados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital General de Galicia, con un grupo control de las mismas características de edad, sexo y nivel social, no hijos de emigrantes. Como antes señalábamos para los adultos y los niños emigrados, estos niños no presentaban ningún cuadro específico, pero sí diferencias cuantitativas significativas respecto a determinados síntomas, de tal forma que nos llevaba a hablar de un «Síndrome del hijo de emigrante», caracterizado por la presencia de unos síntomas nucleares, como la ansiedad, la inquietud y el miedo, y unos síntomas acompañantes, como la cefalea, la irritabilidad, la agresividad, el insomnio, la enuresis y los trastornos de conducta (Rodríguez López y M. L. Alonso, 1979).

En el caso de los viejos, la situación de soledad en que los coloca, en muchas ocasiones, la emigración de los hijos, se traduce en conductas claramente suicidas, que contribuirían a explicar el espectacular aumento del índice de suicidios producido en los últimos años en el medio rural gallego, o bien en conductas suicidas encubiertas, como podría interpretarse el abusivo consumo de alcohol por la población anciana en Galicia (Rodríguez López, 1976).

CONCLUSION

Podríamos sintetizar las relaciones entre psicopatología familiar y emigración, diciendo, con Gurvitch, que la desorganización social y la desorganización individual no son más que dos aspectos de una misma realidad, vista según dos perspectivas diferentes, pero recíprocas. Para el emigrante gallego o su familia, que enferman mentalmente, no se puede determinar un «punto cero» a partir del cual se pueda establecer una cronología de influencias que conducen a la enfermedad, dado que el futuro enfermo está desde su nacimiento aprisionado en unas relaciones familiares, determinadas, a su vez, por una estructura social que es, en sí misma, generadora de emigración.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO MONTERO, X.: *Informe dramático sobre la lengua gallega*, Akal, Madrid, 1973.
- BANCO DE BILBAO: *Renta Nacional de España y su distribución provincial*, Madrid, 1975.
- BASTIDE, R.: *Sociología de las enfermedades mentales*, Siglo XXI, México, 1967.
- BEIRAS, X. M.: «A emigración: o seu papel na formación social galega», en *A Galicia rural na encrucillada*, Galaxia, Vigo, 1975.
- CABALEIRO GOÁS, M.: *Síndromes psicopatolóxicas condicionados por la inmigración y la emigración* (inédito), 1968.
— *Problemas psíquicos de la emigración*, Madrid.
- GALLECO JORRETO, M.: «O medio rural galego e a sua arquitectura», en *A Galicia rural na encrucillada*, Galaxia, Vigo, 1975.
- LISÓN TOLOSANA, C.: *Antropología cultural de Galicia*, Siglo XXI, Madrid, 1971.
- LÓPEZ LAMORA, E., y otros: *Mecanismos de identificación en hijos de emigrantes, valorados mediante la técnica del Repertory grid modificado*, Comunicación al VI Congreso de Paidopsiquiatras europeos, Madrid, 1979.
- ORJALES, M.: «Crise da casa como sistema de produción e mais de convivencia», en *A Galiciarural na encrucillada*, Galaxia, Vigo, 1975.
- RODRÍGUEZ R.: *Problemes d'adaptation des enfants d'inmigrants italiens et spagnols a Geneve*. Medicine et Higiene, Geneve, 1968.
- RODRÍGUEZ LÓPEZ, A.: «Galice: l'alcolisme dans le milieu rural», *Alcool ou Santé*, 4, 17-24, 1976.
— «Emigración y psicopatología familiar», en *Gran Enciclopedia Gallega*, tomo 10, 32-36, 1978.
- RODRÍGUEZ LÓPEZ, A., y ALONSO, M. D.: *Patología Psíquica en hijos de emigrantes gallegos*, *Folia Neuropsiq. del Sur y Este de España*, XIV, 1 a 4, 219-224, 1979.
- TEIJEIRO, J., y AJURIAGUERRA, J.: «Problemes psychopathologiques de l'emigration spagnole a Geneve», *Medecine et Higiene*, Geneve, 1967.
- TOIO SIERRA, R., y col.: *Estudio del crecimiento y desarrollo transversal y longitud en niños, adolescentes y jóvenes de Galicia. Valoración de los parámetros antropométricos, bioquímicos, hormonales, radiológicos, psicométricos y sociométricos en una muestra de ocho mil personas*, inédito, 1977.
- VÁZQUEZ GIGIREY, E.: *Crecimiento y desarrollo de los hijos de emigrantes gallegos residentes en Caracas*, Tesis Doctoral, Santiago de Compostela, 1979.

Un acercamiento al problema de la psiquiatría comunitaria

Dr Valentín Corceés Pando

En las páginas que siguen trataré de abordar algunos puntos que considero esenciales en la tarea de conceptualizar e implantar el modelo de Salud Mental Comunitaria. Debo, por lo tanto, dejar claro que no pretendo abordar toda la problemática derivada del replanteamiento de la teoría y práctica de la Salud Mental en su encuadre comunitario. Tarea, por otra parte, aún sin hacer en el espacio de las ciencias de la conducta en la medida que supone una revisión profunda de los fundamentos epistemológicos en los que —todavía hoy, a pesar de las modificaciones sufridas— se sustenta nuestra práctica.

La segunda guerra mundial supone la enunciación explícita y pública —incluso, en ocasiones, desde el poder— de cambios profundos en las estructuras asistenciales psiquiátricas. Las razones de esta ruptura con los modelos asistenciales anteriores son naturalmente diversas; aquí, como en todo cambio social trascendente, debe aplicarse el principio freudiano, hoy incorporado a la sociología, de la sobredeterminación, pero, en última instancia, la formulación de nuevos modelos asistenciales —casi siempre precuariamente definidos— implican la inadecuación, económica e ideológicamente, de lo antiguo a las formaciones sociales de capitalismo avanzado.

Así, pues, desde mediados de la década de los cuarenta hasta nuestros días en todos los países occidentales han surgido —con mayor o menor fortuna, en directa relación con sus dialécticas internas— planes asistenciales, proyectos legislativos, movimientos gre-

miales, etc., que tienen, al menos en su forma, como fundamento al cuestionamiento de la fenomenología manicomial.

Puede quedar probado lo que venimos afirmando el recordatorio de los hitos claves en la historia de la psiquiatría occidental: Ley del Sector Francés, Plan Kennedy, etc.

Sin embargo, sería falso —como frecuentemente se hace en este tipo de análisis— quedarnos en este nivel de planteamiento. Me parece que es más ajustado a la dinámica interna del desarrollo de las estructuras asistenciales psiquiátricas proceder a una descripción fenomenológica de los avatares sufridos por algunas figuras asistenciales que han marcado ineludiblemente el campo de la Salud Mental.

He elegido, a título meramente ejemplar, el desarrollo de algunos momentos privilegiados en el camino hacia la conceptualización de la psiquiatría comunitaria.

Son Francia e Inglaterra los países que de forma inequívoca y —como he señalado anteriormente— en los años de la segunda guerra mundial plantean, desde lugares y grupos diferentes, en sus respectivas formaciones sociales, la necesidad de un cambio en el manicomio decimonónico para adecuarlo a su función terapéutica, aparece así, incipiente, pero nítidamente enunciado, la crítica a un modelo asistencial social que tuvo su esplendor en las postrimerías del siglo XIX. El manicomio se entiende no sólo como inadecuado al discurso de la psiquiatría, sino también visualizado como análogo a instituciones netamente represivas, como los campos de concentración o las cárceles.

El análisis institucional y la comunidad terapéutica son las figuras asistenciales que dan salida a esta situación «crítica» de la institución manicomial. Con ello, al consolidarse como alternativas asistenciales, al menos como modelos teóricos, se institucionaliza un tipo de fenomenología asistencial que, en breve tiempo, mostrará también su inadecuación en el proceso dialéctico social.

Asismos, pues, a una situación que habrá de repetirse a fases posteriores: la negación dialéctica en el interior de las estructuras asistenciales una vez que éstas intentan recomponer o reformar el «orden manicomial».

Al llegar a este punto parece necesario recapitular dos ideas fundamentales implícitas en cualquier tipo de otras formaciones psiquiátricas. Por una parte, una vez que se rompe o modifica elemen-

tos de la estructura manicomial se entra en una dialéctica en espiral que en forma de alternativa tratará de sustituirse una a otra y que ha conducido en la última década a plantearse los modelos asistenciales comunitarios. Debemos añadir, como complemento a este punto, que estas «alternativas» han sido frecuentemente fetichizadas por los agentes del cambio como alternativas definitivas a la crisis de la psiquiatría tradicional. Esta última situación, al actuar a la manera de la ideología, ha oscurecido la práctica de dichos agentes de salud, imposibilitándolos seriamente para intelegir en profundidad los cambios, rápidos y frecuentes, en la fenomenología asistencial.

Pero existe otra segunda cuestión que nos sale al paso, y a la que, a mi entender, no se le ha prestado atención suficiente: cada nueva figura sistencial lleva incorporados elementos de la formación anterior, lo cual significa que la esencia del manicomio persiste a frecuencia inalterada.

Hay, pues, un problema fundamental para entender la dinámica de los cambios asistenciales en el campo psiquiátrico: el problema del manicomio. Debemos remitirnos allí para visualizar, cualquiera que sea el lugar de nuestra práctica, correctamente las «nuevas alternativas» asistenciales.

¿Qué es el manicomio? ¿Cuál es su esencia? No pretendo ahora extenderme en este punto; basta decir que el encierro es un elemento marginal a la fenomenología, a la dinámica del mismo. Lo que caracteriza, sobre lo que se sustenta el orden manicomial, lo que le confiere una originalidad, es algo diferente: la negación del valor de la palabra y el acto del loco.

Al constituirse así el orden manicomial, nacido del orden burgués, del orden ciudadano, se coloca en una doble y aparente situación paradójica: extraído e integrado en el discurso ideológico, político y social de la burguesía.

* * *

Señalábamos más arriba que el concepto de Salud Mental Comunitaria designa algo diferente a Psiquiatría en la Comunidad.

A pesar de esta afirmación, no voy a entrar aquí y ahora en los elementos diferenciales de ambos procesos. Basta decir, por el mo-

mento, que la Psiquiatría en la Comunidad no es más —y no es poco— que el acercamiento de la actual estructura psiquiátrica al usuario. Esta salida del hospital —bien sea a las Unidades Psiquiátricas del Hospital General, como a las consultas externas— no está exenta de dificultades y traumatismos y ha significado en numerosas ocasiones el primer paso para abrir el discurso y la práctica psiquiátrica a sus contradicciones internas.

La Salud Mental Comunitaria se diseña, por el contrario, como una teoría y práctica abierta en franca ruptura con el pensamiento psiquiátrico tradicional, reproducción ingenua de las corrientes teóricas vigentes en la medicina decimonónica.

Sin embargo, no debe interpretarse que la práctica de Salud Mental Comunitaria se articula con una teoría cerrada. Más acertada parece pensarla como un diseño abierto con puntos modelados por un sincretismo de diferentes disciplinas, que ayudan a intelecgr problemas concretos relacionados en el seno de la comunidad y de sus instituciones.

La teoría, en Salud Mental Comunitaria, es el emergente, pues de una «posición» —privilegiada, contradictoria y compleja— del llamado agente de Salud Mental frente al «acontecimiento» comunitario, que nunca debe pensarse ni resolverse desde los lugares excluyentes del discurso y de la práctica psiquiátrica apoyada, conceptualmente, en el manicomio.

Es así como emerge en primer plano —anterior a cualquier otro elemento teórico— la reflexión sobre la comunidad, sus leyes e instituciones. En otras palabras, para trabajar en Salud Mental Comunitaria lo primero que se debe saber es qué es la comunidad.

La comunidad se presenta estructurada en niveles básicos que se condicionan unos a otros, constituyendo en cada momento para el trabajo comunitario una «gestalt». La fenomenología comunitaria —el discurso manifiesto de la misma— es el resultado de un proceso dinámico de intercambios que objetivan el movimiento de una estructura más profunda de los grupos humanos que articulen una función e identidad alrededor de leyes fundamentales. Aquí me remito a los trabajos antropológicos de Levi-Straus, que partiendo de la «posición de naturaleza y cultura ha sentado, a mi entender, las bases de una intelección profunda del discurso latente en la comunidad y de la génesis y función de las leyes y de las normas.

Es, pues, en este contexto operativo y conceptual de la comunidad donde se inscriben otras categorías fundamentales del trabajo comunitario: el técnico, el agente de salud, la demanda de la población, el sujeto, la institución, la crisis, etc.

Dar cuenta de todo ello rebasaría los límites fijados a este trabajo de presentación. Quisiera, sin embargo, y de una manera muy esquemática referirme de pasada a ello.

Las formaciones institucionales, incluida la familia y el hospital, están atravesados por normativas y dinámicas de funcionamiento, resultado de la proyección y objetivación del proceso de funcionamiento comunitario. Su formalización, por tanto, viene condicionada por toda una historia que contribuye a delimitar y a diferenciar la fenomenología institucional.

El agente de salud inmerso en el esquema conceptual comunitario viene a situarse en una aparentemente posición contradictoria. Por un lado, perteneciente a una de las instituciones comunitarias, el Servicio de Salud Mental está sometido a las leyes de funcionamiento de la comunidad y de la institución, a las que tiene que responder y a las que con frecuencia desconoce, siendo sujeto pasivo del funcionamiento de la red social. De otra parte, es el técnico en Salud Comunitaria el encargado, si quiere cumplir su tarea, de proceder al desvelamiento del discurso manifiesto —lugar de las identificaciones, negaciones y exclusiones de los grupos e instituciones— para poner al descubierto los procesos latentes en la dinámica social.

Esta situación paradójica es con frecuencia resuelta —y esta es a mi juicio la forma como lo ha hecho la psiquiatría tradicional— a través de un sistema de complicidades con la institución dominante en la coyuntura comunitaria. Piénsese, por ejemplo, que los ingresos en hospitales psiquiátricos —punto terminal de un proceso en el conflicto entre el deseo y la conducta individual y la normativa institucional, familiar— se resuelven con la ayuda del psiquiatra, en una operación de reclusión terapéutica, donde con mucha frecuencia no sólo queda privado de libertad el sujeto entre las paredes de la institución, sino, también, el técnico, en las redes conceptuales de la ideología del diagnóstico.

La captación en el espacio de la imagen o de la ideología es común a la comunidad y al técnico; pero también es el fundamento de la problemática del sujeto que se refiere como soporte de la de-

manda del grupo, y que frecuentemente sólo se hace explícito como tal con producto final o efecto de un «acontecimiento» —en el sentido de R. Bertles— o «crisis».

Situación esta última que rompe los circuitos defensivos y pulsionales, posibilitando, si es bien resuelta, un mayor nivel de integración en el individuo y/o en el grupo.

Este breve y brutal esquematismo al que he sometido a algunos de los elementos de la teoría comunitaria tiene por objeto —además de una fugaz presentación— mostrar las limitaciones que la psiquiatría tradicional sufre —para suministrar elementos teóricos similares y que, por lo tanto, el trabajo comunitario, en el área de la Salud Mental, requiere un desprendimiento del obsoleto esquema referencial de la psiquiatría del siglo XIX.

* * *

La marca diferencial que imprime la Salud Mental comunitaria no se apuntala sólo en una formulación teórica, sino que el objeto y las formas y técnicas de su trabajo contribuyen decisivamente a su perfil.

La Salud Mental Comunitaria, como ya lo hizo la Psiquiatría Social, ha trascendido un objeto de trabajo del individuo, aislado, a sistemas más amplios, en los que se resuelven, en un momento dado, la comunidad. Así, la familia, la escuela, etc., han pasado a ser entidades propias— naturalmente contextualizadas—, que explican conductas particulares en una compleja interacción.

Paralelamente, el técnico ha dado paso al trabajo grupal, sometido igualmente a leyes y tensiones que el propio equipo debe conocer para realizar su trabajo con efectividad y, por lo tanto, introducir una metodología de trabajo diferente.

A lo largo de esta página hemos tratado de perfilar algunas ideas que pueden servir a los propios grupos y equipos, como elementos de discusión en el trabajo comunitario. En ningún momento se ha pretendido agotar el terreno de una disciplina que se presenta como alternativa a un modelo psiquiátrico históricamente caduco.

Psicopatología en el campo y en la ciudad a partir de los estudios comunitarios

Dr. J. L. Vázquez Barquero

**Servicio de Psiquiatría. Centro Médico Nacional
"Marqués de Valdecilla". Facultad de Medicina.
Universidad de Santander. SANTANDER.**

La importancia de analizar la manera como los modos de vida urbano-rural condicionan la patología mental surge el hecho de ser estas dos realidades sociológicas que trascienden las diferencias nacionales. La tendencia que se observa en todas las sociedades a abandonar conforme avanzan en su desarrollo y modernización el modo de vida rural en pro del urbano conlleva una serie de cambios que afectan las relaciones que el individuo establece con su entorno, incluyendo las propias dinámicas familiares. Los aspectos negativos de estos cambios, que dependen de factores como la pérdida del sentido artesanal del trabajo, la ruptura de los lazos intrafamiliares, la in-comunicación o la masificación constituyen los pilares básicos de la desintegración social y tienen como consecuencia, entre otras cosas, el desarrollo de trastornos psiquiátricos.

La hipótesis de que al igual que ocurre con las sociedades primitivas, el modo de vida rural inmuniza a la población frente al desarrollo de alteraciones mentales, ha sido sostenida desde antiguo de tal manera que ya en el siglo XIX distintos autores trataron de demostrar que este tipo de patología era debida al stress de la industrialización y urbanización. Así, en 1978, Tuke, analizando el «Re-



gistro de casos» inglés y los datos aportados por figuras clave, en relación con la patología mental existente en ciertas comunidades de Asia y Africa, llegó a demostrar no sólo un predominio de patología en las áreas urbanas, sino también que los niveles de morbilidad encontrados en Inglaterra eran superiores a los de los países subdesarrollados, concluyendo de esta manera que la patología mental era producto de la civilización.

La preocupación por la interacción entre urbanismo, desorganización social y patología mental fue recogida nuevamente en 1939 por Faris y Dunham en su estudio de ingresos psiquiátricos en la ciudad de Chicago. En él se puso de manifiesto que la patología mental, al igual que otras problemáticas sociales, se distribuye de forma peculiar y siguiendo la ley de las «zonas concéntricas» a lo largo de la estructura geográfica urbana. Esta interacción entre patología mental y ecología urbana no se dio, sin embargo, en este estudio de manera uniforme en los distintos cuadros psiquiátricos, de manera que mientras las esquizofrenias, las psicosis orgánicas y las adicciones alcanzaron las cifras más altas en las zonas centrales desintegradas, las psicosis manícodepresivas predominaron en las áreas de nivel socioeconómico superior. Estos importantes hallazgos estimularon el interés por el análisis de la distribución urbana de las psicosis de tal manera que en los años siguientes distintos autores pudieron demostrar en otras ciudades europeas y americanas la existencia de áreas con altos niveles de patología mental [Schroeder (1942), Hare (1956^a) Steim (1957), Hafner y Reiman (1970)]. Este hecho, sin embargo, no se repite de manera constante en todas las ciudades investigadas. Así, Clausen y Kohn (1959), aplicando la metodología de Faris y Dunham a la pequeña ciudad de Hagerstown (Maryland), pusieron de manifiesto una ausencia de significatividad en la distribución de las psicosis por áreas socioeconómicas, demostrando de esta manera cómo la teoría de las «Zonas Recolectoras» propuesta por Faris y Dunham para las grandes urbes no era válida para las ciudades con un limitado número de habitantes. De manera similar otros autores [Rowith y Levy (1968), Dunham (1969)] demostraron también cómo las transformaciones ocurridas a partir de 1930 en los procesos de urbanización de los países occidentales estaba provocando una desaparición de las zonas capaces de acumular patología mental. Estos resultados, más que contradecir la interac-

ción entre urbanismo y patología mental, lo que hacen es demostrar cómo ésta depende de ciertos factores sociológicos coyunturales susceptibles de ser agrupados bajo el concepto de «Desintegración». Otro hecho que se deriva de estos trabajos es el de que existe la posibilidad de romper la secuencia, «Urbanización», «Desintegración social», «Patología mental», a través de una correcta actuación sobre la organización sociológica urbana. Un ejemplo típico de esta situación se encuentra en el artículo «Poverty and social change», en el que Alexander Leighton (1965) describe cómo al volver a analizar en 1962 el Stirling County encontró que la reducción de los índices de «desintegración» ocurrida entre 1950-1962 en una de las comunidades («The Road») iba pareja a una considerable disminución de las cifras de trastornos mentales, demostrando de esta manera que desintegración y patología mental no son atributos obligados e irreversibles de los procesos de urbanización.

Unida a esta especial distribución geográfica de la patología psicótica se han podido demostrar también mayores porcentajes de ingresos psiquiátricos procedentes de las áreas urbanas que de las rurales [Rose y Stub (1955)]. Sin embargo, aún esto nos dice muy poco acerca de la verdadera distribución urbano-rural de la patología mental. Ello es debido a que los ingresos psiquiátricos procedentes de cada zona no sólo son reflejo de la morbilidad, sino también de ciertos factores asistenciales y socioculturales que, como veíamos en un trabajo previo, se distribuyen de manera desigual en ambos tipos de zonas [Vázquez Barquero (1979)]. En este mismo sentido hay que señalar también que la mayoría de los estudios hasta aquí analizados presentan el doble inconveniente de estar referidos a poblaciones hospitalizadas y a las psicosis, lo cual hace que sean poco adecuados para ofrecer datos extrapolables a la población general y a ciertos tipos de patología, como las alteraciones de la personalidad o las neurosis. Resulta por ello imprescindible que analicemos esta problemática a partir de estudios que, como los comunitarios, no presentan este tipo de inconvenientes. En las revisiones llevadas a cabo por Dohrenwend y Dohrenwend (1969, 1974) sobre los estudios de este tipo realizados hasta la fecha (Tabla 1), se observa que en general se repite el predominio urbano de patología encontrado en las poblaciones en tratamiento. Este hecho queda, sin embargo, oscurecido por la existencia en determinados grupos (Europa antes

de 1960, América del Norte después de 1960) de una mayor morbilidad en la zona rural y, sobre todo, por la marcada disparidad de las cifras de patología encontradas en las distintas comunidades. La existencia de esta aparente contradicción y falta de uniformidad en los resultados ha sido interpretada por los distintos autores como consecuencia de las diferencias metodológicas existentes en los estudios comunitarios [Plunkett y Gordon (1960), Dohrenwend y Dohrenwend (1969, 1974), Vázquez Barquero (1979)]. Si con objeto de subsanar estas deficiencias nos limitamos a analizar exclusivamente aquellos estudios en los que con una misma metodología se analizan ambos tipos de zonas (Tabla 2), vemos que como también en ese caso, se confirma el predominio urbano de patología. El que las diferencias de morbilidad urbano-rurales así encontradas sean bastante limitadas no resta importancia a dichos hallazgos, sobre todo si consideramos que, como vemos en la Tabla 3, mientras que unos tipos de patología como las psicosis y las enfermedades meníaco-depresivas, predominan en la zona rural, otras, esquizofrenias, alteraciones de la personalidad y neurosis, lo hacen en la urbana. A la vista de todos estos datos podemos, finalmente, concluir que existe una clara relación entre los procesos de urbanización y el desarrollo de los distintos tipos de patología mental, siendo además esta interacción válida para cualquier cultura, incluyendo la nuestra propia [Kaila (1942), Tswaga y col. (1942), Akimoto y col. (1942), Lin (1953), Leighton y col. (1963), Helgason (1964), Piotrowski y colaboradores (1968), Vázquez Barquero y col. (1981)].

La naturaleza de esta interacción entre urbanismo y patología mental continúa, sin embargo, hoy en día por resolver, de manera que en torno a ella se mantiene todavía planteado uno de los mayores debates de la psiquiatría social, el de «selección social», «origen social» de la patología mental. El inicio de esta controversia se sitúa, como ya es sabido, en el estudio realizado por Faris y Dunham en la ciudad de Chicago. En él se postula que el acúmulo de patología detectado en las áreas desintegradas de dicha ciudad es debido a mecanismos socioambientales basados en el «stress». Así, según dichos autores, las áreas desintegradas de las grandes ciudades a través de la pobreza, la falta de sistemas adecuados de comunicación y el aislamiento son capaces de generar altos índices de patología mental.

TABLA I

ANALISIS DE LA PREVALENCIA PSIQUIATRICA EN FUNCION
DE LA EPOCA, DEL PAIS Y DEL AREA URBANA-RURAL

(Datos Tomados de Dohrenwend y Dohrenwend, 1974*)

PAIS		URBANO				RURAL			
		Prevalencia (por 100)			N.º Est.	Prevalencia (por 100)			N.º Est.
		Media	Rango	D.E.		Media	Rango	D.E.	
— 1960	Europa	1,1	1- 1,1	0,05	2	7,7 *	1,1-23,2	6,7	10
	América Norte	* 11,8	1,6-32	12,2	4	7,1	1,7-18	6,6	4
	Sudamérica	—	—	—	—	—	—	—	—
	Asia Africa Oceanía	* 2,1	1,1-3	0,96	2	1,5	0,8- 2,7	0,9	3
	Total	* 6,7	1-32	10,1	8	6,4	0,8-23,2	6,5	17
+ 1960	Europa	* 23	15,5/33	7,3	3	16,9	12,4-28,6	5,9	5
	América Norte	21,9	3,4/33,4	11,2	8	33,8 *	10,8-69	22,2	8
	Sudamérica	21	17,5-29,8	5,1	4	—	—	—	—
	Asia Africa Oceanía	* 23,5	0,8-47,4	16,5	8	8,6	0,4-54	14,7	17
	Total	* 22,4	0,8-47,4	12,3	23	16,7	0,4-69	19,3	30

TABLA 2

PORCENTAJES DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS OBTENIDOS EN ESTUDIOS QUE ANALIZAN AL MISMO TIEMPO UNA ZONA URBANA Y RURAL

(Tomada de Dohrenwend y Dorenwend, 1974^b)

AUTOR (S)	Urbano	Rural	Diferencia Urbano-Rural
Kato (1969)	0,8	1,7	— 0,9
Lin (1953)	1,1	1,1	0,0
Kaila (Estudio 1) 1942 ...	1,1	1,03	+ 0,08
Kaila (Estudio 2) 1942 ...	1,28	1,07	+ 0,21
Tsuwaga y col. Akimoto y col. 1942	3,0	2,7	+ 0,3
Piotrowski y col. 1968 (Ciechanow)	15,8	11,7	+ 1,8
Leighton y col. 1963	45,0	40,0	+ 5,0
Piotrowski y col. 1968 (Plock)	18,1	13,0	+ 5,1
Helgason, 1964	34,1	20,2	13,9

TABLA 3

COMPARACION ENTRE PORCENTAJES DE PATOLOGIA URBANO-RURAL SEGUN ESTUDIOS QUE ANALIZAN AMBOS TIPOS DE ZONAS

(Tomado de Dohrenwend y Dohrenwend, 1974*)

TIPO DE PATOLOGIA	Núm. de Estudios con porcentajes superiores en:	
	Area Rural	Area Urbana
— Psicosis	+ 5	2
Esquizofrenia	2	+ 3
Maníaco Depresiva	+ 3	1
— Neurosis	1	+ 5
— Alteraciones Personalidad	1	+ 5
GLOBAL	1	+ 8

A partir de este trabajo otros estudios urbanos han confirmado la teoría del origen social de la patología mental. Entre ellos hay que destacar por su importancia el de Mid-town Manhattan [Srole y colaboradores (1962, 1975)], en el que las altas cifras de patología mental encontradas en las áreas urbanas son explicadas a través de la dinámica «stress» (estímulo patógeno ambiental), «strain» (respuesta individual al «stress»). Otra modificación de esta teoría a lo largo de una línea psico-social aparece en la investigación llevada a cabo por Jessor y col (1968) en Colorado. En ella se plantea, entre otras cosas, que el origen de la frustración y del «stress» radica en las discrepancias entre las aspiraciones del individuo y las posibilidades de la realidad, siendo este mecanismo también esencial, según Murphy (1965), en el aumento de patología encontrado en los emigrantes a las áreas urbanas. Hay que destacar, por último, cómo esta teoría del «stress» se ha visto enriquecida también por una serie de estudios, como el de Stirling County [Leighton y col. (1963)], el de los Yoruba [Leighton y col. (1963)], el de New Haven [Hollingshead y Redlich (1958)] o el de las comunidades Hutterites [Heaton

y Weill (1955)]. En ellos se demuestra que factores como la desintegración social, la clase social o el modo de vida, interaccionan con los mecanismos de «stress» a la hora de generar el acúmulo de patología existente en determinadas áreas de la comunidad. Todos estos planteamientos constituyen ejemplos de la teoría del origen social de la patología mental. En ella, como vemos en otro reciente trabajo nuestro [Vázquez Barquero (1981^b)], la enfermedad es interpretada como un modo especial de respuesta ante determinadas condiciones de vida, las cuales se dan preferentemente en áreas de la comunidad marcadas por procesos de desintegración y desestructuración social.

Frente a los autores que postulan el «stress» como origen de las diferencias urbano rurales de morbilidad, existen otros que siguiendo a Jarvis (1955), defienden la teoría de la «selección social». En ella el predominio urbano de patología es interpretado no como consecuencia del «stress» derivado de la urbanización, sino como el resultado de mecanismos de selección que hacen que determinados individuos se concentren en las grandes ciudades y, dentro de ellas, en áreas sociogeográficas muy específicas. Aun cuando el interés por esta teoría tomó auge a partir de las críticas planteadas por autores como Myerson (1940) a las conclusiones socioambientales de Faris y Dunham, su desarrollo está ligado en gran medida a los estudios sobre emigración realizados en la segunda mitad de este siglo. La importancia de incorporar aquí los datos que esta línea de investigación aporta es fácil de entender si consideramos que los procesos de urbanización existentes en las sociedades actuales han sido posibles únicamente gracias a la existencia de marcadas corrientes migratorias.

En los estudios efectuados por Odegard después de la segunda guerra mundial sobre la emigración interna en Noruega se demuestra que el aumento de patología mental existente en los emigrantes a la ciudad de Oslo es debido, más que al «stress» del estilo de vida urbano, a la especial predisposición de estos individuos a desarrollar trastornos psiquiátricos [Odegard (1973)]. De manera similar otros autores han comprobado que las grandes ciudades atraen hacia sí un número desproporcionadamente alto de personalidades inestables y susceptibles de enfermar [Malzberg (1935, 1956), Lazarus y col. (1963)]. Sin embargo, un análisis más detallado de la emigración urbana nos muestra una imagen mucho más compleja de

la previamente expuesta. Así, el aparente aumento de patología mental observado por Odegaard en los emigrantes a Oslo, no sólo no se repite para los que se dirigen a las restantes ciudades noruegas, sino que tampoco aparece entre los que lo hacen a las áreas residenciales de la propia ciudad de Oslo, siendo incluso estos individuos, que poseen un alto nivel socioeconómico, los que dan las cifras más bajas de patología mental. De manera similar, en los trabajos realizados por Schwab y col. (1971) en América sobre emigrantes a zonas residenciales urbanas también se confirman las bajas cifras de patología encontradas previamente en Europa, demostrándose así una vez más la importancia de los factores socioculturales en la interacción entre emigración urbana y el desarrollo de patología mental. La complejidad de esta situación ha sido puesta de manifiesto también por Murphy (1965), quien defiende la existencia de por lo menos seis variables capaces de condicionar los niveles de patología mental presentes en este tipo de población. Así, el lugar de origen, las causas y objetivos de la emigración, la concordancia entre las expectativas y las posibilidades de la realidad, el nivel de recursos materiales y psicológicos del individuo e incluso el estado de receptividad de la sociedad, parecen ser factores fundamentales para el equilibrio psíquico de los individuos que emigran a otras comunidades.

Otra manera como los procesos de selección actúan sobre la interacción entre patología mental y urbanización es condicionando el mapa residencial urbano de los enfermos mentales, de manera que, como se indica en las críticas planteadas a la teoría del «stress» propuesta por Faris y Dunham, el aumento de patología mental existente en las áreas centrales de Chicago puede muy bien ser debido a mecanismos de selección basados en el descenso social [(Myerson (1940)]. Según esta teoría, los enfermos psiquiátricos como consecuencia de su patología descienden de clase, concentrándose en las áreas más pobres y desintegradas de las ciudades, las cuales acumulan, por consiguiente, altas cifras de trastornos psiquiátricos, más en función de la patología mental que de los «stress» de la urbanización. Aun cuando esta teoría del descenso social pasivo («Drift») ha sido en ocasiones criticada [Hollingshead y Kedlich (1958), Clausen y Kohn (1959), Dunham (1969)], en general ha contado con un gran número de defensores, sobre todo a la hora de explicar la in-

teracción entre clase social baja y patología mental [(Lystad (1957), Goldberg y Morrison (1963))].

En contraposición con la teoría previamente expuesta, otros autores han propuesto que el acúmulo de patología existente en las áreas desintegradas de las grandes ciudades es debido a mecanismos activos de descenso social, que hacen que los individuos enfermos se «segreguen» voluntariamente en áreas caracterizadas por altos niveles de aislamiento. Así, autores como Buck y col. (1955) y Hare (1956^a), han demostrado que determinados tipos de pacientes psiquiátricos tienden a concentrarse en aquellas áreas de las ciudades que resultan más tolerantes con sus alteraciones y que al mismo tiempo les permiten un mayor nivel de anonimato y aislamiento social. Es interesante, sin embargo, destacar cómo esta especial distribución urbana de los enfermos psicóticos aparece en determinados estudios únicamente en aquellos individuos que viven alejados de sus familias, surgiendo de esta manera que la búsqueda activa de anonimato y aislamiento representa también en cierta medida una huida de las tensiones y presiones familiares [Gerar y Houston (1953), Hare (1956^b)]. Hay que puntualizar, sin embargo, que aun cuando se puede aceptar que existe, al menos en las esquizofrenias, una correlación entre alejamiento del núcleo familiar y tendencia a vivir en áreas urbanas desintegradas, no está claro que esto sea debido exclusivamente a mecanismos de selección y menos aún de selección activa. Este punto de vista es precisamente confirmado por Hare (1956^b), demostrando que la ruptura con la familia surge en unos casos (50 %) como consecuencia de conflictos interpersonales derivados de la propia patología del paciente; en otros, forzada por circunstancias externas, y sólo en el 16,6 % de las ocasiones fruto de una decisión libre del enfermo. Es este tipo de situación la que hace, según Hare, que el aislamiento del núcleo familiar deba ser interpretado también como consecuencia de procesos de selección pasiva e incluso como desencadenante de la aparición de mecanismos de «stress».

Vemos así, para concluir, cómo distintos factores, como el descenso social pasivo, la segregación voluntaria, la desintegración social, el tamaño y estructura de la ciudad y la presencia de emigración, actúan de manera decisiva en los procesos de selección responsables de la interacción entre patología mental y ecología urbana.



Sin embargo, la presencia de estos procesos de selección no excluye la existencia de los mecanismos de «stress», de tal manera que, como se observa en el Midtown Manhattan Study [Srole y col. (1962, 1975)], ambos actúen de manera conjunta en la asociación entre urbanización y patología mental. Por ello, al menos en lo que respecta a este punto, la vieja controversia «selección» «versus stress», parece obedecer más a posiciones teóricas maximalistas que a un análisis objetivo y desapasionado de la realidad. El futuro, por consiguiente, radica, en nuestra opinión, no en intentar inclinar la balanza en uno u otro sentido, sino en clarificar la manera como ambos factores interaccionan a la hora de provocar dicho predominio urbano de patología.

BIBLIOGRAFIA

- AKIMOTO, H.; SHIMAZAKI, T.; OKADA, K., & HANASIRO, S.: «Demographische und psychiatrische untersuchung über abgegrenzte kleinstadtbevölkerung», *Psychiatria et Neurologia Japonica*, vol. 47 (351-374), 1942.
- BUCK, C.; WANKLIN, J. M., & HOBBS, G. E.: «A symptom analysis of rural-urban differences in first admission rates», *J. Nerv. & ment. Dis.*, vol. 122 (80-82), 1955.
- CLAUSEN, J. A., & KOHN, M. L.: «Relation of schizophrenia to the social structure of small city», en *Epidemiology of mental disorders*. Pasamanick B. (ed.). *Am. Assoc. Advan. Scien.*, Washington, D. C.
- DOHRENWEND, B. P., & DOHRENWEND, B. S.: «Social status and psychological disorders», *Wiley Interescience-J. Wiley & sons*, New York.
- «Social and cultural influences on psychopathology», *Annual Review of Psychology*, Vol. 25 (417-437), 1974.
- DUNHAM, H. W.: «City core and suburban fringe: Distribution patterns of mental illness». In: Plong, S. C., and Edgerton, R. B. (eds.): *Changing perspectives of mental illness*, New York, Holt, 1969.
- EATON, J. W., & WEILL, R. J.: *Culture and mental disorders*, New York, Free Press of Glencoe, 1955.
- FARIS, R. E. L., & DUNHAM, H.: «Mental disorders in urban areas», *Phoenix books: The University of Chicago Press*, 1939.
- GERARD, D. L., & HOUSTON, L. G.: «Family stting and the social ecology of schizophrenia», *Psychiatr. Q.*, vol. 27 (90-98), 1953.
- GOLDBERG, E. M., & MORRISON, S. L.: «Schyzophrenia and social class», *Brit. J. Psych.*, vol. 109 (785-191), 1963.

- HAFNER, H., & REIMANN, H.: «Spatial distribution of mental disorders in Mannheim», en *Psychiatric Epidemiology*, Hare, E. H., Wing, J. K. (eds.), págs. 341-354, Oxford University Press, London, 1970.
- HARE, E. H.: «Mental illness and social conditions in Bristol», *J. Mental Science*, vol. 102 (349-357), 1956^a.
- «Family setting and the urban distribution of schizophrenia», *J. Ment. Sci.*, vol. 102 (753-760), 1956^b.
- HELGASON, T.: «Epidemiology of mental disorders in Iceland», *Acta Psychiat. et Neurol. Scand.*, Suppl. 173, 1964.
- HOLLINGSHEAD, A. B., & REDLICH, F. R.: *Social class and mental illness a community study*, John Wiley, New York, 1958.
- JARVIS, E.: *Report on Insanity and idiocy in Massachusetts, 1855*, citado en Schwab, J. J., & Schwab, M. E. (eds): *Sociocultural roots of mental illness an epidemiological survey*, Plenum Medical Books, New York, 1978.
- JESSOR, R.; GRAVES, T. D.; HANSON, R. C., & JESSOR, S. L.: *Society, Personality, and deviant behaviour: A study of a tri-ethnic community*, Holt, Rine Hart & Winston, New York.
- KAILA, J.: «Über die durchschnittshäufigkeit der geisteskrankheit und des schwachsinn in Finland», *Acta Psychiat. et neurol. Scand.*, vol. 17 (47-67), 1942.
- LAZARUS, J.; LOPKE, B. Z., & THOMAS, D. S.: «Migration differentials in mental disease», *Milbank Mem. Fund. Q.*, vol. 41 (25-42), 1963.
- LEIGHTON, A. H.; LAMBO, T. A.; HUGES, C. C.; LEIGHTON, D. C.; MURPHY, J. M., & MACKLIN, D. B.: *Psychiatric disorder among the Yoruba*, Cornell University Press, Ithaca, N. Y., 1963.
- LEIGHTON, D. C.; HARDIN, J. S.; MACKLIN, D. B., & MACMILLAN, A. M.: *The character of danger*, Basic Books, New York, 1963.
- LEIGHTON, A. H.: «Poverty and social change», *Sci. Am.*, vol. 212 (5) (21-27), 1965.
- LIN TSUNG-YI: «A study of the incidence of mental disorder in chinese and other cultures», *Psychiatry*, vol. 16 (313-336), 1953.
- LYSTAD, M. H.: «Social mobility among selected groups of schizophrenics patients», *Am. Sociol. Rev.*, vol. 22 (3) (288-292), 1957.
- MALZBERG, B.: «Mental disease in New York state according to nativity and parentage», *Ment. Hyg.*, vol. 19 (635-660), 1935.

- MALZBERG, B., & LEE, E. S.: «Migration and mental disease: A study of first admissions to hospitals for mental disease», *Social Science Research Council*, New York, 1956.
- MURPHY, H. B. M.: «Migration and the major mental disorders: A reappraisal», en KANTER, M. B. (ed.): *Mobility and mobile health*, Springfield III, Charles C. Thomas, 1965.
- MYERSON, R.: «Review, mental disorders in urban areas», *Am. J. Psychiatry*, vol. 96 (995-997), 1940):
- ODEGAARD, O.: «Emigration and mental health», en ZWINGMANN, C. A., & PFISTER-AMMENDE (eds.): *Uprooting and after...*, New York-Springer-Verlag, 1973.
- PIOTROWSKI, A.; HENISZ, J., & GNAT, T.: *Individual interview and clinical examination to determine prevalence of mental disorder*, Proc. IV World Congr. Psych., Madrid, sep. 1966. *Excerpta Med. Int. Congr. Ser.*, número 150 (247-248), 1966.
- PLUNKETT, R. J., & GORDON: *Epidemiology and mental illness*, Basic Books Inc., New York, 1960.
- ROSE, A. M., & STUB, H. R.: «Summary of studies on the incidence of mental disorders», en *Mental health and mental disorder: A sociological approach*, Edit. A. M. ROSE, New York, Norton, 1955.
- ROWITH, J. J.; MGGINNES, N. H., & WARHEIT, G. J.: *Social change, cultural change and mental health*, en DE LA FUENTE, R., & WEISMAN, M. N. (eds.): *Psychiatry Part. I*. International Congress Series núm. 274. Proceeding of V. World Congress of Psychiatry, México D.F., 1971.
- SHROEDER, C. W.: «Mental disorders in cities», *Am. J. Sociol.*, vol. 47 (40-47), 1942.
- SROLE, L.; LANGNER, T. S.; MICHAEL, S. T.; OPLER, M. K., & RENIE, T. A. C.: *Mental health in the metropolis*, McGraw Hil, New York, 1962.
- *Mental health in the metropolis*, Harper and Row, New York, 1975.
- STEIN, L.: «"Social class" gradient in schizophrenia», *Br. J. Prev. Soc. Hed.*, vol. 11 (181-195), 1957.
- TSUWAGA, T.; OKADA, K.; HANASIRO, S.; ASAI, T.; TUKAMA, R.; NORIMURA, S., & TSUBOI, F.: «Über die psychiatrische Zensusuntersuchung in einen stadtbezirk von Tokyo», *Psychiatria et Neurologia Japonica*, vol. 46 (204-218), 1942.
- TUKE, D. H.: *Insanity in ancient and modern life with chapters on its prevention*, 1978. Citado en: SCHWAB Y SCHWAB: *Sociocultural roots of mental illness an epidemiological survey* (Plenum Medical Books), 1978.

- VÁZQUEZ BARQUERO, J. L.: *Influencia de los factores socioculturales sobre la prevalencia neurótica. Un estudio de epidemiología comunitaria en el Valle del Baztán*, Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- *Clase social y movilidad social como factores condicionantes de la Salud Mental*, Comunicación al Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría, 1981^b.
- VÁZQUEZ BARQUERO, J. L.; MUÑOZ, P. E., & MADDOZ JAUREGUI, V.: «The influence of the process of urbanization on the prevalence of neurosis: a Community survey», *Acta Psych. Scand.* (aceptado para publicación), 1981^a.

¿Hacia un cambio en la asistencia psiquiátrica en Barcelona? ⁽¹⁾

Lluís Lalucat i Jó

Psiquiatra. Miembro del Centre d'Higiene Mental "Les Corts" de Barcelona.

INTRODUCCION

La situación global de la asistencia psiquiátrica es sobradamente conocida en sus aspectos más esenciales como para entrar ahora en una reiteración crítica que viene tanto desde la teoría como desde la práctica de la década anterior. Tampoco es este el lugar para exponer, aunque sea suscitadamente, la aparición, también desde hace algunos años, de modelos e instituciones con deseos de incidir en un cambio de la asistencia tradicional. Baste aquí señalar que los cambios políticos de los últimos años nos brindan hoy la oportunidad de contemplar un panorama más dinámico, y poder tomar como eje de análisis proyectos y realizaciones en curso que surgen de entes públicos como la Diputación de Barcelona, y que pretenden avanzar en un camino de cambio profundo de esas realidades asistenciales caducas. Por primera vez en muchos años se ha hecho posible contar con un plan de actuación pública que no se limite a perpetuar las condiciones existentes.

Como todo proyecto de cambio, y más al recaer en un campo largamente conflictivo, no hace sino estimular y dinamizar las con-

(1) Consideraciones en torno al «Plan de Psiquiatría de la Diputación de Barcelona» y los «Centros de Asistencia Primaria y Salud Mental».

tradiciones preexistentes. Pero ese mismo deseo de cambio no debe impedirnos, al colaborar en él con nuestro esfuerzo cotidiano, hacerlo también con el análisis y la crítica consecuentes. La dirección y el cambio que se pretenden pueden venir condicionados y limitados por el propio proyecto o por las dificultades y recursos que se habiliten para su realización. Considerando ambos aspectos, intentaremos a continuación una aproximación al proyecto, desvelando, eso sí, que su lectura viene realizada desde la posición del autor como miembro del Centre d'Higiene Mental Les Corts, institución que viene realizando desde 1975 una tarea enfocada en una perspectiva de salud mental comunitaria bajo la dirección de Roser Perez i Simó.

Entendiendo que este trabajo va dirigido a quienes no disponen de la documentación y materiales en que se exponen los proyectos, se pretende tanto su divulgación informativa como su consideración crítica desde la perspectiva apuntada.

EL PLAN DE PSIQUIATRIA DE LA DIPUTACION DE BARCELONA 1981

El Plan de Psiquiatría de la Diputación de Barcelona 1981 se presenta con fecha 2 de julio de 1981 en la Sesión Extraordinaria de Psiquiatría de la Comisión Informativa de Sanidad y Servicios Sociales de la Diputación de Barcelona. Posee el carácter de un informe-propuesta elaborado por el Equipo Técnico del Área de Sanidad y Servicios Sociales. Consta de unas consideraciones acerca del ámbito legal, unas referencias a la sesión del 6 de marzo de 1980, y expone a continuación los proyectos realizados, aquellos que se hallan en curso, unas bases programáticas y un programa de actuación para 1981.

La referencia al ámbito legal que contiene el informe se limita a aquellas disposiciones que adjudican a las Diputaciones unas «obligaciones mínimas» en este terreno, y la referencia a la sesión de marzo de 1980 es para destacar que en ella se explica «por primera vez un programa de actuación en el que se habla de los recursos económicos (presupuesto) y de su aplicación, marcando unos objetivos y haciendo una valoración de los medios», así como el reunir, por primera vez, «un equipo interprofesional para preparar la propuesta que había encargado el Presidente de la Comisión».

A partir de aquí, el informe pasa a analizar los proyectos realizados, destacando que en 1980 se inicia, precisamente, un proceso superador de aquel concepto de «obligaciones mínimas» de las Diputaciones, «al entender que había que crear medios que proporcionasen una respuesta asistencial cercana a la comunidad, que para aquellos casos susceptibles de ser internados pudiera, mediante una asistencia intrahospitalaria adecuada, evitar el internamiento». Para ello se iniciaron y llevaron a cabo una serie de contactos entre la Diputación y los Ayuntamientos, a fin y efecto de crear conjuntamente esos dispositivos, concluyéndose que la Diputación puede, en la medida de sus recursos presupuestarios, *«incidir en el inicio de un cambio profundo de la asistencia psiquiátrica»*.

La «Descripción y situación de los proyectos en curso» constata la labor realizada, insistiendo en que se trata de llegar (como, por ejemplo, en el caso de la ciudad de Barcelona) a una «red asistencial diferenciada y comunitaria que abarque a toda la ciudad», considerando la necesidad de planificar nuevos recursos y de *«aprovechar los existentes»* para «superar el nivel asistencial actual que tanto el Ayuntamiento con el IMPU, el INSALUD con los Neuropsiquiatras y la Diputación con los Psiquiátricos (larga estancia) están ofreciendo a los ciudadanos».

Hasta aquí, el informe, además de brindar datos de la labor realizada en el último año, permite traslucir fundamentalmente dos cosas: la primera, una decidida voluntad de cambio en la asistencia psiquiátrica, y la segunda, inscribir ese deseo en la creación de nuevos recursos, pero también, en el aprovechamiento de los existentes. Es decir, que al mismo tiempo, se plantean unas vagas nociones de «red asistencial y comunitaria», y de «respuesta asistencial cercana a la comunidad», por un lado, y se resaltan, por otro, las necesidades de contar con los medios existentes. Más allá del realismo que ello pueda revelar, junto con la reiterada referencia a las limitaciones presupuestarias de la Diputación, puede iniciarse un esbozo de algunas de las dificultades que podremos ir evidenciando más adelante.

Conscientes de los problemas que conlleva un plan de actuación psiquiátrica, los autores del informe pasan a elaborar unas «bases programáticas» o «criterios orientativos para una política asistencial psiquiátrica», sabedores de la «necesidad de explicación del

encuadre conceptual referencial operativo (E.C.R.O. de Pichón Riviere) que subyace a todo proyecto asistencial». En ese sentido se destaca que «un modelo asistencial para el ordenamiento y la planificación de la Asistencia Psiquiátrica de una determinada área geodemográfica debe abarcar, además de modelos de intervención, modelos institucionales y modelos de gestión», con su correspondiente carácter «sistémico y circular». Como consecuencia lógica se plantea que la modificación de la actual situación de la asistencia psiquiátrica «comporta incidir sobre cada una de las instancias del esquema-modelo» descrito. Y añade que «pretender cambiar las instituciones sin incidir sobre el modelo de intervención que utilizan los que trabajan en ellas no dará frutos satisfactorios, ya que las nuevas instituciones reproducirán en esencia las anteriores».

Sin pretender una «valoración cuantitativa y cualitativa de la situación actual de la asistencia psiquiátrica», el informe se propone «aportar algunas consideraciones sobre el Modelo Asistencial aplicado», constatando que se caracteriza por ser «un modelo de intervención psiquiátrica medicalizado», pero que da «más respuestas de tipo social que respuestas propiamente terapéuticas y rehabilitadoras». Un modelo con «instituciones prácticamente de régimen cerrado», que aunque poseen un «carácter médico, se ocupan de problemas que tienen que ver también con situaciones sociales». Y un modelo que fundamenta la «gestión de los problemas psiquiátricos apoyándola fuertemente en el internamiento». Propone por ello evitar en el futuro «que el modelo asistencial sea o siga siendo un modelo incompleto, con tendencia al internamiento, estigmatizante, aparentemente médico y encubridor de soluciones sociales parciales, generador de cronicidad y gravoso desde el punto de vista económico».

Frente al modelo asistencial imperante, el informe registra la aparición de diversas propuestas que creen pueden resumir en «tres grandes bloques o líneas que vendrían a representar intereses diferentes y en ocasiones opuestos». La primera respuesta vendría de las instituciones u hospitales psiquiátricos; la segunda, que queda reflejada en el borrador del Plan de Asistencia Psiquiátrica del Ayuntamiento de Barcelona, y que considera básica la creación de una red de dispositivos del tipo de los Centros de Higiene Mental, y una tercera, que «enfatisa la importancia de mantener alejada a la población tanto de los hospitales psiquiátricos como de los hospitales ge-

nerales», y que preconiza la creación de centros polivalentes. Tras un ejercicio de contraponer las argumentaciones y críticas de las diversas propuestas entre sí, pasa a establecer unos *marcos de referencia*, en los que se destaca que «no es tarea de nuestra Comisión Técnica llegar a concluir cuál de los modelos que actualmente se ventilan en el panorama psiquiátrico asistencial está más cargado de razón o es merecedor de mayor credibilidad. Si así lo hiciéramos actuaríamos de manera esterilizante, impidiendo el enriquecimiento que comporta su confrontación dialéctica», pero sí «proceder a un ordenamiento de conceptos, ideas y criterios en materia de política asistencial».

Y así se pronuncia por encuadrar la planificación psiquiátrica en una adecuada planificación sanitaria.

Un apartado sobre criterios orientativos par un mejor aprovechamiento de los recursos humanos institucionales y económicos parte nuevamente del hecho de que la «precariedad de todos estos recursos nos obliga a no desaprovechar ninguno de los que tenemos», exigiéndose un «equilibrio entre la flexibilidad y el rigor». Pasa a continuación a delimitar algunas de las características que deberían ser *criterios programáticos del modelo* que se propone. El modelo de *intervención*, que debería orientarse «hacia un modelo conceptual que tuviera presente la problemática interpersonal, la grupal y la social, evitando la codificación únicamente individual del trastorno psiquiátrico y su posterior descontextualización» y «tender hacia un modelo de intervención totalizador», evitándose el establecimiento de redes paralelas no homologables ni articuladas. El modelo *institucional* debería tender a evitar aquellas instituciones que «en lugar de contribuir a una correcta redefinición de la demanda psiquiátrica, la potencian e incluso la generan como respuesta inadecuada a situaciones conflictivas que deben ser desveladas». Por último, el modelo de *gestión* apunta hacia una «horizontalidad» no sólo asistencial, sino también en la participación en los convenios de diferentes instancias, como los Ayuntamientos, implicándolas tanto en los presupuestos como en la gestión y acreditación de la estructura asistencial.

A manera de *conclusiones*, el documento presenta diez puntos, que de modo resumido inciden en considerar la necesidad de revisar los modelos de intervención, la importancia de garantizar una correcta decodificación de la demanda a nivel primario, encaminando

las respuestas a un nivel que incluya la prevención y el nivel grupal, la evitación de los riesgos de una medicalización y psiquiatrización de los problemas de evidentes raíces culturales, económicas y sociales, la conveniencia de basarse en criterios geodemográficos para planificar y gestionar la asistencia, la creación de circuitos asistenciales completos y en el marco sanitario, escalonados y perfectamente articulados, la necesidad de acercar la oferta asistencial y los recursos a la comunidad, el aprovechamiento de los recursos ya existentes, transformando o reconvirtiendo aquellos que lo precisen, la importancia de la participación activa de la comunidad a través de sus Ayuntamientos en la ordenación, planificación y presupuestos de su red asistencial, y la necesidad de una reforma legislativa en materia de asistencia psiquiátrica.

De todo lo expuesto hasta aquí se concluye un «Programa de Psiquiatría 1981», que destaca el papel actual de la Diputación como «puente entre las viejas estructuras y la nueva ordenación sanitaria de Catalunya», y como dinamizador de esta transformación. Para llegar a una «red asistencial psiquiátrica diferenciada y comunitaria», partiendo tanto de «los actuales recursos comunitarios» como de la «red manicomial existente», exige, sin embargo, reformar las instituciones y la introducción de nuevos recursos asistenciales. A partir de estos dos condicionantes, el Programa 1981 se plantea, siempre condicionándolo a las «posibilidades presupuestarias», la necesidad de reformular los pactos de los actuales convenios con que se rigen las contraprestaciones de servicios, particularmente en relación con los hospitales psiquiátricos, y la planificación y concertación de nuevos servicios extrahospitalarios con delimitaciones zonales coherentes, equipamientos mínimos adecuados, y en articulación con diversos niveles asistenciales.

Como puede verse, el «Plan de Psiquiatría 1981» reconoce la necesidad de un cambio profundo en la asistencia psiquiátrica. Este reconocimiento viene a recoger de hecho por una instancia pública lo que ha venido siendo desde hace ya bastantes años una crítica constante, que desde diversas instancias profesionales se ha venido ejerciendo ante el estado de abandono, degradación y marginación de la asistencia psiquiátrica pública. Incorpora, de esta manera, un largo proceso de denuncias, estudios y conflictos que la asistencia psiquiátrica ha conocido, sobre todo, en los últimos diez años. Y constata,

asimismo, la aparición de nuevas alternativas e instituciones que sin ningún apoyo público, cuanto menos en sus inicios, han ido brindando las bases para nuevas modalidades asistenciales y organizativas, junto a un cuerpo de consideraciones ideológicas y teóricas sobre las que replantear una transformación de la hasta ahora asistencia psiquiátrica en términos de un más amplio proyecto de *salud mental comunitaria*, que no ignora, sino que asume las contradicciones en que incide y las implicaciones sociopolíticas en que deberá verse envuelto.

La forma en que ese cambio señalado como necesario es asumido por el «Plan», compromete a actuar como elemento impulsor y dinamizador del mismo, «incidiendo» en su inicio, pero sometiendo la intervención del ente público a una triple limitación. En primer término viene a justificar el hecho de no pronunciarse por un modelo, pues ello resultaría esterilizante al no permitir una libre «confrontación dialéctica» entre los existentes. Una afirmación de este tipo, sin duda de gran prudencia política, comporta el relegar las posibilidades de transformación de la asistencia psiquiátrica al «campo de batalla» de los proyectos asistenciales, y en último término, a las diferentes opciones e intereses. No apuntar decididamente en una las correlaciones de fuerza que puedan darse en cada momento entre dirección determinada y encabezar un proyecto de reforma coherente que defina con mayor rigor sus bases ideológicas, teóricas, técnicas y organizativas, permitiendo la libre confrontación, puede también tener como consecuencia una agudización de los conflictos y su actuación en las relaciones interinstitucionales. Los «criterios programáticos» que se enuncian tímidamente en el proyecto no conllevan ni garantizan por sí mismos una modificación en profundidad del modelo imperante. Dicho de otra manera, el «Plan», en su estado de elaboración al ser presentado, no explicita más allá de la necesidad de la participación de la propia comunidad y no sólo a través de sus instancias representativas más institucionalizadas.

La segunda limitación asumida por el «Plan» radica en una aceptación pragmática de que todo debe hacerse, en primer lugar, desde lo existente, es decir, teniendo en cuenta las instituciones creadas o concertadas por la Diputación y en las que ha recaído hasta ahora el peso de la asistencia psiquiátrica entendida fundamental-

mente como hospitalaria. Esta perspectiva nos ayudará a entender también algunos aspectos determinantes del cambio que se apunta: si el eje de la asistencia han sido los hospitales, con todas las consecuencias ya reseñadas, la labor debe dirigirse a potenciar o crear dispositivos extrahospitalarios que tiendan a evitar, dentro de lo posible, los internamientos. Y ello, gracias a su mayor proximidad al lugar en donde se planteen los conflictos, los decodifiquen y atiendan de modo más directamente resolutorio. Pero también, porque su marco teórico referencial, sus modelos de intervención, la capacitación de su personal y su inserción en la comunidad se lo permitan, factores todos ellos que no quedan suficientemente explicitados. De aquí también que podamos esperar que los límites de la transformación que se propone el «Plan» vendrá directamente condicionada por las características, apoyatura y poder que se dé a tales recursos extrahospitalarios. Si a su vez se espera puedan resultar dinamizadores de las instituciones psiquiátricas más tradicionales, deberá esperarse cuenten con especiales dotaciones de todo orden, tanto en la esfera de sus concepciones ideológicas y teóricas, como en sus dispositivos asistenciales. Como recuerda el propio informe, de nada servirían nuevas instituciones con los mismos criterios y personas que en la preexistentes. El riesgo es aquí muy grande, máxime cuando los criterios políticos que han llevado a la aprobación del «Plan» comportan la negociación de una parte importante de tales equipamientos extrahospitalarios con las propias instituciones hospitalarias. Lo que hace pensable que muchos de ellos puedan caer en la inercia de sus orígenes institucionales, repitiendo hasta la saciedad los modelos más tradicionales en la conceptualización de los problemas, en los abordajes y en el funcionamiento institucional que los aisle o mantenga alejados de la comunidad y los reconvierta en el mejor de los casos en apoyaturas para una descongestión de los hospitales psiquiátricos. Pero resulta también evidente que aceptar la inercia institucional en los nuevos dispositivos extrahospitalarios no sería sino favorecer un lado de la balanza en la reiterada «confrontación dialéctica» de los modelos. El origen, funcionamiento y objetivos de tales entidades tendrá un peso decisivo en la viabilidad del «Plan» en cuanto a constituirse o no en impulsor del cambio.

El tercer aspecto que limita el proyecto viene directamente de

los fondos presupuestarios. Estos, indudablemente cortos si se aprecia que en su mayor parte están ya comprometidos en los conciertos de la Diputación con los hospitales psiquiátricos, plantean también una señalada dificultad para la ejecución del proyecto. Mientras el peso fundamental de los gastos quede empeñado en financiar una asistencia de corte generalmente manicomial, pocos serán los recursos disponibles para impulsar otros equipamientos asistenciales. Pero si además la base de la concertación de los acuerdos de financiación de la asistencia hospitalaria se establece por los servicios prestados a partir de los índices de ocupación de camas (es decir, por cama/día ocupada), podemos fácilmente concluir que aunque sólo sea por inercia institucional, la Diputación pueda estar financiando el fracaso de su proyecto de modificación de la asistencia. Resulta imperiosa aquí una renegociación de acuerdos, pues de persistir los vigentes, es muy poco lo que puede esperarse de una, aunque limitada, transformación de los centros hospitalarios. Pero existe, en mi opinión, otro aspecto que debería desvelarse en torno a las cuestiones presupuestarias, y es que la reiterada utilización que pueda hacerse de sus limitaciones reales como argumento frente al inicio de nuevos proyectos, no debe afectar a las concepciones mismas de una alternativa global. Una cosa es que los recursos económicos resulten muy insuficientes, y otra que esto pueda cohartar la elaboración de un proyecto de reforma en sus propias bases programáticas, recurriendo a cuestiones de orden económico para perpetuar en lo esencial la exclusión de sectores importantes de la población de una asistencia adecuada (por ejemplo, la población infantil), o para no asumir componentes ideológicos y teóricos que atañen al modelo que en la práctica pueda privilegiarse. La consideración de los «costos» de ciertas alternativas institucionales o modalidades de intervención puede fácilmente vehicular cuestiones de índole esencialmente ideológica.

De lo hasta aquí expuesto puede deducirse con cierta evidencia que la viabilidad del «Plan» y su incidencia o no como elemento dinamizador de la situación, y como primer paso hacia una transformación de más altos vuelos, va a jugarse sobre el terreno de la consolidación de las instituciones extrahospitalarias y en el resultado de su labor asistencial, particularmente en aquellos puntos en que

la misma vaya a poner en contacto las diversas instituciones entre sí. Para ello puede resultar de gran utilidad revisar el modelo de convenio por el que la Diputación crea o concierta unidades extrahospitalarias.

LOS CENTROS DE ASISTENCIA PRIMARIA Y SALUD MENTAL

Con el propósito de impulsar una red asistencial psiquiátrica diferenciada y comunitaria en seguimiento de las recomendaciones de la OMS de sustituir los manicomios por una asistencia de esta naturaleza, la Diputación ha diseñado unos Centros de Asistencia Primaria y Salud Mental, así como Equipamientos Intermedios (del tipo de Hospitales de Día) y Unidades Terapéuticas de Hospitalización. Todo ello para brindar una asistencia pública y gratuita a la población adulta, siguiendo un criterio de delimitación zonal por áreas geodemográficas. En ella, los CAPSM (Centros de Asistencia Primaria y Salud Mental) deben dedicarse a una tarea de prevención, orientación, diagnóstico y tratamiento de los enfermos mentales adultos de su área, convirtiéndose en receptores y orientadores de toda la demanda asistencial. Se destaca asimismo una prioridad en dos direcciones: la evitación de los internamientos y el intento por reinsertar socialmente a los internados en instituciones psiquiátricas. Para ello deberá mantener contacto con las Unidades de Hospitalización, y realizar el seguimiento de cuantos pacientes sean ingresados, manteniendo al mismo tiempo la vinculación con el grupo socio-familiar correspondiente en cada caso. Se precisa asimismo el compromiso de los CAPSM de elaborar estudios de la problemática socio-cultural de su zona que pueda incidir en la problemática psiquiátrica, así como de la problemática de todos aquellos pacientes que se encuentren ingresados en Hospitales Psiquiátricos. Se prevén también necesidades de reciclaje y formación para el personal encargado de tales tareas.

La mayor parte de estas instancias extrahospitalarias se han constituido o han entrado a formar parte de la red pública de la Diputación mediante convenios firmados a finales de 1981. Desde entonces y hasta la fecha, podemos contemplar un conjunto de experien-

cias que aunque tan sólo abarquen cronológicamente un trimestre, pueden apuntar ya hacia algunos de los problemas básicos que deberán ser contemplados. La experiencia de este período que va de enero a marzo de 1982 ha debido ser necesariamente distinta para cada uno de los CAPSM que han iniciado su tarea, dependiendo tanto de su tradición e inserción comunitarias previas, como de sus orígenes, objetivos asumidos y modalidades de actuación; pero también en función de la red asistencial en que deban haberse insertado desde un primer momento. Al menos, en esa dirección apuntan unas primeras informaciones, si bien puede pensarse que una cierta tendencia más homogeneizadora, por ejemplo, en lo relativo a la demanda asistencial, pueda producirse en un plazo relativamente breve.

Algunos de los puntos que creo pueden destacarse de estos primeros pasos de actuación los voy a centrar en algunas consideraciones de índole general derivadas de los acuerdos entre la Diputación y el Centre d'Higiene Mental Les Corts, por el que este último se comprometía a la puesta en marcha de un CAPSM a partir de sus recursos y con las finalidades y compromisos de actuación antes reseñados.

En primer término, la zona geodemográfica delimitada por los acuerdos asistenciales corresponde a dos barrios colindantes de Barcelona, con una población de unos 120.000 habitantes. Dado que el principal compromiso del CAPSM se sitúa a nivel asistencial, reseñaremos que en primer lugar la labor ha debido centrarse en la constitución y puesta en funcionamiento de dos unidades asistenciales, una para cada uno de los barrios mencionados, con suficientes recursos cada uno como para atender una demanda creciente tanto en el orden cuantitativo como cualitativo. Cada una de las unidades asistenciales, coordinadas por una dirección del proyecto, posee recursos profesionales psiquiátricos, psicológicos y de asistencia social.

Este compromiso asistencial y de inserción en la red psiquiátrica pública ha exigido desde un primer momento la conexión y la negociación con las restantes instancias, y principalmente con el hospital psiquiátrico de la zona, el hospital de día, el hospital general con servicio de urgencias, el servicio de urgencias psiquiátricas del Ayuntamiento, el ambulatorio del INSALUD y otras posibles fuentes de derivación o coordinación del área sanitaria. Pero también

con todos aquellos recursos sociales, educativos y, en última instancia, comunitarios que puedan colaborar en el proyecto.

Pero si una adecuada inserción en la red asistencial pública resulta prioritaria si se desea ocupar el lugar axial que el proyecto atribuye a los CAPSM, no menos cierto es que sus respuestas han de ser también adecuadas y distintas si quiere incidir en un proceso de transformación. Es decir, el CAPSM debe, necesariamente, considerar la demanda que recibe, y evaluar cuidadosamente sus respuestas. De ello va a depender un cambio asistencial o una mera mejora, técnica de un modelo asistencial preexistente.

La exigencia de una integralidad asistencial, que no excluya ni discrimine por edades, cuadros psicopatológicos o grados de gravedad o urgencia, hace imprescindible formas también diversificadas de atención y esclarecimiento de las demandas, así como también cierta agilidad en lo que atañe a las respuestas. El aumento previsible, tanto cuantitativo como cualitativo, de las demandas asistenciales no puede ser asumido con respuestas miméticas, aunque ello no excluya la formulación de modalidades de intervención elaboradas y que tiendan a orientarse en una dirección, a la vez única y múltiple, la devolución de los conflictos que subyacen a las demandas a su lugar de origen, la responsabilización de los implicados en la resolución de los problemas y el desarrollo de los recursos comunitarios y técnicos que puedan facilitar ese proceso. Pretender una respuesta «desmedicalizadora» y «despsiquiatrizadora» de la demanda significa ir desvelando de forma progresiva su sustrato interpersonal y social, y requiere incorporar, más allá del sujeto identificado consensualmente como paciente, a aquellos que le rodean, para una correcta evaluación, y poder así brindar una respuesta que no resulte invalidante. Pero esta labor, realizada de cara a la comunidad y promoviendo su participación, debe tener como resultado deseable un aumento de sus propios recursos para el abordaje de situaciones conflictivas, y un aumento de sus propias capacidades de comprensión y resolución de las dificultades tradicionalmente enmarcadas como problemas psiquiátricos. No se excluye aquí la actuación de los profesionales, pero sí se la orienta pensando en la comunidad, y el desarrollo de los recursos de la misma, más que en la propia actuación especializada para resolver o agravar las situaciones. La actuación profesional debe ir dirigida más bien a posibilitar que la comunidad

pueda experimentar positivamente sus capacidades para resolver aquello que habitualmente ha puesto en manos de profesionales.

Este encuadre teórico y conceptual resulta de vital importancia si se pretende una auténtica modificación de la labor en salud mental, ya que tiende a incorporar a la comunidad a la resolución de todos aquellos conflictos que habitualmente ha delegado en otras instancias. Si éstas, a su vez, admiten semejante función, acostumbra a entrar en colisión con una de las partes en conflicto, reforzando actitudes de rechazo hacia conductas, individuos o grupos, abriendo y sancionando desde su puesto saber el inicio del proceso de marginación que acostumbra a finalizar con el internamiento psiquiátrico prolongado, la progresiva hospitalización o institucionalización y el reforzamiento constante de la desaferentización social. Habría que cuidarse, sin embargo, de visiones estrechamente «sociales» del problema, o de posible sobreidentificaciones con una u otra de las partes. Ello podría oscurecer una comprensión más profunda y sólida de fenómenos esencialmente complejos y necesariamente abordables para su dilucidación desde diversas perspectivas conceptuales y teóricas.

Pero aunque la perspectiva global que se propone viene a ser ciertamente unificadora de opciones y criterios, no podemos olvidar que cada situación que se presenta —y la práctica nos lo corrobora cada día— posee su propia originalidad. Sabemos que algunos aspectos sustanciales del problema que puede darse en torno de una demencia senil no será, en muchos aspectos, idéntico al que nos ofrezca el intento de suicidio de un adolescente, ni la crisis en la convivencia de una pareja. Pero más aún nos encontraremos con situaciones esencialmente nuevas si desplazamos la atención a demandas en que se involucran instituciones u organizaciones nacidas de la propia comunidad o marcos habituales de la convivencia interpersonal como puedan serlo las relaciones vecinales.

No es éste el espacio para entrar en el detalle de esas diversas situaciones, pero sí el de plantear la necesidad apremiante para cuantos trabajan en esta primera línea asistencial de dotarse de recursos conceptuales y técnicos con que abordarlas. Resulta apremiante poder analizar cada demanda asistencial desde los diferentes niveles que comporta, el esclarecimiento de cuantos factores intervienen, para poder así, desde una óptica de intervención comunitaria, elaborar

una adecuada estrategia en la que la participación de los profesionales de la salud mental permita apuntar vías de resolución compatibles con las concepciones ya expuestas.

Es desde estos marcos generales, donde podrá ser incorporado a las modalidades de intervención todo un arsenal de instrumentos evaluativos y de técnicas de abordaje, incluyendo desde las modalidades más diversas de psicoterapia, hasta las terapias familiares, grupales e institucionales, desde la actuación en situaciones de urgencia e intervención en crisis, hasta la intervención en redes comunitarias. Y naturalmente también, la articulación en estrategias coherentes de los diversos recursos que puedan habilitarse, tanto desde la propia institución como desde la red asistencial existente. Es previsible, sin embargo, que esta tarea pueda verse dificultada desde un primer momento, entre otras cosas, por la práctica inexistencia de apoyaturas intermedias para la red social y sanitaria, del tipo de centros psicosociales, grupos de integración y promoción que canalicen los recursos humanos y psicológicos para brindar salida a muchas de estas situaciones. Pero, más aún, el de unas condiciones más amplias tendentes a las limitaciones presupuestarias, a la ausencia, aun hoy, de una planificación adecuada y de la necesaria coordinación de los esfuerzos que vienen realizando los diferentes entes públicos que comparten similares responsabilidades en áreas geográficas superpuestas. Y, finalmente, los condicionantes sociales de tipo más general que van desde las actitudes frente a la salud mental o cuestiones más coyunturales, aunque de cierta duración, como el elevado índice de paro, problemas de vivienda y demás conflictivas socio-económicas presentes.

En un orden paralelo de cosas debemos destacar también aquí que similares marcos conceptuales, técnica y recursos comunitarios resultan necesarios para plantearse la reinserción y la rehabilitación de la población largamente ingresada e institucionalizada en los hospitales psiquiátricos. Las situaciones sociales y psicosociales que encubren van a requerir de un detenido estudio para buscar planes eficaces y progresivos para la resolución de este tipo de problemas. Una primera labor aproximativa realizada hasta ahora nos lleva a pensar que semejante labor debe ser puesta en marcha, en primer lugar, desde una clara delimitación ideológica y teórica del problema, además de un estudio bien definido de la población internada

que debe ser asumida en tal proyecto. Entender, en primer lugar, que la labor de reinserción social es una tarea esencialmente comunitaria, es decir, de trabajo de sensibilización de la comunidad en que tales personas deban reinsertarse, de ayuda para la creación de cuantas apoyaturas psicosociales y de hábitat puedan requerirse, más allá de que deba buscarse de forma más individualizada una solución definida para cada caso en concreto.

El plantearse de modo integral los problemas de Salud Mental Comunitaria, en sus diferentes fases de prevención, con la correspondiente finalidad también en los acuerdos de constitución de los CAPSM, de evitar nuevos ingresos y de rehabilitar a los pacientes ingresados, impone una constante y consecuente labor comunitaria, más allá de la clínica o la acción que desde ella se deriva. Esta es una labor de años, y es ella la que va definiendo de modo progresivo el grado y modo de inserción comunitaria de una institución de esta naturaleza. La labor de la institución en la comunidad, en sus planos más estrictamente profesionales o como aportación compartida a las acciones y objetivos que la propia comunidad pueda darse, serán vías que permitan el escalonado acercamiento.

Sin embargo, tampoco resulta negligible, sino, por el contrario, del todo necesario, la elaboración en profundidad de un estudio de la problemática sociocultural de los barrios en que la labor se desarrolla. En primer término, para una mejor compenetración con la configuración y características históricas de cada comunidad, en especial cuando poseen unas peculiaridades bien definidas. Insertar una labor como la propuesta más arriba en el seno de una comunidad con su propia historia y momento de desarrollo no es algo que pueda llevarse a cabo sin adecuarse a lo que esa comunidad puede necesitar o se plantea como una necesidad propia; y ello conecta necesariamente con todo su legado sociocultural. Todo aquello que pueda frenar o potenciar el desarrollo de un proyecto de salud mental comunitaria forma parte de una comunidad concreta, y más aún le ofrece perfiles propios desde los que define su propia identidad. Y la identidad grupal, colectiva, que una comunidad ofrece tiene mucho que ver con su propia salud mental.

Pero para una adecuada planificación de los recursos se hace también necesario un estudio que abarque áreas demográficas, sociológicas y epidemiológicas de la población. Es decir, conocer su

pirámide de edades, las características de sus grupos humanos, sus niveles socioeconómicos y de ocupación, grados de integración en la estructura social, condiciones de hábitat, urbanismo y vivienda, de los equipamientos comunitarios en las áreas de sanidad, enseñanza, tercera edad, asociacionismo vecinal, así como de los recursos sociales y psicosociales. Pero posiblemente son tres las áreas que más útiles conocimientos pueden brindarnos. La primera, todo lo correspondiente a la propia comunidad como entidad psicosocial, su entramado psicológico, las modalidades de relación entre las personas, en los grupos y entre éstos; los tipos y formas de estas relaciones, la forma en que se relacionan entre sí y el grado de aislamiento o de contacto que existe, los grados de solidaridad apreciables. En segundo término, estudios de índole epidemiológico en materia de salud mental, tanto de su incidencia, como en la demanda y canales que ésta utiliza. Y en tercer lugar, la detección de grupos que puedan encontrarse en situaciones de mayor riesgo para la definición de «casos para la acción» de valor esencialmente preventiva.

Ahora bien, la complejidad de los estudios que aquí quedan consignados, la formación de los profesionales que participen en estas investigaciones, requieren de una adecuada apoyatura institucional más allá de la que pueden ofrecer por sí mismos los propios equipamientos asistenciales. Y ello nos remite a unas consideraciones de índole más general, que vamos a exponer a modo de conclusiones.

ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

Nos preguntábamos desde un principio si el «Plan Psiquiátrico» de la Diputación y los instrumentos que se han dado para su realización, y particularmente los CAPSM, iban a avanzar o no en la tan necesitada transformación de la asistencia psiquiátrica. A lo largo de estas páginas nos hemos limitado a exponer algunas de las líneas generales del proyecto que consideramos esenciales para poder evaluar la eficacia que pudiera tener el mismo, pero también hemos ido haciendo referencia a cómo entendemos que los mismos CAPSM pueden incidir más favorablemente en la transformación. Por ello apuntaremos aquí una última consideración de cómo entendemos que en esta fase de aplicación deba ser la intervención de la propia

Diputación. En sus documentos se apuntan ya ciertas posibilidades de actuación que creo pueden resultar esenciales para un futuro no muy lejano. En primer lugar, el que se constituyan los correspondientes órganos de seguimiento para potenciar el sentido transformador del programa, en detrimento de la inercia que en un caso como este cabría esperar, y que tendería peligrosamente hacia la paralización de los aspectos más incisivos del proyecto. En segundo lugar, una nueva reconsideración de la utilización de los fondos públicos para evitar que la propia Diputación continúe financiando y así propiciando las modalidades institucionales y de gestión que más pueden lastrar un posible avance, y muy particularmente los convenios con instituciones basados en los servicios medidos por índices de ocupación, o más sencillamente por cama/día ocupados. Dirigiendo una mayor parte de los presupuestos a facilitar una cobertura de servicios intermedios de más amplio alcance. Por último, señalar que las necesidades asistenciales mismas, pero también las exigencias de estudio que se comprometen, deben recibir de la propia Diputación como ente público de la creación de una entidad o servicio que facilite la formación, el reciclaje, la reflexión y el intercambio de experiencias, pero también que suministre, coordine y estimule todos los necesarios niveles de estudio e investigación imprescindibles para madurar el proyecto asistencial. Más aún, si cabe, dada la deficiente infraestructura de que puede hacerse uso hoy en día y la imperiosa necesidad de que tales labores puedan ser asumidas desde los entes públicos.



Modelos familiares en transición en Navarra y su consideración en la clínica psiquiátrica

Dr. Felipe Reyero
Centro Municipal de Promoción
de la Salud (Madrid).

Durante los años 1980 y 81 trabajé en el Centro Psicosocial de Navarra, junto con un grupo de compañeros que han aportado información y reflexiones acerca de la diversidad cultural, y en particular de modelos familiares, en esa provincia. Así como sobre la situación actual de cambio y las implicaciones que de ello se derivan en la comprensión de los problemas de nuestros clientes y en las pautas de actuación en las clínicas, sobre todo cuando se trata de intervenciones en crisis, sean individuales o de familia.

En el Centro pretendíamos hacer una Psiquiatría de orientación comunitaria, lo que nos obligaba a conocer previamente las características sociales y culturales de la sociedad en la que actuábamos. Tanto más cuanto que algunos de nosotros no habíamos vivido previamente allí y que en esos años se daba en la sociedad navarra un interés general por conocer sus propias peculiaridades históricas, legales, sociales y culturales. La diversidad cultural que hay en Navarra, como zona fronteriza entre dos culturas, y las implicaciones de orden político que de ello se derivan, hacía que la búsqueda de una identidad personal, de un código de conducta y de un modelo de funcionamiento en el grupo familiar, tuviese fuertes connotaciones colectivas, tanto en la referencia a situaciones históricamente antiguas como a propuestas nuevas y aún apenas ensayadas.

La labor clínica la llevábamos a cabo en la sede de Pamplona,



adonde acudían clientes no sólo de la ciudad, sino de toda la provincia, y en Alsasua (La Baranca), Estella (Tierra de Estella) y San Adrián, (Ribera del Ebro). Es decir, en el centro y el cuadrante euroeste de Navarra. Pamplona, ciudad hoy de aluvión, con inmigrantes venidos no sólo de la provincia, sino también del sur de España; Alsasua, en una zona en la que las tradiciones vascas están muy presentes y mucha de la población es vascoparlante; La Ribera, de características socio-psicológicas muy diferentes, y la Tierra de Estella, intermedia entre ambas y de personalidad propia.

Sobre todo de esas zonas recogimos información a partir de la clínica, de los contactos con la comunidad con ocasión de actividades de educación sanitaria y de estudios de campo. Del resto, la información directa es más escasa, si bien en el Baztán y la zona de Leiza hemos hecho entrevistas en profundidad a algunas familias y consultado a algunos párrocos, que nos permitieron el acceso a los libros de Registros de Bautismos —algunos de los cuales se remontan a 1700—, y los participantes en el seminario sobre «Antropología cultural de Navarra y Psiquiatría» resultaron a menudo ser excelentes informantes acerca de sus lugares de origen.

Los aspectos que más nos interesaba estudiar en las familias son aquellos que tienen relación con la división de roles sexuales, la relación entre generaciones, el estilo comunicacional, el grado de dependencia de los individuos respecto de la familia y de las familias nucleares respecto de la familia extensa.

De los indicadores, además de las interpretaciones que hicimos acerca de aspectos globales de algunos clientes, nos hemos fijado en las expectativas y adscripciones del recién nacido, que se manifiestan en la designación de padrinos y en el nombre que se da al niño; en la proximidad geográfica, relacional u otros tipos de manifestación de dependencia de la familia nuclear respecto de la familia extensa y su carácter matri o patrilocal; en la división de papeles entre los esposos y su gestión de la sexualidad y la fecundidad; en el tamaño de la fratria y los papeles parentales de los hijos mayores; en las personas que frecuentemente acompañaban a los clientes a la consulta; en el estilo comunicacional.

Previamente a ello, hemos estudiado los trabajos históricos y antropológicos acerca de la familia, en particular los referidos a España, y en los que se encuentran datos acerca de Navarra, de Lisón

Tolosana, y la encuesta promovida por el Ateneo de Madrid en 1901. Así como algunos llevados a cabo en Navarra, como son los estudios de campo mediante aplicación del «test» de Rorschach realizados hace diez años por Miguel Olza y publicados en sus libros *Psicología del habitante de la ribera tudelana de Navarra* y *Psicología de una población rural vasca*. Además del estudio FOESSA sobre datos de 1970 y su actualización para 1978.

ESTRUCTURA FAMILIAR Y PERSONALIDAD

El psicoanálisis, entre las escuelas psicológicas, ha resaltado la importancia del entorno próximo al niño, lo más frecuentemente su familia, en la configuración de su personalidad, mediante la internacionalización de las imágenes maternal y paternal y de la relación entre ellas.

Que al niño se le considere fundamentalmente receptor pasivo de las influencias de ese ambiente humano, que se resalte que la percepción de ese entorno está deformada por su propio psiquismo, o incluso que el niño, con sus mensajes de solicitud de ayuda y demanda de afecto, es capaz de transformar ese mismo entorno en lo que se refiere a las relaciones de los adultos para con él, son posiciones que, al enfatizarse, resultan elementos diferenciales importantes entre las escuelas psicoanalíticas. Sobre todo, entre la escuela culturalista, que da mayor importancia al ambiente, y las restantes.

Más allá de las diferencias individuales, los culturalistas han estudiado los rasgos comunes de personalidad en la mayoría de los miembros de una determinada cultura. Kardiner edificó su teoría de la «personalidad básica» a partir de los resultados de la aplicación del Rorschach por Cora du Bois en estudios de campo en Indonesia. Y Erich Fromm relata en *Sociopsicoanálisis del campesino mexicano* la experimentación en un pueblo de México de la teoría del «carácter social» mediante el cuestionario interpretativo, ya utilizado en Alemania y más tarde en USA por los miembros de la Escuela de Francfort, y el «test» de Rorschach, en trabajo de campo. En todos los casos concluyen que la estructura de carácter o la personalidad básica, como factor de adaptación al medio social, responde a las condiciones socioculturales que en cada sociedad remontan a tiempo

atrás y que se reflejan en ideologías, costumbres y, fundamentalmente, métodos de crianza de los niños, pasando así la tradición a los niños a través de sus padres.

Algunas grandes características de la estructura familiar han sido puestas de relieve por los antropólogos.

Levi-Strauss relaciona la estructura de la familia con el contexto social y concluye que en las poblaciones primitivas predomina la exogamia, como una forma principal de asegurar la reciprocidad en los intercambios entre clanes que pueden competir por un mismo territorio, y su refuerzo ideológico, el tabú del incesto.

Germaine Tillion relativiza los supuestos anteriores, que entiende son propios de poblaciones primitivas con débil densidad de población y dedicadas a la caza y la pesca, en tanto que en la cuenca del Mediterráneo, con la aparición de la agricultura, se produjo una alta densidad de población y las relaciones pasaron a ser endogámicas.

En las sociedades industriales, T. Parsons supone que el predominio de la familia conyugal se debe a que es el modelo que mejor se adapta a la movilidad geográfica, a la racionalidad competitiva de la producción y a la preparación de los hijos para su socialización fuera de la familia. Dentro de la pareja, el hombre asumiría un papel instrumental, y la mujer, expresivo. El carácter reducto de esta propuesta y sus connotaciones conservadoras han restado audiencia a los trabajos que muestran psicopatología más frecuente en los hijos de parejas en los que la división funcional de roles no sigue las pautas diferenciales del sexo. Por otro lado, André Michel, desde la realidad actual francesa, señala la buena adaptación a la producción y al funcionamiento general de la sociedad de las parejas de profesionales que trabajan los dos fuera del hogar, de las uniones libres y de las familias comunales.

Pero es entre las obligaciones del clan extenso y la independencia de la familia conyugal donde se encuentra la fase de desarrollo del modelo de familia que nos interesa para este estudio sobre la Navarra actual.

Con respecto a la dependencia de la pareja y de su prole respecto de los abuelos, Philippe Aries explica que su extensión e intensidad en Europa ha sido variable a lo largo de los siglos y diferente para las mismas épocas en las distintas clases sociales. A partir del siglo XVIII comienza a considerarse a los niños y a los vie-

jos en las clases campesinas y en la burguesía urbana, en tanto que en los medios obreros se les mantiene en la marginación de siglos anteriores. La transmisión hereditaria de los bienes y su carácter indiviso llevan a estas clases a adoptar el modelo de familia troncal, hasta entonces reservado a los linajes de reyes y nobleza. Esto, en contradicción con los escritos de Le Play, que hace remontar la familia troncal a tiempos atrás, en su crítica a las leyes de la Revolución que exigían la partición igualitaria del patrimonio entre todos los hijos.

Para España, Lisón Tolosana establece la distribución geográfica de los modelos familiares y dice que, si bien el más extendido y en permanente aumento es aquel en que la filiación, herencia y sucesión es bilateral y la residencia neolocal, perviven aún en zonas rurales otros modelos en los que la dependencia de la joven pareja es mayor respecto de los padres. Entre ellos, el más extendido es el de la familia troncal, en la que el primogénito, a menudo varón, se queda en la casa, su mujer entra en ella aportando la dote y el noviazgo y la elección de pareja están muy mediatizados y arreglados por los padres de ambos; su extensión geográfica cubre la franja rural próxima al Atlántico y Pirineos, alcanzando esa franja del norte de España hasta las Baleares.

La consideración del derecho de los abuelos sobre sus nietos se manifiesta de diversas maneras. Ernest Jones dice que el poner a los hijos los nombres de los abuelos es una práctica frecuente en los países occidentales. George Foster, cuyos estudios antropológicos sobre España y Latinoamérica son de gran autoridad, dice que la atribución del padrino con el derecho inherente a que den su nombre al ahijado suele darse a los abuelos, a menudo siguiendo un orden riguroso, y que es la práctica más frecuente en Andalucía y en el este de España; al tiempo que encuentra en Castilla la Vieja y en el Norte más frecuente que en otras regiones dar a los niños el nombre del santo del día. A pesar de la autoridad indudable de Foster, mi experiencia en Navarra y en otras zonas del Norte apunta a la coexistencia de las dos referencias mediante la atribución de dos nombres.

En el plano psicológico, no me detengo en las consideraciones acerca de las imágenes materna y paterna, por ser más conocidas que los escritos acerca de la influencia de los abuelos sobre los nietos.

Sobre este último aspecto, Freud en *Nuevas conferencias sobre psicoanálisis*, estima que la influencia de los abuelos sobre los nietos es indirecta, a través de los padres, que proyectan sobre sus hijos las imágenes que guardan de sus propios padres. Dice Freud: «El Yo del niño no se forma a partir del Yo del padre, sino del Super-Yo de éste, que es una identificación idealizada a la figura del abuelo.»

Desde la teoría de los sistemas, el terapeuta de familias Bowen dice que «hacen falta tres generaciones para hacer un psicótico». Lo que enlaza con las terapias de familia de Boszormenyi-Nagy, centradas en la transmisión transgeneracional de lealtades familiares que vehiculan la compulsión de repetición, aquí no solamente individual, sino familiar.

Pero la misma presencia directa de los abuelos puede tener un efecto benéfico sobre los nietos. Mijolla insiste en lo importante que es esta confrontación con la realidad para el niño, que en el conflicto edípico tiende a imaginarse a sí mismo padre de su padre. Por otro lado, la presencia de la abuela cerca de la joven madre puede facilitarle a ésta la superación de su ambivalencia y movimientos agresivos hacia el niño, mediante la identificación con su propia madre.

Presencia que sí es problemática cuando supone sustitución y exclusión de la madre por la abuela. La psicoanalista Françoise Dolto dice que cuando la abuela sustituye a la madre en la educación de los niños —porque ésta trabaje, sea incapaz o esté dominada por aquélla—, el efecto de la neurosis de la abuela sobre el niño puede ser psicotizante, en cuanto que se le evita a éste la vivencia de ser excluido de la Escena Primitiva y la posibilidad de ver a sus padres —es decir, a quienes hacen el papel de padres— hacer el duelo de la muerte o separación respecto de sus propios, es decir, de los abuelos, aquí omnipresentes.

REVISION DE LOS ESTUDIOS SOBRE NAVARRA

En el plano histórico, los estudios que conocemos sobre Navarra se inscriben en el marco más amplio del País Vasco, pudiendo sacarse menos conclusiones de los referidos al Valle del Ebro y

Ribera navarra, por haber sido tierra de mayor trasiego de civilizaciones y cambios socioculturales estructurales.

Limitados al campo vasco, Barandiarán y Caro Baroja recogen escritos anteriores y su propio trabajo de campo acerca de situaciones vividas por personas que han conocido; es decir, desde hace aproximadamente un siglo. Sabemos así del predominio de la familia troncal y patrilocal y de la convivencia en el mismo caserío de los abuelos, el heredero varón y su esposa, sus hijos y, a menudo, algún hermano soltero del heredero. El destino de los segundones está fuera de la casa, lo que, junto con la extensión en siglos anteriores del régimen de hidalguía colectiva, explica la tradición de abundancia de navarros en las órdenes religiosas, ejército y emigración a Latinoamérica.

Los apellidos eran a menudo desconocidos por el interesado hasta que iba al servicio militar, identificándose cada individuo por el nombre de la casa a la que pertenecía.

En Alava y en La Barranta de Navarra han entrado antes las leyes del Estado español.

La psicolingüística del euskera aporta datos muy sugerentes. No entraré aquí en detalles, sino cuando concluya con otros compañeros un estudio que estamos realizando sobre «Psicolingüística del euskera en Navarra», pero se puede indicar que se da una extrema precisión en diferenciar en los términos las fórmulas de tratamiento propias del mundo femenino, de los niños menores de cinco años, de las relaciones entre los sexos y hacia las personas a las que se debe respeto —tratamiento en zuka, que puede entenderse aproximado al usted o al vos— y las fórmulas en ika —o tú—, propias del mundo de los adultos masculinos y de la expresión de sentimientos violentos. Así como que, si están más diferenciados que en el castellano los términos de hermandad, según se refiera la relación a un hermano del mismo o de distinto sexo, en cambio no se diferencian los términos para relaciones más lejanas, como nieto y sobrino, que se dicen del mismo modo para ambos.

Del matriarcalismo vasco, los mitos estudiados por Ortiz Osés y el psicoanalista Jaime Tomás apuntan a una elusión o escasa intensidad de la triangulación edípica. Caro Baroja dice que la covada del marido tras el parto tuvo vigencia hasta el siglo XVIII. La mayor

parte de los autores coinciden en el carácter maternal de esta cultura.

Del análisis que A. Limón y E. Castellote hacen de los items acerca del embarazo y el parto en la encuesta del Ateneo de 1901, resalta la importancia general que entonces se daba en España a la fecundidad y el predominio de prácticas religiosas en Navarra para corregir la esterilidad, así como la ausencia total en las informaciones sobre Navarra de prácticas rituales ligadas a la forma de realizar la cópula y orientadas al mismo fin, que por el contrario son frecuentemente referidas para otras regiones de España.

De la revisión por mí realizada de los datos de la encuesta que se refieren al bautizo, destaca que es propio de cada pueblo, tanto en la Montaña como en Ribera y en la zona intermedia, el seguir un orden rígido de atribución del padrinzago, combinando las dos ramas, y de dar a los padrinos el derecho a decidir sobre el nombre del niño, que suele ser doble: el del padrino o madrina y el del santo del día o de la devoción del lugar (un informante dice: «El primer nombre lo da el padrino, el segundo el cura»). Por ello, en las fratrias el primer varón suele llevar el nombre del abuelo paterno, y la primera niña, el de la abuela materna; padrinzago que se prolongaba mediante regalos en las ocasiones señaladas de los ritos de transición, sobre todo de tipo religioso, mediante regalos o apadrinamiento al misacantano, y llegaba a una atención en el testamento. Por lo demás, el orden en que cada pueblo fijaba por costumbre la designación de los padrinos es muy variable, incluso entre pueblos próximos: en unos casos se trata siempre de parejas casadas, alternándose una y otra rama, y en otros casos había la costumbre de dar al niño un solo padrino de su mismo sexo. Al bautizo, que se hacía a los pocos días, acudían los padrinos, la matrona —que se hacía cargo del niño hasta el mismo bautismo, en que se lo pasaba a la madrina— y una joven con una jarra de agua, por si el niño muriese en el camino y la matrona hubiese de bautizarle para preservarle del limbo.

La madre incorporaba socialmente a su hijo a partir de la misa de parturienta, primera salida suya a la calle tras el parto.

De los estudios de Miguel Olza en los valles próximos a Leiza —en la zona vasca—, mediante pasación del Rorschach a una cuarentena de varones herederos y casados, de edades entre los 25 y los 50 años, concluye que se aprecia una inhibición de la sexualidad

y de la agresividad, y la figura del padre es vivida como todopoderosa y omnipresente, objeto de identificación y respeto, lo que pone en relación con el gusto por las apuestas entre conocidos, como forma de recuperación lúdica de la agresividad.

El mismo autor, en la Ribera tudelana, con la misma metodología y sobre 54 varones casados, de edades entre los 25 y los 50 años, agricultores (en el anterior, ganaderos, por ser una y otra las profesiones más comunes en las zonas respectivas) y que a menudo no viven con los padres —pues aquí el patrimonio se reparte entre todos los hijos—, resalta en las conclusiones, la actitud de estupor y evitamiento de la sexualidad, la falta de ambición cultural y social y la conciencia de sus propias posibilidades, que le llevan a instalarse en un narcisismo inoperante.

En el informe sociológico FOESSA, referido a datos de 1970, se dice que los hogares «plurinucleares» están presentes en zonas rurales de Galicia, Cataluña y País Vasco, de pequeña propiedad y propicios a la familia extensa, en tanto que en las zonas rurales del sur, los campesinos son asalariados, la familia extensa es innecesaria y —al igual que en las ciudades cosmopolitas— predomina la familia «nuclear» y «nuclear ampliada». En la síntesis actualizada de 1978, se completa con que en las zonas rurales (menores de 10.000 habitantes) predomina la «familia extensa» para toda la franja norte y la «nuclear numerosa» en el sur y Canarias; en tanto que en las zonas urbanas, la «plurinuclear» apenas existe y la «nuclear ampliada» es en las ciudades del Norte tan frecuente como en el campo, y en las del Sur, aún más. Aunque no se explica la causa, es probable que tenga relación con la necesidad de asumir la atención directa a los abuelos por las familias inmigradas a las ciudades.

Por otro lado, el mismo informe sólo ofrece datos sobre tamaño familiar para 1970. Resalta la mayor frecuencia de familias numerosas en las agro-ciudades del Sur, como Málaga, y en las ciudades administrativas del Norte, donde Pamplona da los índices más altos, probablemente debido en las primeras a la falta de conocimientos sobre planificación familiar, y en Pamplona, a razones religiosas.

NUESTROS ESTUDIOS

Para el estudio de la dependencia de la familia nuclear respecto de la familia extensa hemos utilizado los indicadores de:

- dependencia laboral,
 - proximidad geográfica,
 - frecuentación y comunicación telefónica,
- con indicación del predominio de la rama materna o paterna,
- nombres y padrinzagos.

Las fuentes de información han sido tres párrocos del Baztán, zona de Leiza y La Barranta —muy interesados personalmente en el conocimiento de su comunidad y vivos exponentes del interés antropológico tan extendido entre el clero rural y vasco—, los libros de Registro de Bautismo y entrevistas en profundidad con algunas familias de esas zonas. Sobre Pamplona, la Tierra de Estella, Tafalla y la Ribera nos han informado compañeros sanitarios, que han indagado para ello en su entorno familiar y social, a menudo interesados en comprender cómo esas circunstancias culturales les afectaban a ellos mismos, en tanto que oriundos y residentes de esos lugares.

El archivo de historias clínicas ha sido otra fuente de información. Sin forzar los interrogatorios, a partir de las informaciones que se recogían con miras al tratamiento de cada caso, se rellenaban los apartados de una historia clínica psicosocial, en la que se presta especial atención a los indicadores de familismo. Por más completas y fiables hemos retenido de todas ellas tan sólo 120 historias, que en rasgos generales creemos son representativas de la clientela del Centro.

Somos conscientes de que las fuentes de información utilizadas impiden considerar el material con el que hemos trabajado como representativo de la población navarra. Los estudios de campo se han hecho a partir de familias que se han mostrado colaboradoras para mantener entrevistas con entrevistadores desconocidos, aunque introducidos por los párrocos respectivos, lo que revela una relación con estos párrocos que quizá no sea general y pueda estar influida

por las mismas características socioculturales y afectivas de esas familias. No obstante, tanto esas familias como los párrocos y sanitarios informantes son buenos conocedores de la zona y sus recuerdos remontan a tiempo atrás, de modo que su percepción de los cambios en las costumbres son relativamente fiables. En cuanto a las características socioculturales y psicosociales de nuestra clientela, nos parece que no es representativa, no tanto por pertenecer a personas que han consultado al psiquiatra, sino porque en Navarra la elección de médico o de institución sanitaria se hace en función de condicionantes culturales, ideológicos y económicos, cuya relación con lo que deseábamos estudiar es difícil de precisar.

La metodología es discutible, más antropológica que buscando la representatividad estadística de los estudios sociológicos, pero sin la profundidad y dedicación que exige el método antropológico, sobre todo cuando se combina la reseña de comportamientos por el observador en una perspectiva etic, con la reseña de las vivencias e interpretaciones que dan los propios implicados, o perspectiva emic.

Por eso a los resultados no les doy ningún carácter definitivo. Aunque son bastante concordantes con los de los estudios psicolingüísticos en la zona vascoparlante y, sobre todo, con nuestra experiencia clínica, en unos y otros casos éramos las mismas personas los observadores y terapeutas. Las comparaciones cuantitativas con los datos del Padrón Municipal no han podido hacerse y no conocemos otros estudios recientes en la zona con los que contrastar los nuestros, salvo el que acerca de los nombres en Urdian (cerca de Alsasua) ha hecho su párroco y eminente antropólogo José María Satrústegui.

Nuestros estudios y resultados más me parecen los componentes de un cuadro en el que las partes se relacionan, pero no están suficientemente articuladas por explicaciones de causalidad entre ellas y dar porcentajes me parece que sería desorientador.

Por ello, más que de los resultados he expuesto los intereses que nos han movido y los procedimientos. Creo que algunos compañeros que en otros lugares intentan hacer psiquiatría comunitaria enraizada en la comunidad podrán reconocerse en las limitaciones, y también posibilidades, de un trabajo de este tipo realizado con muy escasos medios.

Pero sí ha habido algunos resultados, y de ellos hemos sacado conclusiones prácticas para la clínica.

Estructuro esos resultados en la oposición y compromiso entre la dependencia de los individuos respecto de su familia, soporte de la referencia a los valores tradicionales, y la adscripción a modos alternativos de creencias y conductas, también colectivos. En esa dialéctica se articulan los movimientos de individualización, tan determinados como por los propios contenidos, por los estilos comunicacionales tradicional y nuevo.

La dependencia de los individuos respecto de los adultos parece que esté muy determinada por el método de crianza. El maternalismo de la cultura vasca es muy aparente y visible en las primeras edades de la vida del niño, y, además de la posible influencia de otros factores, es a preguntarse si no tendrá que ver con la frecuencia de asma infantil. En tanto que en la Ribera, la permisividad en la educación del control de esfínteres y el estilo comunicacional transparente y explosivo, puedan estar en relación con la frecuencia de consultas por enuresis. Naturalmente que lo anterior no tiene valor científico suficiente y necesitaría ser confirmado por estudios epidemiológicos descriptivos en los que se refleje la prevalencia de esos cuadros y de otros de etiología próxima —como alergia, en el primer caso, y eyaculación precoz en el segundo—, así como de estudios de epidemiología analítica sobre los posibles factores causales o facilitadores. Y actualmente no hay nada de ello.

Pero los métodos de crianza y demás modos habituales de establecer las relaciones humanas, están influidos por el modo de producción.

En la Montaña, hoy en día está desvalorizado el trabajo en el caserío y nadie envidia la situación del heredero que en él permanece y asume la continuidad de la «casa», que implica no sólo negarse los alicientes de la ciudad y atender a los padres en la vejez, sino ser polo de atracción y cohesión de los miembros de la familia. Hoy quedan ya muchos caseríos vacíos, o viven en ellos los abuelos, en tanto que los hijos han bajado a los núcleos industriales próximos. Cuando los viejos deciden al fin bajar ellos también, porque se han quedado viudos y no se valen por sí solos, lo hacen a la casa de alguna hija; las tensiones anteriormente características de esa región entre la suegra-ama de la casa y la nuera casada con el heredero (a la que en euskera se le da el mismo nombre con que se designan las entrañas), se resuelven ahora con el evitamiento. El hijo o la hija

que se queda en la casa o acepta en la suya a los viejos, suele ser el más apegado a ellos, quizá por sus características psicológicas, como tuvimos ocasión de ver en varios casos.

En la Tierra de Estella, la clínica nos confirmó esta impresión. Allí el proceso de abandono de las responsabilidades hacia la casa es anterior a la Montaña, donde se remonta a unos diez años. En Estella, varios de los casos de mujeres que consultaron por trastornos relacionados con la menopausia y la independización de los hijos adolescentes y que se sentían poco apoyadas, porque vivían en el pueblo y casa de su marido, que se quedó hace unos veinticinco años en la casa de los padres, no porque le correspondiesen las responsabilidades de la primogenitura, sino porque era el más apegado a la madre. Lo que nos llevó a plantear los tratamientos en forma de pareja, para activar las potencialidades de apoyo de esos maridos hacia sus esposas, carentes de lazos familiares estrechos en sus lugares de residencia.

El sistema de primogenitura y sucesión del patrimonio indiviso también se ha dado en las herrerías de Leiza y en negocios familiares de Pamplona. En la Ribera, la división del patrimonio es más antigua.

En todos los casos, cuando la fuerza moral de las obligaciones de la primogenitura no tienen efecto, la aproximación entre padres e hijos se da a través de las hijas, y en las historias clínicas es en general más frecuente que el domicilio de la familia nuclear se encuentre en el mismo barrio que el de los padres o hermanos de la esposa. Tan sólo entre los inmigrados hemos encontrado diversas estrategias, posiblemente condicionadas por necesidades de alojamiento perentorias.

Las reuniones familiares se siguen haciendo allá donde viven los padres, pero el calendario es el propio de la sociedad industrial y no está condicionado, como era el caso hace no muchos años, por la llegada de algún miembro de la familia, fraile o monja misioneros.

El proceso es vivido como irreversible. Ninguno de nuestros informantes conocía que en las Cortes se estaba debatiendo el proyecto de ley de explotaciones familiares agrarias, y cuando les informamos de su contenido —«favorecer la progresiva incorporación del colaborador y presunto sucesor a la dirección de las explotaciones, reconociendo sus trabajos y responsabilidades en la empresa; modificar

los mecanismos sucesorios de manera que la integridad de la explotación familiar quede protegida; facilitar el acceso de los jóvenes agricultores a la propiedad de los medios de producción y a la sucesión de las explotaciones familiares agrarias—, nadie creyó que eso podía servir para retener en el campo a los jóvenes, ni en la Montaña ni en la Ribera.

En todas las zonas de Navarra hay una gran resistencia en los ancianos, y en los pueblos son criticados los hijos, a alojarse en Residencias para la Tercera Edad.

En el campo, la Iglesia ha favorecido desde el Concilio Vaticano II la mayor implicación y derechos de los padres sobre los hijos recién nacidos, hasta entonces muy mediatizados por la autoridad de los abuelos. Hoy en día los bautizos son colectivos, más tardíos que anteriormente, los padres acuden a la iglesia y son ellos quienes escogen a los padrinos, cuyo papel se ha realizado.

De la Montaña, es en el Baztán donde hemos encontrado aún cierta vigencia del respeto a las normas que determinan el orden riguroso de padrinzagos, que allí se hace mediante parejas en las que están siempre representadas las ramas del padre y de la madre. En Leiza y Alsasua, industrializadas anteriormente, el abandono de esta costumbre ha sido también anterior, aunque aún hoy sea motivo de conflictos familiares, pues es uno de los momentos del ciclo familiar que ancianos y jóvenes viven como significativos y definitorios de las relaciones entre ellos. Las atenciones hacia el ahijado en el cumpleaños y por Santa Agueda se van trasladando al día de Reyes. Los nombres, que antes eran el del padrino y el del santo, empiezan a ser de fuera de la familia, nombres vascos, a menudo sin traducción y, en tanto que recuperación de las raíces culturales de los mayores, fórmula de compromiso entre éstos y los jóvenes por la referencia a algo común y exterior a la familia.

En la Tierra de Estella y en la Ribera, se abandonó después de la guerra la costumbre de dar a los niños un solo padrino de su mismo sexo y se pasó a darles padrino y madrina, que, según los pueblos, pertenecían a las dos ramas o estaban ya casados entre sí —porque eso aseguraba una mayor seguridad para el niño, si los padrinos hubiesen de hacerse cargo de él—. Esas costumbres se han mantenido con cierta rigidez en lo que se refiere a los primogénitos. Los nombres han sido los del santoral o devociones del lugar, desde

hace unos diez años se pasó a aceptar los de moda en España y actualmente no es raro que las parejas jóvenes den a sus hijos nombres vascos, a menudo con disgusto para los abuelos, que, no obstante, son sensibles a la estética neobucólica, como los abuelos de Ilerda (Luna), llamada así porque nació en noche de Luna llena.

En las historias clínicas hemos constatado que se da un reflejo en el interés por poner a los hijos nombres vascos sin traducción, y por lo tanto de fuera de la familia. Es en los primogénitos donde la joven pareja afirma sus derechos sobre la prole, y a partir del segundo los nombres se suelen referir a algún familiar.

Quizá más que en otras regiones, pervive en Navarra la costumbre de dar a los hijos el nombre de algún hermano que hubiese muerto.

De todo lo anterior nos destaca la ritualización rigurosa del orden de padrino y elección del nombre en las costumbres tradicionales, de modo que las posibles tensiones entre padres y abuelos se saldaban por el respeto a normas muy pormenorizadas, así como la búsqueda actual de relaciones más personalizadas y basadas en la elección, si bien apoyándose en la referencia a ideales colectivos más que en la afirmación de los derechos individuales.

En la clínica, las tensiones más aparentes y frecuentes son las derivadas de la competitividad entre la madre del marido y la esposa, cuando comparten el mismo domicilio o el mismo negocio, así como las debidas a la aglutinación de los hermanos en los pisos de un mismo inmueble; situaciones que provocan una intromisión de la familia extensa en la familia nuclear e interfieren en la crianza de los niños, las decisiones acerca del posible trabajo fuera de la casa de la esposa, la gestión de la autonomización de los adolescentes, la asunción de las responsabilidades de los hijos con respecto a los padres ancianos.

Las relaciones entre los sexos y la actitud acerca de la sexualidad y la fecundidad se van modificando en el sentido general que ha experimentado la sociedad española en la última década. No obstante, el peso de las actitudes católicas más conservadoras en este sentido es grande en Navarra, lo que provoca que decisiones como la toma de anticonceptivos sean a menudo secretas y vergonzantes. En la clínica era necesario atardarse en los posibles conflictos de conciencia que ello acarrea, y en las terapias sexológicas valorar la consi-

deración que los cónyuges diesen a las opiniones del confesor, con el fin de evitar la tendencia a la huida hacia adelante y la alusión de las responsabilidades individuales en decisiones cuya responsabilidad se podía tender a delegar en una supuesta actitud progresista de la Medicina y la Psicología.

Tanto en lo que se refiere a la relación entre las generaciones como a la de los esposos entre sí, la tendencia a pasar a modos de relación igualitarios y de roles no diferenciados es a menudo causa de confusión y dificultad sobreañadida a la individuación de cada miembro. Ayudar a concienciarse del peso de los valores tradicionales y del papel que las propuestas novedosas de cambio radical tenían en los movimientos de autonomización de los individuos, nos parecía más adecuado que cualquier toma de posición de los terapeutas.

Situación familiar y actitud terapéutica más marcadas en los tratamientos de familias en crisis, a los que prestábamos particular atención.

El psicoanalista Cramer define esas situaciones por «el aspecto agudo de ciertos desequilibrios psíquicos ligados al cambio, cuya dinámica se entiende sobre todo a partir de la noción de pérdida y de la articulación entre el fenómeno subjetivo de la angustia y la amenaza real de pérdida que en ese momento exista». Y el también psicoanalista Bion explica que el funcionamiento en los grupos de psicoterapia se hace constantemente a dos niveles: el de los supuestos básicos de dependencia, lucha-fuga o apareamiento mesiánico —que pueden entenderse como defensas fusionales, paranoides o hipomaniacas—, y en momentos de elaboración y toma de conciencia, o grupo de trabajo. En los tratamientos de crisis, hemos tenido especial atención a no saldar las intervenciones en los momentos hipomaniacos de exaltación de las esperanzas puestas en la relación terapéutica, sino en finalizar las intervenciones en los momentos de toma de conciencia y valorización de la acción reflexiva.

La adecuación al estilo comunicacional era importante, no para utilizarlo nosotros mismos, sino para entender los tabúes, tiempo necesario y modos de aproximación a temáticas nucleares. Sin poder entrar aquí en detalles, es a señalar lo engañoso en este aspecto de la aparente transparencia de los riberos con respecto a la timidez de los montañeses, y el efecto estructurante de las interpretaciones

y prescripciones referidas a comportamientos, que responde a las expectativas de la clientela sobre los sanitarios y consejeros espirituales en general, más próximas de personajes que saben aconsejar cómo se debe hacer, que de quienes pueden ayudar a la reflexión.

BIBLIOGRAFIA

1. E. FROMM y M. MACCOBY: *Sociopsicoanálisis del campesino mexicano*. Fondo de Cultura Económica, México, 1974.
2. ANDRÉ MICHEL: *Sociología de la familia y del matrimonio*, Ed. Península, Barcelona, 1974.
3. FROMM, HORKHEIMER, PARSONS y otros: *La Familia*, Ed. Península, Barcelona, 1972.
4. A. LIMÓN y E. CASTELLOTE: *La medicina popular en torno al embarazo y el parto a principios de siglo*, en *La Antropología Médica en España*, Ed. Anagrama, Barcelona, 1980.
5. G. FOSTER: «Folklore y costumbres del embarazo, nacimiento e infancia», en la misma obra citada.
6. C. LISÓN TOLOSANA: «Estrategias matrimoniales, individuación y ethos lucense», en *Perfiles simbólico-morales de la cultura gallega*, Ed. Akal, Madrid, 1974.
7. J. CARO BAROJA: *Los Vascos*.
8. M. OLZA ZUBIRI: *Psicosociología del habitante de la Ribera tudelana navarra*, Inst. Príncipe de Viana, Ed. Gómez, Pamplona, 1974.
9. M. OLZA ZUBIRI: *Psicosociología de una población rural vasca*, Inst. Príncipe de Viana, Ed. Gómez, Pamplona, 1979.
10. *Les grands-parents dans la dynamique de l'enfant* (sin traducción al español), Varios, bajo la dirección de Michel Soulé, Ed. ESF, París, 1979.



"ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL Y LA PSIQUIATRÍA EN GALICIA"

Antonio Rodríguez López
Raimundo Mateos Álvarez
Mercedes Rodríguez Vázquez
Generosa Franco Martínez

**Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica,
Facultad de Medicina de Santiago de Compostela.**

El tema del estudio y medición de las actitudes ha cobrado un auge notable en la última década, llegando a convertirse en una de las áreas más desarrolladas y prometedoras de la Psicología Social, y aunque desde el punto de vista metodológico presenta difíciles problemas (Summers, 1970; Dawes, 1972), no hay duda de que constituye un campo extraordinariamente fecundo de investigación. Aceptamos la crítica de Freeman y Kasserbaum (1960) a este tipo de investigaciones, en el sentido de que valoran fundamentalmente el componente cognoscitivo, pero no el afectivo y conductual, de las actitudes, pero esto no le resta su valor indicativo.

En el presente trabajo tratamos de investigar las actitudes de la comunidad gallega hacia la enfermedad mental y la Psiquiatría, ya que consideramos, con Bastide (1967), que la función del psiquiatra y de la Psiquiatría no puede ser correctamente interpretada si no es dentro del sistema estructural formado por el psiquiatra, la Psiquiatría y la enfermedad mental. Lison (1971) define a estos sistemas estructurales como complejos antropológicos, que representan modelos reducidos, útiles para la investigación, de la compleja e inabordable realidad social. Estos complejos interrelacionan con otros com-



plejos de una manera característica en cada momento de la evolución histórica de su sistema cultural. Uno de los complejos más íntimamente relacionado con el que nos ocupa, incluso en los países más desarrollados, es el formado por curanderismo-religión-enfermedad mental, de tal forma que, con la enfermedad mental como núcleo, se podría hablar de un complejo antropológico ampliado, constituido por: psiquiatra-Psiquiatría, curandero-magia-sacerdote-religión-enfermedad mental.

Es en virtud de esta relación que nuestra investigación se extiende a las actitudes en relación con la totalidad del complejo ampliado. aunque aquí abordemos especialmente el complejo reducido por haber sido expuestas ya en otro lugar (Rodríguez López, 1979) las actitudes ante las instituciones parapsiquiátricas.

La motivación es la de «devolver la voz» a la comunidad en un tema que los psiquiatras —llámense psiquiatras o antipsiquiatras— se han apropiado, suplantando la opinión de aquélla y erigiéndose en intérpretes dogmáticos y exclusivos acerca de lo que es o no es la enfermedad mental, cómo se debe tratar y cuál es y debe ser el papel del psiquiatra y de la Psiquiatría en la sociedad.

Conocer las actitudes no equivale a aceptarlas, pero pensamos que difícilmente se puede programar una asistencia psiquiátrica que suponga una transformación con posibilidades de éxito, si no se opera a partir del conocimiento previo de esas actitudes y se actúa paralelamente sobre ellas en aquellos puntos en que se considere precisa su modificación.

MATERIAL Y METODO

Consideramos que, desde el punto de vista socio-cultural, la población gallega puede ser dividida en tres grandes áreas, con características diferenciales acusadas: urbana, rural campesina y rural marinera.

En virtud de este criterio, hemos tomado una muestra representativa de cada una de estas áreas. Cada muestra consta de 400 personas, repartidas, según el sistema de cuotas, por edad y sexo, de acuerdo con los datos demográficos del I.N.E. en el «Censo general de la población de España de 1970». Para la primera se considera-

ron las siete grandes ciudades (La Coruña, Lugo, Orense, Pontevedra, Vigo, El Ferrol y Santiago). La segunda y tercera se distribuyeron de acuerdo con los porcentajes que señala el censo referido para villas (3 %), zona intermedia (11 %) y zona rural (86 %). Dentro de cada una de estas zonas, los encuestados fueron elegidos al azar. El tamaño de la muestra nos permite movernos dentro de un límite de error del 5 %.

La encuesta a que fueron sometidos constaba de 36 ítems, en los que se pretendía explorar las siguientes áreas de opinión:

- 1) Interés que suscita el tema psiquiátrico.
- 2) Experiencia respecto al tema, propia o a través de la enfermedad de un familiar.
- 3) Ideas acerca del concepto y etiología de la enfermedad mental.
- 4) Aceptación y consideración social del enfermo mental.
- 5) Modelo de asistencia psiquiátrica.
- 6) Psiquiatría y marginación social.
- 7) Relaciones de la Psiquiatría con las instituciones parapsiquiátricas.

Una parte de los ítems permitían una triple opción: SI, NO, NO SABE, y el resto eran de respuesta múltiple, con opciones estandarizadas y elección única.

Los resultados de las respuestas obtenidas aparecen tabulados, por áreas, en los Cuadros 1, 2, 3, 4 y 5, al final del trabajo.

Además de la respuesta general a esas siete cuestiones y las diferencias por áreas subculturales, pretendíamos también valorar las posibles diferencias debidas a sexo, edad y experiencia psiquiátrica previa.

Los datos referentes a las áreas urbana y rural campesina fueron ya objeto de otra publicación (Rodríguez López y col., 1980). Al añadir los correspondientes al área rural marinera se abarca el espectro total de la población gallega.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

No entramos aquí en el análisis pormenorizado de todos y cada uno de los resultados obtenidos, que pueden consultarse en las correspondientes tesis de licenciatura (Mateos, R., 1978; Rodríguez, M., 1978; Franco, G., 1979); nuestro objetivo es de alcance más limitado y general.

Con respecto al tema de la conceptualización y etiología de la enfermedad mental (Cuadro 1), la comunidad gallega considera que la locura es una enfermedad (84,5 %) determinada no por un castigo (9,1 %), sino, fundamentalmente, por problemas de herencia (31 %) y problemas familiares (28 %). Otras posibilidades etiológicas, de tipo económico, religioso o sexual, son escasamente valoradas. No se encuentran diferencias significativas al respecto entre las tres submuestras, salvo la clara diferencia que se observa en la importancia concedida a los factores económicos, mucho más reducida en la población rural campesina que en las otras dos muestras. La enfermedad mental no se considera una enfermedad nerviosa en sentido estricto 74,7 % (84,7 %), en desacuerdo con el modelo médico.

En el Cuadro 2 puede observarse cómo el estereotipo acerca de la enfermedad mental se sigue basando en criterios como la irresponsabilidad y la peligrosidad, aunque la relación entre enfermedad mental y desviación social (Cuadro 3) no sea considerada como especialmente importante (41,1 % para el suicidio, 29,5 % para la homosexualidad y 36,7 % para la delincuencia). Sólo un 10,4 % manifiesta prevención contra los que han necesitado asistencia psiquiátrica, un 52,7 % aceptaría ser internado en un manicomio en caso de padecer una enfermedad mental, aunque este porcentaje baja al 31 % si se trata de un familiar allegado, y un 36,8 % aceptaría en su misma habitación de un hospital a un enfermo mental. La aceptación del matrimonio del enfermo mental es relativamente liberal, aunque baja sensiblemente si el que ha de casarse con el enfermo es un hijo del encuestado.

En este campo de la aceptación del enfermo mental el grupo que muestra una actitud más negativa es el rural campesino, siendo muy similares las actitudes de los grupos urbano y rural marinero.

Estos resultados contradicen aparentemente los criterios tradicionales, que suponen una mayor tolerancia del enfermo mental en

las comunidades rurales, pero coincidieron los datos obtenidos en comunidades tan alejadas de la nuestra como la finlandesa (Laine y Lehtinen, 1973), quizá porque, como hemos apuntado en otro lugar (Rodríguez López, 1978), los comportamientos no están determinados exclusivamente por las actitudes, sino que influyen otros muchos factores.

El modelo de asistencia psiquiátrica (Cuadro 4) que emerge de las actitudes expresadas presenta un matiz claramente contradictorio; por una parte, se expresa una amplia confianza, atenuada en la muestra rural campesina, en las posibilidades de curación de las enfermedades mentales (78,4 %), similar a la obtenida en Inglaterra (70 %) por el estudio de la BBC (OMS, 1959), y por otra, se mantienen posturas altamente represivas en cuanto al lugar y tipo de asistencia. En este sentido, se aboga por una asistencia segregada para el enfermo mental, que debe ser tratado en lugares situados fuera de las ciudades, y para un porcentaje importante (25,8 %), incluso lejos de ellas, en régimen de libertad parcial (75,3 %). La posibilidad del tratamiento en la propia comunidad, bien en casa o, en caso necesario, en un hospital general, apenas se valora (13,8 % y 8,2 %, respectivamente).

Los datos que aparecen reflejados en el Cuadro 5, en lo que respecta a las poblaciones urbana y rural campesina, han sido ya publicados, como antes decíamos, y no entramos aquí en su análisis; tan sólo queremos resaltar el hecho, que se desprende del análisis de estos datos, de la funcionalidad y vigencia que mantiene en Galicia el complejo antropológico ampliado que integra la enfermedad mental, en el sentido en que lo formulamos anteriormente. El trasvase y la interacción entre la Medicina tradicional (instituciones parapsiquiátricas) y la Psiquiatría es un hecho con importantes repercusiones en el campo de la terapéutica. Lo que en su momento decíamos acerca de las comunidades urbana y rural es, de acuerdo con los datos aquí añadidos, extensible a la comunidad rural marinera.

CONCLUSIONES

Las tres grandes subcomunidades de la población gallega: urbana, rural campesina y rural marinera, tienen, globalmente, una actitud homogénea hacia la Psiquiatría y la enfermedad mental, con algunas matizaciones respecto a puntos concretos.

La comunidad rural campesina es la que presenta unas actitudes más conservadoras y represivas respecto a la enfermedad mental y su tratamiento.

Los factores sexo y edad, que no aparecen tabulados en este trabajo, pero que fueron analizados en la investigación total, introducen variaciones, más importantes en el caso de la edad, en los resultados. Estas variaciones son en el sentido de que el sexo femenino y la edad más avanzada manifiestan actitudes más negativas.

Conocer estos hechos y los que se deriven de otras investigaciones, que tenemos en marcha, acerca de las actitudes de los «agentes primarios de salud», supone, a nuestro juicio, un primer paso indispensable para una planificación racional de la asistencia psiquiátrica en Galicia.

RESUMEN

Los autores investigan, mediante un trabajo de campo, con la técnica de encuesta, las actitudes de tres grupos de la población gallega (urbana, rural campesina y rural marinera) hacia la Psiquiatría y la enfermedad mental. Incluyéndolas dentro del complejo antropológico que forman psiquiatra-Psiquiatría-curandero-magia-sacerdote-religión-enfermedad mental.

BIBLIOGRAFIA

1. BASTIDE, R.: *Sociología de las enfermedades mentales*, Siglo XXI, México, 1967.
2. DAWES, R. M.: *Fundamentos y técnicas de medición de actitudes*, Limusa, México, 1975.
3. FRANCO, G.: *Actitudes de la población rural marinera gallega hacia la enfermedad mental*, Tesina de Licenciatura, Santiago, 1979.

4. FREEMAN, H. E., y KASSEBAUM, G. G.: «Relationship of education and knowledge to opinions about mental illness», *Mental Hygiene*, 44, 43-46, 1960.
5. KUHN, H.: *Las revoluciones científicas*, Fondo de Cultura Económica, México, 1971.
6. LAINE, A., y LEHTINEN, V.: «Attitudes toward mental illness and their relationship to social structure and mental hospital bed utilization in two finnish rural communities», *Soc. Psychiat.*, 8/3, 117-123, 1973.
7. LISÓN TOLOSANA, C.: *Antropología cultural de Galicia*, Siglo XXI, Madrid, 1971.
8. LISÓN TOLOSANA, C.: *Perfiles simbólico-morales de la cultura gallega*, Akal, Madrid, 1974.
9. O.M.S.: *Psychiatrie sociale et attitudes de la collectivité*, Serie de Informes Técnicos, núm. 177, Genève, 1959.
10. MATEOS, R.: *Actitudes de la población urbana gallega hacia la enfermedad mental*, Tesina de Licenciatura, Santiago, 1978.
11. RODRÍGUEZ LÓPEZ, A.: *Enfermedad mental y medio rural en Galicia*, Ponencia al I Congreso de la Sociedad Hispano-Luso-Americana de Psiquiatría, Barcelona, Actas del Congreso, 1978.
12. RODRÍGUEZ LÓPEZ, A.; MATEOS, R.; RODRÍGUEZ, M., y FRANCO, R.: «El psiquiatra, la psiquiatría y la enfermedad mental en Galicia», *Folia Neuropsiq. del Sur y Este de España*, XIV, 1 a 4, 225-234, 1979.
13. RODRÍGUEZ LÓPEZ, A.: «Las instituciones parapsiquiátricas en la cultura rural gallega», *Rev. de Psiq. y Psicol. Méd.*, 3, 179-187, 1979.
14. RODRÍGUEZ VÁZQUEZ, M.: *Actitudes de la población rural campesina gallega hacia la enfermedad mental*, Tesina de Licenciatura, Santiago, 1978.

CUADRO 1
CONCEPTO Y ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

	MUESTRAS		
	<i>Urbano</i>	<i>Rural campesina</i>	<i>Rural marinera</i>
¿Es la locura una enfermedad?			
SI	82,4	84,5	86,7
NO	14,4	12,0	12,0
N.S.	3,2	3,5	1,3
¿Hay diferencia entre enfermedad mental y nerviosa?			
SI	77,1	69,8	77,2
NO	16,2	18,5	16,2
N.S.	6,7	11,7	6,6
¿Es la enfermedad mental un castigo?			
SI	6,3	12,0	9,2
NO	91,3	79,8	87,7
N.S.	2,2	8,2	3,1
Factores más importantes como causas de la enfermedad mental:			
— Herencia	30,4	31,7	30,7
— Problemas familiares	29,4	24,8	30,7
— Alimentación	4,0	13,7	4,2
— Problemas sexuales	12,6	7,9	15,2
— Situación económica	14,3	3,5	13,2
— Problemas religiosos	3,3	2,0	0,5
— No contestan	6,0	16,4	5,5

CUADRO 2

ACEPTACION Y CONSIDERACION SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL

	MUESTRAS		
	<i>Urbano</i>	<i>Rural campesina</i>	<i>Rural marinera</i>
¿Tiene prevención contra los que han ido alguna vez al psiquiatra?			
SI	6,3	14,7	10,2
NO	91,8	81,7	85,2
N.S.	1,9	3,6	4,5
¿Es más peligroso el enfermo mental que las personas normales?			
SI	54,0	68,2	66,2
NO	36,8	21,7	27,0
N.S.	9,2	10,1	6,8
¿Es el enfermo mental responsable de sus actos?			
SI	6,5	16,7	5,7
NO	83,7	74,0	88,7
N.S.	9,8	9,3	5,6
¿Qué sensación le producen los locos?			
— Miedo	11,5	21,0	17,5
— Curiosidad	14,8	9,2	12,0
— Lástima	66,7	63,0	63,5
— Otros	7,0	6,8	7,0
Si supiera que tiene una enfermedad mental, ¿aceptaría que le internasen en un Manicomio?			
SI	50,2	58,2	49,8
NO	41,8	27,5	38,5
N.S.	7,8	14,3	11,7

ACEPTACION Y CONSIDERACION SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL
(Continuación)

	MUESTRAS		
	<i>Urbano</i>	<i>Rural campesina</i>	<i>Rural marinera</i>
¿Aceptaría que internasen a un familiar allegado?			
SI	31,2	31,0	
NO	25,3	52,5	
N.S.	43,5	16,5	
¿Siente prevención hacia los que han sido tratados por un psiquiatra?			
SI	6,3	14,7	10,2
NO	91,8	81,7	85,2
N.S.	1,9	3,6	4,5
¿Aceptaría en su misma habitación de un Hospital a un enfermo mental?			
SI	50,2	24,0	36,2
NO	42,3	66,5	54,8
N.S.	7,5	9,5	9,0
Si un enfermo mental se quiere casar, ¿qué se debe hacer?			
— Prohibírsele	3,0	10,8	3,5
— Desaconsejárselo	23,0	34,0	27,5
— No intervenir	67,2	55,2	66,3
— N.S.	7,8	0,0	2,7
Si un hijo/a suyo pretendiese casarse con un enfermo mental, ¿qué haría?			
— Impedirlo	7,7	17,3	7,0
— Desaconsejarlo	51,1	60,3	60,8
— No intervenir	38,8	21,0	30,0
— N.S.	2,0	1,5	2,2

CUADRO 3
ENFERMEDAD MENTAL Y MARGINACION SOCIAL

	MUESTRAS		
	<i>Urbano</i>	<i>Rural campesina</i>	<i>Rural marinera</i>
¿Considera al enfermo mental responsable de su actos?			
SI	6,5	17,6	5,7
NO	83,8	77,9	88,8
N.S.	9,7	4,5	5,5
¿Considera que una persona que se suicida es un enfermo mental?			
SI	41,4	50,2	31,7
NO	49,3	38,5	58,6
N.S.	9,3	11,3	9,7
¿Considera que los homosexuales son enfermos mentales?			
SI	23,7	38,7	26,0
NO	64,9	49,3	51,5
N.C.	11,4	12,0	9,0
¿Considera al enfermo mental más peligroso que las personas normales?			
SI	54,0	68,2	66,2
NO	36,8	21,8	27,0
N.C.	9,2	10,0	6,8
¿Cree que entre los delincuentes abundan más los enfermos mentales?			
SI	37,3	36,2	36,7
NO	53,0	47,8	54,1
N.C.	9,7	16,0	9,2

CUADRO 4
ASISTENCIA PSIQUIATRICA

	MUESTRAS		
	<i>Urbano</i>	<i>Rural campesina</i>	<i>Rural marinera</i>
¿Pueden curarse las enfermedades mentales?			
SI	82,4	66,3	86,7
NO	7,2	13,5	12,0
N.S.	10,4	20,2	1,3
Ante un problema emocional, ¿a quién acudiría primero?			
— Un amigo	22,2	18,0	17,2
— Un sacerdote	6,9	6,5	5,5
— Un curandero	1,5	5,4	2,5
— Un psiquiatra	64,0	68,0	73,7
— N.S.	1,5	6,0	1,1
¿Le parece justificado ingresar a un familiar en un manicomio para evitar el escándalo?			
SI	16,7	47,5	32,7
NO	81,2	47,5	63,6
N.S.	2,1	5,0	3,7
¿Dónde se debe tratar a los enfermos mentales?			
— En un hospital psiquiátrico	65,6	81,7	80,6
— En un hospital general	10,6	5,0	9,0
— En casa	21,3	12,0	8,2
— N.S.	2,3	1,3	2,2

ASISTENCIA PSIQUIATRICA (Continuación)

	MUESTRAS		
	<i>Urbano</i>	<i>Rural campesina</i>	<i>Rural marinera</i>
¿Dónde deben ubicarse los Sanatorios psiquiátricos?			
— Dentro de las ciudades	13,4	9,0	18,2
— Fuera y cerca de ciudades	58,3	69,5	43,8
— Fuera y lejos de ciudades	21,3	21,5	34,5
— N.S.	7,0	0,0	3,5
¿Cómo deben estar los enfermos en los psiquiátricos?			
— Encerrados	11,5	16,7	9,7
— En libertad parcial	72,0	76,2	77,6
— En libertad total	12,9	5,0	9,5
— N.S.	3,6	2,1	3,2

CUADRO 5
INSTITUCIONES PARAPSIQUIATRICAS

	MUESTRAS		
	<i>Urbano</i>	<i>Rural campesina</i>	<i>Rural marinera</i>
¿Hay curanderos en la zona en que vive?			
SI	15,2	20,2	27,0
NO	84,8	74,5	62,5
N.S.	0,0	5,3	10,5
¿Confía en la capacidad curativa del curandero?			
SI	29,4	27,2	32,5
NO	57,8	52,0	56,3
N.S.	12,8	20,8	11,2
El curandero cura en virtud de:			
— Su conocimiento de remedios físicos	39,1	39,2	45,3
— Un poder especial	7,4	12,0	11,7
— Su perspicacia psicológica	43,7	40,8	33,8
— N.S.	9,8	8,0	9,2
¿Qué se debe hacer con los curanderos?			
— Prohibir su actividad	19,5	21,5	20,7
— Dejarlos actuar	69,5	64,7	63,6
— Apoyarlos en su actividad	9,1	12,5	14,0
— N.S.	1,9	1,3	1,7

INSTITUCIONES PARAPSIQUIATRICAS (Continuación)

	MUESTRAS		
	<i>Urbano</i>	<i>Rural campesina</i>	<i>Rural marinera</i>
¿Cree que hay Santuarios con virtudes curativas en las enfermedades mentales?			
SI	23,6	42,2	34,5
NO	63,9	39,0	49,5
N.S.	12,5	18,8	16,0
Si estuviese desahuciado por los médicos gallegos, ¿a dónde pediría que lo llevarasen?			
— Lourdes o Fátima	11,0	19,4	10,0
— Gran Centro Médico español	51,8	49,2	54,8
— Gran Centro Médico USA	31,2	25,7	28,7
— N.S.	6,0	5,7	6,5



SOCIEDAD Y SALUD MENTAL

Jorge L. Tizón García

Profesor de Psicología Dinámica en la
Escola Superior d'Assistents Socials
de la Universitat de Barcelona

UN ESQUEMA PARA HACER HISTORIA

Para hacer una historia de los cambios de perspectiva sufridos por la asistencia psiquiátrica, por la asistencia a la salud mental de la población, sea en la sociedad española, sea en cualquier otra sociedad, pueden adoptarse diversos puntos de partida:

Un punto de partida sería el que tomara como *punto de mira la evolución e influencia a las escuelas de asistencia psiquiátrica*. —por lo tanto, implícita o explícitamente, de las escuelas de salud (mental)— que han orientado el desarrollo asistencial. Desde este punto de vista, que especifico en otro lugar —Tizón (57)—, por lo que libero al lector aquí de su repetición, habría que estudiar la implantación y desarrollo en nuestros lares de *la psiquiatría «clásica»*, fenomenológico-organicista, y de su readaptación *funcional* o *funcionalista*: del psicoanálisis; de las corrientes derivadas de la *reflexología soviética* y la *psicología del aprendizaje anglosajona*; y, por último, de la *antipsiquiatría*, con una coda para el anuncio de una nueva ofensiva del modelo biologista a cargo de la *psiquiatría biológica* y la ola de *sociobiología* que está pronta a «invadirnos».

Otro punto de vista partiría de la consideración de las *epistemo-*

Nota de la Redacción: El presente artículo es parte del publicado por Jorge L. Tizón García en «RTS» (Revista de Trabajo Social) núm. 81, marzo 1981, bajo el título «Salud, insania y sociedad». Se publica con la debida autorización de la Redacción de «RTS» y del autor. Una versión ampliada del mismo puede consultarse en *Apuntes para una psicología basada en la relación*, del mismo autor.

logías subyacentes a cada una de las posturas teóricas y sus concreciones prácticas, y debería estudiar (casi rastrear) su implantación y desarrollo y el modelo epistemológico que cada consideración sobre salud (mental) implica. Como punto de partida también podría proponerse la discusión epistemológica planteada en la citada obra (57) entre el *platonismo*, el *apriorismo*, la *fenomenología como epistemología*, el *empirismo*, el *nominalismo* y *convencionalismo*, el *identificacionismo*, la «*dialéctica de la naturaleza*», el *relativismo histórico* y el *constructivismo dialéctico o realismo crítico*. Ello, como su solo enunciado hace prever, podía llevarnos a otro artículo o serie de artículos sobre el tema que no sólo no puedo hacer ahora, sino que incluso dudo si sabría desarrollar.

Otra perspectiva, posiblemente más aplicable a la práctica, podría partir del estudio del concepto de salud (mental) subyacente en los diversos tipos de *reduccionismo* (14), (47), que han ido imperando en un campo connaturalmente interdisciplinario como es el de la salud (mental). Así, habríamos de estudiar las perspectivas de la salud del *biologismo* dominante en la postguerra (y el biologismo «reformado» que amenaza con dominarnos nuevamente) de manos de la *sociobiología* (19), (49), (64); el *sociologismo* elemental que floreció en algunos momentos y grupos sociales durante el «desarrollismo» español; el *psicologismo*, que apuntó sus primeros brotes ya entonces, pero que actualmente, en plena crisis económico-social, enseña abiertamente sus orejas irracionistas, tiñendo y configurando diversas psicologías «humanistas» y orientalismos varios; el *doble reduccionismo sociologista-biologista* con el que en algún momento quisieron inundarnos intelectuales ligados a determinadas burocracias y socialburocracias intentando trasplantarnos visiones que resultan reduccionistas ya en sus países de origen (como la URSS) por su exclusión de lo psicológico o su reducción a una mezcla de biología y sociología sin delimitación de un objeto concreto y un campo concreto para la psico(pato)logía (57). Todo ello, además, debería ser observado en su conflicto constante con otro modelo epistemológico que he llamado «constructivismo dialéctico» —al que Bunge en alguna época (9) llama «realismo crítico—, intento de evitación de tales reduccionismos. Pero también por aquí la discusión nos llevaría muy lejos del tema propuesto. Tal vez demasiado lejos como para que pudiéramos observar fácilmente sus implicaciones prácticas.

Por eso prefiero en estas líneas trazar un panorama, indudablemente grosero, de «trazo grueso», de las *concepciones dominantes acerca de la salud (mental)* en la historia de los últimos decenios en nuestro país:

Durante la *República y la Revolución española* (1931-1937) (8), como en todo período de cambios de la salud (mental). Creo no ir desencaminado cuando afirmo que entre los trabajadores especializados y profesionales predominaba, en especial en ambientes académicos, una actitud acerca de la salud (mental) que hoy llamaríamos *biologista*. La salud mental, para la mayoría, consistía en la ausencia de enfermedad (orgánica). El trastorno mental era un trastorno *orgánico*. Para los pocos que, como Mira i López (26), intentaron ir un poco más allá, tal vez pudiéramos encontrar (o suponer) un concepto positivo de salud mental ligeramente teñido además por el reconocimiento de la importancia de la psicología (el psicoanálisis nunca llegó a enraizarse aquí sino de forma incipiente)... Pero poco más. La salud (mental) para los profesionales consistía especialmente en la ausencia de enfermedad o, como mucho, en la lucha por la evitación de la enfermedad (mental). Pero paralelamente a tales creencias «científicas» y académicas, el pueblo en marcha y los trabajadores revolucionarios desarrollaban e incluso intentaban a menudo poner en práctica nociones de salud que, si uno consulta atentamente las realizaciones de aquella época (8), (27), (29), (61), queda inmediatamente asombrado por su «modernidad»; está claro que para muchas comunas anarcosindicalistas y poumistas, por ejemplo, la salud por la que luchar consistía en esa integración de bienestar somático, psíquico y social de la que habla hoy la OMS, y como muestra la ya abundantísima bibliografía al respecto, aquellos revolucionarios, aquellos utópicos convencidos no se quedaron en las meras palabras, sino que, con mayor o menor fortuna, diseñaron y realizaron auténticas campañas de difusión de la salud (e incluso de la salud mental)... ¡en pleno período de contrarrevolución y guerra civil! Como ejemplos meramente ilustrativos, y dados mis insuficientes conocimientos al respecto, podría recordar las campañas del anarcosindicalismo en contra de todo tipo de marginación social, los planes y decretos sanitarios de la Generalitat de Catalunya en el período revolucionario, etc. Incluso esa perspectiva es la que matizó con influencias sociológicas la organización de la Asisten-

cia psiquiátrica de la República en guerra contra los sublevados, en especial en Catalunya.

Como es de todos sabido (y sufrido, ya que durante generaciones llevaremos impresas las consecuencias en nuestra psicología colectiva e individual), aquella situación se saldó en un baño de odio y sangre en el que, por encima de los muertos en guerra y como consecuencia de ella (160.000) (29), más de cuatrocientos mil compatriotas eran asesinados sistemáticamente en el lado «nacionalista» y más de veinte mil en el lado «republicano», siguiendo la ya tradicional y dolorosa ley de cada contrarrevolución triunfante: exterminar a 20 veces más personas que la revolución derrocada (29).

La situación de la salud mental del período siguiente (*postguerra y autarquía*) quedaba ya tremendamente sobredeterminada por la hecatombe: ¿qué posibilidades de autonomía, solidaridad y gozo sobrevivieron en la España de la postguerra? Y si algunas sobrevivieron, ¿para quién? ¿Qué posibilidades de trabajo (creativo) podían existir para la mayoría de la población y qué posibilidades de amar y ser amado?: tanto en los de un «bando», que habían sufrido pérdidas de todo tipo (familiares, relacionales, de situación social, de ilusiones, esperanzas y utopías...), como en los del otro, los cuales también habían perdido seres queridos, relaciones y además —y de forma importante— capacidad de amar. Y en ambos casos, tanto en la contienda como en los años de odio y marginaciones subsiguientes. ¿Qué bienestar social podía existir en un país diezmado, agitado, empobrecido, ensangrentado...? ¿Y qué «bienestar psicológico» que no estuviera directamente basado en la negación psicótica o manipuladora del sufrimiento propio o ajeno y, por lo tanto, en la insania?

No es difícil, por tanto, pronosticar —y observar— la terrible limitación de las concepciones sanitarias de la época: el concepto de salud casi ni se plantea si no es en un tono abiertamente moralista y religioso (la *salud moral de los españoles*). La práctica sanitaria, profunda y surdamente biologicista, organicista, se orientará, en el mejor de los casos, a combatir la enfermedad —y muchas veces, sobre todo en el campo de los derrotados, en el campo de los trabajadores, ni a eso: a consolar religiosamente en el sufrimiento no cuidado socialmente—. La salud (mental), caso de que se planteara alguna vez el problema, se asimilaba dogmáticamente a la ausencia de enfermedad (mental). Las enfermedades mentales eran, por supuesto, eso: enfer-

medades, trastornos orgánicos, del cerebro, y así eran estudiadas y tratadas no sólo en ese período, sino también, mayoritariamente, en el siguiente. Enrique González Duro ha recopilado en su obra *Psiquiatría y sociedad autoritaria: España, 1937-1975* (26) sabrosas muestras y florecillas al respecto. Sin embargo, hay algo de lo que debemos enorgullecernos: al menos nuestra pertenencia a una «raza inferior» como la latina impidió que el organicismo llegara a extremos exterminadores para con los pacientes psico(pato)lógicos, a pesar del «glorioso ejemplo» que la Alemania nazi nos había proporcionado anteriormente y durante la segunda guerra mundial.

El *desarrollismo español* de los años sesenta no varió sustancialmente las concepciones de la salud (mental) que poseían las cúspides del poder psiquiátrico, médico y administrativo de la época. Simplemente, y demasiado a menudo por un mero deseo de ponerse «a la page», se comenzó a hablar de «salud mental». Qué menos, si la OMS ya había empezado a hacerlo desde 1946 (43): el sistema más utilizado, sin embargo, consistía en glosar literariamente las definiciones de tal organismo internacional. Pero debajo, las cosas seguían igual: la salud se asimilaba a la ausencia de enfermedad. Todo lo demás se excluía, al menos en las concepciones de las cúspides del poder. También en la pragmática de éste, a pesar de las obras reticentemente psicológicas de López-Ibor (38), (39) y otros, desde luego. ¿Cómo iba a poderse plantear, en plena euforia desarrollista, con las corrupciones y cohechos continuos, marginaciones, emigraciones masivas, subordinaciones masivas a lo foráneo a través de la invasión del turismo y las inversiones extranjeras; cómo iban a poderse replantear cosas tales como el «bienestar social» («*con más desarrollo, más bienestar*», diría rápidamente el tecnócrata opusdeísta o filoopusdeísta)? ¿Qué podía significar en esas circunstancias el «bienestar psicológico» y/o el trabajo creativo? Sin embargo, en otros niveles de la pirámide social comenzaban a advertirse anuncios de un cambio de concepción y de postura: son los años de los primeros intentos de psicologizar las definiciones de salud y salud mental, a veces desde perspectivas que podríamos calificar de *psicologistas*. Se dan también los primeros intentos serios, aunque posiblemente prematuros y parciales, de aclimatación de un «psicoanálisis suave» a través del *análisis existencial*, de Caruso (11) y Viktor Frank, de la fenomenología con influencias psicoanalíticas... Por otro lado, son los años de la intro-

ducción del conductismo y la psicología del aprendizaje en la Península Ibérica y de sus primeros intentos, abiertamente psicologistas, dejando de lado demasiado a menudo los datos sociológicos y/o el control de la aplicación social. Desde estos puntos de vista, dominados aún en la época, y en especial desde el punto de vista de los primeros glosistas e introductores del psicoanálisis y las «nuevas» corrientes psicológicas, la salud ya puede plantearse —y así lo hace, por ejemplo, Martín Santos (40) o, posteriormente, Castilla del Pino (12)— como algo global, como la capacidad de amar y trabajar, como un estado biosociológico de bienestar. Sin embargo, sobre todo en otros autores, ya dije que tal caracterización global va muy a menudo teñida por concepciones ingenuas, atrasadas y primitivas —o incluso abiertamente biologistas— de lo que es y puede entenderse por «bienestar psíquico», aunque comienza a plantearse la necesidad de la autonomía, la solidaridad y el gozo como elementos básicos de una actitud sana.

Ya en los últimos años del desarrollismo, con la crisis del modelo social que lo sustentó, aparecen y se desarrollan otras crisis y, entre ellas, *la crisis de la (in)-asistencia psiquiátrica del franquismo*. Brotan los conflictos en el campo de la Salud Mental y comienzan a proliferar, empezando por Oviedo y Sant Boi, los despidos y «listas negras» para los trabajadores del campo que han mantenido actitudes alternativas. De hecho, tales alternativas han ido radicalizándose también desde el punto de vista teórico y si bien los despidos, sanciones y «listas negras» lograrán parar durante un tiempo la transformación institucional, no lograrán detener la transformación científica ni la transformación de la ideología asistencial. Gracias a todo ello se extienden por la Península las primeras orientaciones que tienen abiertamente en cuenta los aspectos sociológicos de la salud mental, orientaciones que a menudo toman un claro matiz sociologista, con un cierto desprecio de los aspectos biológicos e incluso psicológicos. También en las mismas experiencias y en otras nuevas aparecen tímidos intentos de introducir la importancia de los elementos psicológicos de la salud mental incluso en el seno de las instituciones para la locura. Por otro lado, y mucho más silenciosamente, los aspectos más estrictamente psicológicos de la consideración de la salud van siendo tenidos en cuenta muy seriamente por dos tendencias teóricamente radicales en este campo: la de los trabajadores de la salud mental basados en la *teoría del*

aprendizaje y la de los médicos (y psicólogos) de *orientación psicoanalítica*.

Con esta situación compleja se entra en el cuarto período que quisiera considerar en este breve esquema para una historia: apresuradamente he calificado a este período como *de estanflación y crisis del sistema*. Es en este período en el que se desarrollan todas y cada una de las tendencias del anterior, al tiempo que comienzan a incidir las prácticas y teorías de lo que se ha dado en llamar *psicología humanista* (gestalt, *bioenergética*, etc.). Algunas de tales corrientes harán hincapié en los aspectos de *gozo* de la definición de los médicos y biólogos de lengua catalana (21), (23); por consiguiente, su fórmula de la salud mental será *amar (y trabajar)* (16). Otras, de la mano de la autonomía y la solidaridad como banderas, se empeñarán en una difícil lucha por la creación continua y sin descanso de dispositivos e instituciones «alternativas». Florece la visión sociologista de la salud mental, muchas veces apoyada en las ideas y experiencias «antipsiquiátricas» (57). Hace eclosión, por otro lado, todo el lento y concienzudo trabajo psicoanalítico anterior, en parte de una forma en exceso artificial, provocada por la repentina plétora de «psicoanalistas» provenientes del exilio argentino («psicoanalistas» que pocas veces por su edad, por su formación o por su experiencia hubieran sido llamados así en nuestros lares). Se cae a veces, de la mano de algunas experiencias y teorizaciones de esta tendencia, en versiones claramente psicologistas, parciales, de la salud mental y a veces también en versiones crípticas, elitistas y verbalistamente complejas de la misma.

Sin embargo, el conjunto de corrientes hasta ahora citadas para este período parecen tener en común, a nivel teórico, su punto de partida en la definición de la OMS, aunque a partir de ahí su desarrollo diverge en el sentido de profundizar en la dirección de la definición freudiana o en la dirección de la definición que durante estos años se acuñará en Cataluña: se primarán los aspectos sociológicos, el trabajo creativo, la lucha contra el trabajo alienante, la solidaridad y autonomía, la posibilidad del gozo y, en menor medida, las versiones psicodinámicas de la misma.

Pero, como sucede a menudo, *por un lado va la vida y por otro la Academia*. Mientras todo eso ocurre, la Universidad y los hospitales y servicios de formación van siendo progresivamente dominados por

portadores de versiones «biologistas reformadas» de la salud y/o versiones «paleoconductistas» de la misma, en ambos casos apoyadas en un rancio y acrisolado tecnicismo. De estas corrientes se puede incluso llegar a pensar a veces que, dominadas por su empirismo y tecnicismo extremos, la búsqueda y desarrollo de la salud va dejando de ser un vértice, un objetivo, ya que no hay nada tan ajeno al pensamiento tecnocrático como la utopía progresiva. Si unimos este dominio académico a la frustración profunda y reiterada de las ilusiones puestas en la *democracia parlamentaria* como panacea para resolver los problemas de la salud mental —y tantos otros— tendremos un dato claro de por dónde parecen apuntar las tendencias dominantes actualmente en la formación social española (y catalana, por supuesto).

Por ello, en el campo de las orientaciones *dominadas* las cosas no están tampoco demasiado claras. Si bien existen ya de entrada ligeras diferencias de matiz que oscilan entre el sociologismo, la concepción «psicodinámica» (más o menos «silvestre») y la concepción «antipsiquiátrica» de la salud mental, las diferencias en la práctica, en la praxis social, son abrumadoras... y desorientadoras para la población e incluso para los políticos, profesionales o alternativos: así se podrá observar, no sin un cierto grado de asombro, desde la institución de pretendida «orientación psicodinámica», en la que el equipo, en vez de centrarse en las relaciones interpersonales, se centra en el verbalismo y en las discusiones y teorizaciones más o menos crípticas, hasta la institución «alternativa», con influencias «antipsiquiátricas», la cual, en pro de una versión a veces claramente sociologista de la salud mental, monta praxis sociales que le llevan a enfrentarse con la población o, lo que es más común, a ser marginada por ésta.

De ahí que, como consideración final de este apartado, creo que debería hacer explícita mi idea de que actualmente *las declaraciones teóricas, ideológicas e incluso técnicas no nos sirven demasiado para definir qué acepción es defendida en último extremo por un grupo o corriente de trabajadores de nuestro campo: sólo la práctica continuada del equipo podrá indicarnos sus verdaderas acepciones, que en un principio, y dada la confusión reinante, pueden permanecer implícitas (inconscientes) dentro de sus planteamientos explícitos. Aquí, como en otros muchos campos de la situación actual, no queda, pues, más remedio que «observar y pensar», con prudencia y un cierto tiempo y distanciamiento, si queremos aclararnos sobre la realidad de una*

orientación determinada. Hoy por hoy, en el campo de la salud mental lo que sobran son declaraciones, proyectos y palabras. A menudo por presiones y deficiencias intrínsecas al sistema social y a su crisis actual, lo que falta son experiencias de trabajo contrastables, mantenidas, teorizadas y con un sólido apoyo científico a su favor, experiencias que no tienen por qué estar reñidas, desde luego, con una visión radical de la salud mental... Su contrastabilidad, continuidad, verificabilidad, apoyo en teorías —en definitiva, su carácter *científico*— no deben significar su degradación tecnocrática, sino simplemente la posibilidad de comprobar y demostrar con *datos y experiencias* la viabilidad de una tendencia.

COMO Y POR DONDE ORIENTARSE

Si como colofón de las páginas que anteceden —posiblemente farragosas y excesivas, y lo siento— tuviera que declarar actualmente mis preferencias, yo diría que para una práctica alternativa orientada a la preservación, defensa y difusión de la salud mental de la mayoría de la población, cualquiera de las definiciones breves que he glosado más a menudo puede servirnos como *punto de partida*. Lo importante es cómo las concretamos en programas determinados de salud y cómo las mantenemos y aplicamos a través de una práctica solidaria y supervisada por la comunidad, que es la única entidad «experta» en cuestiones de salud (y no los técnicos). Incluso si tal práctica se da, podríamos observar cómo en varios aspectos tales definiciones son intercambiables o pueden usarse para diversos fines y actuaciones. En resumen: no creo que en este campo lo importante sea la definición escogida, sino cómo se lleva a la práctica y cómo se difunde y mantiene a través de los años.

Pero no todo es ideología en las utopías de salud mental propuestas. Como antes decía, tales acepciones deben estar basadas en datos científicos modernos. Y a este respecto creo que hay ya un cierto camino avanzado, que hemos de tener en cuenta para perfilar y, sobre todo, para *concretar en la práctica* nuestras ideas sobre la salud mental.

Como otros muchos autores han investigado y proporcionado datos —y no tan sólo opiniones y propuestas— al respecto, y para ahorrar al lector una extensión excesiva de este trabajo me voy a permitir

enumerar escuetamente lo que creo que hoy por hoy indican los datos científicos que poseemos acerca de qué orientación, organización y funcionamiento deberían tener unos dispositivos comunitarios de salud mental si quieren estar basados en los datos científicos actuales, es decir, en datos verificables, contrastables, probados ya por centenares y a veces miles de estudios, experiencias, pruebas y experimentos.

Para no extenderme demasiado en este último apartado, me va a permitir el lector que en él simplemente realice una serie de afirmaciones y proporcione alguna cita bibliográfica acerca de dónde puede obtenerse la explicación ampliada de lo afirmado y una reseña bibliográfica más amplia sobre cada afirmación.

A *nivel epistemológico*, en mi opinión, la base para cualquier acción que intente la defensa o difusión de una acepción no reduccionista de la salud mental de una acepción que no mutile ni los aspectos biológicos, ni psicológicos ni sociales de la misma, debe ser una epistemología que he llamado «*constructivista dialéctica*», es decir, una teoría de la ciencia que haga basarse a ésta tanto en el estudio de la *génesis* como de la *estructura* de los fenómenos, y una teoría que tenga en cuenta la importancia de la relación entre el sujeto y el objeto de conocimiento como base para un conocimiento real —Tizón (57)—; una teoría que vaya más allá de las «empobrecedoras teorías de la *caja negra*» —Bunge (9), (10).

A *nivel teórico* creo que será imprescindible postular la interdisciplinariedad, el trabajo en *equipo interdisciplinario*. E interdisciplinario no sólo por las profesiones o puntos de partida (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos...), sino también en cuanto a las orientaciones teóricas: psicodinamia, neoconductismo, medicina (56), (57), (59), 61)...

A *nivel organizativo* creo que dichas actividades de salud mental sólo pueden desarrollarse teniendo en cuenta una serie de elementos o datos básicos que ya he resumido en otra publicación anterior (59):

1. Es falsa la idea de que los cuidados de la salud mental son caros y sólo pueden costearse los así llamados «países ricos».

2. Los cuidados comunitarios de la salud mental deben estar, en la medida de lo posible, en manos de la propia comunidad.

3. Dentro de esa salud mental comunitaria, los cuidados profesionales han de ser asunto *fundamentalmente* psicosocial.

4. Una organización de la salud mental eficaz, no cronificante, que no favorezca la heteronomía, debe basar sus aspectos técnicos en equipos psicosociales directamente ligados a los equipos sanitarios y a los núcleos vivenciales naturales de la población.

5. A medio plazo, las bases organizativas de los aspectos técnicos de una salud mental comunitaria no despilfarradora ni cronificadora deberán ser los Centros de Salud (o Unidades Asistenciales Básicas) y los equipos psicosociales funcional o físicamente ligados a ellos.

Esa serie de tesis tiene una importante comprobación y documentación, una serie de datos científicos que apoyan todos y cada uno de tales asertos. A estos asertos de tipo organizativo, basados en datos científicos modernos, habría que añadir una serie de *datos político-organizativos*, también suficientemente probados —tanto, que no voy a insistir tampoco aquí en su demostración, muy discutida, desde luego, por la ideología conservadora—. Y es que todo lo anterior probablemente sólo es posible con una *organización de la salud integrada, integral, comunitaria, financiada mediante fondos públicos, controlada democráticamente, descentralizada, basada en el impulso de las tecnologías blandas (fundamentalmente psicosociales), por contra de las tecnologías duras (físico-químicas) y orientada fundamentalmente hacia la asistencia preventiva y social* (59).

Por último, una serie de *apuntes de tipo ideológico*: a mi entender, el intento de defender y promover consecuentemente cualquiera de los modelos de *salud* aquí propuestos implicará una oposición y lucha conscientes, desde el primer momento, con una serie de tendencias ideológicas dominantes en nuestro sistema social. En otro lugar me he extendido algo más sobre el tema (61), por lo que me limitaré aquí a enunciar simplemente estas tendencias ideológicas del sistema que suponen una traba fundamental para cualquier trabajo orientado hacia el desarrollo de la *salud mental* en cualquiera de las

acepciones ideológicamente progresivas y científicamente fundadas que he propuesto. Estas tendencias ideológicas son al menos las siguientes —Tizón (58), (61)—: *el productivismo, la mercantilización* de todas las relaciones —y, por lo tanto, de la sanidad y las relaciones interpersonales—, la *uniformización progresiva* y el *autoritarismo* directo y consciente o indirecto y/o inconsciente.

Dada la extensión, a todas luces excesiva, que han adquirido estas páginas que me solicitaron, dejo al lector la posibilidad de consultar la bibliografía citada, que amplía y apoya todas y cada una de las manifestaciones anteriores, ya que tengo la sensación de que, leídas «de seguido», producen una impresión en extremo esquemática y dogmática.

Pero creo que no debo extenderme más. No sé si al final de tantas líneas habré aportado algo nuevo o esclarecedor. Sentiría que no fuera así, pero entra dentro de lo posible. Lo único que resulta claro en mi descargo es que, evidentemente, lo he intentado.

BIBLIOGRAFÍAS

1. ACARÍN, N.: «Bases para una regionalización sanitaria», en *La sanidad hoy. Apuntes críticos y una alternativa*, de N. Acarín, R. Espasa, H. Pardell, C. Sans, F. Soler y J. Vergés. Avance. Barcelona, 1975.
2. ACARÍN, N.; ESPASA, R.; VERGÉS, J.; CAMPO, M.: *La salud, exigencia popular*. Laia. Barcelona, 1976.
3. BACARDÍ, R.: «La salut segons l'OMS», en *Funció Social de la Medicina*. II Ponència del X^e Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Acadèmia de Ciències Mèdiques. Barcelona, 1976.
4. BALCELLS, A.: *Crisis económica y agitación social en Cataluña (1930-1936)*. Ariel. Barcelona, 1971.
5. BERNAL, J. D. (1964): *Historia social de la ciencia* (dos volúmenes). Península. Barcelona, 1967.
6. BERNOT, J.: En *Revue Médicale de Dijon* 7: 179-186 (3 de marzo de 1972).
7. BION, W. R.: *Elements of Psychoanalysis*. W. Heinemann. Londres, 1963.
8. BROUÉ, J.; TÉMINE, E.: *La Révolution et la Guerre d'Espagne*. Editions de Minuit. París, 1961.
9. BUNGE, M. (1969): *La investigación científica*. Ariel. Barcelona, 1969.
10. BUNGE, M. (1972): *Teoría y realidad*. Ariel. Barcelona, 1974.

11. CARUSO, I. A. (1962): *Psicoanálisis para la persona*. Seix-Barral. Barcelona, 1965.
12. CASTILLA DEL PINO, C. (1971): *Vieja y nueva Psiquiatría*. Alianza ed. Madrid, 1978 (2.ª edición).
13. CASTILLA DEL PINO, C.: *Introducción a la Psiquiatría. 1. Problemas generales de Psico(pato)logía*. Alianza Universidad. Madrid, 1978.
14. C. I. P. P.: «Introducción», en *El biologismo: implicaciones teóricas, repercusiones en la asistencia sanitaria*. De J. L. Tizón y el Colectivo de Investigaciones Psico(pato)lógicas y Psicosociológicas (C. I. P. P.), compiladores. Barcelona (en prensa).
15. CHAZAUD, J.: «La psychanalyse. Résultats et critères de guérison», en *Encyclopédie médico-chirurgicale: Psychiatrie*. 37812 E 10. París, 1969.
16. ERIKSON, E. H. (1963): *Infancia y sociedad*. Hormé. Buenos Aires, 1970.
17. ERIKSON, E. H. (1975): *Historia personal y circunstancia histórica*. Madrid, 1979.
18. EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, CH. (1965): *Tratado de Psiquiatría*. Toray-Mason. Barcelona, 1969.
19. FERNÁNDEZ-BUEY, P.: «Sobre la crisis y los intentos de reformular el ideal comunista», en *Mientras Tanto*, 3: 91-115, 1980.
20. FEYERABEND, P. K.: *Contra el método*. Ariel. Barcelona, 1974.
21. FONT, J.: «Definició de salut. Anàlisi del concepte de salut des del punt de vista mèdic-psicològ.» en *Funció Social de la Medicina*, II.ª Ponència del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Barcelona, 1976.
22. FONT, J.: «Salut i malaltia mental», en *Salud mental y trabajo social*, de J. L. Tizón y M. T. Rosell, compiladores (en prensa).
23. GOL, J.: «La salut», en *Annals de Medicina*. Barcelona, 63, 7: 1025-1040, 1972.
24. GOL, J., y otros: *La Sanitat als Països Catalans*. Edicions 62. Barcelona, 1978.
25. GOLDBERG, D. P.: *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Maudsley Monographs. Oxford University Press. Londres, 1966.
26. GONZÁLEZ-DURO, E.: *Psiquiatría y sociedad autoritaria: España, 1939-1975*. Akal editor. Madrid, 1978.
27. GÓMEZ-CASAS, J.: *Historia del anarcosindicalismo español*. Editorial ZYX. Madrid, 1968.
28. HAYNAL, A.: «La notion de normalité en psychiatrie», en *Med. et Hyg.*, 972 (30 julio 1971): 1195-1199, 1971.
29. JACKSON, G. (1965): *La República Española y la Guerra Civil*. Grijalbo. México, 1967.

30. JAHODA, M.: *Current concepts of Positive Mental Health*. Basic Books. Nueva York, 1958.
31. ILLICH, I.: *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barral. Barcelona, 1975.
32. JERVIS, G. (1975): *Manual crítico de Psiquiatría*. Anagrama. Barcelona, 1977.
33. KLEIN, M.; RIVIERE, J. (1937): *Amor, odio y reparación*. Hormé. Buenos Aires, 1973.
34. KLEIN, M. (1957): «Envidia y gratitud», en *Obras completas* (6). Paidós-Hormé. Buenos Aires, 1980.
35. KUHN, TH. S. (1962): *La estructura de las revoluciones científicas*. F. C. E. México, 1971.
36. KUHN, TH. S. (1973): *La función del dogma en la investigación científica*. Cuadernos Teorema. Valencia, 1979.
37. LAKATOS, I. (1970): «La historia de la ciencia y sus reconstrucciones racionales», en *La crítica y el desarrollo del conocimiento*, de I. Lakatos y A. Musgrave (eds.). Grijalbo. Barcelona, 1975.
38. LÓPEZ-IBOR, J. J. (1951): *La agonía del psicoanálisis*. Espasa-Calpe. Madrid, 1961.
39. LÓPEZ-IBOR, J. J.: *Lecciones de Psicología Médica*. Paz Montalvo. Madrid, 1963.
40. MARTÍN-SANTOS, L.: *Libertad, temporalidad y transferencia en el psicoanálisis existencial*. Seix-Barral. Barcelona, 1964.
41. MONTSERRAT-ESTEVE, S.: «Sobre clasificación de las enfermedades mentales», en *Reunión de expertos en nosología psiquiátrica*, publicado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (A. E. N.). Málaga, 1973.
42. MUGUERZA, J.: «Nuevas perspectivas en la filosofía contemporánea de la ciencia», en *Teorema*, 3: 25-61, 1971.
43. O. M. S.: *La O. M. S. et la Santé mentale* (1949-1961). Organization Mondiale de la Santé. Ginebra, 1962.
44. PRICE, D. J. S. (1963): *Hacia una ciencia de la ciencia*. Ariel. Barcelona, 1973.
45. QUINTANILLA, M. A.: «El mito de la ciencia», en *Diccionario de filosofía contemporánea*, de M. A. Quintanilla (director). Sígueme. Salamanca, 1975.
46. QUINTANILLA, M. A.: *Ideología y ciencia*. Fernando Torres, editor. Valencia, 1976.
47. QUINTANILLA, M. A.: «Problemas epistemológicos del reduccionismo biólogo en las ciencias del hombre», en *El biologismo: implicaciones teóricas, repercusiones asistenciales*, de J. L. Tizón y el C. P. P. P. (compiladores). Barcelona (en prensa).

48. RANCIÈRE, J. (1969): «Sobre la teoría de la ideología», en *Lectura de Althusser*, de Karsz, S., y otros. Galerna. Buenos Aires, 1970.
49. RODRÍGUEZ-FARRÉ, E.: «Nuevos mitos para cosas viejas: algunas consideraciones sobre ideologías en medicina y ecologismo», en *Mientras Tanto*, 3: 5-12, 1980.
50. ROSENHAM, D. L.: «Je me suis fait passer par fou...!», en *Le Nouvel Observateur*, 13 de marzo de 1973: 72-92.
51. SCHEFF, TH. (1966): *El rol de enfermo mental*. Amorrortu. Buenos Aires, 1973.
52. SERVANTIE, A.: *La normal y lo patológico*. Fundamentos. Madrid, 1972.
53. SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W.; SKODOL, A. E.; DSM-III: «The Major Achievements and a Overview», en *Am. J. Psychiat*, 137 (2): 151-164, 1980.
54. SPOERRI, TH. (1969): *Compendio de Psiquiatría*. Toray. Barcelona, 1970.
55. SUTTER, J. M.: «Santé Mentale», en *Manuel alphabétique de Psychiatrie*, de A. Porot (5.^a edición). P. U. F. París, 1975.
56. TIZÓN, J. L.: «Pacientes orgánicos y funcionales en la práctica general: una propuesta alternativa y utópica», en *Libro de Contribuciones Oficiales a la XVI Reunión de la Sociedad Española de Medicina Psicósomática y Psicoterapia*. S. E. M. P. P. Granada, 1978.
57. TIZÓN, J. L.: *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría*. Ariel. Barcelona, 1978.
58. TIZÓN, J. L.: *La locura, compañera repudiada*. La Gaya Ciencia. Barcelona, 1978.
59. TIZÓN, J. L.: «Siete tesis sobre la organización de unos servicios comunitarios de salud mental», en *Informaciones psiquiátricas*, 79 (2): 89-98, 1980.
60. TIZÓN, J. L.: «Pulsión y representación: un intento de delimitación», en «*El Basilisco*», *Revista de Filosofía, C. Humanas, Teoría de la Ciencia y de la Cultura*, 12: 1981 (en prensa).
61. TIZÓN, J. L.: «Relaciones sociales y salud mental: esquemas de la aportación psicodinámica a una aproximación psicosocial no empirista», en *El biologismo: implicaciones teóricas, repercusiones asistenciales*. C. P. P. P. (compiladores). Barcelona (en prensa).
62. THOMAS, H.: *La guerra civil española*. Ediciones Ruedo Ibérico, 1962.
63. VALLEJO-NÁJERA, A.: *Introducción a la psiquiatría*. Ed. Científico-Médica. Barcelona, 1968.
64. WILSON, E. O.: *Sociobiology: The New Synthesis*. Harvard University Press. Harvard, Mass., 1975.
65. WING, J. K.; COOPER, J. E.; SARTORIUS, N.: *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge University Press. Cambridge, 1974.



DOCUMENTACIÓN SOCIAL

REVISTA DE ESTUDIOS SOCIALES Y DE SOCIOLOGIA APLICADA.

ULTIMOS NUMEROS

- Los **gitanos** en la sociedad española
- La población española ante las **drogas**
- La **salud** en la sociedad española
- Marginación social
- Autonomías en España
- Juventud en la década de los 80

PROXIMOS NUMEROS

- Consumo
- Animación socio-cultural

BOLETIN DE SUSCRIPCION

D.

Calle

Población

Enviar este cupón a:

Cáritas Española. San Bernardo, 99 bis. Madrid-8

«DOCUMENTACION SOCIAL»

Revista trimestral

Precio de la suscripción:

España: 1.100 ptas.

Extranjero (aérea): 25 \$



REVISTA DE POLITICA SOCIAL

Trimestral

CONSEJO DE REDACCION

Manuel ALONSO GARCIA, José María ALVAREZ DE MIRANDA, Efrén BORRAJO DACRUZ, Miguel FAGOAGA, Javier MARTINEZ DE BEDOYA, Alfredo MONTOYA MELGAR, Miguel RODRIGUEZ PINERO, Federico RODRIGUEZ RODRIGUEZ, Fernando SUAREZ GONZALEZ, José Antonio UCELAY DE MONTERO, Luis Enrique DE LA VILLA

Secretario: Manuel ALONSO OLEA

(núm. 133 - enero-marzo 1982)

ENSAYOS:

Narciso Paz Canalejo: *La cooperativa como superación del esquema clásico de las relaciones laborales: los socios de trabajo y las cooperativas de producción ante la reforma legislativa.*

Francisco Pérez Amorós: *El trabajador como sujeto del derecho del trabajo español (su concepto legal y su emplazamiento en el estudio del Derecho del Trabajo).*

Germán Prieto Escudero: *Los indicadores en la medición de niveles de bienestar social.*

CRONICAS:

- Crónica nacional, por Luis Langa García.
- Crónica internacional, por Miguel Fagoaga.
- Actividades de la OIT, por Carmen Fernández.

JURISPRUDENCIA SOCIAL

RECENSIONES

REVISTA DE REVISTAS

Precio de suscripción anual

España	1.500 ptas.
Portugal, Iberoamérica y Filipinas	23 \$
Otros países	24 \$
Número suelto: extranjero	9 \$
» » España	500 ptas.

CENTRO DE ESTUDIOS CONSTITUCIONALES

Plaza de la Marina Española, 9. Madrid-13 (España)

CORINTIOS XIII

revista de teología y pastoral de la caridad

Hacía falta una publicación que ofreciese una imagen nueva de la caridad en la Iglesia. CORINTIOS XIII responde a esta necesidad. A la reflexión teológico-pastoral sobre los problemas más urgentes y actuales del hombre de hoy, añade una sección de experiencias pastorales en cada uno de los temas monográficos estudiados, como expresión de una teología que brota de la vida misma de las comunidades cristianas, animadas por la fuerza liberadora de la caridad.

«Caridad y marginación» - «Autonomías y solidaridad»
«Caridad y familia» - «Caridad y juventud», han sido, entre otros, temas estudiados en CORINTIOS XIII. Más recientes están los dedicados, por ejemplo, a: «La crisis económica. Instancias y perspectivas cristianas» - «Educar para la solidaridad» - «Caridad y minusválidos» - «Juan Pablo II: visita pastoral a España» - «Laborem exercens. Una lectura desde Cáritas», etc., etc.

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Nombre y apellidos
Calle, núm.
Población Provincia

Forma de pago: por giro postal.

Enviar este cupón a:

Cáritas Española - San Bernardo, 99 bis - Madrid-8

Precio de la suscripción:

España	1.000	ptas.
Número suelto	300	»
Extranjero (aéreo)	23	\$

Revista trimestral

CARITAS

UNA REVISTA PARA LOS QUE BUSCAN UN MUNDO MAS JUSTO

Un reflejo fiel de una sociedad que margina y de mujeres y hombres que luchan con ilusión contra todas las marginaciones.

En cada número:

- Informes.
- Opiniones.
- Experiencias.
- Un suplemento de unas ocho páginas.

Ultimos suplementos publicados:

- El 0,7 % de solidaridad.
- La paz y el desarme. Un auténtico desafío.
- Cárceles españolas. Ultimo reducto de la marginación.

En los próximos números:

- Educarse en la convivencia.
- Experiencia religiosa y lucha por la justicia.
- Acción social y voluntariado.
- Voluntarios en el Tercer Mundo.
- Escuelas rurales populares.

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Nombre y apellidos

Calle, núm.

Población Provincia

Forma de pago: por giro postal.

Enviar este cupón a:

Cáritas Española - San Bernardo, 99 bis - Madrid-8

Precio de la suscripción:

España	800 ptas.
Número suelto	80 »
Extranjero (aéreo)	22 \$

Revista mensual

FONDO CULTURAL POPULAR

Editorial MARSIEGA

	Ptas.
1. <i>Cultura popular</i> , A. del Valle	200
2. <i>La educación sanitaria</i> , J. Yuste	200
3. <i>Educación, ¿utilitaria o liberadora?</i>	225
4. <i>El fórum musical</i> , E. López de la Viesca	200
6. <i>Iniciación cultural para adultos</i> , J. Asensi	300
10. <i>Cómo realizar una investigación social</i> , J. A. Moreno	300
12. <i>Métodos de educación de adultos</i> , I. M.ª S. Ramírez	300
16. <i>El mensaje de Paulo Freire</i> , textos seleccionados por el INODEP.	300
18. <i>La animación social y cultural</i> , A. del Valle	200
19. <i>El fórum literario</i> , E. López de la Viesca	200
24. <i>Cooperativismo y desarrollo</i> , Q. García	360
25. <i>Pedagogía de la responsabilidad</i> , M. Seguíer	275
26. <i>Hacia una sexualidad adulta</i> , A. Sopena y J. Yuste	300
27. <i>Una educación permanente para adultos</i> , varios	300
28. <i>Marxismo y tendencias marxistas</i> , A. Aróstegui	250
29. <i>Identidad y cultura</i> , E. Molina	300
30. <i>Métodos de análisis de la realidad</i> , INODEP	275
31. <i>Maestro y cura de Barbiana</i> , L. Milani	400
32. <i>La lucha filosófica</i> , A. Aróstegui	300
33. <i>Métodos activos para la instrucción popular de adultos</i> , María Salas y María Quereizaeta	300
34. <i>El adulto</i> , María del Sagrario Ramírez	275
35. <i>Cultura popular y revolución cultural</i>	300
36. <i>Una experiencia de alfabetización</i> , María Jesús Garrido	330
37. <i>Análisis crítico de la no-directividad</i> , María Cornaton	360
38. <i>Crítica institucional y creatividad colectiva</i> , M. Seguíer	330
39. <i>Método práctico de educación liberadora</i> , F. Gutiérrez Pérez ...	400
40. <i>Curso básico de educación para la democracia</i> , C. Giner	260
41. <i>Experiencias de concientización</i> , INODEP	260
42. <i>Cómo animar un grupo</i> , E. Limbos	500
43. <i>Un método de cambio social (La animación sociocultural)</i> , A. Maillo	330
44. <i>La hora de participar</i> , C. Giner de Grado	275
45. <i>Metodología y práctica de la animación sociocultural</i>	425
46. <i>La autogestión, a examen</i> , Varios	375

AHORA PUEDEN ADQUIRIRSE VARIOS NUMEROS AGRUPADOS EN SERIES A UN PRECIO ESPECIAL

Serie 1.—¿QUE CULTURA, QUE EDUCACION? (Los cinco: 1.200 ptas.)

- Núm. 1. *Cultura popular.*
» 16. *El mensaje de Paulo Freire.*
» 31. *Maestro y cura de Barbiana.*
» 35. *Cultura popular y revolución cultural.*
» 37. *Análisis crítico de la no-directividad.*

Serie 2.—PERSONA, SOCIEDAD E INSTITUCION (Los cuatro: 900 ptas.)

- Núm. 10. *Cómo realizar una investigación social.*
» 29. *Identidad y cultura.*
» 30. *Métodos de análisis de la realidad.*
» 38. *Crítica institucional y creatividad colectiva.*

Serie 3. PARTICIPACION, DEMOCRACIA Y AUTOGESTION (Los cuatro: 1.000 ptas.)

- Núm. 24. *Cooperativismo y desarrollo.*
» 40. *Curso básico de educación para la democracia.*
» 44. *La hora de participar.*
» 46. *La autogestión, a examen.*

Serie 4. LA ANIMACION SOCIOCULTURAL (Los cuatro: 1.000 ptas.)

- Núm. 18. *La animación sociocultural.*
» 42. *Cómo animar un grupo.*
» 43. *Un método de cambio social.*
» 45. *Metodología y práctica de la animación sociocultural.*

Serie 5. EDUCACION DE ADULTOS Y EDUCACION PERMANENTE
(Los cinco: 1.000 ptas.)

- Núm. 4. *El fórum musical.*
» 6. *Iniciación cultural para adultos.*
» 19. *El fórum literario.*
» 27. *Una educación permanente para adultos.*
» 36. *Una experiencia de alfabetización de adultos gitanos.*

Serie 6. METODOS (Los cuatro: 900 ptas.)

- Núm. 12. *Métodos de educación de adultos.*
» 30. *Métodos de análisis de la realidad.*
» 33. *Métodos activos para la educación popular de adultos.*
» 39. *Método práctico de educación liberadora.*

Pedidos a:

DISTRIBUIDORA PPC
E. Jardiel Poncela, 4 - Teléfono 259 23 00
Madrid-16



DOCUMENTACIÓN SOCIAL

REVISTA DE ESTUDIOS SOCIALES Y DE SOCIOLOGIA APLICADA.

● DEGRADACION DE LA VIDA Y MEDIO AMBIENTE

(N.º 38, Enero-Marzo 1980) - Precio 350 ptas.

ARTICULOS:

- Desarrollo y calidad de vida.
- Civilización Industrial y sus efectos en el individuo.
- Peligro y lucha contra las centrales nucleares.
- Marginación y conflicto en la sociedad rural española.
- La salud en sí y su degradación.
- La contaminación informática e incomunicación social.
- El movimiento ecologista y la política ambiental en España.
- A la búsqueda de alternativas para la supervivencia.
- El medio ambiente, nuevo espacio de lucha política.
- Ecotopia.

● SALUD Y SOCIEDAD

(N.º 43, Abril-Junio 1981) - Precio 325 ptas.

ARTICULOS:

- Salud y Sanidad.
- Salud, Educación y Familia.
- Salud y Cultura.
- Trabajo y Salud.
- Salud y Servicios Sociales.
- Salud y Participación.

ADEMAS, LAS EXPERIENCIAS DE:

- Centro Municipal de Salud de Getafe, Hospitalet de Llobregat y Alcalá de Henares
- Comité de Salud en un Colegio Nacional de Alcorcón

PEDIDOS A:

CARITAS ESPAÑOLA - San Bernardo, 99 bis - MADRID-8

DOCUMENTACION SOCIAL

PUEDA LEER EN ESTE NUMERO LOS SIGUIENTES ARTICULOS:

Clase social y movilidad social como factores condicionantes de la salud mental.

La historia clínica psicosocial.

Algunos modos de actuación psiquiátrica en una población urbana periférica.

Las empresas especiales como alternativa laboral y terapéutica para los adolescentes «diferentes».

Actitud de la familia ante el enfermo psíquico crónico hospitalizado.

Repercusiones de la emigración sobre la salud mental y la psicopatología familiar en la población gallega.

Un acercamiento al problema de la psiquiatría comunitaria.

Psicopatología en el campo y en la ciudad a partir de los estudios comunitarios.

¿Hacia un cambio en la asistencia psiquiátrica en Barcelona?

Modelos familiares en transición en Navarra y su consideración en la clínica psiquiátrica.

«Actitudes hacia la enfermedad mental y la psiquiatría en Galicia».

Sociedad y salud mental.

