



Hermanas  
Hospitalarias

# INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS

Núm. **207**

1.º trimestre 2012

# Informaciones Psiquiátricas

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LOS CENTROS  
DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

Fundada en 1955 por el Dr. D. Parellada

## DIRECTOR

Dr. JOSEP TRESERRA TORRES

## CONSEJO DE DIRECCIÓN

Dr. J. A. LARRAZ ROMEO

Dr. CARLOS LINARES DEL RÍO

Dr. I. MADARIAGA ZAMALLOA

Dr. M. MARTÍN CARRASCO

Dr. F. DEL OLMO ROMERO-NIEVA

## JEFE DE REDACCIÓN

Dr. J. M. CEBAMANOS MARTÍN

## CONSEJO DE REDACCIÓN

Sr. J. M. GARCÍA FERNÁNDEZ

Prof. C. GÓMEZ-RESTREPO

Dr. J. ORRIT CLOTET

Dr. P. PADILLA MENDÍVIL

Dr. P. ROY MILLÁN

## ASESORES CIENTÍFICOS

Prof. Dr. E. ÁLVAREZ MARTÍNEZ

Prof. Dr. ARANGO LÓPEZ

Prof. Dr. J. L. AYUSO MATEO

Prof. Dr. A. BULBENA VILARRASA

Prof. Dr. M. CASAS BRUGUE

Prof. Dr. J. L. GONZÁLEZ RIVERA

Prof. Dr. J. GUIMÓN UGARTECHEA

Dr. M. GUTIÉRREZ FRAILE

Prof.<sup>a</sup> Dra. C. LEAL CERCOS

Prof. Dr. P. MCKENNA

Dr. M. MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Prof. Dr. L. ORTEGA MONASTERIO

Prof. Dr. J. SÁIZ RUIZ

Prof. Dr. L. SALVADOR CARULLA

Dr. J. TIZÓN GARCÍA

Prof. Dr. M. VALDÉS MIYAR

Dr. E. VIETA PASCUAL

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver:  
<http://www.icmje.org>

## DIRECTOR ADMINISTRATIVO

Sor Teresa López Beorlegui

## BENITO MENNI, COMPLEJO ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL

Dr. Pujadas, 38 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Tel.: 93 652 99 99 / Fax: 93 640 02 68

e-mail: [inf-psiuiatrics@hospitalbenitomeni.org](mailto:inf-psiuiatrics@hospitalbenitomeni.org) / <http://www.hospitalarias.org>

Las referencias de esta revista se publican periódicamente en: IME/Índice Médico Español; PSICO-DOC/Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; CINDOC (ISOC) (CSIC) (IBECS)/Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Psiquiatria.com.

# Informaciones Psiquiátricas

N.º 207 / 1.º trimestre 2012

## NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver: <http://www.icmje.org>

INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS aceptará para su publicación, previo informe favorable del Consejo de Redacción, aquellos trabajos que versen sobre temas de Psiquiatría, Psicología o Medicina Psicosomática, y que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los trabajos serán clasificados de acuerdo con las secciones de que consta la Revista y que son las siguientes: Originales, Revisiones de Conjunto, Comunicaciones Breves y Notas Clínicas. A juicio del Comité de Redacción podrán aceptarse aportaciones sobre temas de actualidad, cartas al director, crítica de libros...
2. Los trabajos serán inéditos y no deberán estar pendientes de valoración o publicación en otra revista.
3. Serán remitidos a la Secretaría de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS, calle Doctor Antoni Pujadas, n.º 38, 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona).
4. Los trabajos deberán presentarse en disquete, utilizando el programa Word 97 e impresos en folios numerados escritos a doble espacio por una sola cara.
5. En la primera página deberán constar, exclusivamente, los siguientes datos:
  - Título del trabajo.
  - Filiación completa del autor principal y coautores.
  - Teléfono/s de contacto y correo electrónico.
  - Centro donde se realizó el estudio.
  - Cargo o cargos del autor o autores en el citado centro de trabajo.
6. En la segunda página figurará, nuevamente, el título del trabajo, un resumen del mismo y se deberán añadir de 3 a 6 palabras clave para la elaboración del índice de la revista, todo ello en español e inglés.
7. La estructura del texto se acomodará a la sección donde deberá figurar el trabajo en caso de su publicación.  
En el caso de los trabajos originales de investigación, la estructura del texto deberá contar con los siguientes apartados y por el orden que se citan:
  - Introducción.

- Material y Métodos.
  - Resultados.
  - Discusión.
8. Los trabajos deberán ir acompañados de la correspondiente bibliografía, que se presentará en hoja u hojas aparte. Las referencias bibliográficas se citarán numéricamente en el texto y atenderán a las siguientes normas:
    - a) Se dispondrán las citas bibliográficas según orden de aparición en el trabajo, con numeración correlativa, y en el interior del texto constará siempre dicha numeración.
    - b) Las citas de artículos de **revistas** se efectuarán de la siguiente manera:
      - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
      - Título del trabajo en su lengua original.
      - Abreviatura de la revista, de acuerdo con la norma internacional.
      - Año, número de volumen: página inicial-página final.

Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C, Dewey DA, Sheves P, Cavicchia S, et al. Antidepressants in 'depressed' schizophrenic inpatients. A controlled trial. Arch Gen Psychiatry 1989;46(10):922-8.
    - c) Las citas de **libros** comprenderán por el siguiente orden:
      - Apellidos e iniciales de los nombres de los autores en mayúsculas.
      - En: Título original del libro.
      - Apellidos e inicial de los (ed).
      - Ciudad, Editorial, Año: página inicial-página final.

Thomas P, Vallejo J. Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En: Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Turón J (ed). Barcelona, Masson; 1997: 164-177.
  9. La iconografía que acompañe al texto (tablas, dibujos, gráficos...) deberá tener la suficiente calidad para su reproducción, estar enumerado correlativamente y se adjuntará al final del mismo.
  10. La Redacción de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS comunicará la recepción de los trabajos y, en su caso, la aceptación de los mismos y fecha de su publicación.  
El Consejo de Redacción podrá rechazar los trabajos cuya publicación no estime oportuna, comunicándolo, en este caso, al autor principal. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de la Revista.  
Una vez publicado el trabajo, el primer autor recibirá 20 separatas, totalmente gratuitas.

---

# ÍNDICE

---

- 5 PROPUESTA DE ABORDAJE POR LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL DE LA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL SEVERO EN EL PROCESO DE DUELO DE SU CUIDADOR PRINCIPAL ACTUALIZADO

AINHOA SERRANO ZURBITU Y M.<sup>a</sup> PILAR SABATER MATEU

- 17 LA CALIDAD DEL CUIDADO ASISTENCIAL EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

MÓNICA BERNALDO DE QUIRÓS, MARÍA CRESPO, M.<sup>a</sup> MAR GÓMEZ Y CARLOS HORNILLOS

- 39 INTERVENCIONES PARA EL TRASTORNO POR CONSUMO DE CANNABIS

JAN COPELAND

- 53 SÁNDOR RADÓ: APORTACIONES A LA PSICODINÁMICA DE LA MELANCOLÍA

MIGUEL FERRÁNDEZ PAYO



---

# PROPUESTA DE ABORDAJE POR LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL DE LA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL SEVERO EN EL PROCESO DE DUELO DE SU CUIDADOR PRINCIPAL ACTUALIZADO

---

AINHOA SERRANO ZURBITU

*Enfermera especialista en Salud Mental. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús Benito Menni, Sant Boi de Llobregat.*

M.<sup>a</sup> PILAR SABATER MATEU

*Enfermera especialista en Salud Mental. Profesora de la Universidad de Barcelona.*

Recepción: 01-03-11 / Aceptación: 19-10-11

## RESUMEN

Experimentar la muerte de un ser querido, es un hecho por el que todos hemos pasado o pasaremos en algún momento de nuestra vida. Actualmente, en nuestra sociedad todavía se continúa tratando el tema de la muerte como tabú, por ello, en ocasiones, se intentan evitar y minimizar los sentimientos y sensaciones que esta produce. Aunque a nivel teórico cada vez se sabe más, en la práctica, como consecuencia de una sociedad cada vez más tecnificada y dirigida hacia el placer y el éxito, gestionamos peor los sentimientos que esta nos provoca<sup>1</sup>.

Sí, a lo citado anteriormente, añadimos el hecho de que es a una persona con trastorno mental severo, a quien se le muere una persona cercana y de apoyo para completar las actividades de la vida diaria, y que es este, quien

debe gestionar sus emociones y adaptarse, las necesidades de apoyo por parte de un profesional, en este caso, enfermera especialista en salud mental, son imprescindibles.

Se propone una investigación de carácter analítico, longitudinal, cuantitativo, empírico, cuasi-experimental y de diseño pre-post. De esta forma, partiendo del diagnóstico NANDA: *Duelo (000136)*<sup>2</sup>, con el objetivo-NOC *Afrontamiento de problemas (1302)*<sup>3</sup> y utilizando la intervención-NIC: *Asesoramiento (5240)*<sup>4</sup>, un programa para acompañar a personas con trastorno mental severo, en el proceso de duelo de su cuidador principal informal, para recuperar las capacidades de afrontamiento, dentro del curso de su enfermedad. Los métodos de evaluación utilizados serán los indicadores del objetivo-NOC anteriormente mencionado y la escala de calidad de vida SF-36.

## Palabras clave

Duelo, duelo patológico, trastorno mental severo, cuidador/a principal informal, prevención, enfermera especialista en salud mental.

## Keywords

Grief, pathological grief, severe mental disorder, carer main informal, prevention, mental health nurse.

## ABSTRACT

Experiencing the death of a loved one is a fact for which we have all passed or will pass at some point in our lives. Today in our society still continues to tackle the subject of death as a taboo, so sometimes we try to avoid and minimize the feelings and sensations that it produces. Although theoretically each time more is known, in practice, as a result of society becoming more technical and directed toward pleasure and success, manage worst feelings that provokes us<sup>1</sup>.

If the above mentioned, add the fact that it is a person with severe mental illness, who is someone close and supportive to complete activities of daily living dies and that is it, who should manage their emotions and suit the needs of support from a professional, in this case, mental health nurse, are essential.

It proposes an investigation of an analytical, longitudinal, quantitative, empirical, quasi-experimental pre-post design. Thus, based on the NANDA diagnosis: *Duel (000136)*<sup>2</sup>, *NOC in order coping problems (1302)*<sup>3</sup> and using speech-NIC: *Advice (5240)*<sup>4</sup>, a program to support people with severe mental disorder. In the grieving process of informal primary caregiver, to recover the capacity to cope, in the course of their disease. The evaluation methods used will be the indicators above target-NOC and quality of life scale SF-36.

## ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL

Se considera Enfermedad Mental Grave y Duradera (E.M.G.D.), al grupo de síntomas de Psicosis Funcional, que padecen ciertas personas, entre ellos, se encuentran la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión mayor... y como consecuencia de estas enfermedades, las personas que la padecen, sufren discapacidades importantes<sup>5</sup>. Estas personas, como consecuencia de su patología mental, poseen características particulares<sup>6</sup>.

Hasta los años 80, en España, este tipo de pacientes se mantenía recluido en instituciones manicomiales. En estos centros, los cuidaban y contenían farmacológicamente. Fue en esta década, cuando comenzó un movimiento liberalizador y de desinstitucionalización manicomial, que pretendía promover la externalización de los enfermos mentales a la comunidad.

Esta reforma, en España, parte del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985)<sup>7</sup> y posteriormente, en la misma línea fue respaldado por la Ley General de Sanidad (1986)<sup>8</sup>. Este movimiento cambió la forma de entender la psiquiatría. Se pasó de un modelo hospitalocéntrico, en dónde el paciente residía, a veces de por vida, en un centro psiquiátrico, donde el cuidador principal era el equipo sanitario del centro, a una tendencia desinstitucionalizadora, proclive a tras-

ladarlos a la comunidad. Así, se dotaba a las personas con TMS de mayor libertad, incluyendo recursos rehabilitadores y socializadores y dejando en manos de un cuidador informal su supervisión, acompañamiento y cuidado. Esta reforma en España, no se llegó a completar<sup>9, 10</sup> y supuso externalizar al 65% del total de enfermos que en ese momento estaban hospitalizados. Como consecuencia, los enfermos mentales pasaron de ser cuidados por el equipo sanitario, a ser cuidados por la familia (madre en el 65% de los casos, hermanos el 11%, padre el 13% y cónyuge el 6%)<sup>11</sup>, potenciando el vínculo y la relación entre ambos. Esto es, la dependencia emocional y física pasó a centrarse en una sola figura. A raíz de este movimiento y de la repercusión del rol del cuidador, trascendió el término de cuidador informal. Desde entonces, estos enfermos han sido tratados ambulatoriamente como crónicos y viven en la comunidad. En consecuencia, el abordaje de sus pérdidas forma parte del abordaje común de su enfermedad.

En cuanto a organismos oficiales, ni el CIE<sup>12</sup> (Consejo Internacional de Enfermería) ni la OMS<sup>13</sup> (Organización Mundial de la Salud) según la bibliografía consultada, abordan la problemática actual planteada en este proyecto, es decir, el proceso de duelo de enfermos con TMS derivado de la muerte de su cuidador principal y la nueva situación de cronicidad derivada de reforma psiquiátrica. Ambos por separado, definen el papel de la enfermera en el proceso de duelo y diseñan programas e informes dirigidos hacia la población enferma mental, sin embargo, no se han encontrado referencias al problema específico que este proyecto trata. Después de revisar las aportacio-

nes de ambas organizaciones, y la diversidad de autores, según las bases de datos a mi alcance, se puede deducir que: la falta de tratados o informes sobre el proceso de duelo en personas con TMS es debido a su situación peculiar, al ser un tema emergente, ya que es en la actualidad cuando, tras casi 25 años del Informe para la Reforma Psiquiátrica (1985), comienza a ser un hecho real. Según un estudio realizado a nivel europeo, entre 1994-1995, la edad media del cuidador principal era de 58 años y un 38% tenía más de 60 años<sup>11</sup>. Si a esto añadimos que han pasado más de 10 años del estudio, nos encontramos ante cuidadores de avanzada edad y con posibilidad de fallecer a corto plazo.

Paralelamente, a este cambio de perspectiva en la forma de prestar servicios al enfermo mental, en 1987 se regula la situación de la enfermería especialista en salud mental. Aún así, no fue hasta 1998, cuando comenzó a desarrollarse esta especialidad por el sistema de residencia<sup>14</sup>. En consecuencia, debido al aumento de personas con TMS en la comunidad, así como, a los recursos rehabilitadores utilizados para este tipo de enfermos, cobra gran importancia la figura de la enfermera especialista en salud mental para el cuidado, observación y apoyo de la persona con TMS en general y concretamente, en la situación que este proyecto ocupa.

En cuanto a este tema específico, no se ha encontrado bibliografía abundante. Por ello, un verdadero hallazgo ha sido el estudio *«El impacto del duelo en pacientes psicóticos»* (Gamo E.)<sup>15</sup>, referente principal en este proyecto. Por otro lado, la ausencia bibliográfica, demuestra la falta de dedicación del sistema sanitario y de la sociedad a esta



problemática concreta y confirma la necesidad de su estudio. Entre los motivos por los cuales, no se han desarrollado más estudios, podemos deducir: por un lado, la propia complejidad de estas patologías, que hacen difícil advertir una clínica franca de duelo patológico. Aunque existe la creencia de que los enfermos mentales muestran menor implicación emocional ante la muerte, esto no es totalmente cierto, según demuestra el estudio realizado en una unidad de psiquiatría a pacientes, ante la muerte de otra usuaria (B. Trappler y S. Friedman<sup>16</sup>). Se incide en que un evento significativamente negativo, puede potenciar en estos pacientes la exacerbación de los síntomas psicóticos o precipitar una recidiva. Otro pudiera ser lo comentado de fenómeno emergente.

Se han encontrado autores que señalan las peculiaridades del duelo en la esquizofrenia, estos son: E. Bleuler (1993) planteó que en este tipo de enfermos se observa discordancia, incongruencia y contradicción en sucesivas etapas, González García (1999) señaló que existía heterogeneidad de sus manifestaciones, relacionadas con la alteración y falta de unidad afectiva en estos pacientes, sus dificultades interpersonales, identidad contradictoria, funcionamiento simbiótico con carencia de separación y autonomía. Planteó que todo esto puede llevar a reacciones muy diferentes ante la pérdida de figuras significativas hacia las que exista una relación de dependencia marcada. Estas podrían ir, desde el aniquilamiento, muerte o suicidio, el desvalimiento para hacer frente a las necesidades al perder la contención personal externa, hasta las contrarias, como serían la maduración o consecución de mayor auto-

nomía. También sería posible que no pasase aparentemente nada. Según Jacobson (1970), estos tienen una dificultad de diferenciación y confusión entre realidad interna y externa y utilizan la realidad exterior como mecanismo de defensa o sustentación, por lo que la pérdida de un objeto externo podría tener graves consecuencias desestructurantes<sup>15</sup>. En nuestro país E. Gamo, con el objetivo de analizar cómo el duelo incide en la patología psicótica y cómo esta modula la elaboración de la pérdida, realizó un estudio con pacientes esquizofrénicos en seguimiento en un Centro de Salud Mental de Parla (Madrid), observando que un 11 % de estos habían presentado un duelo sobreenvenido, en los cuales en un 70 % el desencadenante había sido la muerte de uno de los progenitores. Remarcaba la repercusión clínica importante de este hecho, ya que, en más de la cuarta parte, la pérdida aparecía de modo manifiesto en los síntomas positivos: alucinaciones y síntomas delirantes, a veces de contenido acusatorio o paranoide con mecanismos proyectivos. Durante el primer año tras la pérdida, un 35 % sufrió un ingreso o recaída importante con manifestaciones diversas (aumento de la sintomatología psicótica de forma pasajera o persistente, trastornos de conducta, consumo de tóxicos, etc.). Observaron que la evolución hacia una mayor autonomía y mejora del funcionamiento global parecía condicionada, fundamentalmente, por el apoyo que se obtiene del medio<sup>15</sup>.

Aunque cabe destacar el hecho de que este proceso debiese producirse de forma natural y sin desencadenar ningún tipo de patología, la bibliografía consultada manifiesta que existen varios factores que predicen una mayor

vulnerabilidad para padecer un duelo patológico, entre ellos: padecer enfermedad mental previa<sup>17</sup>, el mayor grado de dependencia con respecto a la persona fallecida<sup>15</sup>, el mayor grado de consanguinidad<sup>11</sup>, bajo nivel de recursos personales y económicos<sup>18</sup>.

Por su parte, la bibliografía enfermera, a través de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC), ofrecen una metodología estandarizada para detectar, estructurar y valorar los alcances de resultados en los cuidados de estos pacientes, metodología en la que se basa fundamentalmente la propuesta de intervención de este estudio.

La enfermera especialista en salud mental se basa en el diagnóstico en-

fermero de *Duelo* (NANDA, 00136)<sup>2</sup>. Según este diagnóstico, las características que lo definen son: alteración del nivel de actividad, alteraciones de los patrones del duelo, distrés psicológico y sufrimiento relacionado con la muerte de una persona significativa.

Por otro lado, es interesante comparar los distintos tipos más comunes de duelos, y buscar su equivalencia con lo que puede considerarse el duelo en el TMS. En la tabla I, se aporta el diagnóstico de Duelo (NANDA); a su derecha el diagnóstico de Duelo Complicado (NANDA) y la comparación de las características del duelo complicado citado, con las características del duelo en el TMS (Trapper y Friedman, 1996, Bleuler 1993, González García 1999 y Jacobson 1970), buscando una cierta equivalencia, aunque pueda ser discu-

TABLA I  
Características del duelo, duelo complicado y equivalencias en TMS

Tabla de características definitorias según NANDA <sup>2</sup>		Comparación del duelo complicado y duelo específico en TMS
Duelo 136 <sup>2</sup>	Duelo complicado 135 <sup>2</sup>	Posible equivalencia
- Alteraciones de los patrones del sueño.	- Disminución en el desempeño del rol.	- Desvalimiento para hacer frente a sus necesidades diarias.
- Alteración del nivel de actividad.	- Depresión.	- Trastornos del estado de ánimo y conducta.
- Cólera.	- Manifiesta verbalmente sentirse en <i>shock</i> .	- Descompensaciones psicóticas (alucinaciones, delirios...).
- Culpa.	- Verbaliza falta de aceptación de la muerte.	- Contradicciones e incongruencias.
- Indiferencia.	- Rumiación.	
- Desespero.		
- Desorganización.	- Expresiones verbales de ansiedad.	- Muerte o suicidio.
- Dolor.	- Autoculpabilización.	
- Distrés psicológico.		
	- Evitación del duelo.	- Ninguna repercusión aparente.

tible su interpretación. La correspondencia apuntada se basa en la interpretación de la sintomatología, según grados de afectación o intensidad, donde puede encontrarse una cierta equivalencia entre parámetros.

Finalmente, basándonos en el diagnóstico Duelo (NANDA), se seleccionará el NOC «*Afrontamiento de problemas*» (1302)<sup>3</sup> a las acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo. Entendiendo como problema las repercusiones que a nivel emocional tiene la persona, derivadas de la pérdida. Se acompañará a la persona durante el proceso de duelo. Se evaluarán mediante indicadores NOC los posibles avances del paciente y el cumplimiento del mismo programa (tabla IV), servirán para guiar la práctica, mediante las correspondientes intervenciones (tabla V).

## JUSTIFICACIÓN

El manejo del proceso de duelo siempre ha suscitado gran interés en la sociedad. En muchas ocasiones, la población (e incluso los mismos profesionales), en el intento de favorecer el afrontamiento de una pérdida, pueden impulsar la utilización de estrategias que no favorecen la buena elaboración del duelo.

Por ello, este tema debe tener una consideración especial y ser trabajado a través de la relación de ayuda, para así evitar complicaciones mayores, especialmente, en el caso de la persona con TMS, al perder a su cuidador/a principal. La enfermera especialista, puede tener un papel fundamental en ayudar al enfermo en la gestión de sus emocio-

nes, estrés y, en definitiva, a aceptar el cambio que supone, que una persona de la que depende, tanto física como emocionalmente, muera, privándole del refuerzo que precisa en sus actividades de la vida diaria.

Estas argumentaciones están avaladas por un estudio como el de E. Gamo, sobre el proceso de duelo en enfermos con esquizofrenia. En él, se detecta que, en más de la cuarta parte de las personas a estudio, después de la pérdida, aparecían de modo manifiesto síntomas positivos: alucinaciones y síntomas delirantes, a veces de contenido acusatorio o paranoide. También revela que, a lo largo del primer año tras la pérdida, un 35 % de los pacientes con TMS, sufrieron un ingreso o una recaída importante, con manifestaciones diversas, como el aumento de la sintomatología psicótica, trastornos de conducta, consumo de tóxicos, etc.; además, en un 26 % de los casos se calcula la probabilidad de que la evolución sea negativa<sup>15</sup>. Consecuencia de la pérdida, surgen así, las recaídas y descompensaciones psicopatológicas, y los consiguientes reingresos, que repercuten en el consumo de recursos (materiales, personales, etc.) del sistema sanitario. Por tanto, formaría parte del objetivo de este estudio, por un lado, el abordaje comunitario temprano, a las personas con TMS psicopatológicamente estables, que han sufrido la pérdida de su cuidador/a principal, y por otro, contribuir a favorecer la reducción del número de reingresos por esta causa (ya sea en unidades de hospitalización o en consultas a urgencias), de forma que se pueda obtener, no solo la mejora del paciente, sino también, colaborar en reducir el gasto farmacéutico motivado por esta problemática, en la medida de lo posible.

Esta argumentación queda avalada por otros artículos publicados, que ponen de manifiesto que, a mayor seguimiento e intervenciones asistenciales específicas a este tipo de pacientes, mejores resultados, como es el caso de un estudio con pacientes de TMS en domicilio. Aunque en tal estudio no se trata la problemática específica del duelo en este tipo de pacientes, permitió concluir que el PADE (Programa de Atención Domiciliaria de Enfermería) fue efectivo respecto a: la adherencia al tratamiento, las recidivas, la vinculación al centro de salud mental y la calidad de vida. Es decir, cuando los pacientes con TMS recibieron al PADE, presentaron menos ingresos hospitalarios, cumplieron más las visitas programadas de seguimiento, ya fuera con la enfermera, el médico, el trabajador social y/o el psicólogo. Asimismo, tuvieron una mejor adherencia al tratamiento y mejoraron su calidad de vida, especialmente en relación con las relaciones interpersonales, las actividades ocupacionales, tanto dentro como fuera del domicilio, el grado de satisfacción acerca de la actividad, el tiempo de inactividad, el nivel de motivación y la implicación en las actividades de la vida cotidiana<sup>20</sup>. Por tanto, extrapolando estos datos al interés de este estudio, puede afirmarse que en pacientes con TMS, es positivo realizar intervenciones de control, específicas y frecuentes, coincidiendo con las aspiraciones que en este proyecto se plantean.

Por todo ello, parece interesante trabajar sobre este tema, ya que hasta ahora se han encontrado escasos estudios publicados que lo contemplan y que sea la enfermera especialista en salud mental la proveedora de cuidados. Con ello, podría evitarse convertir en patología

(duelo patológico) lo que debería ser un proceso natural que se resolviese de forma espontánea.

## OBJETIVOS

### Generales

- Mejorar la calidad de vida de la persona con TMS en el proceso de duelo.
- Acompañar al enfermo en sus dificultades en este acontecimiento vital, valorando la adaptación a esta nueva situación, mediante metodología de cuidados enfermeros estandarizada (NANDA, NIC y NOC) y muy especialmente, el alcance de indicadores NOC compatibles con el proceso de duelo.

### Específicos

- Captación y evaluación previa de posibles pacientes afectados y beneficiarios de estas intervenciones.
- Diseño y aplicación de un plan de intervención, mediante cuidados de enfermería de salud mental a pacientes con TMS que integraría:
  - Valoración pre y post intervención de la calidad de vida, mediante escala validada.
  - Identificación de diagnóstico (NANDA).
  - Establecimiento y aplicación de la intervención (NIC), en relación a parámetros NOC seleccionados.
  - Seguimiento, valoración y resolución de obstáculos y dificultades para el alcance de objetivos propuestos.

- Evaluación de resultados obtenidos contrastándolos con la valoración inicial (cuestionario de calidad de vida) y el alcance de los indicadores seleccionados NOC.

tervención estandarizado (NANDA, NIC y NOC) y específico, son un recurso de gran utilidad para el cuidado del duelo en estos pacientes.

- Que la aplicación de dicha intervención favorecerá la mejora en la calidad de vida y estrategias de afrontamiento del duelo en estos pacientes.

## HIPÓTESIS

- Que la pérdida por fallecimiento del cuidador principal, esto es, de la persona de referencia para el paciente con TMS en su ámbito familiar, le genera graves dificultades (siempre condicionada por el medio<sup>15</sup>), que le convierten en paciente vulnerable y candidato para el padecimiento de un duelo patológico.
- Que los conocimientos, habilidades y posibilidades de asistencia que brinda la enfermera especialista en salud mental, focalizados en el diseño y aplicación de un plan de in-

## MATERIAL Y MÉTODO

### Diseño

Se realizará una investigación de carácter analítica, longitudinal, cuantitativa, empírica de diseño cuasi experimental. Se utilizará un diseño pre-post con un solo grupo, realizando mediciones antes y después de la aplicación del tratamiento o abordaje, para evaluar los cambios producidos en los sujetos de la muestra.

## Sujetos de estudio

TABLA II  
Criterios

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Mayores de 18 años.	Menores de 18 años.
Compensados psicopatológicamente.	Descompensados psicopatológicamente.
Muerte del cuidador principal en los últimos seis meses.	Sin fallecimiento del cuidador principal o bien muerte anterior a los últimos seis meses.
Sin consumo de tóxicos.	Consumo de tóxicos.
Participar de forma voluntaria (firmando declaración de aceptación).	No desea participar.
Personas que acudan periódicamente a consulta al CSMA y con buena vinculación a este dispositivo.	Pacientes no vinculados al CSMA.

La identificación y captación de estos pacientes para realizar las intervenciones oportunas, sería posible a través de las visitas en el CSM, con la enfermera. Se pretende captar y trabajar con la persona vulnerable a desarrollar duelo patológico, una vez que la pérdida de su cuidador principal sea ya real y dentro de los primeros seis meses tras la pérdida de este, ya que es este el tiempo estimado para poder hablar de duelo patológico<sup>11, 19</sup>. Con un máximo de diez miembros, en grupo abierto.

## VARIABLES

TABLA III  
Variables

Dependientes	Independientes
Afrontamiento del problema.	Intervenciones de enfermería indicadas en objetivos (NIC).
Nivel de calidad de vida.	

## Instrumentos de medida

Se propone realizar el estudio durante un período de seis meses. Durante los tres primeros meses con reuniones semanales de una hora de duración y durante los otros tres meses, cada 15 días.

Se desarrollará en un centro de salud mental de adultos (CSMA), ya que debido a las características específicas de las personas a estudio (TMS), estas acuden de manera habitual a este tipo de centros para recibir diferentes cuidados aportados por la enfermera especialista. En el caso, forma parte del protocolo ser visitado una vez al mes por la enfermera en el caso de TMS

diana y cada tres meses en el caso de diagnóstico TMS. Para valorar su efectividad se utilizarán varias escalas:

- Escala de calidad de vida SF-36. Se realizará antes de comenzar el programa y a término. Es una escala con 36 ítems y cinco respuestas posibles, sobre cómo ve cada persona su propia salud y la autonomía para realizar las actividades de la vida diaria.
- Para medir la eficacia del programa, se tendrán en cuenta los indicadores NOC: Afrontamiento del problema (1302) (tabla IV) antes, durante y después de realizar el programa.
- Para llevar a cabo las estrategias de cuidados enfermeros, se aplicarán en base a las actividades propias de la intervención: asesoramiento (tabla V).

## Proceso de recogida de datos

Se utilizará la entrevista como medio para llevar a cabo las intervenciones y abordar a este tipo de pacientes.

El proyecto tendría una duración aproximada de seis meses con posibilidad de ampliación, si fuese necesario. Constaría de tres etapas:

1. *Captación y vinculación.* Se implementarían las escalas previas al programa.
2. *Etapa de desarrollo del programa.*
3. *Finalización.* Despedida del grupo y de la evaluación de los resultados mediante las escalas mencionadas.

El responsable directo del programa sería una enfermera especialista. En las sesiones grupales acudirán un máximo de diez personas, el grupo será abierto.

TABLA IV  
**Indicadores de evaluación NOC: afrontamiento de problemas**

Indicadores NOC: afrontamiento del problema (1302) utilizados para valorar la eficacia del programa <sup>3</sup>	
130206	Busca información sobre la enfermedad y tratamiento (en este caso, proceso de duelo) 1 2 3 4 5
130215	Busca ayuda profesional de forma adecuada 1 2 3 4 5
130204	Refiere disminución del estrés 1 2 3 4 5
130212	Utiliza estrategias de superación efectivas 1 2 3 4 5
130209	Utiliza el apoyo social disponible 1 2 3 4 5
130218	Refiere aumento del bienestar psicológico 1 2 3 4 5
130205	Verbaliza aceptación de la situación 1 2 3 4 5
130208	Se adapta a los cambios 1 2 3 4 5

*Elementos para valoración de indicadores NOC*

1 = Nunca demostrado

3 = A veces demostrado

5 = Siempre demostrado

2 = Raramente demostrado

4 = Frecuentemente demostrado

TABLA V  
**NIC-Asesoramiento**

Actividades para realizar la intervención-NIC: Asesoramiento (5240) <sup>4</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</li> <li>• Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento.</li> <li>• Favorecer la expresión de sentimientos.</li> <li>• Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones.</li> <li>• Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos.</li> <li>• Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, si procede.</li> <li>• Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo estrés severo.</li> </ul>

**Estrategias previstas para el análisis de los datos**

*Escala de calidad de vida.* Se utilizaría la escala SF-36 midiendo antes de comenzar el programa y al acabarlo. Se tomaría como resultado positivo, toda puntuación mayor a la obtenida

en la entrevista realizada antes del programa. Siendo la puntuación más alta de 100.

*Indicadores NOC.* Se tomarían como resultados positivos el aumento de un punto en cada uno de estos indicadores. Sería preciso reevaluación mensual.

Los ingresos o desvinculaciones se analizarán como resultado negativo.

### Posibles sesgos y limitaciones del estudio

La mayor dificultad que nos podemos encontrar es la desvinculación de los usuarios al programa, bien por abandono del grupo de forma voluntaria, bien, por ingresos en unidad de agudos, antes de comenzar el programa o durante la duración de este.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Sabater Mateu MP. Negar, ens fa més... feliços? Àgora d'infermeria 2008; 47;12(3):102-103.
2. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación. Barcelona, Elsevier; 2010: 264-266.
3. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería. Madrid, Elsevier; 2006: 139.
4. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Madrid, Elsevier; 2006: 191.
5. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO. Modelo de atención a las Personas con enfermedad mental grave. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.
6. Wiscarz SG, Laraia MT. Enfermería psiquiátrica: Principios y práctica. Edición 8. España, Elsevier; 2006: 242.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo: Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Abril 1986.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo: Ley General de Sanidad 14/1986, comentada. Madrid; 1987.
9. Sabater Mateu MP, Rigol Cuadra A. El estigma en la salud mental, un reto para el siglo XXI. Rev Rol enf 2007; 30(11):736-748.
10. Fernández Liria A. La reforma inacabada. Introducción a la mesa. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de febrero - 15 de marzo 2000 [citado: 17-03-2009]; Conferencia 48-CI-A: [7 pantallas]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa48/conferencias/48\\_ci\\_a.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa48/conferencias/48_ci_a.htm)
11. Orradre M. El enfermo esquizofrénico y sus familias inmersas en un cambio profundo. The schizophrenic patient and his/her relatives in a process of deep change. ANASAPS, Asociación Navarra para la Salud Psíquica. Vol. 23, 1. Consultado 15-11-2008. Disponible en: [www.anales@cfnavarra.es/textos/suple23\\_1.html](http://www.anales@cfnavarra.es/textos/suple23_1.html)
12. Consejo internacional de enfermería. La enfermería importa. 2006. [Consultado 13-11-2008]. Disponible en: [www.icn.ch/matters\\_palliativesp.htm](http://www.icn.ch/matters_palliativesp.htm)
13. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001. [Consultado 15-01-2009]. Disponible en: [www.who.int/whr/2001/media\\_centre/es/index.html](http://www.who.int/whr/2001/media_centre/es/index.html)
14. BOE 155 del 30/07/98, BOE n.º 185 del 04/08/98 y BOE del 24/11/98.
15. Gamo Medina E, Valverde Gómez M, Sanz Rodríguez LJ et al. El im-



- pacto del duelo en pacientes psicóticos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [online]. 2003; 88 [citado 2009-01-09], 35-48. Disponible en: [www.scielo.icsiii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352003000400004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.icsiii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000400004&lng=es&nrm=iso). ISSN 0211-5735.
16. Trappler B, Friedman S. Death on a Psychiatric Inpatient Unit. Effect on a Subgroup of Schizophrenic Patients. *New York, General Hospital Psychiatry* 1996; 18: 261-265.
17. Gelder Michael G, López-Ibor JJ Jr, Andersen N. *Tratado de psiquiatría*. Tomo II. Editorial Ars Médica. Barcelona, Omega; 2004: 2233-2234.
18. Landa Petralanda V, García-García J. Duelo. *Guías clínicas* 2007; 7(26). Consultado: 11-11-2008. Disponible en: [www.fisterra.com/guias2/duelo.asp](http://www.fisterra.com/guias2/duelo.asp)
19. DSM-IV®. *Guía de uso*. Barcelona, Masson; 1997.
20. Lluch MT, Checa P, García J, Márquez I, Camarena X, Beltrán JJ, Ayllón L, Sabadell M, Alonso M, Díaz T, Martínez S, Rigol A, Sabater MP. Efectividad de la atención domiciliar de enfermería administrada a pacientes con trastorno mental severo: ensayo clínico controlado. *Enfermería clínica* 2006;16(4):198-205.

---

# LA CALIDAD DEL CUIDADO ASISTENCIAL EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

---

MÓNICA BERNALDO DE QUIRÓS

MARÍA CRESPO

M.<sup>a</sup> MAR GÓMEZ

CARLOS HORNILLOS

*Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.*

Recepción: 13-09-11 / Aceptación: 24-01-12

## RESUMEN

La calidad del cuidado asistencial en residencias de ancianos tiene un papel fundamental en su bienestar, pero es difícil de medir porque se trata de un concepto que abarca múltiples dimensiones. El objetivo de este artículo es efectuar un análisis sistemático de las investigaciones publicadas entre 1995 y 2011 en relación a la calidad del cuidado asistencial en residencias de ancianos. Todos los estudios informan de un buen cuidado básico tanto en las unidades geriátricas de larga estancia como en los centros residenciales. No obstante, se observan factores que influyen en una mejor calidad del cuidado asistencial relacionados con las características del centro, del personal a cargo de los residentes, de los propios residentes, y de la satisfacción de estos y sus familiares con los centros. Existen pocos estudios en España, y han sido realizados por instituciones no científicas y publi-

cados en revistas no especializadas. Esto hace que se observen limitaciones, especialmente en el análisis y la exposición de los resultados.

## Palabras clave

Calidad del cuidado asistencial, satisfacción, residencias de ancianos, cuidado residencial, ancianos.

## ABSTRACT

Quality of care for older people living in residential homes has a fundamental effect on their well-being but is difficult to measure because it is a concept that embraces multiple dimensions. The aim of this paper is to perform a systematic analysis of research published from 1995 to 2011 in relation to quality of care in residential homes for older people. All studies report a good basic care in nursing homes and residential homes.

However some factors related to facility characteristics, staff, characteristics of residents, resident satisfaction and family satisfaction facilitate a better quality of care. Few studies have been conducted in Spain, and they have been conducted by non-scientific institutions and have been published by non-specialized journals. This fact has caused limitations specially in the analysis and presentation of data.

### Keywords

Quality of care, satisfaction, residential homes, nursing homes, residential care, older people.

## INTRODUCCIÓN

En España hay 7.782.904 personas mayores de 65 años, lo que supone el 16,7 % de la población total<sup>1</sup>. Casi el 90 % de ellos prefieren vivir en su casa aunque estén solos, permaneciendo autónomos el mayor tiempo posible.

Si bien los datos sobre población mayor que vive en residencias no son de óptima calidad, se estima que el 1,2 % de mayores de 65 años pertenece a este grupo. Esto sitúa a nuestro país entre aquellos países de la Unión Europea con menor porcentaje de población mayor viviendo en residencias (países con porcentajes inferiores al 1 % son Bulgaria, Grecia, Polonia, Lituania o Rumanía, mientras que Bélgica, Francia, Países Bajos o Luxemburgo, tienen valores superiores al 4 %)<sup>2</sup>. Esto se debe a que existe un fuerte apoyo familiar entre generaciones, de manera que los mayores prefieren que los cuidados que reciban sean en el entorno familiar, sin embargo, las necesidades de la vida

actual hacen que esta tendencia esté disminuyendo progresivamente.

En España el número de plazas ofertadas por los centros residenciales ha experimentado un crecimiento importante pasando de 239.761 en el 2002 a 329.311 en el 2008, lo que supone un crecimiento del 38 %<sup>1</sup>. A pesar de que existen otras opciones al concepto de residencia (como las viviendas individuales/bipersonales con servicios de apoyo, las viviendas de grupo o tuteladas, y las pequeñas unidades de convivencia), la residencia «tradicional» continúa siendo la opción habitacional más frecuente para personas mayores con dependencia fuera de su propio hogar o del de sus hijos.

A pesar de la creciente demanda de utilización de las residencias hay poca información sobre la calidad del cuidado asistencial. Una de las dificultades para su estudio es que se trata de un concepto que abarca múltiples dimensiones que incluyen tanto las habilidades interpersonales y técnicas de los trabajadores como las características asociadas con el ambiente físico<sup>3-5</sup>.

Tradicionalmente, los indicadores de la calidad de cuidado se han centrado en indicadores «objetivos» como el tamaño de la habitación, los servicios y las mejorías en salud, pero recientemente ha ido ganando reconocimiento la importancia de tomar en cuenta el punto de vista de los residentes como medio para tener un *feedback* directo para satisfacer sus necesidades<sup>6-7</sup> ya que la investigación ha demostrado una relación positiva entre la calidad del servicio y la satisfacción con él<sup>8-9</sup>. Sin embargo, debido a la alta prevalencia de deterioro cognitivo entre los residentes se ha propuesto también tomar en cuenta la satisfacción de los familiares

como medida de la calidad del cuidado asistencial<sup>10-11</sup>.

Con la finalidad de efectuar un análisis sistemático de las investigaciones realizadas hasta el momento en relación a la calidad del cuidado asistencial, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de los artículos más recientes (1995-2011) publicados al respecto. Para ello se hizo uso de las bases de datos PsycINFO y MEDLINE, utilizando las palabras clave: *quality of care, satisfaction, nursing home, residential home, residential care, older people, elderly*, disponiéndose todas las combinaciones posibles entre ellas. Una vez presentada la lista de artículos adecuados a las condiciones de búsqueda, se procedió a eliminar todos aquellos relacionados únicamente con aspectos médicos o relacionados de forma indirecta con la calidad asistencial (calidad de vida, mantenimiento de la integridad y diferencias culturales en la concepción de la calidad asistencial). Como resultado del procedimiento descrito se identificaron nueve artículos de interés.

Ninguno de los estudios encontrados en las bases de datos era español, por lo cual se procedió a realizar una búsqueda en Google introduciendo los mismos términos que dio lugar a seis artículos de interés.

## LA CALIDAD DEL CUIDADO ASISTENCIAL EN OTROS PAISES

De los estudios extranjeros encontrados, tres se refieren a unidades geriátricas de larga estancia y seis, a centros residenciales. Se realizó esta división debido a la diferencia en objetivos y características de ambos tipos de centros.

Algunos estudios se interesan por los factores de tipo más «objetivo» que predicen la calidad del cuidado asistencial, mientras que otros evalúan la calidad asistencial percibida a través del grado de satisfacción de pacientes y familiares. La información contenida aparece resumida en las tablas I y II, respectivamente, considerando para cada uno:

1. Identificación del trabajo (autores y año de publicación).
2. Número de residencias evaluadas, participantes y lugar de realización.
3. Tipo de estudio y procedimiento.
4. Variables evaluadas.
5. Resultados encontrados.

### Unidades geriátricas de larga estancia

Las unidades geriátricas de larga estancia son módulos integrados en hospitales, o dependientes de ellos, donde se atiende a aquellas personas que necesitan un mayor cuidado médico.

#### *Factores que predicen la calidad del cuidado asistencial*

Kirkevold y Engedal<sup>12</sup> realizaron un estudio transversal en 251 unidades geriátricas (160 regulares y 91 especializadas en personas con demencia) referido a 1926 pacientes de Noruega. Entrevistaron al profesional que cuidaba directamente al paciente y a la enfermera encargada de planta, evaluando las características del paciente, las características de la planta y distintos indicadores de calidad. La mayor parte de los pacientes recibían un buen cuidado básico, pero no se les daba la oportunidad de ir al baño cuando lo necesitaban, no toma-

**TABLA I**  
**Principales características y resultados de los estudios sobre la calidad asistencial en unidades geriátricas de larga estancia**

Fuente	N.º residencias/ Muestra/Lugar	Procedimiento	Medidas	Resultados
Gasquet et al. <sup>16</sup>	13 unidades geriátricas de larga estancia. 125 residentes y 125 familiares. París (Francia).	<i>Estudio transversal:</i> – Entrevista cara a cara con los pacientes. – Cuestionario a los familiares.	Satisfacción con: – Habitación. – Comida. – Información. – Cuidado asistencial.	Satisfacción de pacientes de 57,8 (información) a 78,6 (habitación). Satisfacción de familiares de 67,9 (comida) a 85,9 (cuidado asistencial). Puntuaciones de familiares mayores con sesgo significativo en cuidado asistencial e información.
Kirkevoid y Engedal <sup>12</sup>	251 (160 unidades regulares y 91 especializadas en personas con demencia). 1926 pacientes. Noruega.	<i>Estudio transversal:</i> – Entrevista al profesional de atención directa. – Entrevista a la enfermera encargada de la planta.	Indicadores de calidad. Características del paciente. Características de la planta.	Los pacientes reciben un buen cuidado básico. Sin actividades de ocio. Calidad asistencial relacionada negativamente con las características del paciente. Tipo de planta, tamaño y ratio del personal influyen en la calidad asistencial.
Murphy <sup>13</sup>	Centros de larga estancia. 498 enfermeras. Un área geográfica (Irlanda).	<i>Métodos cualitativos y cuantitativos</i> <i>Estudio cualitativo:</i> – Entrevista a enfermeras. <i>Estudio cuantitativo:</i> – Cuestionario a enfermeras.	Factores que facilitan o dificultan la calidad asistencial.	<i>Factores que facilitan la calidad asistencial:</i> – Promover la independencia y la autonomía. – Ambiente social como en casa. – Cuidado global centrado en la persona. – Personal capacitado y entrenado. – Conocer a la persona. – Recursos multidisciplinarios adecuados. <i>Factores que dificultan la calidad asistencial:</i> – Falta de tiempo y de elección del paciente. – Resistencia a cambiar. – Rutina.

ban parte en actividades de ocio, y tampoco tenían la oportunidad de dar un paseo. La calidad asistencial tenía una relación negativa con características del paciente como bajo funcionamiento en capacidad mental y actividades de la vida diaria, así como con su conducta agresiva. También influían algunas características de la planta como el tipo de planta, su tamaño y la ratio del personal.

Murphy<sup>13</sup> realizó un estudio con enfermeras de un área geográfica de Irlanda, combinando métodos cualitativos y cuantitativos, con el objetivo de detectar qué factores facilitaban o dificultaban la calidad del cuidado asistencial. En un primer estudio cualitativo realizó una entrevista a 25 enfermeras, y en un segundo estudio cuantitativo pasó un cuestionario a 343 enfermeras (con una tasa de respuesta del 68,87 %). Los factores que facilitaban la calidad asistencial eran: promover la independencia y la autonomía, un ambiente social como en casa, el cuidado global centrado en la persona, el personal capacitado y entrenado, conocer a la persona, y disponer de recursos multidisciplinares adecuados. Los factores que dificultaban la calidad del cuidado asistencial eran: la falta de tiempo y de elección del paciente, la resistencia a cambiar, y la rutina.

### *Satisfacción de pacientes, familiares y su grado de acuerdo*

Gasquet, Dehé, Gaudebout y Falissard<sup>14</sup> realizaron un estudio transversal en 13 unidades geriátricas de larga estancia de París con el objetivo de estimar el grado de acuerdo entre la evaluación directa de la satisfacción del paciente y la evaluación indirecta de una persona que le visitara de forma

regular. Entrevistaron a 125 pacientes y pasaron un cuestionario a 125 visitantes. Se trataba de conocer en qué medida estaban satisfechos con los distintos servicios (habitación, comida, información y cuidado asistencial). La satisfacción de los familiares estaba ligeramente por encima de la satisfacción de los pacientes, observándose un sesgo significativo en el cuidado asistencial y la información, y aceptable para la comida. Los autores señalan que una posible limitación es que pacientes y familiares completaron el cuestionario de distinta forma, ya que los familiares lo completaron ellos mismos y los pacientes mediante una entrevista cara a cara.

De los resultados de los distintos estudios se desprende que en las unidades geriátricas de larga estancia:

- La mayor parte de los pacientes recibe un buen cuidado básico.
- El tipo de planta, su tamaño y la ratio del personal influyen en la calidad del cuidado asistencial.
- La calidad del cuidado asistencial tiene una relación negativa con algunas características del paciente como bajo funcionamiento en capacidad mental y actividades de la vida diaria, y conductas agresivas.
- Para mejorar la calidad del cuidado asistencial es importante: promover la independencia y la autonomía, procurar un ambiente que haga sentir al paciente que está como en casa, proporcionar un cuidado global centrado en la persona, disponer de personal capacitado y entrenado, así como de recursos multidisciplinares adecuados.
- Por el contrario, la falta de tiempo, la rutina y la resistencia a cambiar

por parte del personal, así como la falta de elección del paciente empeoran la calidad del cuidado asistencial.

- Se observan diferencias entre las informaciones ofrecidas por pacientes y familiares, especialmente en las áreas de cuidado asistencial e información. Los familiares tienden a informar de una mayor satisfacción en todas las áreas, especialmente en lo referente al cuidado asistencial y la comida.

## Centros residenciales

### *Factores que predicen la calidad asistencial*

Montoro<sup>15</sup> analizó la influencia de los factores que predecían la calidad del cuidado asistencial, los datos formaban parte de un estudio longitudinal, en 100 residencias de tamaño medio de tres estados de EE.UU., sobre la valoración del cuidado asistencial en las unidades especiales de atención a enfermos de Alzheimer. Se realizaron entrevistas con los administradores de las residencias para conocer las características de los centros residenciales, los datos de los residentes se obtuvieron mediante la valoración de los profesionales, y para obtener la información de los familiares se envió un cuestionario por correo. Se utilizaron los casos en los que existía información de los tres tipos (286 de un total de 365). Los factores más importantes asociados con la calidad del cuidado asistencial fueron los aspectos del nivel institucional (centros públicos, influencia de aspectos medioambientales como la limpieza o el mantenimiento del centro, la configuración familiar, el número de profesionales, su formación

y entrenamiento para combatir el estrés laboral, y el grado de retención laboral), seguidos de los indicadores de nivel relacional (participación y cuidado informal de los familiares). Sin embargo, los factores de nivel interaccional (habilidad de comunicación y conflicto personal) no fueron significativos.

Gage et al.<sup>16</sup> exploraron las relaciones entre la calidad del cuidado asistencial que recibían las personas mayores en las residencias del condado de Surrey (Inglaterra) y las características de las residencias en las que vivían. Inspectores entrenados y auditados realizaron observaciones directas y revisión de documentos de las residencias. Los resultados mostraron que la calidad del cuidado asistencial era menor en aquellas residencias que estaban registradas antes del año 2000, eran negocios pequeños, estaban registradas como residencias asistidas y tenían plazas públicas. Las residencias con mayor calidad de cuidado asistencial eran aquellas que pertenecían a cadenas grandes, tenían profesionales especializados y mayores tarifas. En Inglaterra los indicadores mínimos nacionales se introdujeron en el año 2000, esto explica que las residencias que estaban registradas antes de este año fueran las que tenían mayores fallos. En un análisis secundario la calidad de la dirección y administración se reveló como el factor que mejor predecía la menor cantidad de fallos. Los autores señalan que este estudio tenía varias limitaciones: en primer lugar, el indicador de calidad de cuidado asistencial (número de estándares fallados), utilizaba solo los estándares oficiales; y, en segundo lugar, las puntuaciones de las residencias se basaban exclusivamente en la valoración subjetiva de los inspectores.

TABLA II  
Principales características y resultados de los estudios sobre la calidad asistencial de las residencias

Fuente	N.º residencias/ Muestra/Lugar	Procedimiento	Medidas	Resultados
Montoro <sup>15</sup>	100. 286 residentes y familiares. Washington, Michigan y Carolina del Norte (EE.UU.).	<i>Datos iniciales de un estudio longitudinal:</i> – Entrevista con los administradores. – Valoración del personal sobre los residentes. – Encuesta por correo a familiares.	<i>Calidad asistencial:</i> – Satisfacción familiar. – Valoración general. – Retención de los profesionales. – Actividades. <i>Factores determinantes:</i> – Nivel institucional. – Nivel relacional. – Nivel interaccional.	<i>Los aspectos institucionales son los más significativos:</i> – Mayor satisfacción en centros públicos. – Influencia de aspectos medioambientales. – Configuración familiar. – Formación del personal y entrenamiento para combatir el estrés laboral. – Grado de retención laboral. <i>Menor influencia de nivel relacional:</i> – Cuidado informal de familiares relacionado con menor satisfacción. – Participación de familiares relacionado con mayor satisfacción.
Chou, Boldy y Lee <sup>17</sup>	70 resistencias asistidas y no asistidas. 1.146 residentes. Australia.	<i>Estudio transversal:</i> – Cuestionario a residentes.	<i>Satisfacción con:</i> – Habitación. – Residencia. – Interacción social. – Servicio de comidas. – Cuidado profesional. – Implicación del residente.	La satisfacción con el cuidado de los profesionales tiene efecto positivo en los demás aspectos de la satisfacción del residente. Relaciones entre los componentes de la satisfacción distintas en residencias asistidas y no asistidas.



TABLA II (continuación)  
**Principales características y resultados de los estudios sobre la calidad asistencial de las residencias**

Fuente	N.º residencias/ Muestra/Lugar	Procedimiento	Medidas	Resultados
Curtis et al <sup>19</sup>	115 centros (77 AFH, 51 ARC y 21 AL). 176 residentes y sus cuidadores profesionales. Washington (EE.UU.).	<i>Estudio transversal:</i> – Entrevista residente. – Datos administrativos. – Cuestionario al administrador. – Entrevista al personal. – Escala de valoración del entrevistador.	Satisfacción global, interpersonal y ambiental. Características físicas del centro. Políticas y servicios. Características demográficas y estado de salud del residente.	Tipo de centro relacionado con las tres escalas de satisfacción. Residencias AL y AFH relacionadas con satisfacción global, mientras que residencia AFH relacionada con satisfacción interpersonal y ambiental. Residentes en ARC tienen menor satisfacción. Permiso para traer cosas de casa al centro asociado con satisfacción interpersonal. Mujeres y residentes con menor nivel educativo mayor satisfacción ambiental, y los solteros mayor satisfacción interpersonal. Estado de salud percibido asociado con las tres escalas de satisfacción.
Dobbs y Montgomery <sup>20</sup>	24 residencias y viviendas asistidas. 260 familiares y 206 personal de cuidado directo. Kansas (EE.UU.).	<i>Estudio transversal:</i> – Cuestionarios enviados a los familiares. – Cuestionarios enviados al personal de cuidado directo.	Satisfacción de los familiares: global, con el centro y con el personal. Satisfacción del personal. Nivel funcional del residente. Características familiares. Tamaño del centro.	Edad del familiar predice satisfacción con el centro y con el personal: a mayor edad, mayor satisfacción. Satisfacción de los familiares disminuye cuando aumenta la dependencia de los residentes. Familiares de menor grado muestran mayor satisfacción global. Satisfacción del personal no asociado con satisfacción de familiares.

Levy y Miller <sup>21</sup>	145 familiares. San Francisco y Los Angeles (EE.UU.).	<i>Estudio longitudinal:</i> – Entrevista a familiares cercanos a la admisión y al año.	Satisfacción de los familiares con el cuidado. Implicación del familiar. Depresión del familiar. Tensión familiar. Percepción del familiar de los problemas de conducta.	Menores niveles de satisfacción con el contacto y calidad del cuidado del médico, y con el número de profesionales. Familiares que ayudan al residente en sus visitas, menos satisfechos con el cuidado institucional.
Gage et al. <sup>16</sup>	245 residencias. Surrey (Inglaterra).	<i>Estudio transversal:</i> – Inspectores que realizaban observación directa y revisaban documentos.	Características de la residencia: – Tamaño. – Tipo. – Especialización. – Si es asistida. – Tipo de propiedad. – Año de registro. – Ubicación. – Tarifa máxima. – Plazas vacantes. – Proporción con dependencia. – Especialización de los profesionales. – Plazas públicas. – Estándares de calidad.	<i>Residencias con mayor probabilidad en no cumplir estándares:</i> – Propietarios con dos o menos residencias. – Registradas antes del año 2000. – Con plazas públicas. – Asistidas.  <i>Residencias con menos probabilidad:</i> – Propietarios con cadenas de tres o más residencias. – Con tarifas mayores. – Con profesionales especializados.  Puntuaciones mayores en los estándares de dirección y administración se correlacionan con menos fallos en otros estándares.

### *Satisfacción del residente*

Chou, Boldy y Lee<sup>17</sup> evaluaron la dirección y magnitud de los efectos entre los componentes de la satisfacción de los residentes y si las relaciones entre los componentes variaban en función del tipo de centro (residencia asistida o no asistida). Llevaron a cabo el estudio en 70 residencias (asistidas y no asistidas) del oeste de Australia, con una muestra de 1.146 (394 asistidos y 752 no asistidos). Pasaron el cuestionario de satisfacción RSQ<sup>18</sup>, un cuestionario de satisfacción de 24 ítems que cubre seis aspectos de la satisfacción del residente: habitación, residencia, interacción social, servicio de comidas, cuidado de los profesionales e implicación de los residentes. Cada ítem constaba de una escala de tres o cuatro puntos. Utilizaron un modelo de ecuaciones estructurales para comprobar si se cumplían las hipótesis de partida. Los resultados mostraron que los componentes de la satisfacción de los residentes estaban relacionados. La satisfacción del residente con el cuidado de los profesionales era el principal determinante de su satisfacción con otros aspectos. La satisfacción del residente con la residencia estaba influida principalmente por la satisfacción con su habitación y con el cuidado de los profesionales, y su satisfacción con la habitación por la satisfacción con el cuidado de los profesionales, tanto en las residencias asistidas como en las no asistidas. La satisfacción de los residentes con su interacción social estaba influenciada por la satisfacción con el ambiente físico y el cuidado de los profesionales. La satisfacción con el servicio de comidas estaba influenciada por la satisfacción con el ambiente físico, la

interacción social, el cuidado de los profesionales y la implicación del residente, directa o indirectamente. La satisfacción con la implicación del residente estaba afectada directamente por su interacción social y el cuidado de los profesionales. En el caso de los residentes no asistidos, generalmente expresaban mayores niveles de satisfacción en todos los aspectos que los asistidos. El confort físico y la interacción social parecían ser más importantes para los residentes que eran relativamente independientes. Por otra parte, las comidas eran la parte más importante en la vida de los residentes dependientes, es más, la satisfacción con el servicio de comidas tenía un efecto positivo en los otros componentes de la satisfacción excepto en el cuidado de los profesionales. Según los autores, estos resultados indicaban que si se mejoraba la satisfacción de los residentes con el cuidado de los profesionales, todos los aspectos de la satisfacción del residente podían incrementarse.

Curtis et al.<sup>19</sup> evaluaron la relación entre: características físicas de los centros, las políticas y servicios, y las características demográficas y de estado de salud de los residentes; con tres escalas de satisfacción (global, interpersonal y ambiental); en tres tipos de centros residenciales: viviendas asistidas (AL), residencias pequeñas (AFH) y residencias grandes (ARC). Las viviendas asistidas tenían una filosofía de autonomía y privacidad, con apartamentos independientes con llave y cocinas; las residencias pequeñas, con licencia para 2-6 residentes, prestaban asistencia a personas con mayor necesidad de cuidado (dependencia en actividades de la vida diaria, deterioro cognitivo y problemas de conducta); las residencias

grandes, tenían entre 12 y 106 camas, estos centros eran donde menos se tenía que pagar, con residentes más jóvenes, con menor nivel educativo, menor deterioro cognitivo y dependencia, pero con historias frecuentes de indigencia y abuso de sustancias. Los resultados indicaron que las viviendas asistidas y las residencias pequeñas estaban asociadas con satisfacción global; mientras que las residencias pequeñas estaban relacionadas con satisfacción interpersonal y ambiental. Los residentes en centros grandes mostraban los niveles de satisfacción más bajos. Además, el hecho de que se les permitiera traer cosas de casa se asociaba con satisfacción interpersonal. La mayor parte de las variables que se relacionaban con la satisfacción eran las variables demográficas de los residentes y su estado de salud. Por una parte, las mujeres y los residentes con menor nivel educativo mostraron mayor satisfacción ambiental, y los solteros mostraban mayor satisfacción interpersonal. Por otra parte, el estado de salud percibido se asociaba con las tres escalas de satisfacción.

### *Satisfacción del familiar*

Dobbs y Montgomery<sup>20</sup> evaluaron la satisfacción de los familiares con el cuidado asistencial en 23 residencias y viviendas asistidas de Kansas (EE.UU.). Utilizaron tres medidas independientes para evaluar la satisfacción de los familiares (satisfacción global, con el centro y con el personal), además evaluaron la satisfacción del personal, el nivel funcional del residente, las características familiares y el tamaño del centro. Enviaron cuestionarios a los familiares y al personal de atención directa. Los resultados indicaron que la satisfacción

de los familiares estaba unida principalmente a las características de la familia y del residente. La edad del familiar estaba relacionada con la satisfacción con el centro y con el personal, de manera que a mayor edad, mayor satisfacción, quizás porque los familiares mayores pensaban que ellos no podían proporcionarles el cuidado. Por otra parte, el grado de satisfacción global disminuía cuando se incrementaba la dependencia del residente, podría ser porque las viviendas asistidas no fuesen efectivas para residentes dependientes. Además, los familiares de menor grado (sobrinos, tíos y nietos) estaban más satisfechos que los de mayor grado (esposas, hijas, y en menor grado, hijos), los autores sugieren que los primeros simplemente estarían satisfechos de que los cuidasen mientras que los segundos mirarían más la calidad del cuidado. La satisfacción del personal no se relacionaba con ninguna de las tres medidas de satisfacción de los familiares. Una limitación de este estudio es que la muestra de residencias era de conveniencia y la tasa de respuesta de los cuestionarios fue baja (un 37 %).

Levy y Miller<sup>21</sup> examinaron la relación entre la implicación de los familiares y su satisfacción con el cuidado institucional durante un año. Entrevistaron a 145 familiares cuidadores principales de enfermos de Alzheimer o demencia de San Francisco y Los Ángeles (EE.UU.), cerca de la admisión del residente y un año después de ella. Evaluaron la satisfacción con el cuidado institucional (contacto con el médico, calidad del médico, calidad de las enfermeras, número de profesionales, protección de la propiedad, actividades recreativas, habitación, comida, olores, seguridad y limpieza del centro), la im-

plicación del familiar (tipo de ayuda y frecuencia de las visitas), depresión del familiar, tensión familiar, y percepción del familiar de los problemas de conducta del residente. Los familiares estaban menos satisfechos con el contacto y calidad del médico, y con el número de profesionales. Además, los familiares que ayudaban a los residentes estaban menos satisfechos con el cuidado institucional. Este hecho sugeriría que lo que afecta a la satisfacción del familiar no es la frecuencia de las visitas sino lo que hacen en ellas. Los familiares más implicados verían de primera mano los problemas que hay en la residencia y no estarían satisfechos con el escaso papel que se les da tras la institucionalización.

En conclusión, de los estudios sobre calidad del cuidado asistencial realizados en centros residenciales se desprende que:

- Parece que en los estudios llevados a cabo en Estados Unidos<sup>15, 19</sup> las residencias públicas y pequeñas son las que mejor predicen la calidad del cuidado asistencial, mientras que en Inglaterra<sup>16</sup> serían las cadenas grandes, de carácter privado y con tarifas más altas.
- Es importante contar con un número suficiente de profesionales debidamente entrenados y especializados. Se ha comprobado que, el hecho de que el centro disponga de personal especializado en demencias y que fomente su participación en actividades, incrementa la calidad de vida de los residentes.
- La satisfacción de los residentes con el cuidado de los profesionales es el principal factor para su satisfacción con el resto de los elementos. La sa-

tisfacción de los residentes no asistidos tiene que ver con el confort físico y la interacción social, mientras que en los residentes asistidos cobra una especial importancia la satisfacción con el servicio de comidas.

- La satisfacción de los familiares está relacionada con la edad, el grado de parentesco y el nivel de implicación con el centro. Aquellos que tienen una mayor edad son los que están más satisfechos, probablemente porque sienten que no se pueden hacer cargo de su familiar y están agradecidos de que alguien lo haga por ellos. Por el contrario, los familiares más cercanos (esposos e hijos) muestran menor satisfacción que los más lejanos (sobrinos, tíos, nietos). Del mismo modo, los familiares que están más implicados con el centro, es decir, que ofrecen ayuda al residente en sus visitas, son también los menos satisfechos. Como ya se ha comentado, puede ser que vean de primera mano los problemas y que además desde el centro no se favorezca ni se facilite su mayor implicación.

## LA CALIDAD DEL CUIDADO ASISTENCIAL EN ESPAÑA

Pocos estudios se han llevado a cabo en España con el fin de evaluar la calidad del cuidado asistencial; iremos desde aquellos más generales y pretenciosos (que abarcan más Comunidades Autónomas y objetivos a analizar), hasta los más particulares (una Comunidad o incluso un centro y menos objetivos). Los estudios analizados se resumen en la tabla III.

La Fundación Eroski<sup>22-24</sup> viene llevando a cabo un análisis de las residencias de ancianos. El objetivo es evaluar

**TABLA III**  
**Principales características y resultados de los estudios sobre la calidad del cuidado asistencial de las residencias en España**

Fuente	N.º residencias/ Lugar	Procedimiento	Medidas	Resultados
Fundación Eroski <sup>22</sup>	100. 9 comunidades autónomas.	Solicitud de datos por teléfono. Visita a la residencia como clientes ficticios. Encuesta a familiares.	Infraestructuras y servicios. Atención asistencial. N.º de ancianos por cuidador. Grado de intimidad. Limpieza, seguridad y accesibilidad.	En general, bien, solo el 16 % suspenden el examen. Residencias públicas mejores y más económicas. Carencia de plazas, 71 % con lista de espera. Pocas habitaciones individuales, solo aprueban las públicas. Algunas actividades no diseñadas con respecto a un programa. Podología, fisioterapia y rehabilitación en casi todas pero es más común en públicas que en privadas y concertadas. 36 % con médico permanente, más en públicas y concertadas. 6 % con menos empleados de los necesarios, mejor ratio en las concertadas <sup>3</sup> . Mayor grado de intimidad en residencias públicas. 11 % insuficientes medidas de seguridad, 22 % sin planes de emergencia, 47 % sin simulacros de incendio y 14 % sin sistemas de detección y alarma de incendios. Limpieza: todas las públicas en perfecto estado, algunas privadas y concertadas presentaron algún problema. Opinión de los familiares: en general, satisfechos (90 %). Principales quejas: escasez de personal, higiene, infraestructuras y amplitud.

TABLA III (continuación)  
**Principales características y resultados de los estudios sobre la calidad del cuidado asistencial de las residencias en España**

Fuente	N.º residencias/ Lugar	Procedimiento	Medidas	Resultados
Sanduvette <sup>26</sup>	1. Andalucía.	Entrevista semiestructurada a usuarios, familiares y empleadas.	Comida. Higiene. Contexto. Intervenciones. Programación de las intervenciones.	<i>Puntos fuertes:</i> – Comida: variedad de menús, diseñada por un dietista. – Higiene personal y de las estancias. – Contexto: aire de hogar y buena relación con el personal.  <i>Puntos débiles:</i> – Ausencia de intervenciones que no sean de carácter asistencial. – Falta de programación en las intervenciones no asistenciales.
FSP-UGT <sup>27</sup> (Cantabria Confidencial.com)	49. Cantabria.	Encuesta.		Los residentes reciben buena atención. Escaso personal de atención directa en residencias medianas y pequeñas. Principales incumplimientos: exceso de jornada laboral, días de libre disposición, complementos o días de descanso por festividad, porcentaje de trabajadores exigidos y vestimenta adecuada. Las residencias grandes (400 plazas) obtienen mejores resultados.

El Mundo.es <sup>25</sup>	100. Toda España.	Envío de cuestionario. Selección aleatoria de 100. Visita para confirmar datos. No incluye públicas.	N.º de residentes. Plazas que ofertan. Si están concertadas. Ratio cuidador/anciano. Precio. Observaciones.	La diferencia entre las distintas residencias está en los servicios adicionales, la ubicación y el tipo de instalaciones. El número de personas a cargo de los residentes es correcto y el trato es adecuado. Alto coste de las residencias. 10 % de las camas privadas están desocupadas y solo el 22 % tiene acuerdo con la Administración.
Fundación Eroski <sup>23</sup>	104. 13 ciudades españolas.	Solicitud de datos por teléfono. Visita a la residencia como clientes ficticios. Encuesta a familiares.	Infraestructuras y servicios. Atención asistencial. N.º de ancianos por cuidador. Grado de intimidad. Limpieza, seguridad y accesibilidad.	14 % suspenden el examen. Centros públicos, más económicos y con mejor nota. 77 % tienen lista de espera (93 % en las públicas). Zonas con mejor puntuación: Álava, Guipúzcoa, Murcia y Navarra. Puntuación más baja en infraestructuras, sobre todo en privadas. Deben mejorar en el servicio de comidas. Dotación de personal en privadas: 3,7 ancianos por cuidador, 6,3 si son válidos. 58 % sin médico permanente. Solo 47 % con geriatra o internista. Grado de intimidad y sensación de estar como en casa. Lo más positivo. Familiares en general están satisfechos con los servicios, la atención, los cuidados, el estado de limpieza y el mantenimiento de las instalaciones. Principales quejas: más información, infraestructuras, alimentación, falta de personal y cuidado y trato.



**TABLA III (continuación)**  
**Principales características y resultados de los estudios sobre la calidad del cuidado asistencial de las residencias en España**

Fuente	N.º residencias/ Lugar	Procedimiento	Medidas	Resultados
Fundación Eroski <sup>24</sup>	125. 18 ciudades españolas.	Solicitud de datos por teléfono. Visita a la residencia como clientes ficticios.	Infraestructuras y servicios. Ancianos por cuidador. Grado de intimidad y sensación de estar en casa. Atención médica. Limpieza, seguridad y accesibilidad.	Solo el 3 % suspenden el examen. Centros públicos, más económicos y con mejor nota. No han subido mucho los precios (sí las residencias públicas: un 23 %). Zonas con mejor puntuación: Álava, Navarra y Vizcaya, y peor Asturias. Habitaciones bien equipadas pero sin aire acondicionado, teléfono o televisor. Principales carencias: baños sin timbre de emergencia, falta de servicio de fisioterapia y rehabilitación, médico de cabecera como único especialista, y sin simulacro de emergencia. Faltan gimnasios y salas de ordenador con conexión a Internet. Una persona responsable por cada tres residentes, por la noche una por 25. Estado de limpieza correcto. Jardines descuidados, no tienen terraza o una zona asfaltada para paseo. Buenas puntuaciones en accesibilidad para discapacitados.

la calidad del cuidado asistencial. Para ello toman como medidas la atención médica y asistencial que dispensan a sus usuarios, sus infraestructuras y servicios, el número de ancianos que corresponden a cada cuidador, el grado de intimidad y la sensación de estar como en casa, la limpieza, la seguridad y el grado de accesibilidad. En primer lugar, solicitaban los datos por teléfono a los directores y gerentes de los centros identificándose como técnicos de Consumer Eroski, posteriormente realizaban una visita como clientes ficticios que iban a ingresar a un familiar, de esta forma se pretendía confirmar las características del centro. El primer estudio abarcó 9 Comunidades Autónomas y 100 residencias, el segundo 9 y 104 residencias, y el tercero 11 y 125 residencias.

La *valoración media* de los centros era buena, apreciándose una importante mejoría en los últimos cinco años. Los resultados obtenidos indicaron que, en general, solo una pequeña parte de los centros suspendía el examen (16% en el 2000, 14% en el 2005, y solo un 3% en el 2009), obteniendo una mejor puntuación los centros públicos, que los concertados y privados, además de ser los más económicos. El incremento en las tarifas está por debajo del IPC, excepto en los centros públicos que, a pesar de seguir siendo más económicos, se han encarecido un 23%. Uno de los principales problemas es la carencia de plazas, con grandes listas de espera, especialmente en los centros públicos.

En lo referente a la *infraestructura y servicios* se observan notables diferencias en los últimos diez años. En el estudio llevado a cabo en el año 2000 había pocas habitaciones individuales y no tenían cuarto de baño completo. En el estudio del 2005 seguía siendo uno

de los puntos débiles, solo un 46% disponían de baño completo en la habitación y no llegaban a la mitad las que tenían camas articuladas. Sin embargo, en el estudio del 2009 la mayoría cuenta con habitaciones individuales y dobles así como camas articuladas y baños geriátricos. La asistencia farmacológica, los servicios de podología, peluquería, animación socio-cultural, sala de lectura y comedor son generalizados. Sin embargo, siguen existiendo algunas carencias: las habitaciones, aunque suelen estar bien equipadas, raramente tienen aire acondicionado, teléfono o televisor; faltan gimnasios (solo el 35% disponen de él) y salas de ordenadores con conexión a Internet. Los jardines suelen estar descuidados y un 15% no tienen terraza o una zona asfaltada para paseo.

También ha mejorado la *atención asistencial*: los centros que cuentan con un médico permanente han pasado de un 36% en el 2000 a un 66% en el 2009; un 83% cuentan con consulta médica, un 53% con sala de enfermería y el 80% de las residencias tiene servicio de fisioterapia y rehabilitación. No obstante, faltan unidades de atención especializada a enfermos de Alzheimer o demencias. El *número de ancianos atendidos por cuidador* se mantiene, tres ancianos por cuidador, que sube por la noche a 25.

Obtienen buena puntuación en el *grado de intimidad* y la sensación de estar como en casa: el 96% permite a los residentes entrar y salir libremente, el 86% permite recibir visitas en la habitación y un 76% la posibilidad de ofrecer una bebida o aperitivo, 84% guardar sus pertenencias bajo llave y 96% poder seguir realizando sus prácticas religiosas en el centro.

En *limpieza, seguridad y accesibilidad* también los resultados son buenos. Las residencias están limpias y en buen estado de conservación, aunque en el estudio del 2005 un 15 % son mejorables y un 11 % presentan olores desagradables relacionados con una falta de ventilación. En materia de seguridad, se observó una notable mejoría en el estudio del 2005 que se mantiene en el 2009: en el año 2000 un 11 % tenían insuficientes medidas de seguridad y un 22 % no tenían planes de emergencia documentados; sin embargo, siguen sin realizarse simulacros de emergencia (menos del 50 %). Tienen una buena accesibilidad para discapacitados, cuentan con rampas o ascensores, suelo anti-deslizante, etc.

Resultó difícil recoger la *información de los familiares*, ya que los residentes recibían pocas visitas, de hecho en el estudio del 2009 ya no se realiza encuesta a los familiares. En total se entrevistaron a 200 familiares en el año 2000 y 150 familiares en el año 2005. En general, estaban satisfechos con los servicios, la atención, los cuidados, el estado de limpieza y el mantenimiento de las instalaciones. Sus principales quejas estaban relacionadas con la información recibida (22 %), la amplitud de las instalaciones (14 %), la alimentación (13 % de media, que sube a un 22 % en las privadas), y falta de personal, en especial la falta de un médico permanente en el centro (10 %). Solo un 2 % de los familiares se quejaba sobre el cuidado y trato.

El periódico *El Mundo*<sup>25</sup> realizó un estudio con un procedimiento similar en el año 2005 en 100 residencias de toda España cuyo objetivo era analizar los servicios que prestaban. Destacan el alto coste de las residencias, solo el 22 % de las residencias tenían acuerdos

con la Administración y el 10 % tenían camas desocupadas. Las conclusiones obtenidas fueron que las diferencias entre las distintas residencias radicaban en su ubicación, el tipo de instalaciones y los servicios adicionales que prestaban. El número de personas a cargo de los residentes era adecuado y el trato era correcto.

Por otra parte, Sanduette<sup>26</sup> llevó a cabo un estudio exploratorio de una residencia situada en la Comunidad Autónoma de Andalucía con el fin de detectar los puntos fuertes y débiles de cara a realizar propuestas de mejora. Para ello, realizaron entrevistas semiestructuradas a usuarios, personas allegadas (familiares) y empleadas. Los puntos fuertes fueron: la comida, variada y diseñada por un dietista; la higiene personal y de las estancias; y el contexto, la residencia tenía aire de hogar y existía una buena relación con el personal. Los puntos débiles eran: la ausencia de intervenciones que no fueran de carácter asistencial (entretenimiento, relaciones entre los usuarios, etc.), y la falta de programación en las actividades de carácter no asistencial. La autora propone una serie de mejoras basadas en intervenir en todas las áreas donde haya necesidades, no solo en el ámbito asistencial, y mejorar las intervenciones que se estaban llevando a cabo dándoles una mayor eficiencia.

En relación con el personal que atiende a los residentes, una encuesta de la FSP-UGT<sup>27</sup> realizada en 49 residencias de la Comunidad de Cantabria señalaba que había poco personal de atención directa, en especial en residencias medianas (50 plazas) y pequeñas (20 plazas), obteniendo mejores resultados las residencias grandes (400 plazas). A pesar de ello los residentes recibían buena atención.

## DISCUSIÓN

Los resultados de los distintos estudios son alentadores, informando todos ellos de que los ancianos reciben un buen cuidado básico tanto en las unidades geriátricas de larga estancia como en los centros residenciales. No obstante, se observan factores que influyen en una mejor calidad del cuidado asistencial relacionados con las características del centro, del personal a cargo de los residentes, de los propios residentes, y de la satisfacción de estos y sus familiares.

A pesar de que las características de los centros se señalan como uno de los principales factores que influyen en la calidad del cuidado asistencial, los resultados son contradictorios. De hecho, mientras que en algunos estudios se habla de que los centros públicos ofrecen una mayor calidad de cuidado asistencial<sup>15, 22-24</sup>, en otros se dice que serían los centros privados y con tarifas más altas<sup>16</sup>. Del mismo modo, algunos estudios informan de una menor satisfacción en residencias grandes<sup>19</sup>, mientras que otros dicen que son las grandes cadenas las que ofrecen una mayor calidad<sup>16</sup>. Probablemente estas discrepancias se deban a las diferencias entre los distintos países.

En relación con el personal, es importante contar con un número suficiente de profesionales debidamente entrenados y especializados<sup>13, 15-16</sup>. Por el contrario, la falta de tiempo, la rutina y la resistencia a cambiar por parte del personal empeoran la calidad asistencial. Si tenemos en cuenta que la satisfacción de los residentes con el cuidado de los profesionales es el principal factor para su satisfacción con el resto de los elementos<sup>17</sup>, es fundamental cuidar especialmente este aspecto.

Ciertas características del residente, como el bajo funcionamiento en capacidad mental y actividades de la vida diaria, o conductas agresivas, tienen una relación negativa con la calidad del cuidado asistencial<sup>12</sup>. Por otra parte, la falta de elección del paciente empeora la calidad del cuidado asistencial; por tanto, es importante promover la independencia y la autonomía, procurando un ambiente que haga sentir al anciano que está como en casa, proporcionándole un cuidado global centrado en la persona<sup>13</sup>. Como ya se señaló al comienzo, es necesario tomar en consideración el punto de vista de los residentes y familiares como medio para tener un *feedback* directo para satisfacer sus necesidades ya que la investigación ha demostrado una relación positiva entre la calidad del servicio y la satisfacción con él<sup>8-9</sup>. En este sentido, se observan diferencias entre las informaciones ofrecidas por residentes y familiares. Los familiares tienden a informar de una mayor satisfacción en todas las áreas, especialmente en lo referente al cuidado asistencial y la comida<sup>14</sup>, y su satisfacción está relacionada con la edad y el grado de parentesco<sup>20</sup>, así como con el nivel de implicación con el centro. Los familiares que tienen una mayor participación como cuidadores informales, ofreciendo ayuda al residente en sus visitas, parecen ser los menos satisfechos<sup>15, 21</sup>, probablemente porque su participación esté relacionada con las carencias que observan, mientras que su participación general en las actividades del centro estaría relacionada con una mayor satisfacción<sup>15</sup>. Del mismo modo, se observan diferencias entre la satisfacción de los residentes no asistidos y los asistidos. La satisfacción de los residentes no asistidos tiene que ver con el confort físico y la interacción

social, mientras que en los residentes asistidos cobra una especial importancia la satisfacción con el servicio de comidas.

Por último, indicar algunas de las limitaciones, señaladas por los mismos autores, que aparecen en los estudios y que deben tenerse en cuenta tanto a la hora de interpretar resultados como a la hora de diseñar procedimientos de investigación:

- La mayor parte de las muestras utilizadas son de conveniencia. En cuanto a la selección de las residencias, si bien lo ideal sería una selección aleatoria, no siempre es este el procedimiento. Sin embargo, es más grave el hecho de que, en algunos estudios, la selección de los pacientes/residentes y familiares no es aleatoria sino que son los propios profesionales del centro los que deciden a quien entregan los cuestionarios.
- En escasas ocasiones se consideran todos los puntos de vista (residentes, familiares y profesionales).
- Los pacientes o residentes, y los familiares y/o profesionales de atención directa suelen cumplimentar las evaluaciones de distinta forma. Mientras que en el caso de los primeros se suele utilizar la entrevista directa, en el caso de los familiares y/o profesionales suelen completar los cuestionarios ellos mismos. La razón más frecuente es que los residentes suelen tener dificultades para completar la evaluación de forma autónoma, en especial en aquellos casos de demencia. Por otra parte, es más cómodo y rápido que los familiares y/o profesionales completen ellos mismos los cuestionarios.

- En algunos casos, la tasa de respuesta de los cuestionarios es baja (hasta un 37%), especialmente cuando se envían por correo.
- No siempre existen cuestionarios estandarizados para evaluar las áreas objeto de estudio, teniéndose que recurrir a instrumentos de diseño propio, que en ocasiones no tienen la suficiente validez y fiabilidad.

Existen pocos estudios sobre la calidad del cuidado asistencial en las residencias en España. Llama la atención que los estudios más ambiciosos hayan sido realizados por instituciones no científicas y publicados en revistas no especializadas. Esto hace que se observen limitaciones, especialmente en el análisis y la exposición de los resultados.

En general, parece que los centros residenciales españoles han experimentado notables cambios en los últimos años, gozan de una buena valoración, los residentes se encuentran como en casa, y tienen una buena limpieza, seguridad y accesibilidad. Sin embargo, existen contradicciones en relación con algunos aspectos como la alimentación y el personal. En los estudios llevados a cabo por la Fundación Eroski<sup>22, 24</sup> una de las principales quejas de los familiares se refiere a la alimentación, mientras que en Sanduette<sup>26</sup> se señala que es uno de los puntos fuertes, si bien es verdad que la autora solo analiza un centro y no especifica si se trata de un centro público o privado. En relación con el personal, la información recogida de los familiares en los estudios de la Fundación Eroski<sup>22, 24</sup> y el estudio realizado por FSP-UGT<sup>27</sup> apuntan a que falta personal para la atención directa a los residentes. Sin embargo, el estudio llevado a cabo por El Mundo<sup>25</sup> señala que

el número de personas a cargo de los residentes es adecuado. De nuevo se pone de manifiesto la variabilidad de los estudios que da lugar a resultados confusos. Por todo ello, se hace necesaria la realización de investigaciones serias y rigurosas con un procedimiento científico que analicen la calidad asistencial en las residencias españolas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. IMSERSO. Encuesta Mayores 2010. Madrid, IMSERSO; 2010.
2. IMSERSO. Las Personas Mayores en España. Datos estadísticos estatales por Comunidades Autónomas. Informe 2008. Tomo I. Madrid, IMSERSO; 2009.
3. Johnson J, McKeen C, Simmens SJ. Quality of care and nursing staff in nursing homes. En Wunderlich G, Sloan F, Davis C, editors. Nursing staff in hospital and nursing homes. Is it adequate? Washington, National Academy Press, Institute of Medicine; 1996: 426-452.
4. Sloan F. Not for profit ownership and hospital behaviour. En Culyer AJ, Newhouse JP, editors. Handbook of health economics. Amsterdam, Elsevier; 2000: 1141-1174.
5. Kuhn M. Quality in primary care: economic approaches to analysing quality-related physician behaviour. London, Office of Health and Economics; 2003.
6. Barlett H. Nursing homes for elderly people: Questions of quality and policy. Switzerland, Harwood Academic; 1993.
7. Boldy D, Grenada L. Promoting empowerment in residential aged cared: Seeking the consumer view. En Heumann LF, McCall ME, Boldy DP, editors. Testing structural equation models. Westport, CT, Praeger; 2001: 41-52.
8. Duffy JAM, Ketchand AA. Examining the role of service quality in overall service satisfaction. JMI 1998; 10: 240-255.
9. Taylor SA, Cronin JJ. Modeling patient satisfaction and service quality. J Health Care Market 1994;14(1): 34-44.
10. Karner TX, Montgomery RJV, Dobbs D, Wittmaier C. Increasing staff satisfaction: The impact of SCUs and family involvement. J Gerontol Nurs 1998;24:39-44.
11. Kruzich J. Correlates of nursing homes satisfaction. En Cohen-Mansfield J, Ejaz F, Werner P, editors. Satisfaction surveys in long-term care. New York, Springer; 2000: 76-100.
12. Kirkevold O, Engedal K. The quality of care in Norwegian nursing homes. Scand J Caring Sci 2006;20:177-183.
13. Murphy K. Nurses' perceptions of quality of care and the factors that affect quality of care for older people living in long-term care settings in Ireland. J Clin Nurs 2007;16: 873-884.
14. Gasquet I, Dehé S, Gaudebout P, Falissard B. Regular visitors are not good substitutes for assessment of elderly patient satisfaction with nursing home care and services. J of Gerontol 2003;58A:1036-1041.
15. Montoro J. Factores determinantes de la calidad del cuidado asistencial

- institucional a personas mayores y/o con discapacidad. *Papers* 1999;57: 89-112.
16. Gage H, Knibb W, Evans J, Williams P, Rickman N, Bryan K. Why are some care homes better than others? An empirical study of the factors associated with quality of care for older people in residential homes in Surrey, England. *HSCC* 2009;17:599-609.
  17. Chou S, Boldy DP, Lee A. Resident satisfaction and its components in residential aged care. *Gerontologist* 2002;42:188-198.
  18. Chou SC, Boldy DP, Lee A. Measuring resident satisfaction in residential aged care. *Gerontologist* 2001; 41:623-631.
  19. Curtis MP, Sales A, Sullivan JH, Gray SI, Hedrick SC. Satisfaction with care among community residential care residents. *J Aging Health* 2005;17:3-27.
  20. Dobbs D, Montgomery R. Family satisfaction with residential care provision: A multilevel analysis. *JAG* 2005;24:453-474.
  21. Levy L, Miller D. Family caregiver involvement and satisfaction with institutional care during the 1<sup>st</sup> year after admission. *JAG* 2005;24:160-174.
  22. Fundación Eroski. Residencias de ancianos: algunas deben mejorar pero la mayoría están bien. *Consumer Eroski* 2000;30:1-5.
  23. Fundación Eroski. Residencias de ancianos: sigue habiendo muy pocas y cada vez más caras. *Consumer Eroski* 2005;89:4-9.
  24. Fundación Eroski. Residencias de la tercera edad: sigue habiendo pocas plazas y cada vez son más caras. *Consumer Eroski* 2009;132:34-41.
  25. El Mundo.es. 100 residencias: El primer estudio sobre las residencias de ancianos; 2006. Recuperado de [www.elmundo.es/especiales/2005/09/sociedad/100residencias/index.html](http://www.elmundo.es/especiales/2005/09/sociedad/100residencias/index.html) el 8/12/2009.
  26. Sanduette S. Calidad de vida en las personas mayores. *Apuntes de Psicología* 2004;22:277-288.
  27. Cantabria Confidencial.com. Un estudio de UGT destaca la calidad asistencial de los geriátricos de Cantabria; 2005. Recuperado de [www.cantabriaconfidencial.com/actualidad/2005/agosto05/18](http://www.cantabriaconfidencial.com/actualidad/2005/agosto05/18) el 18/11/2009.

---

# INTERVENCIONES PARA EL TRASTORNO POR CONSUMO DE CANNABIS

---

JAN COPELAND

*Profesor/Director. National Cannabis Prevention and Information Centre.  
University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia 2052.*

*Traducción de: José Ramón Landín Romero con la filiación FIDMAG-Hermanas Hospitalarias.*

Recepción: 07-11-11 / Aceptación: 07-12-11

## RESUMEN

Este capítulo ofrece una visión general de la epidemiología del consumo de cannabis, los trastornos derivados del abuso y su tratamiento. El cannabis es la droga ilegal más comúnmente usada internacionalmente. Si bien su uso está disminuyendo en el mundo desarrollado, parece mantenerse estable o en crecimiento en los países en desarrollo y en algunas comunidades indígenas. La iniciación temprana y el consumo regular en los adolescentes han sido identificados en una serie de estudios como factores de riesgo, particularmente de cara a un posterior consumo de cannabis (y de otras drogas) problemático, un deterioro de la salud mental, peor rendimiento escolar, conductas sexuales de riesgo y delincuencia criminal. Se estima que, aproximadamente, una de cada diez personas que han consumido cannabis alguna vez se vuelve dependiente y que este riesgo aumenta notablemente con la frecuencia de uso. La

terapia cognitivo-conductual breve y la intervención de tratamiento de contingencias son las estrategias más efectivas basadas en los hechos para el trastorno por consumo de cannabis. No se han identificado tratamientos farmacológicos eficaces para el tratamiento de la abstinencia al cannabis o para el ansia por consumir.

## Palabras clave

Marihuana, dependencia, terapia motivacional intensiva, terapia cognitivo-conductual.

## INTRODUCCIÓN

El cannabis es la droga ilegal de dependencia más común en el mundo occidental. Los efectos que la dependencia al cannabis tiene para la salud y el funcionamiento psicosocial son a menudo infravalorados e infratratados en los servicios de salud de atención pri-



maria y en los servicios especializados en el tratamiento del abuso de drogas. A pesar de que las consecuencias negativas a corto plazo del consumo de cannabis son bastante conocidas, los efectos que tiene el consumo regular a largo plazo son más ignorados. La determinación de los efectos a largo plazo del abuso de cannabis ha sido difícil debido a diversos factores que incluyen las elevadas tasas de consumo de múltiples drogas, el largo tiempo de espera hasta que los efectos a largo plazo comienzan a ser evidentes y la falta de literatura examinando el consumo nocivo, aunque recientemente está cambiando.

## ¿CUÁN COMÚN ES EL CONSUMO Y LA DEPENDENCIA AL CANNABIS?

Los estudios de base poblacional han revelado consistentemente que el cannabis es la sustancia ilícita más ampliamente utilizada en comunidades de todo el mundo, especialmente entre los adultos jóvenes<sup>1</sup>. También es la droga ilegal más común de dependencia en estas comunidades<sup>2,3</sup>. Si bien su uso parece estar en aumento especialmente en países en desarrollo, algunos países desarrollados han informado de una estabilización en el consumo a tasas más bajas desde el año 2000 después de un pico en el consumo durante los años 90<sup>4</sup>. El sexo y la edad son las variables que correlacionan consistentemente con el consumo de cannabis mientras que el perfil del consumidor suele ser el de un hombre joven. Sin embargo, las diferencias de género parecen estar disminuyendo entre las cohortes más recientes de consumidores<sup>5</sup>. También se han puesto de manifiesto dos tendencias importantes

relacionadas con la edad; una disminución en la edad de inicio de consumo y una prolongación evidente del riesgo de iniciación al consumo más allá de la adolescencia<sup>5</sup>. En el otro extremo del espectro de edad, algunos estudios poblacionales en América del Norte han documentado un aumento significativo del consumo de cannabis y en menor medida de la dependencia, entre los 45 y los 64 años de edad en el período 1990-91 y 2001-02<sup>6</sup>.

Las comunidades indígenas en los EE.UU.<sup>7</sup> y Australia<sup>8</sup> parecen mostrar niveles más altos de consumo y, particularmente, de consumo diario, que los miembros no indígenas de sus comunidades. Sin embargo, la epidemiología del consumo de cannabis entre estos grupos está en una etapa temprana de desarrollo.

Desde la década de 1980, una serie de grandes estudios epidemiológicos a escala internacional ha proporcionado estimaciones sobre los trastornos por consumo de cannabis. Los datos proporcionados a través de una encuesta reciente, la *Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC, Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas) informan de una prevalencia de entre 12 meses y toda la vida de abuso (1,1 % y 7,2 %) y de dependencia (0,3 % y 1,3 %) al cannabis según los criterios del DSM-IV<sup>9</sup>. Basándose en datos obtenidos a partir de dos grandes muestras representativas, Compton y cols. afirman que a pesar de la estabilidad en la prevalencia total de consumo, la prevalencia del trastorno por consumo de cannabis en los EE.UU. en el período 2001-2002 fue mayor que en el período 1991-1992, sobre todo en hombres y mujeres jóvenes de etnia afroame-

ricana y en hombres jóvenes de etnia hispana<sup>6</sup>.

Sobre la base de estos estudios se ha estimado que aproximadamente una de cada diez personas que ha consumido cannabis alguna vez se vuelve dependiente; este riesgo aumenta notablemente con la frecuencia de consumo, con uno de cada dos consumidores diarios con probabilidades de convertirse en dependiente<sup>10</sup>. Las tasas de dependencia tienden a ser mayores entre los jóvenes<sup>6, 9</sup>, que pueden ser significativamente más propensos a desarrollar dependencia al cannabis para una determinada dosis que los adultos; los iniciadores tempranos en el consumo pueden estar particularmente en riesgo. Se ha estimado que entre las personas jóvenes que han consumido cannabis, una de cada seis o siete se convertirá en dependiente<sup>11</sup>.

Se sabe relativamente poco sobre la historia natural de la dependencia del cannabis. El inicio de la dependencia se produce con mayor frecuencia en la adolescencia o en la adultez temprana, dentro de los diez primeros años de iniciación<sup>9, 11</sup>. Algunos estudios han documentado la aparición de síntomas clínicos como pérdida de control y consumo continuado a pesar del daño, mientras que la abstinencia se experimenta a una edad más tardía por un número relativamente menor consumidores<sup>12</sup>.

## **¿CUÁLES SON LOS DAÑOS POTENCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO DE CANNABIS?**

Si bien el cannabis tiene una toxicidad aguda muy baja y es solo un contribuyente menor a la mortalidad relacionada con las drogas, su importancia

para la salud pública reside en su asociación con la morbilidad<sup>13</sup>. Si bien la dependencia al cannabis es el daño más evidente, un número creciente de datos evidencian la aparición de un leve deterioro cognitivo con afectación de la atención, la memoria y la organización e integración de información compleja, como resultado del consumo de cannabis<sup>14</sup>. Como el cannabis se consume casi siempre fumado, hay un riesgo evidente de aparición de efectos respiratorios adversos, tales como la bronquitis crónica. Algunos, estudios también han identificado cambios en el tejido pulmonar que pueden ser precursores de cáncer<sup>15</sup>. Además, muchos consumidores que mezclan el cannabis con el tabaco son fumadores habituales y hay pruebas de que algunos de los efectos negativos para las vías respiratorias del cannabis y del tabaco pueden ser aditivos<sup>16</sup>. El consumo coexistente de cannabis y tabaco puede dificultar conseguir dejar de fumar, ya que el consumo de cannabis provoca una recaída en el consumo de tabaco, con el fenómeno inverso también observado en las poblaciones en tratamiento por cannabis.

Algunos grupos pueden tener un riesgo mayor de desarrollar los efectos adversos agudos y crónicos del cannabis. Estos incluyen a los adolescentes, las mujeres embarazadas y las personas con enfermedades respiratorias o cardiovasculares, cuyas condiciones pueden verse agravadas debido al abuso, así como aquellos que padecen algún trastorno comórbido<sup>17</sup>.

El tema de la comorbilidad con otros trastornos por abuso de sustancias (por ejemplo, el cannabis y los trastornos por consumo de alcohol), o el abuso de sustancias y otros trastornos de salud mental (por ejemplo, los trastornos por

consumo de sustancias y la ansiedad o la depresión) es una preocupación clínica y se produce con relativa normalidad<sup>18, 19</sup>. Cada vez existe un acuerdo mayor sobre que el cannabis juega un papel de «componente causal» que no es ni suficiente ni necesario para el desarrollo y curso de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos<sup>20</sup>.

## LA GESTIÓN DEL TRASTORNO POR ABUSO DE CANNABIS

A pesar de las altas cotas de consumo problemático, al igual que sucede con otras drogas ilícitas, solo una minoría solicita asistencia a un profesional de la salud<sup>9</sup>. Sin embargo, la demanda de tratamiento para el trastorno por abuso de cannabis está aumentando a nivel internacional. Los consumidores de cannabis adultos que buscan ayuda profesional suelen informar sobre numerosos problemas relacionados con el abuso —algunos claramente relacionados con los criterios centrales de la dependencia— tales como la incapacidad para detener o disminuir el consumo y los síntomas de abstinencia, además de los conflictos en las relaciones sociales, las dificultades familiares y financieras, los problemas de salud y el empobrecimiento de la satisfacción vital<sup>21, 22</sup>.

Si bien existe una extensa literatura sobre la epidemiología del consumo, la existencia de una base fundamentada en la evidencia sobre la gestión del trastorno por abuso de cannabis está aún en fase embrionaria si la comparamos con la de la nicotina, el alcohol y los opiáceos. Han habido tan pocos ensayos controlados aleatorizados (ECA) que no se ha podido llevar a cabo ningún meta-análisis sobre la cuestión.

## LOS ENTORNOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Los consumidores jóvenes dependientes del cannabis son usuarios importantes de los servicios de atención en salud; en un estudio, alrededor de un tercio de los participantes había visitado a un médico en las dos semanas anteriores y el 19% había sido hospitalizado en el último año<sup>23</sup>.

Esto nos demuestra que tanto las enfermeras como otros agentes de atención primaria en salud tienen tasas elevadas de contacto con personas en situación de dependencia severa al cannabis y que, por tanto, están en una posición ideal para la evaluación y la intervención oportunista.

---

### Detección para el consumo de cannabis

---

Cualquier consulta rutinaria de chequeo o cualquier consulta relacionada con el tabaquismo, salud respiratoria, salud mental, lesiones, salud reproductiva, accidentes o salud del sueño debería incluir una evaluación del consumo de cannabis (si se ha consumido en el último mes y con qué frecuencia).

---

Los centros de atención primaria en salud tales como la consulta del médico de familia ofrecen una excelente oportunidad para llevar a cabo intervenciones breves que aborden el consumo problemático de cannabis. En la mayoría de los casos, los individuos no solicitarán ayuda para el abuso de cannabis. Es aquí donde las herramientas de detección y los sondeos sobre estilos de vida (incluyendo el uso de drogas) pueden contribuir a presentar problemas de salud importantes. Mientras que algunos pacientes evitarán las conver-

saciones sobre su consumo de drogas, otros se sentirán aliviados al no tener que sacar a relucir el tema ellos mismos. Además, los clínicos y los internistas necesitan estar alerta a aquellos signos que muestran cuando un paciente está haciendo consultas sutiles para ver si es seguro hablar sobre el consumo de cannabis. Como mínimo, se anima a ofrecer folletos informativos en estos lugares, mientras que la evaluación básica y la detección son muy recomendables<sup>24</sup>. Se pueden consultar ejemplos de material psicoeducativo y otras herramientas relacionadas en la web [www.ncpic.org.au](http://www.ncpic.org.au).

## **LAS INTERVENCIONES BREVES**

La mejor evidencia hasta la fecha de intervenciones breves la proporcionan aquellas similares a las empleadas con éxito por las enfermeras y otros profesionales de la salud para los trastornos por consumo de alcohol y tabaco. La mayoría incluyen alguna variante de la terapia cognitivo-conductual (TCC) o de la terapia motivacional intensiva (TMI). La terapia motivacional intensiva se centra en la ambivalencia existente acerca de dejar de fumar y busca fortalecer la motivación para el cambio. Como habilidades clínicas clave se utilizan estrategias de no confrontación y el enfoque sin prejuicios para guiar a la persona hacia la concienciación, el compromiso y la acción. La terapia cognitivo-conductual enseña las habilidades necesarias para reducir o abandonar el consumo del cannabis y a gestionar otros problemas psicosociales y de salud que afectan a los resultados del tratamiento. En los últimos 15 años, se

han realizado en los EE.UU.<sup>25, 26</sup> y Australia<sup>27</sup> un puñado de ECAs de terapia motivacional intensiva (TMI) y de terapia cognitivo-conductual (TCC) para intervenir la dependencia al cannabis en los que los resultados han sido confirmados mediante análisis de orina para cannabinoides y otras pruebas de validación colateral.

El estudio más grande y más completo publicado hasta la fecha es un ensayo clínico multicéntrico aleatorizado de 450 adultos<sup>26</sup>. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a dos sesiones de TMI o a nueve sesiones que incluyeron TMI, TCC y control de casos o control tardío de tratamiento (TCT). A los cuatro meses de seguimiento, el tratamiento de nueve sesiones disminuyó el consumo de cannabis y las consecuencias asociadas —como los síntomas de dependencia— significativamente más que el tratamiento de dos sesiones, que redujo significativamente el consumo de cannabis en relación a la condición de TCT. A los 15 meses de seguimiento, los resultados superiores de la intervención más intensiva se habían disipado aunque se mantuvo una mejoría significativa respecto a la línea de base. No hubo diferencias de sexo o etnicidad en los resultados del tratamiento.

Un complemento muy prometedor para las intervenciones con TMI y TCC es el manejo de contingencias (MC)<sup>28, 29</sup>. A través de tres ensayos, los programas de MC que proporcionaron refuerzo monetario contingente con la abstinencia documentada al cannabis, mejoró los resultados de abstinencia tanto durante como después del tratamiento cuando se combinó con TMI/ TCC.

Aunque el manejo de contingencias no siempre ha sido considerado como

una estrategia práctica para muchos clínicos, a medida que se incrementan las publicaciones que evidencian su capacidad para apoyar el cambio a largo plazo en combinación con TMI-TCC, su aceptación también debería aumentar.

En conclusión, aunque muchos adultos con dependencia al cannabis responden bien a la TMI, la TCC y el MC, la abstinencia continua es un resultado menos común que la reducción en el consumo. Sin embargo, hay que tener en cuenta que al igual que con otros tipos de sustancias de abuso, la abstinencia completa no es necesaria para lograr una mejoría clínica significativa y una reducción de los problemas derivados del consumo de cannabis. Estos estudios demuestran que el consumo y la dependencia al cannabis pueden ser objeto de tratamiento en adultos y también que los servicios especializados en el tratamiento del cannabis pueden atraer a aquellas personas que buscan ayuda para los problemas derivados del consumo pero que pueden estar menos dispuestas a involucrarse en servicios de intervención generalistas para drogas y alcohol. Aún queda mucho por conocer sobre cómo ejercen su efecto las diferentes intervenciones.

### **¿QUÉ MEDICAMENTOS ESTÁN DISPONIBLES PARA LOS TRASTORNOS DE CONSUMO DE CANNABIS?**

Los estudios sobre medicamentos para el tratamiento de los trastornos por abuso de cannabis han sido aún más escasos que para los tratamientos conductuales. No existe ningún ensayo

controlado aleatorizado sobre intervenciones farmacológicas para los trastornos por abuso de cannabis entre la población de personas dependientes al cannabis que buscan tratamiento. Un pequeño número de estudios de laboratorio en humanos y un pequeño ensayo clínico han explorado el potencial de varios medicamentos<sup>30</sup>. El núcleo de estos estudios ha sido en gran medida la gestión de la retirada.

Hasta la fecha, los resultados más prometedores han sido con un medicamento agonista, el THC oral. Los estudios de laboratorio tanto de pacientes hospitalizados como ambulatorios han demostrado que el THC oral, en función de la dosis, reduce o suprime los síntomas de abstinencia al cannabis<sup>31, 32</sup>. Un estudio con un antagonista selectivo del receptor cannabinoide CB1, el SR141716 (rimonabant), demostró que bloqueaba con éxito los efectos psicológicos y fisiológicos agudos del cannabis fumado y que además es bien tolerado<sup>33</sup>. Otros agentes adicionales que han sido probados en estudios de laboratorio o ensayos abiertos incluyen la atomoxetina<sup>34</sup>, la nefazadona, la buspirona, el divalproex<sup>30</sup>, el carbonato de litio<sup>35</sup> y la combinación de THC oral y lofexidina<sup>36</sup>. De estos estudios, solo los resultados del estudio de combinación de THC y lofexidina obtuvieron resultados prometedores.

Actualmente hay en curso algunos ensayos clínicos con diferentes medicamentos. Al margen de los buenos resultados obtenidos por algunos laboratorios de investigación existentes, las futuras terapias farmacológicas adyuvantes deberían centrarse en la neurofisiología de la abstinencia al cannabis y del deseo apremiante por consumir además de explorar también los me-

dicamentos que se dirigen a trastornos comórbidos como la depresión y la psicosis.

## ¿TRATAMIENTOS PARA POBLACIONES ESPECIALES?

Hay dos grupos de poblaciones en los cuales la intervención para el trastorno por consumo de cannabis es especialmente problemática. En primer lugar, el consumo de cannabis se inicia típicamente en la adolescencia; cuando es elevado, su uso regular es preocupante y la búsqueda de tratamiento voluntario es infrecuente. En segundo lugar, las personas con trastornos psicóticos son también particularmente vulnerables a los efectos del cannabis y son difíciles de involucrar, retener e intervenir con éxito en un tratamiento para la dependencia.

## ¿QUE HAY DISPONIBLE PARA LOS ADOLESCENTES?

La literatura existente sobre las intervenciones para el consumo de cannabis en adolescentes es escasa. En los últimos años, ha aumentado la atención dirigida al desarrollo de modelos generalizados para tratamiento de sustancias de abuso que tomen en cuenta los problemas y la etapa de desarrollo de los jóvenes, en lugar de generalizar (de manera potencialmente inapropiada para esta edad) los programas existentes para el tratamiento de adultos<sup>37</sup>. Existen diversos manuales de terapia disponibles para su difusión y cada vez es más evidente la eficacia de una serie de modelos de tratamiento que incluyen las terapias estructuradas basadas en la

familia, el aumento de la motivación y las intervenciones cognitivo-conductuales<sup>38</sup>.

El mayor estudio aleatorizado sobre el consumo de cannabis en los adolescentes es el *Cannabis Youth Treatment* (CYT-Tratamiento de Cannabis para Jóvenes), un trabajo de intervención multicéntrico en 600 jóvenes consumidores de cannabis entre 12 y 18 años de edad que mostraron uno o más criterios diagnósticos de abuso o dependencia según el DSM-IV<sup>39</sup>. Los participantes recibieron una de cinco intervenciones ambulatorias posibles distintas, desde una intervención relativamente breve de cinco sesiones (TMI/TCC) hasta intervenciones con un máximo de 22 sesiones de terapia de Red de Apoyo Familiar que incluía aspectos de TCC, terapia familiar y contacto adicional para la gestión del caso. En general, los resultados clínicos fueron similares en todas las condiciones. Las cinco intervenciones CYT mostraron efectos significativos en el pre y post tratamiento en comparación con la línea de base, se observó un incremento en la abstinencia a los 12 meses y una disminución de los síntomas de abuso y dependencia por consumo de cannabis.

Al igual que con las intervenciones en adultos, los expertos están investigando también el uso del MC en combinación con la TMI-TCC en los adolescentes con problemas derivados del abuso de cannabis<sup>40</sup>. Los datos provenientes de un ECA preliminar sugieren que el tratamiento con TMI/TCC + MC mejoró las tasas de abstinencia al cannabis post-tratamiento en comparación con un tratamiento de TMI/TCC combinado con psicoeducación semanal con los padres<sup>31</sup>. Esto apoya los hallazgos de otros estudios que han docu-

mentado resultados positivos del MC incorporado a una terapia multisistémica con TMI/TCC en delincuentes menores de edad<sup>41-43</sup>.

Los estudios citados hacen referencia a aquellos adolescentes o adultos jóvenes que se presentan a tratamiento. Esta muestra representa a un porcentaje muy pequeño de los jóvenes consumidores de sustancias y además puede constituir una población más problemática. Es necesario un esfuerzo de prevención secundario dirigido a jóvenes en una etapa temprana de consumo de cannabis, en un esfuerzo por minimizar el consumo problemático, promover el reconocimiento del problema y facilitar la elección informada sobre el consumo y sus posibles consecuencias.

Ha habido una serie de estudios que han explorado las intervenciones de carácter breve, oportunista y motivacional entre los estudiantes universitarios del Reino Unido. Aunque inicialmente los resultados fueron alentadores, las intervenciones específicas no mantuvieron su efecto a lo largo del tiempo<sup>44</sup>.

En los EE.UU. y Australia, se han llevado a cabo dos estudios con intervenciones breves (2-3 sesiones) de TMI; el *Teen Marijuana Check-up* (TMCU)<sup>45</sup> y el *Adolescent Cannabis Check-up* (ACCU)<sup>46, 47</sup>. El TMCU, una intervención con sede en las escuelas, se comparó con una evaluación de control de tres meses en lista de espera y obtuvo como resultado una reducción en el consumo de cannabis pero no diferencias significativas entre los grupos. El estudio ACCU reclutó un grupo participante de la comunidad general y lo comparó con un grupo control de tres meses en lista de espera. Tras tres meses de seguimiento, hubo diferencias significativas entre los grupos en

los niveles de consumo de cannabis y de dependencia que favorecieron al grupo ACCU<sup>47</sup>.

La evidencia actual apoya el uso de TMI y TCC junto a una amplia gama de enfoques de terapia familiar sistémica y MC. Una limitación que encontramos en la literatura actual sobre las intervenciones breves es que los períodos de seguimiento han sido relativamente cortos y, por tanto, no queda claro si las repeticiones múltiples de una intervención durante un tiempo relativamente largo ayudarán a consolidar o a apoyar los resultados que podemos observar a corto plazo. Aunque los resultados de las intervenciones en adolescentes son alentadores, en el caso de los adultos las tasas de abstinencia continua son bajas. Aún queda mucho por aprender sobre cuáles son las intervenciones eficaces y sostenibles para los adolescentes con problemas relacionados con el abuso y la dependencia al cannabis.

### **¿QUÉ HAY DISPONIBLE PARA LAS PERSONAS CON PROBLEMAS GRAVES DE SALUD MENTAL?**

Uno de los aspectos clínicos más desafiantes es el manejo de la dependencia al cannabis y la esquizofrenia comórbida<sup>48</sup>. Ha habido pocos estudios sobre las intervenciones en este difícil grupo de pacientes. Un pequeño estudio retrospectivo sobre los efectos de la clozapina frente a la risperidona en el consumo de cannabis en la esquizofrenia, mostró que los pacientes tratados con clozapina fueron significativamente más propensos a la abstinencia al cannabis y al alcohol que los tratados con risperidona<sup>49</sup>.

Debido a la poca evidencia de éxito que tienen los tratamientos basados en la farmacoterapia, el uso de intervenciones psicológicas junto con la atención compartida desde los servicios de salud mental y de tratamiento de sustancias se ha convertido en la estrategia fundamental para el tratamiento óptimo de la dependencia al cannabis y la esquizofrenia comórbida<sup>50</sup>. No se han publicado ECAs de intervenciones con TCC específicamente dirigida a poblaciones de pacientes psiquiátricos con problemas derivados del abuso y dependencia al cannabis.

Un estudio en pacientes con un primer episodio psicótico asignó a los participantes de forma aleatorizada a una intervención combinada de terapia para el cannabis y la psicosis (CTP) o a una condición de control clínico de psico-educación (PE). No hubo diferencias significativas entre los grupos de CTP y PE en relación al consumo de cannabis al final del tratamiento y tampoco seis meses después de la intervención. Del mismo modo, en el seguimiento no hubo diferencias significativas entre los grupos ni en las puntuaciones funcionales ni en la psicopatología<sup>51</sup>.

Parece, por tanto, que este es un grupo especialmente difícil de involucrar y retener en el tratamiento. En conclusión, las recomendaciones para el clínico sobre el manejo del consumo de sustancias en el contexto de una enfermedad mental grave y persistente se fundamentan en los servicios compartidos de atención integral o de diagnóstico dual, donde los componentes críticos son la comunicación y participación asertiva, las intervenciones motivacionales, el asesoramiento psicológico experto, las intervenciones de apoyo

social, una perspectiva integral a largo plazo, la sensibilidad cultural y la competencia.

## CONCLUSIÓN

Existe una demanda creciente para el tratamiento de los trastornos por abuso de cannabis y una escasez de pruebas sobre cuáles son las mejores intervenciones prácticas. El cribado selectivo de individuos de alto riesgo tales como los clientes de los servicios de salud mental, los pacientes que acuden a consultas generales con quejas sobre problemas respiratorios o relacionados con el tabaco, los delincuentes juveniles y las personas con trastornos por abuso de otras sustancias, es especialmente útil para identificar a aquellas personas en una fase temprana con problemas derivados del abuso de cannabis de cara a las intervenciones breves cognitivas y conductuales. Los médicos son a veces reacios a intervenir en los trastornos por abuso de cannabis. En el Reino Unido, un pequeño estudio<sup>52</sup> diseñado para estimular la incorporación de la evaluación clínica breve del cannabis en la práctica de los médicos generales, encontró que la entrevista motivacional breve conllevó actitudes más positivas y una mayor actividad clínica hasta tres meses después.

Para aquellos que buscan tratamiento, existen pruebas sólidas sobre el éxito de la TCC y el MC en adultos y adolescentes, mientras que las intervenciones estructuradas basadas en la familia pueden aumentar la potencia de estas intervenciones en los adolescentes. En poblaciones como los delincuentes juveniles y las personas con enfermedades mentales graves y persistentes, pue-



den ser necesarias terapias intensivas más largas a cargo de equipos multidisciplinares. En general, sigue habiendo una gran necesidad de continuar con el desarrollo de intervenciones más eficaces para la prevención y el tratamiento de los trastornos inducidos por el abuso de cannabis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. UNODC. 2008 World Drug Report. Vienna, United Nations; 2008.
2. Anthony J, Warner L, Kessler R. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substance and inhalants: basic findings from the National Comorbidity Survey. *Exp Clin Psychopharmacol* 1994;2:244-268.
3. Swift W, Hall W, Tesson M. Cannabis use and dependence among Australian adults: results from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Addiction* 2001;96:737-748.
4. Copeland J, Swift W. Cannabis use disorder: epidemiology and management. *International Review of Psychiatry on Cannabis & Cannabinoids* 2009;21(2):96-103.
5. Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, Angermeyer M et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Survey. *PLoS Medicine* 2008;5:12-24.
6. Compton WM, Grant BF, Colliver JD, Glantz MD, Stinson FS. Prevalence of marijuana use disorders in the United States: 1991-1992 and 2001-2002. *JAMA* 2004;291:2114-21.
7. Beauvais F, Jumper-Thurman P, Helm H, Plested B, Burnside M. Surveillance of drug use among American-Indian adolescents: patterns over 25 years. *Journal of Adolescent Health* 2004;34:393-500.
8. Clough AR, Lee KSK, Caurney S, Maruff P, O'Reilly B, d'Abbs P, Conigrave K. Changes in cannabis use and its consequences over 3 years in a remote indigenous population in northern Australia. *Addiction* 2006; 101:696-705.
9. Stinson FS, Ruan WJ, Pickering R, Grant BF. Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and co-morbidity. *Psychological Medicine* 2006;36:1447-1460.
10. Hall W, Pacula RL. Cannabis Use and Dependence: Public Health and Public Policy. Cambridge University Press; 2003.
11. Anthony J. The epidemiology of cannabis dependence. In Roffman RA, Stephens RS (Eds.). *Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment*. Cambridge, Cambridge University Press; 2006: 58-105.
12. Rosenberg MF, Anthony JC. Early clinical manifestations of cannabis dependence in a community sample. *Drug and Alcohol Dependence* 2001; 64:123-131.
13. Degenhardt L, Hall WD, Lynskey M, McGrath J, McLaren J, Calabria B et al. Should burden of disease estimates include cannabis use as a risk factor for psychosis? *PLoS Medicine* 2009;6(9):e10000133.
14. Solowij N. Cannabis and Cognitive Functioning. Cambridge, Cambridge University Press; 1998.

15. Tashkin DP. Cannabis effects on the respiratory system. In: Kalant H, Corrigall W, Hall W, Smart R, editors. *The Health Effects of Cannabis*. Toronto, Centre for Addiction and Mental Health; 1999: 313-347.
16. Taylor D, Fergusson D, Milne B et al. A longitudinal study of the effects of tobacco and cannabis exposure on lung function in young adults. *Addiction* 2002;97:1055-1061.
17. Swift W, Copeland J, Lenton S. Cannabis and harm reduction. *Harm Reduction Digest. Drug Alcohol Rev* 2000;19:101-112.
18. Andrews G, Hall W, Teeson M, Henderson S. *The mental health of Australians National Survey of Mental Health and Well-being Report 2*. Canberra: Mental Health Branch, Commonwealth Department of Health and Aged Care; 1999.
19. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug Alcohol Depend* 2003;71:37-48.
20. D'Souza D, Sewell RA, Ranganathan M. Cannabis and psychosis/schizophrenia: human studies. *Eur Arch Clin Neurosci* 2009;259:413-431.
21. Copeland J, Swift W, Rees V. Clinical profile of participants in a brief intervention for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2001;20(1):45-52.
22. Stephens RS, Roffman RA, Simpson EE. Adult marijuana users seeking treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61: 1100-1104.
23. Copeland J, Rees V, Swift W. Health concerns and help-seeking among a sample entering treatment for cannabis dependence. Correspondence. *Australian Family Physician* 1999; 28:540-541.
24. Copeland J, Frewen A, Elkins K. *Management of Cannabis Use Disorder and Related Issues: a clinician's guide*. NCPIC: Sydney.
25. Stephens R, Roffman R, Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:898-908.
26. Babor T, Carroll K, Christiansen K, Kadden R, Litt M, McRee B, Miller M, Roffman R, Solowij N, Steinberg K, Stephens R, Vendetti J, Donaldson J, Herrell J. Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomised multi-site trial. *J Clin Cons Psych* 2004;72:455-466.
27. Copeland J, Swift W, Roffman R, Stephens R. A randomised controlled trial of brief interventions for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treat* 2001;21:55-64.
28. Budney A, Higgins S, Radanovich K, Novy P. Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68: 1051-1061.
29. Kadden RM, Litt MD, Kabela-Cormier E, Petry NM. Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addictive Behaviors* 2007;32:1220-1236.
30. Hart C. Increasing treatment options for cannabis dependence: a review of potential pharmacotherapies. *Drug and Alcohol Dependence* 2005;80: 147-159.

31. Budney AJ, Roffman R, Stephens RA, Walker D. Marijuana dependence and its treatment. *Addiction Science & Clinical Practice* 2007; December: 4-16.
32. Haney M, Hart C, Vosburg S, Nasser J, Bennett A, Zuberin C, Foltin RW. Marijuana withdrawal in humans: effects of oral THC or divalproex. *Neuropsychopharmacology* 2004;29: 158-170.
33. Huestis M, Gorelick D, Heishman S, Preston KL, Nelson RA, Moolchan ET, Drank RA. Blockade effects of smoked marijuana by the CB1-selective cannabinoid receptor antagonist SR141716. *Archives of General Psychiatry* 2001;58:322-328.
34. Tirado A, Goldman M, Lynch K, Kampman K, O'Brien C. Atomoxetine for treatment of marijuana dependence: a report on the efficacy and high incidence of gastrointestinal adverse events in a pilot study. *Drug and Alcohol Dependence* 2008;94: 254-257.
35. Winstick A, Lea T, Copeland J. Lithium carbonate in the management of cannabis withdrawal in humans: an open label trial. *Psychopharmacology* 2009;23(1):84-93.
36. Haney M, Hart C, Vosburg S, Comer SD, Reed SC, Foltin RW. Effects of THC and lofexidine in a human laboratory model of marijuana withdrawal and relapse. *Psychopharmacology* 2008;197(1):157-168.
37. Pumariega AJ, Rodríguez L, Kilgus MD. Substance Abuse Among Adolescents: Current Perspectives. *Addictive Disorders and Their Treatment* 2004;3:145-155.
38. Waldron HB, Turner CW. Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2008;37:238-261.
39. Dennis M, Godley SH, Diamond G, Tims FM, Babor T, Donaldson J, Liddle H, Titus JC, Kaminer Y, Webb C, Hamilton N, Funk R. The Cannabis Youth Treatment (CYT) study: main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004;27:197-213.
40. Kamon JL, Budney AJ, Stanger C. A contingency management intervention for adolescent marijuana abuse and conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005;44(6): 513-521.
41. Henggeler SW, Halliday-Boykins CA, Cunningham PB, Randall J, Shapiro SB, Chapman JE. Juvenile drug court: enhancing outcomes by integrating evidence-based treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(1):42-54.
42. Carroll KM, Easton CJ, Nich C, Hunkele KA, Neavins TM, Sinha R, et al. The use of contingency management and motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *J Consult Clin Psychol* 2006;74(5):955-966.
43. Sinha R, Easton C, Renee-Aubin L, Carroll KM. Engaging young probation-referred marijuana-abusing individuals in treatment: a pilot trial. *American Journal on Addictions* 2003;12:314-323.
44. McCambridge J, Slym RL, Strang J. Randomized controlled trial of moti-

- vational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users. *Addiction* 2008;103:1809-1818.
45. Walker DD, Roffman RA, Stephens RS, Wakana K, Berghuis J, Kim W. Motivational enhancement therapy for adolescent marijuana users: a preliminary randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74:628-632.
  46. Martin G, Copeland J, Swift W. The Adolescent Cannabis Check-up: feasibility of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Use Treatment* 2005;29:207-213.
  47. Martin G, Copeland J. The Adolescent Cannabis Check-up: randomized trial of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Use Treatment* 2008;34(4):407-14.
  48. Drake R, Muesner K. Managing comorbid schizophrenia and substance abuse. *Current Psychiatric Reports* 2001;3:418-422.
  49. Green A, Burgess E, Dawson R, Zimmet SV, Strous RD. Alcohol and cannabis use in schizophrenia: effects of clozapine vs. risperidone. *Schizophrenia Research* 2003;60:81-85.
  50. Drake R, Essock S, Shaner A. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psych Serv* 2001;52:469-476.
  51. Edwards J, Elkins K, Hinton M, Harrigan SM, Donovan K, Athanaspoulis O, McGorry PD. Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006;114(2):109-117.
  52. McCambridge J, Strang J, Platts S, Witton J. Cannabis use and the GP: brief motivational intervention increases clinical enquiry by GPs in a pilot study. *British Journal of General Practice* 2003;53:637-639.



---

# SÁNDOR RADÓ: APORTACIONES A LA PSICODINÁMICA DE LA MELANCOLÍA

---

MIGUEL FERRÁNDEZ PAYO

*Médico Psiquiatra.*

*Jefe Clínico del Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen de Zaragoza  
(Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús).*

Recepción: 21-09-11 / Aceptación: 31-01-12

## RESUMEN

A través de la exposición del pensamiento de Sándor Radó, anclado a la literalidad y estructurado conforme al modelo médico, se extraen sus aportaciones originales a la comprensión psicodinámica de la melancolía con referencia a las que constituyen el corpus básico psicoanalítico, las de Karl Abraham y Sigmund Freud.

Tras refutar las críticas de que no contemplaba el aspecto intrapsíquico y de que equiparaba burdamente el amor con la nutrición, se consideran las siguientes. En su obra inicial (1927): *a)* la prioridad respecto a Klein en la escisión en la representación materna como defensa contra la ambivalencia, *b)* la melancolía consistiendo en un trastorno en la regulación de la autoestima, la cual provendría de la fusión interpersonal orgásmica alimentaria mutada en amor, *c)* en el proceso de reparación el superyó (con la presen-

tación buena del objeto incorporada) atacaría al yo (con la representación mala), y destruiría a esta última, *d)* las toxicomanías, una evasión del trastorno. De su obra ulterior: *e)* una hipereacción (1950), *f)* una intolerancia al dolor (1954), *g)* una humillación del yo por el fracaso del desafío a la madre introyectada, intentando aterrorizarla (1954). Se ilustra con un caso clínico.

## Palabras clave

Melancolía, Radó, Abraham.

## SUMMARY

Through the exhibition of the thought Sándor Radó, anchored to the literalness and structured according to the medical model, their original contributions to the psychodynamic understanding of the melancholy are extracted in reference to which they constitute the

psychoanalytic basic corpus, those of Karl Abraham and Sigmund Freud.

After refuting the critics of which it did not contemplate the intrapsychic aspect and of which it coarsely compared the love with the nutrition they consider the following. In its initial work (1927): *a*) the priority with respect to Klein in the split in the maternal representation like defense against ambivalence, *b*) the melancholy consisting of an upheaval in the regulation of the self-esteem, which would come from the interpersonal nourishing orgasmic changed in love, *c*) in the repair process, superego (with the good representation of the incorporated object) would attack the ego (with the bad representation), and would destroy to this last, *d*) drug addictions, an evasion of the upheaval. Of its later work: *e*) a hyperreaction (1950), *f*) an intolerance to pain (1954), *g*) a humiliation of the ego by fail of the challenge to the introjected mother, trying to terrify it (1954). One acquires knowledge with a clinical case.

## Keywords

Melancholy, Radó, Abraham.

## INTRODUCCIÓN

Según Henry Ey, el proceso de la melancolía constituye «un mecanismo de defensa contra las “pulsiones orgiásticas” de la manía y su “complementariedad” y “profunda” unidad estructural y clínica “prohíbe” separarlos». Para él se trata de un trastorno «del sentido, de la orientación temporal ética de la corriente de la conciencia» debido a una «mutación estructural» sobreveni-

da en el curso del desarrollo de la vida psíquica. Era innecesario que señalara que el paciente no vuelve a la fase oral por la regresión y que «solo» es recordado el conflicto existencial humano de no poder apoderarse y devorar al objeto de deseo. Si bien el debate en la ambigüedad, entre no poder/no deber, establece un marco no real, la problemática girará alrededor de los alterados «fines últimos» reales a partir de las «relaciones primeras», emergiendo el proceso clínico como «conductas de solución». Si ante semejante profundidad del trastorno una dialéctica fantasmática difícilmente pueda cambiar el «sentido de la existencia» del sujeto melancólico, su comprensión puede, al menos, ayudarnos a entender su problemática.

Recientemente, he intentado demostrar que la teoría psicoanalítica clásica de la melancolía no es unitaria sino que se compone de dos diferentes (Ferrández 2006, 2008, 2009, 2010-b). La de Abraham, «el trabajo más importante» (Ey), y la de Freud. El maestro francés parece diferenciarlas al decir que «ambas nos abrieron un campo inmenso de comprensión del sentido». Proseguiré buscando responder al desafío que lanzó a «sostener» las tesis psicoanalíticas desde «el plano de su ligazón lógica». Será el primer paso para la aplicación de toda terapia psicológica de la personalidad que se pretenda profunda que deberá evitar, ante todo, que las inevitables crisis de desestructuración de la conciencia constituyan una ruptura en el continuum de la existencia.

A continuación de los autores citados, fue Sándor Radó (1890-1972), el autor que encaró con detalle el tema de la melancolía. Médico húngaro y miembro fundador de la Sociedad Húngara de psicoanálisis marchó en 1922 a Berlín

en donde se analizó con Abraham y analizó a teóricos como Fenichel, Hartmann y Reich. Dirigió las revistas científicas *Zeitschrift* e *Imago* (1927-32) y fue secretario de la Comisión Internacional de Enseñanza de la APA (1927-35)<sup>1</sup>. En 1931 Freud concedió su aprobación, con regañadientes, para que marchara a dirigir durante diez años la enseñanza del Instituto de Nueva York, basado en el de Berlín, que se clausuraría dos años después. A los cuatro años comenzaron las dificultades entre ambos. Se había opuesto a crear un instituto en Viena tras el acceso de Hitler y parecía que fomentaba el exilio<sup>2</sup>. A partir de 1944, se le impidió seguir ejerciendo el análisis didáctico pero continuó como profesor de psiquiatría y director del primer departamento universitario psicoanalítico hasta entonces, el de la Universidad de Columbia, hasta 1957 en que pasó a colaborar con la Escuela de Psiquiatría del Estado en su intento de integrar el psicoanálisis en la psiquiatría<sup>3</sup>.

Al igual que Abraham, su obra acerca del tema a abordar se concreta en tres trabajos fundamentales:

1. El inicial, «*El problema de la melancolía*» (1927), publicado en Viena en vida de Freud es el único que acostumbra a citarse en la bibliografía psicoanalítica. Los otros dos,
2. «*La psicodinámica de la depresión desde el punto de vista etiológico*» (1950) y
3. «*El control hedónico, el yo acción y el ataque depresivo*» (1954), a comienzos de los años 50, ya en EE.UU., son ignorados, probablemente por considerar que el autor había abjurado de los presupuestos psicoanalíticos.

Todos ellos de corte elíptico<sup>4</sup>, se estructurarán de tal manera que queden plasmados de forma literal, a fin de obtener una mayor fidelidad a su pensamiento, y sobre una maqueta correspondiente al modelo médico que facilite la visión clínica. Irán seguidos de una revisión bibliográfica, un resumen, las conclusiones que extraigo y las aportaciones a la psicodinámica de la depresión melancólica que estimo efectuó este autor. Se ejemplificará por medio de un caso clínico —correspondiente al punto 4 del artículo.

Un anexo sinóptico de diferencias con Abraham y Freud y las notas seguirán a la bibliografía que incorporará las fechas originales de publicación.

## 1. EL PROBLEMA DE LA MELANCOLÍA

Comienza valorizando a Freud y no a Abraham, del que había sido discípulo y analizado<sup>5</sup>, creemos que injustificadamente, ya que respecto al primer trabajo (1911) de este sobre el tema que nos ocupa únicamente refiere que la melancolía representaría una reacción ante la pérdida de amor del objeto sin nombrar el odio y la ambivalencia que destacaba. Ignora el segundo (1916) y se refiere al tercero (1924) como un «*segundo y amplio*» trabajo del que destaca la incapacidad de amar, derivada de la ambivalencia, los impulsos canibalistas y el antecedente de una depresión primaria edípica reactiva a la decepción de sus padres ante el rechazo a su amor. Asegura que va a penetrar «*más profundamente*» en la naturaleza de la melancolía a través del análisis del yo y del narcisismo. Lo hemos estructurado en dos apartados, el primero en torno al



desarrollo de la personalidad normal o neurótica seguido de la psicopatogenia del tipo de depresión que le acaece y el segundo con respecto a la personalidad melancólica a través de su predisposición y carácter, la etio y psicopatogenia, la clínica y la evolución.

### 1.1. La personalidad normal/ neurótica

#### *Desarrollo*

Asocia claramente el amor con la gratificación nutricia. La «*experiencia de fusión con la madre*» induce un «*éxtasis oral-narcisista*» u «*orgasmo alimentario*», («*precursor*» del genital) que «*satisface los anhelos egoístas de alimento*», pero también de «*seguridad*» y de sus «*instintos objetales incipientes*», el apego del que hablará más adelante Bowlby. El «*naciente*» yo del niño adquiere la «*cualidad mental*» que más tarde experimentará como «*autosatisfacción-autoestima*»<sup>6</sup> —fructuoso término que reconoce a Bernfeld y diferente al freudiano<sup>7</sup> «*en dirección del poder y todas las formas de actividad*». Es la expresión de la gratificación narcisista, «*señal de un anhelo*», resultado de las fuerzas instintivas dinámicas de un yo compuesto por libido narcisista cuantificable («*índice económico*»). En suma, parece querer decir que el placer recibido le suministra la estima de sí.

El primer «impulso sádico» aparece «*si su deseo de alimento se despierta en ausencia de la madre*», se calma ante su reaparición y origina las «*formas ulteriores*» de reacción agresiva ante la frustración. Quedará «*indeleblemente grabada*» en su mente la tendencia a la triada «*culpa-expiación-per-*

*dón*» siendo el hambre el «*mecanismo primario del autocastigo*».

Parece inferirse que la agresividad y ambivalencia podrían ser causadas por una madre ausente o poco solícita ante la «*creencia instintiva infantil*» de que «*hay que matar a las personas malas pues haberse ido significa estar muerto*». Las «*madres buenas*» (que otorgan placer) y las «*malas*» (que infligen una frustración) se convierten para el niño en «*objetos separados (representaciones instintivas) de su amor y de su odio*». Mediante este mecanismo mental de defensa (escisión) el «*débil*» e infantil yo «*está evitando el conflicto de la ambivalencia*». Valoraremos ulteriormente la precedencia de este concepto con respecto a su coetánea Melanie Klein.

En la fase fálica, el niño renuncia a sus «*impulsos genitales y sádicos*» que «*están dirigidos hacia los padres*» y se defiende contra su reaparición ante el «*temor a la castración y la pérdida de afecto*»<sup>8</sup>, desterrándolos al «*reino*» de lo reprimido, junto a la «*representación mental de los malos padres*». El deseo de una madre «*solamente buena*», que viene «*reforzado*» por las «*amenazas que recibe (castración) y por castigos dolorosos*» es el «*motivo impulsor*» para la formación del superyó («*los padres introyectados*»), a partir de los buenos padres y «*también del comportamiento de los malos padres*». Ante este, el niño adquiere un «*progreso*» del desarrollo, el «*temor de la conciencia (sentimiento de culpa)*». No se permitirá odiarlo, tal como hace contra los padres reales, «*aun cuando se comporten como tales*» y le otorgará el derecho de «*enojarse*», a pesar de lo cual «*no dejará*» de amarlo. Si bien la imagen de la madre separada de la ma-

dre buena «*perdura*» ahora en su mente como la «*representación de un deseo con una fuerte catexia*» —siguiendo a Freud— «*solo*» la educación conseguirá «*vincular las dos descargas instintivas contrarias al único objeto materno real*» al «*condenar*» sus actos de agresión y «*asociar*» a ellos las ideas de culpa y pecado para lo que se precisará de cierta «*maduración cerebral y mental*». La culpa reprimida que se ha «*asociado al incesto*», que «*“no puede entrar” en la conciencia*», se ocultará «*detrás*» de la que se ha vinculado a la agresión que persistirá «*sin disimulos*» en la mente consciente.

### Depresión

Se trata de una «*especie de melancolía parcial del yo*» con la «*caída de la autoestima*», en la cual el «*débil*» yo, que se siente culpable («*necesitamos mucho trabajo para contestar con certeza*» al porqué) efectúa el «*apartamento narcisista*» de una realidad «*insoportable*», haciendo que el objeto externo causante sea «*reemplazado por instituciones psíquicas*» en un «*intento de resolver los conflictos en el plano psíquico*». Esta claro que se refiere a intrapsíquicamente. Predominan los mecanismos de regresión anal-sádicos y genitales cuyo contacto «*con el mundo objetivo es más firme*» que los orales. El yo acabará «*más o menos intacto*» y, aunque «*se conserva el objeto, y con él, la relación con la realidad*», la relación con ambos se «*afloja*».

## 1.2. Melancolía

Hablaremos primeramente del desarrollo infantil de la persona con estructura melancólica para pasar a hablar después de la depresión que le acaecerá.

### Predisposición

- a) Constitución: tendencia agresiva del ello «*dominante*» con «*exagerada*» ambivalencia.
- b) Un superyó especial ante el «*mero peligro de la pérdida de amor*» (en lugar de ante la castración como hace el neurótico), el «*más profundo*» punto de fijación.
- c) En lugar de buscar el perdón y el amor de su objeto directamente de él, trata de obtenerlos de su superyó a través de la regresión de una «*manera narcisista*», para lo cual comienza a «*reproducir en su interior inconscientemente los castigos esperados*» a manera de «*intento inconsciente de reparación*». Habrá que establecer también la prioridad en un concepto atribuido a Klein.
- d) Una «*inmerecida lesión*» a su «*narcisismo*» que es peculiar, «*femenino*» («*como un alejamiento de sus padres, no habiendo cometido él ninguna falta*»), entendemos que en la fase edípica.

### Carácter

Vendrá forjado por estas características:

- a) «*Intolerancia narcisista*»: ante ofensas y decepciones triviales reaccionará «*inmediatamente*» con un descenso de su autoestima y el deseo «*urgente*» de aliviarla.
- b) Necesidad de gratificación narcisista «*desde el exterior*», ya que su autoestima se funda en gran parte en «*aprobación y reconocimiento*».
- c) «*Actitud cortejante*» inconsciente hacia personas que le recuerden a sí

y le gratifiquen con «evidencias» porque «prevalecen» en sus relaciones objetales «*finés narcisistas pasivos*».

- d) Dependencia. «*Tan pronto como*» se asegura el afecto de otra persona sufre un «*cambio completo*». Su «*sadismo se fija en sus objetos amorosos*», con «*tenacidad*» y «*tiranía*» y depende «*completamente*» de ellos. Recuerda que Abraham decía que se alimenta de ellos como si tuviera la intención de devorarlos y reacciona con vehemencia ante una agresión por parte de los otros o la «*amenaza de que se les retire el afecto*». Parece consecuencia obvia que se debe a que no mantiene una regulación propia de la autoestima.

### Factores desencadenantes

Un «agravio» narcisista.

### Etiopatogenia

La pérdida freudiana del objeto elegido narcisísticamente (Freud, 1917), origina una amenaza externa de «pérdida de amor» (Freud, 1921) a lo que añade, siguiendo a Abraham pero sin explicitarlo, de «*hambre que conoce el niño de pecho*». Por lo tanto, la pérdida es interna, con la consiguiente de autoestima.

### Psicopatogenia

Un «*intento de reparación (cura)*» por medio de una «*regresión narcisista*» para:

- a) «*revivir la autoestima*» del yo «*aniquilado por la pérdida de amor*»,
- b) «*restablecer la relación amorosa*» a través de una «*vehemente y desesperada demanda de amor*» (1928) y

- c) como «*medida profiláctica*» encaminada a «*eliminar las causas de agravio, a saber, la ambivalencia*».

### Clínica

Ante la inminencia de que sobrevenga la pérdida del objeto, efectuará los siguientes procesos mentales:

- a) Fase relacional con el objeto externo:

1. «*Penosa frustración del narcisismo*» por el «*amor*» a cargo del objeto de la realidad externa, probablemente por haberlo elegido narcisísticamente, quedando la autoestima «*minuscabada*».
2. «*Arrogante y amarga rebelión*»<sup>9</sup> con el resultado de «*fracaso*» ante el objeto al que considera «*culpable del conflicto*» pues ha «*provocado*» el rigor del yo por sus «*caprichos, inconstancia y mala voluntad*», buscando forzar su amor pues proviene de su preexistente «*tendencia sádica de hostilidad hacia el objeto*», interno. Aquí Radó reconoce seguir a Freud (1921).

- b) Fase relacional con el objeto amoroso infantil internalizado, por regresión: el melancólico se repliega de una «*manera narcisista*» al mundo interior pero «*tampoco puede escapar a la fuerza abrumadora del instinto agresivo*» del ello que «*pasa al bando del superyó*», se vuelve «*sádico*», y con «*desenfrenada tiranía*» demuestra ser «*más fuerte*» que el yo provocando su «*capitulación total*» con la consecuente «*pérdida de relación con la realidad*». Es la teoría freudiana. Radó indica que la patología radica, en que se relaciona «*no con el objeto, sino con el propio*

*superyó*», lo cual parece una contradicción dado que toda persona regula su autoestima a través de su *superyó* y la patología surge a la inversa: si precisa de suministros externos para mantenerla o posee un *superyó* mal construido o morboso. Querrá decir que se relaciona con su *superyó* narcisista patológico o bien con la representación interna del objeto externo.

c) Fase de fracaso de la contrición y asesinato:

1. Estado depresivo con la «*caída de la autoestima y la autosatisfacción*» como «*rasgo más notable*».
2. Con actitud de «*remordimiento masoquista*», el yo «*hace penitencia*» e «*implora el perdón*» al *superyó* a través del «*autocastigo*» y la «*expiación*»<sup>10</sup>. Bajo la forma de autoacusaciones y autodifamaciones delirantes «*asume toda la culpa del objeto*», «*a causa de su actitud agresiva*» propia que lo habría provocado, tal como refería Abraham.
3. El «*buen objeto*», cuyo amor desea el yo, ha sido «*introyectado e incorporado al superyó*» y el «*mal objeto*» lo es «*al yo y se lo convierte en la víctima*» hasta que es «*expulsado*» por «*vía anal*», lo que es «*sinónimo de ser asesinado*». Hasta aquí reconoce su deuda con Abraham. «*Lo que queda es el objeto despojado de su mal elemento, esto es el buen objeto*».

En su segundo trabajo dedicado a la melancolía, Radó (1950) resumirá este trabajo en tres puntos al que añadirá un cuarto de un trabajo antiguo (1932):

1. «*Regresa al primer objeto amoroso infantil (fuente de seguridad), la madre.*» Anteriormente había hablado de regresión sin especificar.
2. «*Destruir el aspecto frustrante de la persona amada*», «*la misma*» idea que tuvo el niño.
3. «*Proceso de expiación, cargado de furor invertido.*»
4. Si expresa auto-reproches, lo hace «*irónicamente.*»

## Evolución

### a) Intervalo de remisión.

1. La hostilidad «*satisfecha*», con su «*desahogo*» resulta en la «*restauración*» de la autoestima.
2. A fin de «*contener*» la ambivalencia, el yo erigirá un «*exceso de formaciones reactivas*» que «*impregnarán*» el carácter y buscará «*canales sociales*».
3. «*Se cumple*» la reconciliación final con el objeto a través de haberlo reemplazado por el *superyó*, mas «*no como un proceso real*». ¡Queda claro!

### b) Manía.

En «*fiel repetición intrapsíquica de la experiencia de la fusión con la madre cuando se mama*», el yo «*se une con el buen objeto que ha sido elevado a la posición del superyó*» —reconoce seguir a Freud— lo que permite que la autoestima alcance «*la exaltación, el triunfo, el éxtasis y la intoxicación*», que constituye la «*meta*» del proceso de la melancolía. El yo, con el «*alivio*» de sentirse «*liberado*» de sus «*propias tendencias agresivas*» y de su «*odiado enemigo*» vuelca su violencia contra «*la*

*realidad*» reproduciendo la «*euforia del lactante saciado*». Aunque habla de la postura freudiana de evasión, asegura reconocer a Abraham que en la manía se «*renuncia*» a la misma.

- c) «**Evasión**» a los estados fármaco-tóxicos<sup>11</sup>.

## 2. LA PSICODINÁMICA DE LA DEPRESIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA ETIOLÓGICO

En su segundo trabajo, dedicado a la etiología de la depresión, muchos años después y en Estados Unidos, Radó dejó de considerar a la melancolía como únicamente bipolar y caracterizó a algunos casos de psicóticos. En cadena el episodio agudo así:

### *Predisposición*

«*Hiperreacción emotiva*» del niño «*propenso a la melancolía*» ante la disciplina de los padres, con sus «*amenazas de castigo*» y el peligro, en forma de «*dolor, temor y furor*».

### *Carácter*

Marcado por el «*temor al empobrecimiento*» y la preocupación «*hipocondriaca*» por sus órganos digestivos, «*reproducciones*» del temprano temor infantil a la inanición.

### *Factores desencadenantes*

Una pérdida «*real o imaginaria*» («*no necesariamente*») que «*pone en peligro su seguridad afectiva (y material)*». Es efecto de la «*perturbación*

*emotiva*» «*más que su causa*», que puede racionalizar inventándola. Se ha producido un evidente cambio radical en su punto de vista previo<sup>12</sup>.

### *Clínica*

- a) **Fase inicial:** el «*resentimiento*» interno, que habría dificultado alcanzar la «*reparación*» y que habría buscado «*desahogar*» en la persona amada habría hecho que se sintiera abandonado por ella para pretender más tarde en una «*demanda desesperada de amor*» «*obligarla*» a amarlo. «*Desgarrado entre el furor coactivo y el temor sumiso*» según el que predomine, se mostrará agitado o retardado. «*Anhela arrepentirse*» ante un «*repentino temor culpable*» que activa la «*dependencia regresiva*» hacia la madre «*nutricia*», necesaria para su «*seguridad emotiva*».

- b) **Fase de estado:** reconoce seguir a Freud (1917) en que el yo se transforma en una réplica del objeto amoroso perdido que sustituye por identificación y dirige su sadismo contra sí hiriéndolo a su través, así como a Abraham (1924) en que equivaldría a una violenta fantasía de devoración destructiva. Después devora «*a la misma madre frustradora como sustituto del alimento*» lo que permite la reaparición imaginaria de la «*madre sonriente*» con «*ofrecimientos de alimento*».

La «*severidad*» de los auto-reproches y auto-castigos conforma un «*proceso expiatorio de autocastigo*» en el que busca «*reconciliarse con la madre y recuperar su afectuoso cuidado*». Sin embargo le satisface, «*no su arrepentimiento sino su furor coactivo*» del que persiste «*un residuo*» contra el medio. Se castiga por

su «*desafío*» y por su «*fracaso*» en el «*intento de aterrorizar*» a la madre. A señalar que, en la clínica de los casos que Radó llama psicóticos, observa más a menudo pérdida de peso y constipación.

### Psicopatogenia

Ante el «*anhelo regresivo de la seguridad alimentaria*» infantil, el citado temor sumiso «*derrota*» al furor coactivo y se produce un «*sostenido y sombrío arrepentimiento*» («*alteración del humor*»).

### Evolución

- a) **Fase de remisión:** «*agota*» la furia, «*no sabemos por qué ni como*». Consigue «*desahogar*» su resentimiento sobre la persona amada mediante «*la reducción al absurdo*» de sus auto-reproches a la par que proseguirá con su «*forzada constricción*» y «*menosprecio de sí*» en un «*proceso de reparación equivocada*» porque el «*paso regresivo*» le «*incapacita aún más*» pues supone la vuelta a la «*dependencia alimentaria maternal*».
- b) **Intervalos:** entre los ataques depresivos además de manifestar «*a menudo*» una pauta obsesiva aparecerá «*ocasionalmente*» una de tipo paranoide.
- c) **Suicidio:** «*lo reconciliará con la madre*».

### Tratamiento

Si predomina el temor culpable y el furor invertido, la bondad en el trato puede ser perjudicial y aumentar el peligro suicida y si el segundo alcanza una intensidad «*alarmante*» deberá tratarse al paciente «*duramente*» con el fin

de «*provocarle un sedante estallido de furor*», en ocasiones de funestas consecuencias.

### 3. EL CONTROL HEDÓNICO, EL YO ACCIÓN Y EL ATAQUE DEPRESIVO

El tercer artículo que Radó dedicó íntegramente a la depresión lo centró en el ataque depresivo. Similar al anterior se halla dotado de la fachada neurobiológica del momento, denostada desde las filas de la ortodoxia. Hemos ido ordenando el proceso en una serie de pasos secuenciales a través de frases literales.

#### Etiopatogenia

Los ciclos de humor serían atribuíbles a «*defectos del control hedónico del organismo*» ante:

- a) **Un genotipo**, como señala en el trabajo previo.
- b) **Un fenotipo:**
  1. La propensión a la hiperreacción, incorporada en su trabajo anterior.
  2. La «*alta susceptibilidad ante la amenaza de privación alimentaria*», de su primer trabajo.
  3. Una «*intolerancia del dolor*», a la que se había acercado en el trabajo previo.
- c) «**Influencias ambientales**»: «*muy importantes*» los primeros años de crecimiento, destacando la «*pérdida de la seguridad alimentaria*» de la que hablaba Abraham en el «*afectuoso*» cuidado de una madre que de niño «*solía exasperarlo con su insistencia en la regularidad de los movimientos intestinales*».

### **Factores desencadenantes**

Una pérdida «grave», o «*se conduce como si la hubiera sufrido*» (porque se trata de una «*ficción de la imaginación*») que provoca una «*hiperreacción*» emotiva que «*amenaza destruir su capacidad de control adaptativo*». Llega hasta el punto de decir que «posiblemente» «*no tenga una verdadera causa psicodinámica*». Son los mismos del trabajo anterior, radicalizados, ante la contemplación al cabo de los años de los defraudantes resultados psicoanalíticos, de los que tanto esperaba Abraham.

### **Clínica**

1. La persona perdida está representada por dos imágenes opuestas, creaciones de su amor y de su odio «*una, enteramente adorable*» y «*otra, enteramente detestable*».
2. La «*barrera*» del dolor es «*extensamente perforada*» por la «*abrumadora* respuesta de emergencia» ante el «*temor a la inanición*».
3. La necesidad de adaptación impide el furor coactivo que le haría recuperar el orgullo. Agitado, derrotado, y a veces con constipación obstinada producto del «*demorado*» desafío a la madre, se siente «*decepcionado*» y se desprecia con la sensación o idea delirante de «*indignidad moral*». Su furor lo «*escinde*»: una parte se reprime, pero permanece coactiva contra el medio ambiente, y otra se desahoga en auto-reproches (aunque los remordimientos no son más que una «*fachada*», tras la cual espera recuperar a su madre por medio del auto-castigo y la expiación).
4. El organismo para «*economizarse*», «*retarda*» su acción y «*reduce*» sus

actividades». «*Desesperado*» y «*desamparado*», «*se culpa*» por un castigo «*merecido*» pasando a sentir un «*temor culpable*».

5. Aparece la «*verdadera*» depresión cuando por su «*hipersensibilidad*» ante la «*amenaza de privación alimentaria, desarrollada en la infancia*» desarrolla un «*temor mortal*» ante un sentimiento de «*amenaza de inanición*». Pierde el apetito y peso y «*se castiga ayunando*». Puede tratar de «*adquirir rasgos que amó y admiró (y envidió)*» de la persona perdida para «*continuar gozando de ella*» a la par que desahogar su furor sobre la misma por medio de auto-reproches «*irónicos*».

### **Evolución**

- a) **La remisión:** recobrar la «*capacidad para el placer*», la «*disminución de sus inhibiciones*» y la «*plenitud de su actuación en la vida*».
- b) **Manía o Hipomanía:** la «*contraparte morbosa*».

### **Tratamiento**

- a) **Psicoterapia psicoanalítica:** siguiendo a Freud únicamente «*proteger*» al paciente durante el ataque para, una vez extinguido, «*acelerar la recesión de las emociones de emergencia*» y la «*expansión del yo-acción*» y, más tarde, intentar la «*readaptación preventiva*» mediante la «*técnica adaptativa de la terapéutica psicoanalítica*».
- b) **El TEC:** si tiene éxito, «*prepara rápidamente al paciente para la psicoterapia*».
- c) **Psicofármacos:** los opiáceos, para calmar «*transitoriamente*» las emo-

ciones. Augura una «*droga del porvenir*» que «*reduzca los temores, temores culpables y furios sin el menor efecto embriagador*», vislumbrando la inminente llegada de los antidepresivos, al destacar un artículo de 1952 acerca de una sustancia con efectos adrenérgicos y noradrenérgicos.

## Diferencias con Abraham y Freud

■ Con respecto a la **constitución** melancólica, Radó, en su primer trabajo menciona el «fundamental descubrimiento» (Fenichel) de Abraham de la ambivalencia hacia el objeto y hacia sí mismo, en lo que Freud coincide, pero no el de la erotización oral (1916). Añadirá la intolerancia al dolor (1950, 1954), que pudiera ser genética pero también adquirida debido al esfuerzo de la depresión infantil (Abraham) que habría acaecido. Coincide con los dos en que habría un excesivo **sadismo** del ello, a la que se añadiría la rabia reactiva contra una madre poco solícita que habría dañado la autoestima del niño. También hacia su yo, decía Abraham, como forma de escapar de la que siente hacia el objeto que le protege, la madre, más que por culpabilidad. El yo infantil, débil o empobrecido, se debería, no a los ataques de un superyó sádico como decía Abraham y Freud no aclara, sino ante el esfuerzo consumido ante el temor a la privación de una madre no fiable en su protección o presumiblemente chantajista ante la emancipación. De ahí provendría, no la duda de la castración (ansiedad de castración) que Radó explica como un narcisismo femenino porque cedería, no a dicha

amenaza sino a la de privación de amor. Si la **motivación para odiar** era para Abraham el retiro del pecho, lo son los sucesivos alejamientos del alimento de una madre poco solícita. La **autoestima** de la que habla Radó viene referida a un buen suministro alimentario que favorece el amor, y la necesidad objetal, que conllevaría la sintonía psíquica simbiótica con el consecuente orgasmo alimentario que neutralizaría la ambivalencia. Si para Abraham habría habido **decepciones preedípicas**, y no para el vienés, Radó concuerda con el segundo. Si Abraham hablaba de un **superyó** materno y Freud de un ideal del yo que condena al yo, para Radó las introyecciones patológicas infantiles no parecen provenir de unos padres patológicos que lo hicieran especialmente sensible a la privación de amor. La doble introyección que Fenichel asignará a Radó en el proceso agudo como un avance, ya la había señalado Abraham (Garma, Palacio). Reconoce la **percepción interna de incapacidad para amar** de la que hablaba Abraham.

■ En cuanto al **motivo desencadenante** del episodio melancólico, Radó coincide con los creadores de la teoría clásica en la decepción del objeto, elegido sobre una base narcisista que Freud había extraído de Rank (Jacobson, 1953) aunque Abraham añadía la obligación de definición, entendemos que a nivel simbólico, y el segundo —como hipótesis— la patología (en el superyó, en el narcisismo o en la química del yo). Radó añadirá en sus últimos trabajos que se pondría en peligro la seguridad afectivo-material ante lo que hiperreaccionaría debido a estar sensibilizado a las pérdidas que



afectan al narcisismo con bajada de autoestima.

Los tres entienden que habría un **deseo criminal** latente hacia los objetos originarios, que concretan en la madre.

El **superyo patológico** que se fabricaría sería para proteger el orgullo herido del yo —habría que decir del *self*—, que habría dejado huella en el carácter (soberbia) que, como decía Freud, contendría los restos de las relaciones de objeto resignadas.

La **pérdida de autoestima** del episodio agudo sería por no poder mantener el desafío ante el objeto externo y la madre interna, con la consiguiente rabia por tener que verse forzado a ceder ante el objeto externo y regresar humillantemente a la madre. Esto concuerda con el fracaso en la rebelión del yo (Freud, 1921) y la necesidad del melancólico de preservar las relaciones objetales, aunque sean malas (Grinberg). Los comentarios alrededor del temor a la inanición, sobre los que también insistía Abraham, nos hacen pensar que detrás de la abundancia en la actualidad de cuadros de anorexia y bulimia pudieran esconderse verdaderas depresiones melancólicas; de ahí su gravedad.

Con respecto a la **regresión**, Radó sigue a Abraham en que sería a la fase oral y no a la fase sádica más próxima y que predominan los mecanismos oral-sádicos sobre los anal-sádicos de la depresión corriente. La **culpa** en la que coinciden los tres, que para Abraham era por la percepción interna del odio y la supresión de la venganza y para Freud por la segunda razón (ante el temor a no ser querido) es únicamente por la reactivación de los deseos edípicos en la depresión neurótica y en la melancolía por haber perdido al objeto externo por su agresividad, por fracaso

en el desafío al objeto y a la madre ante la que se habría humillado siguiendo su sistema infantil de expiación y su yo sufriría por ello.

Para los tres autores se produciría **identificación** con el objeto, si bien para Abraham, de forma narcisista, específica y patognomónicamente melancólica y con incorporación oral y para Freud, una vez ya incorporado, para Radó se realizaría con la madre como pensaba Abraham y no con el padre como sostenía Freud. Radó no menciona la **herida freudiana** en el yo, para él habría sucedido la **destrucción simbólica** de la que hablaba Abraham, no solo del objeto externo e interno sino del mal objeto materno y más en el sentido de destrucción que de devoción para evitar morir de inanición, ¡se entiende que amorosa!

Si para Abraham el superyo materno golpearía al objeto que se habría incorporado al yo y para Freud sería la conciencia moral al yo escindido, Radó introduce la novedad de que el buen objeto se introduciría en el superyo, que parece ser paterno, y golpearía al malo introducido en el yo. Habla a la vez de **incorporación** e introyección por lo que se entiende que las equipara y, por tanto, habría que hablar de la incorporación de Abraham. Reconoce seguir a este en que el mal objeto es asesinado analmente pero la novedad es que queda el bueno, que para Abraham había que reincorporar oralmente. La noción de un **yo masoquista** apaciguando a un superyo sádico se encontraba ya en Abraham.

■ La **superación del episodio** es para todos ellos la descarga a la que Abraham añadía el factor culpa y Freud la desvalorización por superioridad mo-

ral. Freud y Radó, no así Abraham, entienden que en la depresión habría rebaja en la autoestima. La noción de **reparación**, implícita en Abraham, la explícita con claridad pero la refiere sin más a la autocura por cumplimiento de una penitencia (1927) [más adelante (1951), la atribuirá al resentimiento] pero sin precisión con respecto al daño causado a los objetos introyectados. Para los tres existe interrelación con la **manía** pero discrepan en que para Abraham no se trata de una emancipación transitoria del yo sino de una incapacidad de contención del sadismo por parte del yo y Radó se adhiere a la momentánea unión freudiana yo/superyó, que contradice la clínica, pero solamente con el buen objeto que se habría instalado en este. En fin, el **suicidio** lo entiende Radó como la reconciliación contra una madre precisada de simbiosis que habrá de vivirse como persecutoria porque buscará la claudicación total de la propia personalidad como medida contra la emancipación que vive de forma atentatoria. La aparición de fármacos sanadores ya la había avanzado Freud, no así que el TEC favorecía la psicoterapia psicoanalítica y no el psicoanálisis como propugnaba Abraham.

### Revisión bibliográfica

- Freud, aunque tras la lectura de su primer trabajo, le escribe calificándolo de «excelente» (Roazen) su sutil crítica es que no le resulta clara su «derivación» del sentimiento de culpabilidad y que su «insignificante» inminente artículo (Freud, 1927), no habría de «alterar su contribución». Manifestaba el «presentimiento» de que el «secreto» de las neurosis nar-

cisísticas, como calificaba a los trastornos afectivos, estaría en los procesos entre el «yo y el objeto repetidos entre el superyó y el objeto».

- Deutsch incluye a su primer trabajo, con los de Freud, Abraham y «otros» como «fundamentales» y considera que describe el estado inicial de depresión melancólica de manera «magistral».
- Klein. Su reproche de que no se refiere a lo intrapsíquico siempre implícito es injusto y se halla explicitado. Muestra acuerdo (1934) con que el punto más profundo de la disposición depresiva es la amenaza freudiana de la pérdida de amor, especialmente en la situación de hambre, pero difiere con las «formas tortuosas» en que expresa la culpa y en que el melancólico fracasa en «la relación» con «la madre real» que acompaña a la introyección del objeto bueno «antes y durante el destete». Tal y como si para el húngaro únicamente implicara una negación o torpeza meramente física sin animadversión hacia el bebé. También se muestra de acuerdo con que la manía constituya la fiel repetición intrapsíquica de fusión con la madre durante el amamantamiento pero para ella las «fantasías maníacas» controlan el pecho «y los padres internalizados y los externos». No da cuenta de la precedencia en el concepto de escisión para frenar la ambivalencia entre una madre buena y otra mala, aunque su teoría se muestre mucho más elaborada, lo que Radó (1963) lamentará con amargura. Parece ser que existía enemistad personal mutua<sup>1</sup>. Él mostraba una actitud de oposición «afectiva y teórica» (Gay), había rehusado artículos

- suyos y a la muerte de su protector Abraham la había atacado «salvaje y deslealmente» (Wollfheim). A su vez, Jones había buscado sustituirle por ella, en 1934, al frente de la Comisión Internacional de Formación (Grosskurth, 1986). En cuanto a la reparación, le omite como predecesor del concepto, que, al igual, ella elaborará (1934).
- Schilder resalta el rebajamiento para obtener el amor de sus padres y del superyó.
  - Fenichel considera su obra primera un destacado avance, especialmente la noción de doble introyección, ya introducida por Abraham.
  - Scott le cita alabando de «incuestionable» la labor de los pioneros.
  - Lewin destaca que resuelve «ingeniosamente» la problemática de la pérdida de objeto mediante «dos introyecciones», que atenúa la importancia que Abraham otorgaba a la «distinción precisa» de los dos períodos de la fase oral y la manía como una fusión oral, contribución «importante».
  - Katan no encuentra aceptable, en la manía, comparar al acosado yo con la alegría del bebé bien alimentado.
  - Fromm-Reichmann valora que avanza «un paso más» en la teoría de la identificación, parece otorgarle la prioridad con respecto a la escisión pero no en cuanto a la reparación porque lo retrasa equivocadamente a «su obra más reciente» acerca del tema tratado.
  - Rosenfeld (1959) le considera «el primero» en haber intentado una descripción «clara» de la temprana situación infantil. Discípulo de Klein, no asegura la prioridad sobre la escisión en madre buena/mala pero acusa que «no hace mención». Estima que cree en precursores del superyó aunque no lo explicita debido a que los autocastigos infantiles indicarían culpa. En el traspaso de la agresividad a los objetos buenos del superyó le anticipa a Klein pero considerando que la escisión se mantiene «constantemente». Las contribuciones ulteriores no demostrarían la «misma profundidad». Con respecto a la manía (1960) el «concepto nuevo» es la criticada por Katan, satisfacción con la alegría del niño al pecho que luego (1954) no equiparará.
  - Nacht (1938, 63) confirma la importancia otorgada al componente oral sádico y, «como M. Klein», el retorno de la agresividad con el fin de ahorrársela al objeto y de esa manera preservar una buena imagen.
  - Grunberger reconoce la importancia que asigna a este «factor».
  - Pasche habla de una «dialéctica» «del amor».
  - Laplanche y Pontalis no incluyen la noción de autoestima y adjudican a Klein las de escisión en objeto bueno y malo y la reparación.
  - Garma resalta la retirada narcisística.
  - Benedek, Schmale/Engel y Wolpert le omiten. Para Goldberg «amplió» el concepto de la oralidad a través de subrayar la influencia de la lactancia sobre el yo infantil. Ostow señala la rebelión que antecede. Anthony, el énfasis sobre la predis-

- posición oral con la secuencia furia-culpa-expiación en un contexto de hambre y satisfacción orgásmica «que proporcionan las mamas». Zetzel, la ambivalencia.
- Fedida y Abraham/Torok adjudican la escisión a Klein.
  - Jacobson (1975) resalta la agresividad hacia los que le rodean.
  - Bemporad (1978) contempla como conceptos «originales» que «la represión representa un proceso de reparación y un período de expiación, la necesidad de que otros refuercen su autoestima y la reiteración del patrón rabia-reparación». En su obra tardía agregó el desafío al objeto y el autodesprecio por la debilidad y descontrol. Además, habla de introyecciones preedípicas (1989).
  - Mendelson (1960), al contrario que Lewin, entiende que el primer trabajo se halla bajo la teoría estructural freudiana, que «ignora» el factor constitucional a favor de la predisposición psicológica. Afirma erróneamente que fue el primero que resaltó que todas las depresiones mostraban el mismo mecanismo, en lo que le habría seguido Fenichel. Respecto a la obra posterior considera que se centra en el ansia de satisfacción e intolerancia narcisistas y en la culpabilidad que conduce a la privación de amor con la pérdida de autoestima que no es capaz de autosuministrarse con el consiguiente «drama» de expiación en aras de recuperarlo (1990).
  - Millon ve en el abuso del arrepentimiento y la expiación los elementos «clave».
  - Meissner subraya la frustración y agresión orales que Bowlby «ha documentado».
  - Kernberg nos sorprende con que, junto a Freud, habría descrito «originariamente» la identificación con un superyó sádico que desarrollará Klein.
  - Grinberg confirma que repite la noción de doble introyección de Abraham, entiende la disminución de la autoestima de la que habla como duelo por el «estado en que quedó el *self*» y le omite cuando habla de la intolerancia al dolor.
  - Ávila y Sanz/Vázquez ponen el énfasis en la hipótesis del narcisismo a través de la autoestima.
  - Gabbard destaca el desamparo, el «fenómeno central», y la anhedonia cuando no se alcanza la capacidad de sentir autogratificación emocional.
  - Bleichmar señala que recoge de Weiss su cercanía con la paranoia reivindicativa y con respecto al objeto externo, que resulta inapropiado, dice que «el que odia siempre encontrará la forma de que el otro no se ajuste a un modelo que lo hará satisfactorio».
  - Ebtinger le incluye en un «segundo modelo» psicoanalítico junto a Deutsch y Klein, también discípulas y analizantes de Abraham.
  - Contreras se centra en la regulación de la autoestima y la participación del yo, las defensas y la adaptación.
  - Hinshelwood no lo menciona al explicar la noción de Klein (1932) de que el yo primitivo vive rodeado de objetos animados de buenas o malas intenciones, hasta la unificación

hacia un mismo objeto, que sorprendentemente asigna a Abraham.

- Blatt subraya la oralidad y el intento de reparación de la autoestima.

## Resumen

1. El amor, que se equipara a la nutrición infantil, llega a través de la nutrición materna y la fusión orgásmica con la madre, y satisface la necesidad instintiva de apego objetal —a la que más tarde se referirá Bowlby— y crea la autoestima.
2. Se crea una escisión en la representación con el fin de defenderse del odio, incrementado por la frustración.
3. El superyó melancólico, sádico, se crea, no ante la amenaza de castración, sino de amor.
4. La culpa es por la represión de los deseos genitales escondida detrás de los agresivos.
5. En el primer trabajo, diferencia entre la melancolía en la que predominan los mecanismos regresivos a la fase sádico-oral de la del neurótico que es parcial y al contrario, es a la fase anal o a la genital. En la obra ulterior, diferencia una depresión psicótica (1950) o verdadera (1954), con pérdida de peso y constipación.
6. La etiología es: en un determinado genotipo, el descuido en la atención materna (que hace temer el abandono, lo que genera intolerancia al dolor y tendencia a la hiperreacción defensiva).

7. El episodio agudo lo genera:

- a) Una amenaza de inanición de amor vivida como de alimento, y por tanto mortal, y de autoestima en una persona con mal control en la regulación neuroquímica del dolor.
- b) Una necesidad de reparación como profilaxis contra el abandono al sentir odio dentro de sí.

8. La cólera contra el objeto externo se trasvasa al originario culpándole de su pérdida por haber sido agresivo (Abraham) y se dirige contra sí mismo. Se efectúa regresión y la buena imagen materna incorporada al superyo asesina a la mala, incorporada al yo.

9. El temor sumiso se impone al desafío coactivo, primeramente a nivel externo y después a nivel interno —con el suicidio como caso extremo.

10. Se trata de un proceso de reparación equivocada que, en lugar de fortalecer al yo, lo debilita por haber decidido humillarse a fin de recuperar la seguridad.

## Conclusiones

- Es infundado el reproche de su contemporánea rival Klein de que Radó no contemplaba el aspecto intrapsíquico, dado que reiteradamente lo explicita.
- El atentado al narcisismo había sido tratado por Abraham previamente (Meissner).
- La equiparación amor-nutrición se halla implícita en la obra de Abra-

ham y no es de índole tan burda como han pretendido achacarle sus críticos. No así, sin embargo, el concepto de fusión madre-hijo con un orgasmo alimentario precursor del adulto ni la utilización del fértil concepto de Bernfeld de la autoestima proveniente de la autosatisfacción orgásmica.

- Aunque la idea de una rebelión contra un objeto dominante y el fracaso coactivo pertenecería a Freud y únicamente añadiría la satisfacción obtenida en aterrorizar a la madre interna con la consecuente humillación.
- Tal como él mismo sostendrá, Radó parece ser el creador de la noción de la escisión en la representación objetal con el objetivo de defensa de la ambivalencia aunque Klein (1934) señala más claramente el aspecto de deformación que implica. Los autores kleinianos le ignoran. Blatt señala que aquella «estuvo influenciada por Abraham y Radó, pero también por Freud» para crear su concepto de posición depresiva.
- La noción de reparación (1927) es en el sentido de reconciliación con el superyó y ulterior a la kleiniana (1935), consecuencia del daño infligido a los buenos objetos.
- Aporta que el superyó, que habría incorporado la representación buena del objeto, atacaría al yo que a su vez lo habría hecho con la mala y destruiría a esta última, quedando únicamente la buena.
- En su obra ulterior, que habría que desproveer de su innecesario y abigarrado ropaje lingüístico pseudo-biológico, aporta las nociones de

tendencia a una hiperreacción emocional y la posibilidad de que no exista una verdadera causa psicodinámica y una mala regulación neuroquímica del dolor.

- No existiría un avance sustancial al conocimiento de la psicodinámica de la melancolía en Radó con respecto a sus predecesores, como parece afirmar su discípulo y analizando, Fenichel.

## Aportaciones

En su obra inicial (1950):

1. La autoestima proviene del placer orgásmico alimentario mutado en amor.
2. La escisión en la representación materna, defensa contra la ambivalencia.
3. El superyó, que ha incorporado a la representación buena del objeto ataca al yo, que ha incorporado a la mala representación, y destruye a esta última.
4. La melancolía, un trastorno en la regulación de la autoestima.
5. La melancolía, un intento de reparación —menos elaborada que la kleiniana.
6. Las toxicomanías, una evasión.

En su obra ulterior:

1. La hiperreacción (1950).
2. La intolerancia al dolor (1954).
3. El desafío en el intento de aterrorizar a la madre introyectada junto a la humillación del yo por el fracaso (1954).

#### 4. EL VISIONADO PSICODINÁMICO EN LA CLÍNICA

Describiré un caso clínico de depresión unipolar melancólica en el que se plasman las peculiaridades psicodinámicas del paciente predispuesto a sufrir de melancolía y no de cualquier otro tipo de depresión, además de su reacción ante el impacto afectivo que le destroza y su forma de vivenciarlo. A través de las frases literales en cursiva de la paciente iré señalando los conceptos teóricos psicoanalíticos expuestos en relación a Radó y a los pioneros en el psicoanálisis de la depresión.

■ Mujer soltera de 25 años de edad, la segunda de cuatro hermanos, con padre profesional liberal. Le faltaba una asignatura para acabar la carrera. Su abuela materna, con depresión melancólica unipolar de larga evolución, había sido tratada anteriormente por mí con desconocimiento por parte de la paciente que negaba la causalidad psíquica en favor de la neurológica debido a un temblor psicotrópico residual, que le era más admisible. Posteriormente lo sería un tío materno con el mismo trastorno pero de aparición tardía en la cincuentena y mal pronóstico por el mismo tipo de negación, un temblor tensional que reconducía a consultas con neurólogos que me explicaban como trataban de encaminarlo en vano. Traté a la paciente durante tres años mediante psicoterapia reglada de orientación psicodinámica combinada con tratamiento psicofarmacológico, fundamentalmente a base de clomipramina (que en los últimos meses se permutó por paroxetina) y trifluoperacina (durante los dos primeros años).

■ Refirió estar depresiva desde hacía 3-4 años y haber empeorado a su regreso a la ciudad de origen tras haber estudiado su carrera fuera «*el venir a casa ha sido como explotar*». Se sentía «*antes mejor con mi padre, ahora no*», es «*como si me autocastigase*» con la necesidad de «*deprimirme los momentos felices*». Vivía en soledad «*aunque no lo esté*» y con malhumor «*daría patadas*». Había fracasado «*en todos los aspectos*».

■ Tenía una hermana mayor y una hermana y un hermano menores. De temperamento «*movidísima*», su apodo familiar aludía a un huracán. De su infancia decía no guardar «*ningún trauma ni mala experiencia*» pero haber sido «*muy tímida*». Lloraba al contar que achacaba su sentimiento de inferioridad a que suspendía mucho y la enrolaron en una clase especial de lectura. Cualquier pelea la conectaba con «*lo que he hecho al otro*», eso «*¿es sentirse inferior, no?*», pues «*desde siempre*». Estaba convencida de que su trastorno era innato, «*soy depresiva por naturaleza*», en línea con los defectos congénitos que Abraham señaló que el depresivo siente. «*¿A lo mejor no me quiero lo suficiente?* por ser «*inferior y diferente*» que hace que las cosas «*me afectan demasiado*». Ya «*a los 10 años tenía neurosis*», la necesidad compulsiva de «*encender la luz y lavarme las manos treinta veces al día, el beber agua también*», rasgos compulsivos caracteriales de base que también Abraham puso en valor. «*A los 15 años cambié y me hice relaciones públicas*».

■ ¿Sus padres? «*no son intolerantes*» y «*cómo te educan, tú eres*» habían modulado su vida, la «*que me han hecho*» pero no veía que ella había busca-

do adaptarse a ellos. La misma carrera la escogió «*para no decepcionarles*». En un rango inferior era la del padre, la persona dominante familiar requerida por el melancólico que tan bien describió Arieti, con la intención de acercarse a él y ser valorada «*él, día a día nos ha hecho así, todos somos así, muy exigentes, y falta de cariño de mi padre (llora) porque es muy frío*». Yo «*soy muy emocional y él muy frío y no entiende las cosas de los sentimientos*». Está «*siempre de malhumor, me lo ha contagiado un poco, es muy seco, no sonríe*». Ella, que lo admiraba, lo tomó como modelo. Yo «*puedo parecer dura pero quizá lo haga para ocultar mi sensibilidad, ¿sabes?*». De su madre señalaba que pasó una temporada mala, «*que padecemos todos*», atribuible a la menopausia.

■ Marchó a estudiar fuera y se enamoró de un chico con novia «*le he idolatrado y no se por qué*». La idealización kleiniana de un objeto de amor, tras la cual se ocultaba la hostilidad que le traspasaba procedente de la que portaba hacia la figura masculina. Él, agobiado, la rechazó «*me dejó con mucha dureza, me insultó*». Aún «*recuerdo el daño que me hizo y lo peor es que creía que me lo merecía*» pero «*hice ver que no me importaba*». Había aparecido ya un cierto reconocimiento de no merecerlo. Fue «*la gota*» que colmó el vaso de una historia sentimental de fracasos amorosos. Él seguía ennoviado y «*yo no quería ser un segundo plato*». No buscó la victoria iniciando de entrada una competición con una rival sino la derrota y el rechazo. Aseguraba «*sigo sintiéndome culpable, como si lo hubiera buscado yo, como si me lo mereciera*» lo cual se debía a haberlo inducido inconscientemente.

■ Al 2.º año dejó de comer, «*no me sentía digna de alimentarme*» y «*por temor a destruir, me autocastigaba*», recordamos a Abraham. Se trata de la venganza contra el objeto interno<sup>13</sup>. Era «*porque pensaba que no me merecía ser feliz*». Y, reconociendo la ideación persecutoria de entonces, «*llegué a pensar que estaba todo el mundo en contra mía*». Se veía abocada a lanzar la agresividad hacia sí misma: «*planeé suicidarme el día de mi cumpleaños pero no lo hice, fue porque él me dejó ese día*». Posteriormente, pensó en hacerlo con ocasión de sus 25 años. Se produjo la expulsión rechazante del objeto externo, la pérdida pasiva de objeto freudiana, el abandono activo abrahamiano.

Comenzó a combatir la depresión mediante diferentes tóxicos, recurso cuya importancia fue Radó el primero en señalar y Klein en atribuir su carácter maniforme; «*los porros fueron al 2.º año*», constituyeron «*la compañía principal*» y «*no los he podido dejar*».

■ Al 3.º año «*me volví mala persona porque era mucha mierda dentro de mí*». Acumulación de agresividad autorrepresentada en forma de heces debido a la regresión. Se sentía mala por dentro por percibir en sí misma agresividad hacia objetos internos correspondientes a imágenes introyectadas de figuras paternas.

■ Al 4.º año de carrera comencé a «*levantarme de malhumor*» y «*empecé a beber porque me entraban ganas de llorar en clase*» y «*después para dormirme*». Lo racionalizaba «*pensaba que me merecía estar sola*». No, «*ahora no*» entonces «*era de diario, por las mañanas iba a clase piripi. No lo exteriorizaba para autocastigarme, no que-*



ría dar pena a los demás y porque pienso que me lo merezco». ¿Por qué? «porque he nacido siendo una estrellada». El parto vivenciado como una expulsión agresiva materna. «Por eso tampoco hacía nada por intentar no estrellarme». La dejación ante un superyó cruel contra el que se sentía impotente. «Entonces me culpé de haberme quedado sola». No había forma de escapar de la culpa, era persecutoria (Grinberg). «Creé mi burbuja de dolor sin que nadie se enterara, pensando que me lo merecía». La necesidad de autocastigo por sentirse mala al descubrirse odiando la traspasó a ingestiones autoagresivas de alcohol atacando al objeto interno. «Me vine antes de darle al caballo (heroína) porque quería morirme». El suicidio para matar al objeto interno, como decía Radó. ¿Alcohol? «Al venir mis padres me culpaban y quería tirarme por una ventana ¡claro!». Se defendía pasando de estrellarse de una forma pasiva a una forma activa. Ahora «ya no pienso en el suicidio, que es lo primero que deseaba, me metía en la cama y pensaba en cómo me iba a morir».

■ Con respecto a su estancia en la otra ciudad «mis padres siempre me preguntaban por comer, dormir y cagar, lo fundamental para que todo vaya bien». Reflejaba la carencia de empatía con la que había vivido y la tendencia oral familiar imperante. «Ojalá no pasen por esto nunca». Con su rumiación se castigaba por el deseo de que les sucediera bien por una percepción inconsciente de haberse sentido rechazada en el pasado por ellos primaria o secundariamente. Al perdonarles se sentía menos mala al mostrarse a sí misma el amor que en verdad sentía hacia ellos a la par que se sentiría al fin

comprendida en un sufrimiento tan profundo. Y proseguía, «siempre me tengo que controlar, daría patadas». La inhibición de su violencia agresiva ante la frustración afectiva.

■ Inhibición de su yo. De aquel entonces refería «me siento muerta», «el alma la tengo muerta», dudando acerca de su propia existencia porque bloqueaba sus sentimientos para que no le traspasasen y así mantenía a raya su posible culpa. Una vivencia de fracaso personal, «siento que he fracasado en todos los aspectos», en su independencia con respecto a su objeto interno pero también en la obtención de sus favores. «Me sigo culpando de todo, de no haber buscado otro remedio, solo rebozarme en mi mierda». El sadismo anal y la culpa resultante.

■ En una entrevista familiar junto a la madre y la hermana, que planifiqué para advertirles del elevado riesgo de conducta suicida, la madre señalaba «ve el mundo en su contra».

En una entrevista con el padre daba la impresión de padecer también de alguna alteración del humor con descontento hacia sí mismo que sobrellevaba con fortaleza yóica y que ella vivenciaba como enfado hacia ella por no lograr contentarlo. Mostraba falta de empatía, «es muy exagerada», una tendencia culpabilizadora «ha hecho muchas cosas mal» y otra negadora «creo que si termina la carrera, no hay problema». Si es así, él la ayudará y absolverá. Su personalidad y afectividad quedó patente al relatar cuando ella le comunicó su finalización «me dijo, y lloré, ¡que alegría te he dado a ti!». Se mostraba agradecido por su entrega hacia él en orden a la satisfacción de sus propias aspiraciones en relación a ella sin que concienciara

que para su hija su felicidad dependía de la suya.

## BIBLIOGRAFÍA

Abraham K. Notas sobre la investigación y tratamiento psicoanalíticos de la locura maníaco-depresiva y condiciones asociadas. Psicoanálisis clínico. Buenos Aires, Hormé, Colección Psicoanálisis, 2.<sup>a</sup> ed.; 1980.

Abraham K. La primera etapa pregenital de la libido. Psicoanálisis clínico. Buenos Aires, Hormé, Colección psicoanálisis, 2.<sup>a</sup> ed.; 1980.

Abraham K. Un breve estudio de la evolución de la libido a la luz de los trastornos mentales. Psicoanálisis clínico. Hormé, Colección Psicoanálisis, 2.<sup>a</sup> ed.; 1980.

Abraham N, Torok M. (1966.) ¿Quién es Melanie Klein? La corteza y el núcleo. Buenos Aires, Amorrortu, Biblioteca de psicoanálisis; 2005.

Alexander F. (1966.) Sándor Radó (1968.) Historia del psicoanálisis. Buenos Aires, Paidós, tomo IV, Biblioteca de Psicologías del siglo XX; 1968.

Anthony J. (1975.) La depresión infantil. Depresión y existencia humana. Anthony J, Benedek T. Barcelona, Salvat; 1981: 217.

Ávila A. Psicodinámica de la depresión. Madrid, Anales de psicología 1990; 6(1):46-7.

Bemporad J. (1978.) Revisión crítica de los principales conceptos de depresión. Psicoterapia de la depresión. Arieti S, Bemporad J. Buenos Aires, Paidós, Psiquiatría, psicopatología y psicósomática, Serie mayor; 1981: 39-42.

Bemporad J. Intensive psychotherapy and psychoanalysis. Treatment of psy-

chiatric disorders. Washington, American Psychiatric Association; 1989: 1827.

Benedek T. (1975.) «Ambivalencia y constelación depresiva en el sí mismo» y «La depresión a lo largo del ciclo vital». Depresión y existencia humana. Anthony J, Benedek T. Barcelona, Salvat; 1981.

Bernfeld S. (1925.) Psychologie der Säuglings (citado en Radó S. Contribuciones a la melancolía. Psicoanálisis de la conducta. Buenos Aires, Hormé, Biblioteca de Psicología Profunda 2.<sup>a</sup> ed.; 1973).

Blanton S. (1938.) Diario de mi análisis con Freud. Buenos Aires, Corregidor, Biblioteca de la esfinge, 105; 1974.

Blatt S. Classic psychoanalytic formulations of depression. Experiences of depression Theoretical, clinical and research perspectives. Washington DC, American Psychological Association; 2004: 24-5.

Bleichmar H. (1978.) El autorreproche y la estructura del inconsciente. La depresión: un estudio psicoanalítico. Buenos Aires, Nueva Visión, Psicología contemporánea, 118; 2005.

Bowlby J. (1980.) El apego y la pérdida-3. Barcelona, Paidós, Psicología Profunda; 1993.

Brenner C. (1989.) La mente en conflicto. Madrid, Tecnipublicaciones; 1993: 99.

Contreras F. Teoría psicoanalítica de la depresión. Trastornos afectivos. Ansiedad y depresión. Vallejo, Gastó. Masson, 2.<sup>a</sup> ed., 2000; 490.

Deutsch H. (1933.) Sur la psychologie des états maniaco-dépressifs en particulier de l'hypomanie chronique «Les comme si et autres textes». Paris, Seuil; 1972: 37-8.

Ebtinger R. (1985.) Modèles psychanalytiques et phénoménologiques «Anco-lies Approches psychanalytiques, phéno-

ménologiques et esthétiques des melancolies». Strasbourg Arcanes; 1999: 165.

Ey H. (1954.) Estudio n.º 22. Melancolía. Estudios psiquiátricos. Buenos Aires, Polemos, tomo III; 2008.

Ey H. (1954.) Estudio n.º 25. Las psicosis periódicas maníaco-depresivas. Estudios psiquiátricos. Buenos Aires, Polemos, tomo III; 2008: 555.

Fedida P. (1974.) Diccionario de psicoanálisis. Madrid, Alianza Editorial, Libro de Bolsillo, 2.ª ed.; 1985: 132.

Fenichel O. (1945.) Depresión y manía. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires, Paidós, Biblioteca de Psicología Profunda; 1957.

Ferrández M. Psicodinámica del episodio melancólico agudo: la teoría clásica de Abraham. Informaciones psiquiátricas 2006;185(3).

Ferrández M. Abraham y la melancolía: la teoría biológica. Aperturas psicoanalíticas 2008; 28.

Ferrández M. La agresividad en la melancolía. Freud en diálogo con Abraham. Aperturas psicoanalíticas 2009; 31.

Ferrández M. Karl Abraham y la sucesión de Freud (en el Comité Secreto, a través de su correspondencia completa). Madrid, Cultivalibros, Colección Autor 97; 2010-a.

Ferrández M. De Abraham a Klein: a un siglo de las primeras contribuciones psicoanalíticas a la psicodinámica de la depresión melancólica (1911-1945). Madrid, Cultivalibros, Colección Autor 108; 2010-b.

Freud S. (1895-a.) Proyecto de psicología. Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu, tomo I, 2.ª ed.; 2006.

Freud S. (1914.) Introducción al narcisismo. Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu, tomo XIV; 2001.

Freud S. (1915.) Pulsión y destinos de pulsión. Obras Completas. Amorrortu, tomo XIV; 1987.

Freud S. (1917{1915}.) Duelo y melancolía. Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu, tomo XIV; 1987.

Freud S. (1921.) Psicología de las Masas y análisis del yo. Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu, tomo XVIII; 2006.

Freud S. (1923.) El yo y el ello. Obras Completas. Amorrortu, tomo XIX; 1987.

Freud S. (1927.) El porvenir de una ilusión. Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu, tomo XXI, 2.ª ed.; 2006.

Fromm-Reichmann F, cols. (1954.) Psicoterapia intensiva en los maníaco-depresivos. Buenos Aires, Hormé, Psicología de Hoy, Serie menor: escisión 50-1, reparación 65; 1973.

Gabbard G. (1995.) Trastornos del estado del ánimo. Etiología psicodinámica. Tratado de psiquiatría Kaplan-Sadock. Buenos Aires, Intermédica, tomo II; 2002: 1050.

Garma A. La melancolía. El psicoanálisis, teoría, clínica y técnica. Buenos Aires, Paidós, Biblioteca de psicología profunda, 2.ª ed., doble introyección en Abraham 145, retirada narcisística 148-51; 1971.

Gay P. (1988.) Sigmund Freud: una vida de nuestro tiempo. Barcelona, Paidós; 1989: 521.

Glover E. (1963.) Book review of Psychoanalysis of behavior «Heresy Sándor Radó and the psychoanalytic movement». Roazen P, Swerdlloff B. New Jersey, Jason Aronson; 1995: 203.

Goldberg A. (1975.) Evolución de los conceptos psicoanalíticos de la depresión. Depresión y existencia humana. Anthony J, Benedek T. Barcelona, Salvat; 1981: 113.

- Grinberg L. (1983.) *Culpa y depresión*. Madrid, Alianza Editorial, Alianza Universidad, Textos: Radó 146, autoestima 170, dolor 274; 1994.
- Grosskurth P. (1986.) *Melanie Klein. Su vida y su obra*. Barcelona, Paidós, artículos de Klein 157 y sustitución por Klein 238; 1990.
- Grunberger B. (1964.) *Estudios sobre la depresión. El narcisismo*. Buenos Aires, Trieb; 1979: 210.
- Hinshelwood R. (1989.) *Diccionario del pensamiento kleiniano*. Buenos Aires, Amorrortu, 2.ª ed.; 2004: 98-115.
- Hinshelwood R. (2002.) *Objeto o pecho (bueno/malo)*. Diccionario Internacional de Psicoanálisis. Mijolla A. Madrid, Akal, tomo II; 2007: 919.
- Jacobson E. (1953.) *El tratamiento psicoanalítico de una depresión ciclotímica. Depresión. Estudios comparativos de condiciones normales, neuróticas y psicóticas*. Buenos Aires, Amorrortu; 1971: 304.
- Jacobson E. (1975.) *El tratamiento psicoanalítico de los pacientes depresivos. Depresión y existencia humana*. Anthony J, Benedek T. Barcelona, Salvat; 1981: 383.
- Kaplan, Sadock. (2003.) *Sándor Radó. Teorías de la personalidad y psicopatología. Sinopsis de Psiquiatría*. Waverly hispánica, 9.ª ed.; 2004: 225-6.
- Katan M. *Mania and the pleasure principal, primary and secondary symptoms. Affective disorders*. Greenacre P. New York, International Universities Press; 1953: 147-8.
- Kernberg O. (1980.) *Teorías de la personalidad y psicopatología: otras escuelas*. Tratado de Freedman, Kaplan, Sadock. Barcelona, Salvat, tomo I, 2.ª ed.; 1982: 439.
- Klein M. (1932.) *El psicoanálisis de niños*. Obras Completas. Buenos Aires, Paidós-Hormé, tomo I; 1977.
- Klein M. (1934.) *Una contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos*. Obras Completas. Buenos Aires, Paidós-Hormé, tomo II, Contribuciones al psicoanálisis; 1977: 275-6.
- Lewin B. (1950.) *Psicoanálisis de la exaltación*. Buenos Aires, Nova; 1953: 37-41.
- Meissner W. (1980.) *Trastornos y teorías de la personalidad; psicoanálisis clásico*. Tratado de Psiquiatría. Freedman, Kaplan, Sadock. Barcelona, Salvat, tomo I, 2.ª ed.; 1982: 404.
- Meissner W, Mack J, Semrad E. (1980.) *Teorías de la personalidad y la psicopatología. I Escuela freudiana*. Tratado de Psiquiatría. Freedman, Kaplan, Sadock. Barcelona, Salvat, tomo I; 1982: 627.
- Mendelson M. (1960.) *Psychoanalytic concepts of depression*. Springfield, Thomas, factor cuantitativo 54; 1990: 32-6.
- Mendelson M. *Perspectivas psicoanalíticas en la depresión. Trastornos depresivos: hechos, teorías y métodos de tratamiento*. Colman B, Stricker G. Áncora; 1990: 24, 30.
- Mijolla A. (2002.) *Diccionario Internacional de Psicoanálisis*. Mijolla A. Madrid, Akal, tomo I y II; 2007.
- Millon T. (1995.) *La personalidad depresiva. Trastornos de la personalidad. Más Allá del DSM IV*. Barcelona, Masson; 1999: 307.
- Mora G. (1980.) *Tendencias históricas y teóricas en psiquiatría*. Tratado de Psiquiatría. Freedman, Kaplan, Sadock. Barcelona, Salvat, tomo I; 1982: 68-9.
- Nacht S. (1938.) *El masoquismo en la melancolía. El masoquismo*. Buenos Aires, Suramericana, Índice Psicología, 118; 1968.
- Nacht S. *Les états depressifs. La présence du psychanalyste*. Paris, PUF, L'Actualité Psychanalytique Bibliothèque de psychanalyse, 103; 1963.

- Ostow M. (1975.) Defensa psicológica contra la depresión. Depresión y existencia humana. Anthony J, Benedek T. Barcelona, Salvat; 1981: 348.
- Palacio F. (2002.) Depresión melancólica. Diccionario Internacional de Psicoanálisis. Mijolla A. Madrid, Akal, tomo I; 2007: 341.
- Pasche F. De la depression «A partir de Freud». Paris, Payot, Bibliothèque scientifique, Collection Science de l'homme, 192; 1969.
- Radó S. (1927.) Contribuciones a la melancolía. Psicoanálisis de la conducta. Buenos Aires, Hormé, Biblioteca de Psicología Profunda, 2.ª ed.; 1973: 57-72.
- Radó S. (1928.) Una madre ansiosa: contribución al análisis del yo. Psicoanálisis de la conducta. Buenos Aires, Hormé, Biblioteca de Psicología Profunda, 2.ª ed.; 1973: 54-5.
- Radó S. (1932.) Patterns of motivation in depression «Trabajo presentado al 12.º Congreso Psicoanalítico Internacional de Wiesbaden» de 1932 (en Radó S. 1950, Etiología de la depresión «Psicoanálisis de la conducta». Buenos Aires, Hormé, Biblioteca de Psicología Profunda, 2.ª ed.; 1973).
- Radó S. (1950.) La psicodinámica de la depresión desde el punto de vista etiológico. Psicoanálisis de la conducta. Buenos Aires, Hormé, Biblioteca de Psicología Profunda, 2.ª ed.; 1973.
- Radó S. (1954.) El control hedónico, el yo acción y el ataque depresivo. Psicoanálisis de la conducta. Buenos Aires, Hormé, Biblioteca de Psicología Profunda, 2.ª ed.; 1973.
- Radó S. (1963.) The struggles over Rank and Ferenczi moving to New York City. Treason. «Heresy Sándor Radó and the psychoanalytic movement». New Jersey, Jason Aronson, dirección de las revistas científicas 112, madre buena y mala 117; 1995.
- Roazen P, Swerdloff B. (1963.) Letters to Radó. «Heresy Sándor Radó and the psychoanalytic movement». New Jersey, Jason Aronson; 1995: 164-5.
- Roazen P. (2002.) Radó, Sándor. Diccionario Internacional de Psicoanálisis. Mijolla A. Madrid, Akal, tomo I; 2007: 1089-90.
- Rosenfeld H. (1959.) Una investigación sobre la teoría analítica de la depresión. Montevideo, Revista Uruguaya de Psicoanálisis 1963;tomo II(1):6-8.
- Rosenfeld H. (1960.) Una investigación psicoanalítica de la teoría de la manía e hipomanía. Buenos Aires, Revista de Psicoanálisis 1964; tomo XXI(4), manía 303.
- Sanz J, Vázquez C. Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas. Manual de Psicopatología, Belloch, Sandin, Ramos. Madrid, McGraw Hill; 1995: 2, 9.
- Schilder P. (1952.) Psicosis maníaco-depresiva. Tratado de psicoterapia. Buenos Aires, Paidós, Biblioteca del hombre contemporáneo, 2.ª ed.; 1965: 275.
- Scott C. (1947.) Una concepción psicoanalítica de las «Obras Completas de Melanie Klein». Buenos Aires, Paidós-Hormé, tomo IV, afecto «Nuevas direcciones en psicoanálisis»; 1979: 53.
- Senescu R. (1980.) Sándor Radó. Tratado de Psiquiatría de Freedman A, Kaplan H, Sadock B. Salvat, tomo I; 1982: 691-6.
- Swedloff B. Introduction «Heresy Sándor Radó and the psychoanalytic movement». Roazen P, Swerdloff B. New Jersey, Jason Aronson; 1995: 9.
- Wolffheim N. A critic of our time. Encounter 1959;abril:41-44 (citado en Gorsskurth P; 1986: 137).
- Zetzel E. The depressive position. Affective disorders. Greenacre P. New York, International Universities Press; 1952: 95.

## ANEXO

**Cuadro sinóptico de diferencias con Abraham y Freud**

## CONSTITUCIÓN

**A:** Erotización oral + impulsos s-o + ambivalencia.

**F:** Enfermiza + ambivalencia (que origina culpa).

**R:** Ambivalencia + propensión a hiperreacción (1950, 1954) +  
+ susceptibilidad a amenaza de privación alimentaria +  
+ intolerancia dolor (1950, 1954).

## AMBIVALENCIA COMO MOTOR DEL CONFLICTO

**A:** Sí.

**F:** Sí.

**R:** Sí.

## MOTIVACIÓN PARA ODIAR

**A:** Retiro pecho.

**F:** No.

**R:** Tendencia sádica + ausencia madre con hambre.

## DECEPCIONES PREEDÍPICAS

**A:** Sí.

**F:** No.

**R:** Sí.

## INTROYECCIONES PATOLÓGICAS

**A:** Superyó materno somete.

**F:** Ideal del yo condena al yo.

**R:** No.

## IDENTIFICACIÓN FUNDAMENTAL

**A:** Madre.

**F:** Padre.

**R:** Madre.

## ODIO A LA MADRE

**A:** Sí.

**F:** Sí.

**R:** Sí.

---

 SUPERYÓ
 

---

**A:** Edípico.**F:** Edípico.**R:** Edípico.

---

 CAPACIDAD DE AMAR
 

---

**A:** No.**F:** Sí.**R:** Sí.

---

 PERCEPCIÓN INTERNA ODIO E INCAPACIDAD AMAR
 

---

**A:** Sí.**F:** No.**R:** Sí.

---

 VÍNCULO NARCISISTA
 

---

**A:** Sí.**F:** No.**R:** Sí.

---

 MOTIVO DESENCADENANTE
 

---

**A:** 1. Decepción del objeto.  
2. Obligación de definición.

**F:** 1. Decepción del objeto (objeto o algo ideal).  
2. Patología del superyó.  
3. Patología narcisista.  
4. Empobrecimiento químico del yo.

**R:** Decepción objeto (1927), que vive como peligro en su seguridad afectiva-material. Efecto de la perturbación emotiva del paciente más que causa al que hiperreacciona (1950, 1954).

---



---

 DESEO CRIMINAL A OBJETO Y ORIGINARIOS
 

---

**A:** Sí (madre).**F:** Sí (deseo de devoración).**R:** Sí.

---

 REGRESIÓN
 

---

**A:** Sí (anal con expulsión y después oral con incorporación por identificación).

**F:** Sí (a etapa sádica más próxima).

**R:** Sí (oral).

---

---

 CULPA
 

---

- A:** Sí. 1. Con percepción interna del odio.  
2. Supresión venganza.
- F:** Sí. 1. Ambivalencia.  
2. Represión venganza: temor a no ser querido y castigado.
- R:** Sí. 1. Por reactivación de deseos edípicos (1927) en neurótica.  
2. Con autorreproches irónicos por haber perdido al objeto por su agresividad (1927).  
3. Por fracaso en desafío a objeto y a madre.  
4. Por ceder humillándose.  
5. Con burla por su indignidad al haberse arrepentido (1954).
- 

---

 MECANISMOS DE DEFENSA
 

---

- A:** Sublimación + represión + proyección + desplazamiento + regresión + incorporación + identificación.
- F:** Regresión + introyección + escisión + identificación.
- R:** Represión + proyección + desplazamiento + regresión + incorporación + identificación.
- 

---

 IDENTIFICACIÓN
 

---

- A:** Sí (con incorporación oral).      **F:** Sí (una vez incorporado).      **R:** Sí.
- 

---

 HERIDA EN EL YO
 

---

- A:** No.      **F:** Sí.      **R:** No.
- 

---

 DESTRUCCIÓN SIMBÓLICA
 

---

- A:** Sí (escondimiento para proteger al objeto).  
**F:** No (solo deseo con escondimiento para proteger capacidad amar).  
**R:** Sí (del objeto externo y del mal objeto —materno—).
- 

---

 AUTOCRÍTICA
 

---

- A:** Sí (el superyó materno al objeto en el yo).  
**F:** Sí (conciencia moral al yo escindido).  
**R:** Sí (el objeto bueno en el superyó al mal objeto en el yo).
- 

---

 GOCE
 

---

- A:** Sí (placer masoquista).      **F:** Sí (automartirio gozoso).      **R:** No.
-



## SUPERACIÓN

---

**A:** Desahogo (tortura) + culpa.

**F:** Descarga + desvalorización (con superioridad moral).

**R:** Reparación equivocada incapacitante (1950).

- Intervalos libres de pauta obsesiva o bien paranoide (1950).
  - Recuperación capacidad placer (1954).
  - Disminución inhibiciones (1954).
- 

## REBAJA DE AUTOESTIMA

---

**A:** No.

**F:** Sí.

**R:** Sí.

---

## MANÍA

---

**A:** Incapacidad del yo de contención del sadismo.

**F:** Emancipación del yo.

**R:** Momentánea unión yo-buen objeto (instalado en superyó).

---

## TIPOS DE DEPRESIÓN

---

**A:** Neurótica y psicótica o melancólica.

**B:** Psicógenas y espontáneas (1921).

**C:** Neurótica y melancólica (bipolar en 1927 y 1954).

---

## NOTAS

1. Mora, 1980: 68-9.
2. Roazen, 2002: 1089-1090; Swedloff, 1995: 9; Blanton, 1938: 105.
3. Senescu, 1980: 691-6.
4. Al igual que el de Abraham y el de Freud.
5. Una vez fallecido había perdido su influencia, que además debía disimular.
6. *Selbstgefühl*, traducido habitualmente como auto/consideración, es usado «en un sentido mas positivo», auto/estima-satisfacción y en la edición inglesa por *self/respect-esteem-satisfaction-regard* (Radó, 1927: 58).
7. Freud, 1914. Introducción al narcisismo.
8. Según Brenner habría sido «el primero» en hablar del temor a perder un pene fantaseado, no uno real.
9. Para Abraham, se enfrascaba en sus ocupaciones.
10. Abraham hablaba de autotortura apaciguadora.
11. Sobre los que ulteriormente se extenderá Federn.
12. Según Bemporad sigue a Sullivan.
13. Objetos internos referidos a los procedentes de introyecciones infantiles a distinguir de los externos procedentes de las introyecciones efectuadas en etapas posteriores sin entrar en la intrincada concepción kleiniana (Hinshelwood, 1989).



Hermanas  
Hospitalarias

Dr. Pujadas 38. 08830 Sant Boi de Llobregat. BARCELONA  
Tel.: 936 529 999. Fax: 936 400 268