

# Reflexiones sobre la asistencia psicológica y psicoterapéutica a los afectados por el Síndrome del Aceite Tóxico (SAT)

José García Marcos

*Irgendeinmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen und sie mahnen, dass der Arme ein ebensolches Anrecht auf psychische Hilfeleistung hat wie bereits jetzt auf lebensrettende chirurgische... (1)*

S. Freud

## 1. CONSIDERACIONES GENERALES

Para que estas palabras del fundador del psicoanálisis se hicieran realidad en nuestro país, por un corte, período de tiempo y para un grupo reducido de la población, ha tenido que ocurrir una catástrofe colectiva de connotaciones muy peculiares que con el transcurso de los acontecimientos se denominó Síndrome del Aceite Tóxico (SAT). Como es bien conocido por todos, el día 1 de mayo de 1981 moría la primera víctima de esta enfermedad que las autoridades sanitarias denominaron en un principio «neumonía atípica» y que pronto los propios afectados y los medios de comunicación empezarían a hablar de «envenenamiento masivo». Aunque en la actualidad se desconoce todavía el agente etiopatógeno específico, la tesis más extendida (denominada oficialista) mantiene que existe una relación entre la ingesta de aceite de colza desnaturalizado vendido a granel (sin marca ni registro sanitario) y la enfermedad. Y esto fundamentalmente por tres razones. Por una parte, el que la inmensa mayoría de los afectados consumía este tipo de aceite. Por otra, la pre-

sencia de sustancias tóxicas en el mismo, y por último, la ausencia de nuevos casos de enfermedad una vez retirado por las autoridades el aceite presumiblemente vehículo de la enfermedad (ver, por ejemplo, Tabuenca, 1983 y OMS, 1984). Además de desconocerse el agente tóxico específico, no se ha podido reproducir la enfermedad en la experimentación animal, por lo cual, aunque se admita una relación estrecha entre aceite y enfermedad, no se puede hablar, en base a los datos existentes, de una relación causa-efecto entre ambos. El SAT ha afectado a unas 20.000 personas y ha causado la muerte de 352 (aunque en estos puntos existen divergencias entre los afectados y la administración) (2), con todo el pasedimiento humano que encierran estas frías cifras. El momento álgido de la enfermedad se alcanzó a mediados de junio de 1981 cuando se registraban unos 600 nuevos ingresos diarios en los hospitales y ya se habían producido varias decenas de muertos. El SAT supuso en un primer momento sólo y exclusivamente un problema sanitario de carácter epidémico, aunque pronto surgirían sus dimensiones políticas, jurídicas, psicosociales, administrativas, económicas, de in-

vestigación, etc., que, sin duda, han venido a complicar su evolución, unas veces paliando y otras agravando aún más el sufrimiento humano relacionado con este evento.

A la hora de comprender el SAT desde una perspectiva global (y admitiendo el aceite de colza como vehículo de la enfermedad) habría que encuadrarlo en las tres grandes coordenadas siguientes:

a) La tendencia de algunos empresarios dedicados a la comercialización y venta de aceites a obtener grandes y rápidos beneficios económicos sin tener en consideración las consecuencias que las manipulaciones de estas grasas pudieran tener para el consumidor. No hay que olvidar, además, que al comprador llegaba este aceite de colza desnaturalizado como aceite de oliva a «precios populares». (Esto representa, pues, una muestra de lo que podríamos llamar capitalismo salvaje.)

b) La existencia de una administración, por una parte, incapaz de modernizar la legislación sobre grasas y, en general, sobre producción y comercialización de productos alimenticios y, por otra y como consecuencia de lo anterior, de ejercer un mínimo control sobre la distribución y venta de aceite (hablamos, pues, de caos administrativo y legal) (ver Lobo, 1981).

c) La existencia de un grupo de población perteneciente a la clase trabajadora asentada en el cinturón industrial de Madrid y en pueblos de Castilla-León fundamentalmente, con hábitos de consumo caracterizados por la tendencia al máximo ahorro. Esta tendencia viene determinada por la situación de «stress económico» en que dicha población vive (podríamos hablar, pues, de ausencia de una educación para el consumo junto con la presión ejercida por el denominado «stress económico»). No hay que olvidar que las víctimas predilectas de las catástrofes colectivas son generalmente las clases bajas porque están más expuestas a este tipo de eventos y, al mismo tiempo, cuentan con peores medios para afrontar sus consecuencias.

Pues bien, después de trabajar durante

tres años como Psicólogo Clínico con enfermos afectados por el SAT, quisiera hacer públicas estas reflexiones relacionadas tanto con las características socioculturales de este colectivo, como con la afectación física y psíquica y la intervención psicológica llevada a cabo. Todo ello, dentro del marco de una asistencia sanitaria integral y multidisciplinar, otorgan a esta experiencia unas características muy peculiares. Aunque en otras ocasiones ya hemos dado a conocer nuestra actuación (ver García Marcos, 1982 y 1984; Ballesteros Ramos, 1983 y 1984; García Páez y otros, 1984), ello ha quedado reducido al ámbito hospitalario y al propio del SAT.

## 2. EL SAT COMO CATASTROFE COLECTIVA

Si tenemos en cuenta el desarrollo de los hechos desde que el *1 de mayo* se produjo la primera muerte de un niño en la localidad de Torrejón de Ardoz, hasta que el *11 de junio* se hizo público que el aceite de colza desnaturalizado vendido ambulante era el vehículo transmisor de la enfermedad y su recogida domiciliaria por parte de la administración a partir del *24 de junio* canjeándolo por aceite puro de oliva y, además, el número de personas afectadas, las muertes ocasionadas, etc., no dudaremos en calificar al SAT como una verdadera catástrofe colectiva.

A la hora de definir un evento como una catástrofe colectiva habría que atender, sobre todo, y desde mi punto de vista, a dos tipos de criterios:

a) Los que se refieren a los antecedentes relacionados con el evento.

b) Los que se refieren a las consecuencias que provoca el evento tanto a nivel material como fundamentalmente humano, así como a la forma de reaccionar tanto individual como colectivamente.

Además de los antecedentes y consecuencias que a continuación señalaremos, el SAT reúne una serie de características que son comunes con otras catástrofes co-

lectivas (terremotos, inundaciones, explosiones, etc.) y otras que son específicas del mismo. En el cuadro número 1 resumimos las características que de acuerdo con los criterios antecedentes/consecuentes y comunes/específicos reúne el SAT y que señalamos a continuación:

A. Antecedentes/consecuentes:

- A1. El evento se produce de una forma totalmente inesperada e impredecible, surgiendo de forma brusca y explosiva, aunque posteriormente al analizar las causas se ponga de manifiesto que se podría haber evitado efectuando cambios ambientales o estructurales.
- A2. El número de personas afectadas por el evento es numeroso y en el curso del mismo se producen muertes entre los miembros expuestos a él.
- A3. Existe, además, una amenaza constante de muerte durante un período de tiempo para todos o para la mayor parte de los afectados.
- A4. El evento catastrófico provoca una ruptura brusca de la dinámica cotidiana en la comunidad de afectados y también en aquellas comunidades con alto riesgo de verse afectadas.
- A5. El evento produce cambios importantes tanto en las relaciones humanas como en los roles sociales de los afectados.
- A6. Como consecuencia de todo ello se produce un desmesurado aumento de la tensión psicológica que puede llevar a estados de desestructuración de la personalidad o de indefensión total ante el evento amenazante.
- A7. La reacción inicial, tanto individual como colectiva, se caracteriza por la desorganización y el desconcierto, lo que redundará en un aumento de la tensión psicológica y colectiva.
- A8. En una fase posterior suelen aparecer sentimientos de hostilidad, actitudes reivindicativas, así como asociaciones de afectados que defienden su identidad y sus derechos como víctimas de la catástrofe.

B. Características específicas del SAT:

- B1. Se tarda en identificar la causa de la catástrofe, lo cual implica que la amenaza de convertirse en víctima se extiende a toda la población.
- B2. La catástrofe se caracteriza fundamentalmente por la pérdida de la salud (y la consiguiente amenaza de muerte) y no por la pérdida de posesiones o bienes materiales como ocurre generalmente en las denominadas catástrofes naturales.
- B3. La amenaza de muerte se prolonga en el tiempo de forma indefinida.
- B4. Los afectados pertenecen en su inmensa mayoría a la clase social baja. Es decir, se trata de una catástrofe selectiva desde el punto de vista de la estratificación social.
- B5. Al contrario de lo que ocurre en las catástrofes naturales que son «imposibles» de evitar y predecir (al menos en lo que se refiere a los antecedentes, aunque las consecuencias se puedan aminorar por cambios estructurales), el SAT se pudo haber evitado y en su causación está lo que podríamos denominar «negligencia humana».
- B6. Aunque el evento catastrófico se iba localizando en zonas concretas de nuestra geografía (cinturón de Madrid, Castilla-León), el riesgo de verse afectado se extendió a todo el territorio nacional.

CUADRO N.º 1

*Especificación de las características del SAT en función de los criterios antecedentes/consecuentes y comunes/específicos a otras catástrofes.*

	Antecedentes	Consecuentes
Comunes	A1	De A2 a A8
Específicos	B1 y B5	B2, B3, B4 y B6

La respuesta de la administración, que requeriría un análisis aparte, ha sido la respuesta de un Estado social moderno y, por

tanto, sensible a las consecuencias de toda índole (médicas, sociales y psicológicas) que provoca este tipo de eventos, y ello a pesar de la desorganización inicial y de los problemas surgidos a lo largo del transcurso de la enfermedad. Esta respuesta integral y comprensiva contrasta con la dada por la administración en otras catástrofes. Como apunta Bermejo Frígola (1983), refiriéndose a la catástrofe de la presa de Tous, la rehabilitación psíquica y social ha sido fundamentalmente una cuestión individual de los propios afectados. El Estado, en el mejor de los casos, ha arbitrado ayudas económicas que han tenido como finalidad restablecer la actividad económica de los afectados, pero nunca se ha preocupado por la situación psíquica. A la misma conclusión llegan Quarantelli y Dynes (1972), después de revisar los datos existentes sobre un centenar de catástrofes.

La naturaleza del SAT junto con lo que podríamos llamar (psicologizando) «sentimiento de culpabilidad» de la administración y la presión ejercida por los propios afectados y sus asociaciones han contribuido a que el Estado haya garantizado una asistencia integral concretada en las áreas siguientes:

a) Asistencia médica y farmacéutica para todos los afectados independientemente de su afiliación a la Seguridad Social.

b) Asistencia social con el fin de subsanar el deterioro económico y socio-familiar que la enfermedad produjo y de lograr de la forma más adecuada la reinserción social teniendo en cuenta la situación individual de cada uno de los afectados.

c) Asistencia en salud mental con el fin de atender la patología de índole psíquica (fundamentalmente de carácter reactivo) que emergió a raíz de la enfermedad y de ayudar a los afectados en su proceso de reinserción social.

### 3. NATURALEZA DE LA AFECTACION FISICA

El SAT, que, como ya hemos apuntado, supuso en un primer momento sólo

un problema sanitario de carácter epidémico, pronto desbordó la cuestión sanitaria, aunque ésta haya sido, sin duda, la cuestión fundamental. No es mi intención analizar otras dimensiones que se escapan de mi especialidad, pero sí es necesario dedicar un apartado a descubrir la naturaleza de la afectación somática, entre otras razones por las implicaciones de tipo psicológico que tiene.

Habría que distinguir entre una fase aguda y otra crónica de la enfermedad y, por otra parte, según el grado de afectación (leve, moderada, grave, invalidante y muerte). Lo más característico del SAT ha sido, en la fase aguda, la patología pulmonar presentando los pacientes un patrón intersticial difuso en la radiografía de tórax que en algunos casos evolucionaba a la insuficiencia respiratoria y la muerte consecuente y, en la fase crónica, la afectación neuromuscular (mialgias, calambres, neuropatías, etc.), que en algunos casos evolucionaba hacia la impotencia funcional y la afectación de otros órganos o sistemas como el cardiopulmonar, la piel, el hígado, etc. En la figura número 1 se recoge la sintomatología clínica que presentaron los pacientes ingresados en la Clínica Puerta de Hierro, a cuya Unidad de Seguimiento fue adscrito el autor de este trabajo. En el cuadro número 2 se recoge la afectación de acuerdo con los órganos más importantes.

La Comisión Clínica para el Seguimiento del Síndrome Tóxico dio a conocer, el 3 de agosto de 1981, los criterios que había que tener en cuenta a la hora de diagnosticar a un paciente de Síndrome Tóxico, diferenciando entre criterios mayores y menores, que reproducimos a continuación (citados de Villar y Sánchez, 1982, página 110):

#### A. Criterios mayores:

A1. Antecedentes de consumo de aceite presuntamente tóxico y/o incidencia de la enfermedad en el núcleo familiar.

A2. Patología pulmonar con radiología de infiltración intersticial difusa o sin derrame pleural.

A3. Mialgias severas con impotencia funcional dolorosa.

A4. Eosinofilia superior a 500 eosinófilos por mm<sup>3</sup>.

B. Criterios menores:

B1. Incidencia del brote epidémico en la comunidad.

B2. Prurito cutáneo severo.

B3. Exantema y/o edema cutáneo localizado.

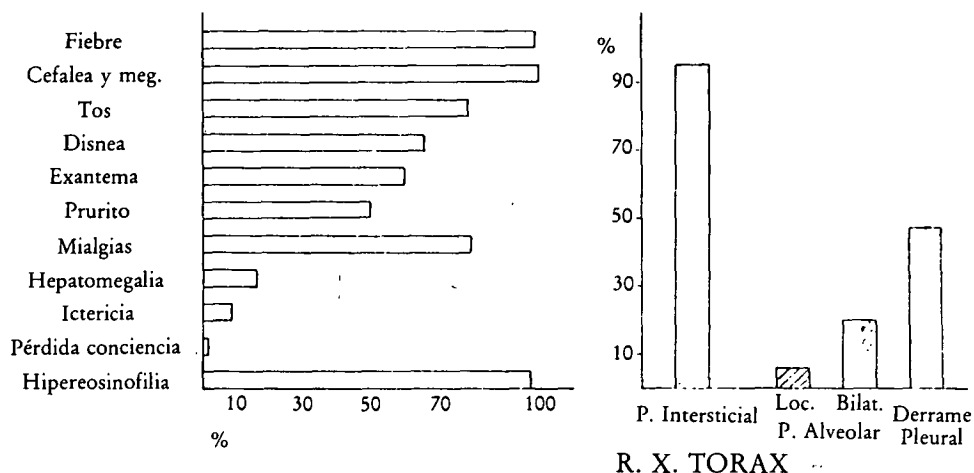
B4. Sequedad de boca severa y persistente.

B5. Mialgias ligeras o moderadas.

FIGURA 1

Características de la sintomatología clínica que presentaban los afectados por el Síndrome Tóxico ingresados en la Clínica Puerta de Hierro en la fase aguda (García Páez, 1984).  
(Agradezco al Dr. García Páez su amabilidad al cederme esta gráfica.)

SINDROME TOXICO. FASE AGUDA CLINICA Y RADIOLOGIA



CUADRO 2

Características de la afectación por órganos más importantes (García Páez, 1984).

AFECTACION DE ORGANOS

PULMON:

Necropsia: proliferación endotelial vascular obliterante.

HIGADO:

Hepatitis colestásica.

MUSCULO:

Inicial: miopatía inflamatoria?

Final: atrofia por denervación

NERVIO PERIFERICO:

Lesiones perineuríticas.

Infiltrados epineurales y perivasculares.

Fibrosis perineural.

PIEL:

Cambios esclerodermatiformes.

- B6. Patología neurológica.
- B7. Dolor abdominal.
- B8. Signos clínicos y/o analíticos de afectación hepática.
- B9. Disnea de esfuerzos de aparición reciente.
- B10. Hipoxemia de aparición reciente.
- B11. Hipertensión pulmonar.
- B12. Miocardiopatía.
- B13. Trombosis vasculares.

De acuerdo con esta descripción clínica hay que afirmar que el SAT es una enfermedad sistemática, con características clínicas y anatomopatológicas únicas, por lo cual hay que hablar de una nueva enfermedad que afectaba a los distintos sistemas corporales en función de su evolución temporal. Durante la primera fase (1 de mayo a 15 de junio de 1981) el pulmón es el órgano principalmente afectado. En la segunda fase (julio a diciembre de 1981) y en la fase crónica o de secuelas (enero 1982 hasta el momento actual) el sistema neuromuscular y cutáneo fueron los más afectados (ver Serrano-Ríos y Faro, 1984). El potencial evolutivo del SAT está todavía en entredicho y hasta el presente no se ha encontrado ningún medicamento (antídoto) para combatir los efectos de la intoxicación. Esta expectativa es, hoy en día, poco o nada realista.

#### 4. NATURALEZA DE LA AFECTACION PSIQUICA

En toda catástrofe hay que tomar en consideración la forma cómo cada uno de los afectados reacciona psíquicamente ante dicho evento, sobre todo porque se trata de una situación altamente traumática que provoca «per se» una reacción de adaptación (DSM, III y CIE-9) en la mayor parte de las víctimas. La intensidad de esta reacción de adaptación y sus connotaciones psicopatológicas va a estar mediatizada por una serie de factores de índole tanto personal como ambiental. Como ya hemos apuntado, este componente psicológico suele minimizarse y no tomarse en consideración porque como apunta el profesor López-Ibor, «las consecuencias fisi-

cas suelen ser tan abrumadoras que las psicológicas pasan inadvertidas o se toman como un tributo normal e inexcusable».

A partir del momento de la fase aguda, los afectados por el SAT comenzaron a manifestar una serie de trastornos de índole psicopatológica o que motivó que el Plan Nacional para el Seguimiento de la enfermedad creara un Programa para la Asistencia Psiquiátrica de este colectivo. Los primeros psicólogos y psiquiatras se incorporarían en octubre del 81 a las Unidades del Seguimiento (hospitalarias y extrahospitalarias)<sup>3</sup>.

El análisis de los distintos casos remitidos al equipo de salud mental (formado como mínimo por un psicólogo y un psiquiatra) se podría resumir, a grandes rasgos, de la manera siguiente:

a) La sintomatología que presentan es similar a la provocada por eventos traumáticos, predominando los trastornos de carácter ansioso y/o depresivo. Los síntomas más frecuentes son: ansiedad, angustia y miedo; irritabilidad y disforia; llanto fácil y recurrente; tristeza y depresión; labilidad emocional, sentimientos de insuficiencia o de incapacidad personal, así como sentimientos de culpabilidad (sobre todo en las amas de casa que habían comorado el aceite tóxico); sueños y pesadillas recurrentes con temáticas relacionadas con la muerte, la infancia, pérdidas de seres queridos o de partes del cuerpo, etc., insomnio, desinterés, pérdida de memoria y dificultad para concentrarse. Toda esta sintomatología de índole ansioso-depresiva se puso de manifiesto en la exploración psicopatológica (realizada de acuerdo con la Historia Clínica Psiquiátrica Protocolizada y Computerizada diseñada por el profesor López-Ibor) y se constató también mediante la aplicación de un cuestionario de evaluación psicopatológica (el M. H. Q. de Crown y Crisp, 1966) a una muestra de 141 pacientes adultos (los resultados se pueden ver en Ballesteros Ramos y García Marcos, 1984)<sup>4</sup>.

b) El análisis de los antecedentes personales y psicosociales pone de manifiesto que se trata de una muestra de la población relativamente marginada tanto por el

nivel cultural que posee (entre el 15-20 por 100 no saben leer ni escribir; entre el 60-65 por 100 sólo tienen estudios primarios, algunos no totalmente terminados, y el 15-20 por 100 restante tiene formación profesional, bachiller superior o estudios universitarios (éstos representan el 0,5 por 100), como por el tipo de trabajo que realiza y por el lugar de ubicación de la vivienda y sus condiciones. Las peticiones de consulta al equipo de salud mental (canalizadas por los médicos internistas y, en menor medida, por asistencia social) ha sido de aproximadamente el 30 por 100, lo cual implica una incidencia de patología psíquica relativamente alta (aunque, sin duda, en parte condicionada por la oferta de este tipo de asistencia). Por cada varón que acude a la consulta de salud mental, acuden tres o cuatro mujeres (22,5 por 100 frente al 77,5 por 100) lo cual pone de manifiesto alguno de estos aspectos: (ver Mesa redonda...).

— o bien una mayor vulnerabilidad femenina ante el evento traumático,

— o bien una mayor sobrecarga psicofísica incidiendo en las mujeres (mayor afectación somática junto con mayores sentimientos de culpabilidad, etc.),

— o bien peores estrategias para afrontar el hecho traumático.

Habría que mencionar también, quizá, el hecho de que la mujer oponía, por regla general, menor resistencia que el hombre a la hora de seguir la recomendación del médico de asistir a salud mental. Mi opinión personal, obviando las excepciones, es que la mujer que acudía a la consulta presentaba fundamentalmente la sintomatología descrita en el punto anterior, mientras que el hombre solía acudir más por problemas relacionados con su adaptación social y/o laboral consecuentes a la enfermedad, por una mala relación con el médico o porque presentaba una sintomatología relacionada con lo que abordaremos en el punto 3 de este apartado. En los hombres, por último, eran más evidentes los sentimientos hostiles y agresivos expresados, a veces, de forma muy virulenta, canalizados deficientemente y difíciles

de someter a un análisis racional. Este tipo de sentimientos estaban, por supuesto, presentes en casi todos los afectados y no se deben tildar de psicopatológicos, aunque en algunos casos tuvieron especial relevancia y fueron objeto de intervención psicológica.

Hechas estas matizaciones, podríamos describir de la siguiente forma el tipo medio de paciente visto por el autor de este trabajo: se trata de una mujer de treinta y cinco a cincuenta años que en la década de los años sesenta, o algo antes, se vino a Madrid procedente de una de las regiones deprimidas económicamente de la España rural (Extremadura, Andalucía, Castilla) y se puso a trabajar en el servicio doméstico. El evento de la emigración y la separación del núcleo familiar, así como la adaptación al nuevo hábitat urbano, fue vivenciado ya entonces de forma negativa y traumática. En esta situación conoce a un hombre, también inmigrante y que por lo general trabaja en la construcción y años más tarde se casa. Ambos tienen un nivel cultural bajo. Han ido algún tiempo a la escuela, más bien poco, y a lo largo de su vida ya han vivenciado la muerte de algún ser querido (padre, madre, algún hermano) o ha ocurrido alguna desgracia familiar (accidente, suicidio, etc.). En algunos casos (35 por 100 aproximadamente) han vivenciado algún tipo de problemática psiquiátrica en su entorno (alcoholismo, subnormalidad, ingresos en hospitales psiquiátricos, etc.). En el momento del SAT la familia de este matrimonio suele estar disgregada por la geografía peninsular, careciendo por tanto de apoyos familiares en el contexto inmediato. Suelen tener varios hijos. Han comprado un piso reducido (o quizá no han podido comprarlo todavía). La mujer abandonó el trabajo de servicio doméstico cuando se casó para dedicarse a las tareas del hogar y a la crianza de los hijos, y ahora que éstos son un poco mayores y existen necesidades económicas, trabajaba unas horas (sin Seguridad Social) en la asistencia domiciliaria.

A raíz de la intoxicación surgen conflictos y rechazos por parte de sus familiares

y vecinos que se muestran reticentes a visitarles y ofrecerles ayuda por el miedo al contagio.

Nos encontramos, pues, con una población sometida a lo largo de su existencia a una serie de factores stressantes vinculados a su proceso de socialización, a sus condiciones laborales, socioeconómicas, culturales, de desenraizamiento del lugar de origen, etc., que les hacen altamente vulnerables a la génesis de trastornos de índole psíquica, puesto que, como han puesto de manifiesto entre otros Lagner y Michael (1963), existe una relación entre la cantidad de factores stressantes a los que una persona está expuesto y la probabilidad de generar trastornos psíquicos. Pero además, en esta muestra asistida en salud mental del SAT se dan otras dos características que agravan la probabilidad de génesis de psicopatología. Por una parte, la ausencia de vivencias o eventos positivos y, por otra, el carecer de estrategias personales adecuadas para hacer frente al factor stressante (agravada por la pérdida de apoyo familiar y vecinal o comunitario) (ver Gleiss *et al.*, 1973).

De acuerdo con todo ello, el SAT debe conceptualizarse como un factor stressante de connotaciones traumáticas que ha incidido sobre una población que ya tenía un alta vulnerabilidad a generar trastornos de índole psíquica.

c) Como decíamos anteriormente, la respuesta de la administración, a pesar de los múltiples problemas que han generado malestar tanto en los propios afectados como en los distintos profesionales, ha sido la de un Estado protector, sensible incluso al componente psicorreactivo de la catástrofe. La enfermedad supuso, por otra parte, una ruptura brusca con la cotidianeidad y una incapacidad para realizar el trabajo habitual (de forma transitoria en algunos casos y, en otros, de forma permanente). Surgieron así problemas y agravios comparativos (generadores de tensión psicológica) a la hora de tomar decisiones sobre la Incapacidad Laboral Transitoria (ILT) que deterioraron en gran medida la hasta entonces buena relación médico-enfermo. Hubo enfermos que

perdieron su trabajo en el curso de la enfermedad (cierre patronal u otros motivos). Otros estaban en el paro cuando comenzó la enfermedad, etc.

Todo ello, junto a la situación laboral general del país y añadido a las características peculiares del SAT, creó una situación idónea para el surgimiento de actitudes rentistas, de simulación y magnificación de los síntomas con el objetivo encubierto de obtener un beneficio secundario de la enfermedad. Pues bien, parte de la demanda realizada al equipo de salud mental tenía que ver con esta problemática. Aunque en algunos casos este aspecto fue abordado a nivel psicoterapéutico, haciéndole ver al paciente que la mejor solución para su bienestar personal (físico y psíquico) pasaba por su reinserción social y por no prestar mucha atención a sus quejas fundamentalmente de índole subjetiva (pensando que éstas desaparecerían a medida que se restableciese el nivel de adaptación previo a la enfermedad), en otros, sin embargo, esta labor resultó más difícil, bien porque existía una base real de malestar (somático y psíquico) o bien porque se había generado una dependencia económica de las ayudas del programa de asistencia y, previamente al SAT había existido una mala adaptación laboral (por ejemplo, cambios repetidos y frecuentes de empleo, etc.). En toda esta dinámica no hay que olvidar, por supuesto, el importante papel que juega la todavía inexistente clarificación de los hechos y responsabilidades a nivel judicial, así como el desconocimiento de la evolución de la enfermedad a medio y largo plazo.

En estos momentos podemos tener una visión global de todos los factores (al menos los más importantes) que han provocado y mantenido la problemática psico(pato)lógica en estos pacientes y que representamos en el cuadro número 4. Todos los factores señalados en los extremos han incidido en lo que, a falta de una denominación mejor, llamo estructura previa de personalidad y que, sin duda, está en relación con las condiciones ambientales y de socialización a que han estado expuestos y la consiguiente vulnerabilidad

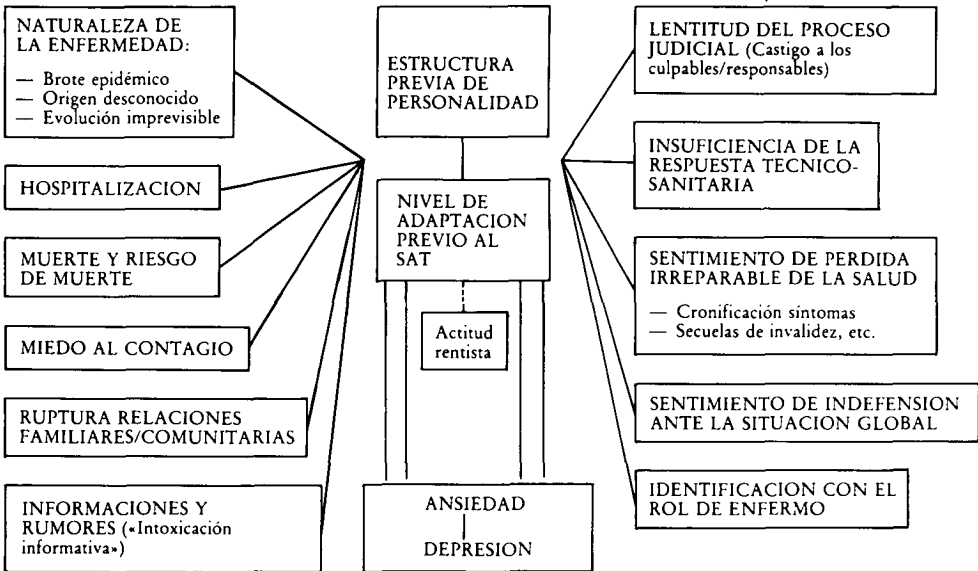


que mencionaba antes. Es decir, con ese concepto se quiere expresar el «producto final» del proceso vital de cada persona. He introducido también el concepto «nivel de adaptación» previo al SAT porque, aunque esté en relación con la estructura

previa de personalidad, arroja alguna luz a la hora de poder señalar, con el margen de error que ello implica, la posibilidad de actitudes rentistas. Estas han sido, sin embargo, en mi opinión, poco frecuentes y reducidas a casos muy concretos.

CUADRO 9

Factores que han provocado y mantenido la sintomatología de tipo ansioso y/o depresivo



Ya en 1982, en una mesa redonda celebrada en la Clínica Puerta de Hierro (García Marcos, 1982), englobé el tipo de acción psicoterapéutica llevada a cabo con estos pacientes dentro del modelo de intervención en crisis. Desde 1944 se viene hablando en el ámbito de la psicoterapia de este concepto de «intervención en crisis» que fue introducido por Erich Lindemann, psiquiatra a quien se le encomendó la tarea de prestar asistencia psicológica a los supervivientes y a los familiares de las

víctimas (499 en total) del incendio de la discoteca Cocomanut Grove, ocurrido en plena segunda guerra mundial (1942) en Boston (Lindemann, 1944). Según Hafén y Peterson (1982) una crisis ocurre cuando la presión emocional se hace tan grande que la propia capacidad individual para manejar dicha presión se ve reducida o se pierde por completo. De acuerdo con ello, la intervención en crisis implica actuar a nivel psicoterapéutico de la forma más rápida posible en una situación altamente traumática con una doble finalidad:

- a) aliviar los síntomas que surjan a raíz del hecho traumático, y
- b) evitar o prevenir que éstos se cronifiquen o que sigan su curso de evolución espontánea.

Caplan en su ya clásica obra *Principios de Psiquiatría Preventiva* (1964), profundiza en el concepto de crisis y distingue entre las crisis evolutivas, que ocurren en determinadas épocas de la vida de forma predecible, y crisis accidentales, de aparición impredecible y en función de factores stressantes y/o traumáticos. Lo más característico de éstas es que los mecanismos de adaptación y de enfrentamiento y solución («coping») que utiliza el sujeto ante la situación traumática son inadecuados, recurriéndose frecuentemente a soluciones o estrategias inadaptativas o regresivas que tienen como consecuencia el incremento o la cronificación de los síntomas iniciales. De acuerdo con la teoría de la intervención en crisis, la reacción psíquica ante un hecho traumático es el resultado de la conjunción de tres factores:

- a) La experiencia traumática en sí y sus características.
- b) La vulnerabilidad personal previa a la exposición al hecho traumático.
- c) Las expectativas que provoca la experiencia traumática (ideación de ruina personal y familiar, indefensión, ideas de muerte, sentimientos de culpabilidad, ideación catastrófica, etc.).

Teniendo como marco de referencia estas y otras consideraciones, la intervención terapéutica estuvo, en un principio, orientada a conseguir los siguientes objetivos, utilizando, como veremos, diversos medios y estrategias:

A) Alivio de los síntomas: Como ya hemos indicado, la reacción psíquica ante el evento traumático de la intoxicación estuvo caracterizada por una sintomatología de índole ansiosa-depresiva, grave en muchos casos, que obligó a las autoridades sanitarias a asumir esta problemática como un componente importante de la afectación por el SAT. Dentro de este objetivo de alivio de la sintomatología psicopatológica habría que resaltar tres aspectos:

- A1. La presencia de unos profesionales que asumían esta problemática específica, pero que estaba relacionada con la situación global del paciente. Hay que resaltar aquí la

labor profundamente psicoterapéutica (aunque indirecta) que realizaron los médicos y asistentes sociales antes y durante la presencia de los profesionales de salud mental.

- A2. La utilización de psicofármacos, bajo indicación y supervisión psiquiátrica, en casos determinados.
- A3. El empleo de técnicas terapéuticas focalizadas en problemas concretos: relajación, planificación de actividades, solución de problemas y conflictos cotidianos, estrategias cognitivas para contrarrestar ideas y expectativas irracionales, así como, en muchos casos, ayudar en el restablecimiento de las relaciones familiares y vecinales que se habían deteriorado a raíz de la enfermedad.

B. Ayudar a restaurar el nivel de adaptación tanto individual como familiar previo a la enfermedad. La colaboración con los otros agentes terapéuticos (médicos, ATS y, sobre todo, Asistentes Sociales) revistió especial importancia en este sentido así como, por supuesto, las ayudas económicas y sociales que el Gobierno decretó y que fueron canalizadas por el Plan Nacional para el seguimiento del SAT. A este respecto habría que resaltar el hecho de considerar el trabajo de ama de casa como un trabajo asalariado y así, las mujeres incapacitadas recibían la ILT. Por otra parte, en algunos casos la baja médica o ILT se daba atendiendo fundamentalmente a la situación psíquica del enfermo. Las sesiones clínicas multiprofesionales ayudaban tanto a conocer la situación global del enfermo como, en su caso, a tomar este tipo de decisiones.

C. Ayudar al paciente a comprender todos los factores, tanto referidos a la historia personal, como al evento traumático, que desencadenaron la reacción psíquica inadaptada, así como analizar otras experiencias pasadas de carácter traumático y las estrategias utilizadas a la hora de enfrentarse con ellas.

Este acercamiento hay que considerarlo, además, en el contexto de una relación

psicoterapéutica que ofrece al paciente apoyo emocional y comprensión de la situación por la que está atravesando y que al mismo tiempo, le da oportunidad para la catarsis, es decir, que se favorece la expresión de sentimientos. La actitud de escucha y de empatía por parte del terapeuta es esencial dentro de este modelo de intervención, así como el servir de reflejo de los sentimientos que expresa el paciente con el fin de ayudarlo en su comprensión. Pero además de la actitud empática y de escucha se toman decisiones terapéuticas concretadas en técnicas específicas, se comunica al paciente expectativas positivas, se le refuerzan respuestas adecuadas y se le da una información realista.

La mayor parte de los pacientes mejoraban significativamente con una intervención de este estilo y en un número reducido de sesiones. Esta mejoría no solo era evidente a nivel clínico, sino que también se reflejaba en los cuestionarios de evaluación que se utilizaban (MHQ, SDS de Zung, Ansiedad S-R de Spielberger, etc.). Otros, sin embargo, mejoraban momentáneamente pero pronto evidenciaban una recaída. Con este tipo de pacientes era necesario, pues, un planteamiento de intervención más a largo plazo.

## 6. PSICOTERAPIA Y CLASE SOCIAL BAJA.

En este apartado quisiera hacer algunas reflexiones sobre la relación entre asistencia psicológica/psicoterapéutica y clase social baja. Como decíamos al principio, el stress económico al que están sometidas fundamentalmente las clases sociales bajas, fue un factor determinante del SAT, de tal forma que la mayor parte de los afectados pertenecen a esta clase social. Si hacemos una revisión de la bibliografía que se ocupa del tema que aquí pretendemos analizar (psicoterapia y clase social baja) (ver, por ejemplo, entre otros, Hollingshead y Redlich, 1958; Yamamoto y Goin, 1966; Jones, 1974; Goldstein, 1973, etc.), tendríamos que llegar a la conclusión de que ambas se mueven en esferas de la realidad que son irreconciliables entre sí: la psico-

terapia, sobre todo la denominada psicoterapia tradicional, se mueve en un nivel eminentemente abstracto y psicológico, mientras que la clase social baja se mueve en un nivel de conceptualización de la realidad eminentemente concreto.

Para abordar adecuadamente el tema es necesario, en primer lugar, un análisis, aunque sea rápido y superficial, de ambos conceptos. El concepto de clase social baja no solo implica un nivel educativo determinado (escaso por regla general), la realización de un tipo de trabajo (manual generalmente y en el que los procesos cognitivos apenas tienen relevancia), un nivel de ingresos (que por norma «casi nunca llega») o el lugar de localización de la vivienda (en las zonas más desorganizadas y peor dotadas de servicios e infraestructura), sino que, como ha señalado certeramente Kohn (1963), implica, sobre todo, poseer una concepción determinada de la realidad: «los miembros de las distintas clases sociales, en virtud de disfrutar (o de sufrir) diferentes condiciones de vida, llegan a concebir el mundo de forma diferente, a elaborar distintas concepciones de la realidad, a tener distintas aspiraciones, expectativas, temores, deseos, etc.» (pag. 471). Podríamos, pues, afirmar que el aspecto más relevante de la pertenencia a la clase social no son los atributos externos (trabajo, salario, vivienda, etc.), sino las condiciones ambientales que determinan las posibilidades de aprendizaje social. Las investigaciones realizadas sobre los procesos de socialización que tienen lugar en las clases sociales (baja y media fundamentalmente) han resaltado una serie de características diferenciales que recogemos en el cuadro número 5.

Por otra parte, aunque el concepto de psicoterapia no sea un concepto unitario, debido en gran medida a los distintos modelos psicoterapéuticos existentes, sin embargo, una definición ampliamente aceptada es la que proponen Meltzoff y Kornreich (1970). Para ellos la psicoterapia supone la aplicación de técnicas que se derivan de principios psicológicos bien fundamentados por personas cualificadas por su entrenamiento y experiencia para entender

estos principios y aplicar estas técnicas, con la intención de ayudar a las personas a modificar aquellas características personales como sentimientos, valores, actitudes y conductas... que se consideran inadaptadas (citado de Smail, 1983).

En todo proceso psicoterapéutico están implicados una serie de ingredientes. Los fundamentales son los siguientes: El paciente, el terapeuta, la interacción entre ambos, el objetivo a conseguir y los medios utilizados para ello. Pues bien, cada

uno de estos elementos que componen el proceso psicoterapéutico debe poseer una serie de características con el fin de que resulte eficaz. Aquí vamos a resaltar algunas de las más importantes que debe poseer el paciente:

a) Capacidad de introspección, de autoexploración o de describir mediante el lenguaje formas de comportamiento, sentimientos, temores, fantasías, estados psicológicos, etc.

#### CUADRO 5

*Características diferenciales del proceso de socialización según las clases sociales (baja y media).  
(Adaptado y modificado de Schiefele, 1980, págs. 283-4)*

Clase baja	Clase media
Orientado hacia el presente, pasivo y familiar (Rosen, 1956).	Orientado hacia el futuro, activo e individualista.
Orden, limpieza, conformidad y buenos modales (Kohn, 1963).	Independencia, capacidad de rendimiento, seguridad en sí mismo, autonomía.
Fijación de objetivos a corto plazo; expectativas muy limitadas (Hyman, 1966).	Fijación de objetivos a largo plazo; expectativas amplias.
Baja motivación de logro. Orientado a la gratificación inmediata. Baja tolerancia a la frustración.	Alta motivación de logro y promoción social. Orientado a demorar la gratificación. Alta tolerancia a la frustración (Winterbottom, 1958).
Locus of control externo.	Locus of control interno. Internalización de normas (Aronfreed, 1968).
Monotonía en el trabajo y falta de estimulación intelectual.	Mayor libertad para tomar decisiones, más tiempo de aprendizaje y mejor formación.
Mayor uso de la autoridad y del castigo físico sin mediación verbal en la educación de los hijos (Bronfenbrenner, 1958)	Mayor uso del refuerzo y de la aprobación.
Control normativo más intenso, rigidez de principios cuando no existe comprensión cognitiva del contexto (Hess, 1968 y Katz, 1967).	Explicaciones verbales, flexibilidad de las normas en función de las situaciones.
Vocabulario restringido (Bernstein, 1964).	Vocabulario elaborado.
Estrategias inadecuadas a la hora de afrontar situaciones de stress (Lagner y Michael, 1963).	Estrategias adecuadas para afrontar situaciones de stress.

b) Poseer cierta flexibilidad y ser permeable a influencias externas.

c) Capacidad para generar mecanismos de autocontrol.

d) Capacidad para demorar gratificaciones.

e) Estar motivado a cambiar y tener expectativas positivas con respecto a lograr el cambio deseado.

Si analizamos estas características que debería poseer el potencial paciente que se sometiera a una psicoterapia y las relacionamos con el Cuadro 5, concluiríamos que

el proceso de socialización de las clases bajas les lleva a ser personas «non gratas» para la psicoterapia. Y esto es lo que ha ocurrido a lo largo de la historia de la psicoterapia. Dumont (1968) lo expresaba muy claramente: «La psicoterapia requiere un paciente que sea verbal, comprensivo y que esté motivado; que pueda demorar las gratificaciones y que en mayor o menor medida comparta los valores del terapeuta. Se excluye, por tanto, virtualmente del tratamiento a las personas de la clase social baja» (pág. 25). Por otra parte, las

investigaciones sobre psicoterapia han distinguido dos tipos de pacientes vinculados a las dos clases sociales (baja y media y/o alta). Los unos (denominados YAVIS y pertenecientes a la clase media y/o alta) son buenos candidatos a la psicoterapia, permanecen en ella el tiempo necesario, establecen buena relación con el terapeuta y obtienen de ello un resultado satisfactorio. A los otros (NON-YAVIS pertenecientes a la clase baja) les ocurre todo lo contrario. (Ver Schofield, 1964, y Goldstein, 1973.)

Las explicaciones a este abismo que se abre entre la psicoterapia y los pacientes pertenecientes a la clase social baja han sido diversas aunque ha prevalecido aquella que otorga al lenguaje un papel fundamental en el proceso psicoterapéutico (ver Bernstein, 1964). Según Bernstein, el proceso de comunicación que se establece entre el terapeuta y el paciente de la clase baja es, en realidad, un proceso de pseudocomunicación puesto que ambos no hablan la misma lengua, sino variedades distintas en función de la clase social a la que pertenecen. Bernstein llama a estas diferentes variedades «códigos», y, puesto que existen fundamentalmente dos clases sociales (baja y media/alta), cada una de ellas utilizará un código distinto en el que se reflejará una forma diferente de entender la realidad circundante y de relacionarse con ella, ya que como dice Vigotski (1962) las estructuras del lenguaje se convierten en las estructuras básicas del pensamiento. O, dicho de otra forma, el pensamiento se hace realidad a través del lenguaje. Pues bien, la clase social baja utiliza un código que Bernstein llama restringido. Algunas de las características principales de este código las podríamos enumerar así:

a) Es simple, tanto en su estructura como en su contenido.

b) Existe poca o ninguna elaboración verbal o nivel de abstracción.

c) Mediante él se expresa mejor la identidad social (expresiones sociocéntricas) que la personal.

d) Es, por tanto, en cierta medida un código impersonal.

e) Y, al mismo tiempo, se convierte en

un vehículo de expresar mejor la cohesión y la similitud del grupo de pertenencia que de enfatizar la identidad personal única y distinta de los demás.

f) Pone más énfasis en las relaciones concretas y del aquí y ahora que en las abstractas.

g) El sí mismo (Self) se convierte raramente en sujeto de la investigación verbal. Es decir, no favorece la autoexploración ni el interés por los procesos motivacionales.

h) El control verbal sobre la conducta está más mediatizado por la autoridad que por la lógica.

Todas estas características del código restringido están, pues, vinculadas a un pensamiento concreto, es decir, a una forma de conceptualizar la realidad muy rudimentaria, lo cual supone un obstáculo difícil de obviar en la relación psicoterapéutica, y esto por una serie de razones:

a) Porque el terapeuta utiliza un código distinto, más elaborado, abstracto y complejo, con lo cual el proceso de comunicación está distorsionado, como si ambos «no estuvieran en la misma onda».

b) Porque la utilización de un código restringido imposibilita a la persona que lo emplea a adoptar puntos de vista hipotéticos, a ser influenciado por personas ajenas a su grupo social, a mantener una actitud crítica respecto a sus creencias, etc.

c) El código restringido está vinculado, además, a una necesidad de conceptualizar la realidad según categorías muy simples y reducidas, imposibilitando así un análisis de los matices que diferencian la misma realidad en función del tiempo, del contexto, etc.

d) Por último, la utilización de un código restringido tiene como consecuencia una incapacidad para indagar las causas (a veces muchas y complejas) de los acontecimientos. Se tiende a seleccionar una o dos causas simples negando la influencia de las demás. Este hecho se pone, sobre todo, de manifiesto a la hora de tratar de explicar los estados psicológicos o subjetivos.

En resumen, se podría afirmar que la intervención psicológica y/o psicoterapéuti-

ca es un tipo de intervención que se adapta mal a las características psicosociolingüísticas de las clases bajas, lo cual ha llevado a que cuando estas personas han necesitado tratamiento psíquico se haya recurrido, sobre todo y casi exclusivamente, a tratamientos psicofarmacológicos (Hollingshead y Redlich, 1958). El mismo Freud (1904), que como veíamos en el encabezamiento de este trabajo abogaba porque las clases bajas tuvieran asistencia psicológica, señalaba que «el no poseer un cierto grado de cultura» era uno de los motivos principales para «rechazar» a un paciente del psicoanálisis. En nuestro país, hasta que se produce el SAT, el encuentro entre los profesionales de la salud mental y los pacientes de las clases bajas tiene lugar, sobre todo, en dos contextos: el manicomio y la neuropsiquiatría de zona con la consiguiente negación de la relación psicoterapéutica que ambos contextos implican. Habría que estar, pues, de acuerdo con Goldstein (1973) cuando dice que «quizás el fracaso más significativo de la psicoterapia contemporánea ha sido la total ausencia de acercamientos terapéuticos que sean eficaces, aunque sea aparentemente, con pacientes de las clases bajas y trabajadoras» (pág. XI). Ahora bien, allí donde se ha desarrollado la salud mental comunitaria se ha intentado abordar esta problemática de inadecuación entre psicoterapia y clase social baja. Goldstein (1973, págs. 51-52) menciona tres tipos de soluciones distintas:

a) Que el terapeuta aprenda a utilizar un código restringido para adaptarse así al del paciente y eliminar la pseudocomunicación entre ambos. Bernstein (1961), por ejemplo, afirma que es más fácil que una persona que utiliza un código elaborado aprenda a utilizar un código restringido que viceversa.

b) Emplear con pacientes de las clases bajas psicoterapeutas que procedan de esta clase social.

c) La última estrategia, y quizás la más adecuada, es la utilización de técnicas terapéuticas basadas más en la acción que en la reflexión y la verbalización. Es decir, lo que el autor denomina acercamientos psi-

coterapéuticos orientados a la acción («action oriented psychotherapeutic approach»). La obra citada de este autor (Structured Learning Therapy) con el sugerente subtítulo de «Toward a psychotherapy for the poor» señala un camino de actuación en este sentido que nos ha sido de gran utilidad a la hora de enmarcar la intervención psicológica con los afectados por el SAT.

## 7. CRITICAS AL PLAN DE ATENCION SANITARIA

Decía A. Koestler que «jamás he visto problema alguno, por complicado que fuera, que al ser abordado correctamente no se complicara aún mucho más». De acuerdo con este planteamiento habría que admitir que cualquier tipo de actuación que hubiera adoptado la administración iba a complicar el ya complejo fenómeno del SAT. Y esto por múltiples y variadas razones, entre las cuales podríamos señalar:

a) La imposibilidad de restablecer, en muchos casos, el nivel de adaptación (personal, familiar, laboral, social, de salud, etc.) previo a la enfermedad.

b) El ser una catástrofe provocada por mediación humana (por tanto, evitable) y en la que las responsabilidades se diluyen en múltiples personas, organismos, etc.

c) El surgimiento de las Asociaciones de Afectados. Este hecho que hay que valorar *positivamente* por lo que respecta a la autodefensa de los propios afectados, al respaldo y apoyo emocional que muchos han encontrado en ellas y a constituir una vía adecuada de canalización de sentimientos y reivindicaciones ha tenido, sin embargo, desde mi punto de vista, repercusiones negativas, puesto que han resaltado el sentimiento de identidad de este colectivo como personas enfermas.

Como ya se ha dicho en este trabajo, la respuesta de la administración ha sido la propia de un estado moderno sensible a la problemática multivariada que ha provocado la catástrofe. Ahora bien, a pesar de ello hay que decir que hay cosas que se

han hecho mal. Y la primera, quizá, haya sido el haber segregado a los afectados de los canales de asistencia sanitaria habituales creando Unidades de Seguimiento especiales para ellos y marginándoles del resto de los enfermos. Aunque este hecho pudo haber estado justificado en un primer momento por la incapacidad del sistema sanitario (sobre todo a nivel extrahospitalario) de dar una respuesta adecuada a la demanda asistencial de carácter integral de este colectivo, sin embargo, ya se debería haber corregido, bien reconvirtiendo las Unidades y ampliándolas a toda la población, o bien reconduciendo a los enfermos a las estructuras sanitarias habituales. Esta ha sido una de las recomendaciones de la OMS en el sentido de que la asistencia «debería integrarse con la que reciben los pacientes con otros trastornos» (OMS, 1984, pág. 35). El no haber organizado ni planificado la reconversión ni la reconducción después de tres años y medio ha originado que las Unidades de Seguimiento se fueran vaciando de contenido y se asemejarán, a última hora, a un barco que navega a la deriva en plena tormenta y del cual va desapareciendo la tripulación por el hecho de que los contratos no se pueden renovar más de tres años según la normativa sobre contratación temporal. La filosofía y la práctica de una asistencia multidisciplinar e integral (basada, sobre todo, en informes, sesiones clínicas y contactos de los distintos profesionales) que estuvo vigente en los dos primeros años y se realizó de una forma altamente positiva, se fue poco a poco deteriorando en función de los siguientes factores:

a) La falta de una planificación y de un conocimiento sobre el futuro a medio y largo plazo de la asistencia a los afectados. En todo momento se ha vivido una sensación de provisionalidad.

b) Esta sensación de provisionalidad se veía reforzada por la existencia de contratos laborales temporales (de tres o seis meses de duración por regla general) que dificultaban en gran medida una planificación del trabajo.

c) El hecho de que muchos profesio-

nales tuvieran que trasladarse a varias Unidades de Seguimiento para prestar allí su asistencia.

d) Insuficiente infraestructura y dotación de material.

Toda esta situación junto con el hecho de tratar un único tipo de enfermos con una patología determinada y, por tanto, repetitiva ha generado entre los profesionales que han asistido a los afectados del SAT lo que Christiana Maslach ha descrito con el término «burnout» (que podríamos traducir por el fenómeno del «profesional quemado»). Según Maslach, cuando un profesional sanitario «se quema» empieza a generar actitudes negativas hacia su trabajo, hacia los enfermos y, al mismo tiempo, se empieza a encontrar él mismo a disgusto (preocupado, falto de interés y motivación, decepcionado, etc.). Esto es algo que yo creo ha ocurrido entre los profesionales y las consecuencias a corto, medio y largo plazo que este fenómeno tenga en cada uno de ellos estarán en función de las estrategias conductuales y cognitivas que tanto individual como colectivamente adopten ante dicha situación.

## 8. EL FUTURO DE LOS ENFERMOS DEL SAT

El SAT, al ser una enfermedad nueva y en la que se desconoce tanto el agente etio-patógeno específico como su evolución a medio y largo plazo, supone una enfermedad que provoca «per se» temores, fantasías negativas, expectativas catastrofistas, etc., que pueden ser objeto de manipulación exagerándolas, por una parte, o negando su existencia, por otra. Lo cierto, sin embargo, es que existen. Del SAT podemos decir cuándo comenzó, cómo ha evolucionado hasta el presente; pero con respecto al futuro y a las complicaciones somáticas y psíquicas que se presenten poco podemos decir porque sencillamente no existen datos en base a los cuales se puedan decir y predecir hechos que van a ocurrir en el futuro.

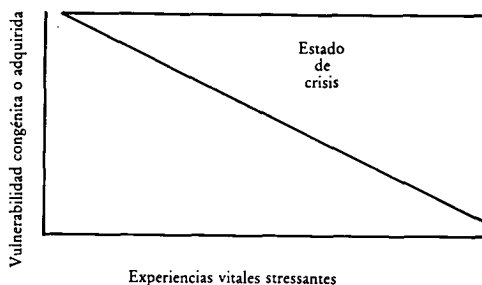
En este apartado final quisiera, sin embargo, hacer algunas reflexiones sobre el futuro centrándome en el aspecto psicoló-

gico, que, por otra parte, como ha resalado la OMS, reviste una gran importancia. Y sobre todo en este momento en que las autoridades responsables del SAT pretenden reconducir a los afectados a los cauces asistenciales normales (tanto sanitarios como sociales). El hacer un esfuerzo por prevenir el que la salud mental de este colectivo no se deteriore es una obligación de la administración, sobre todo teniendo en cuenta los escasos recursos de asistencia psicológica con que cuenta nuestra asistencia sanitaria<sup>5</sup>.

Voy a resaltar dos aspectos que, en mi opinión, revisten una especial importancia:

A) Cuando se consideraron los antecedentes personales y familiares de este colectivo de pacientes se vio que constituían un grupo de «alto riesgo» o con una cierta vulnerabilidad de generar trastornos de índole psicológica (clase baja, stress económico, inmigración, antecedentes psiquiátricos, escaso nivel cultural, etc.). El SAT vino a suponer una situación traumática y altamente stressante que desorganizó su ya empobrecida adaptación al medio y provocó síntomas psíquicos y de desestructuración personal y familiar que fueron restableciéndose en función de la asistencia integral (médica, social y psicológica) y de la evolución favorable de la enfermedad. Ahora bien, mi impresión personal es que estos pacientes han resuelto esta «crisis», no de una forma que les fortalezca para afrontar crisis posteriores, sino que han salido de ella más debilitados, es decir, siendo más vulnerables que con anterioridad al SAT. Podríamos decir que ha aumentado su vulnerabilidad adquirida. De acuerdo con el modelo de crisis basado en la relación entre vulnerabilidad y stress que presentamos en la Fig. 2 podemos afirmar que en el futuro los estados de crisis (es decir, de desorganización personal ante un stressor) serán provocados por experiencias vitales mínimamente stressantes, y esto por la sencilla razón de que a mayor vulnerabilidad (congénita o adquirida) menor necesita ser el stressor para provocar un estado de crisis (ver Butcher y Maudal, 1976).

FIGURA 2  
Modelo de crisis basado en la relación entre vulnerabilidad y stress. (Fuente: Butcher y Maudal, pág. 623.)



B) A nivel de sintomatología, una de las secuelas más importantes que va a persistir en un grupo numeroso de afectados es lo que podríamos denominar como una situación de *dolor crónico*, consistente en quejas de índole *somato-psíquica*, localizadas en muchos casos en zonas concretas del cuerpo (cabeza, espalda, articulaciones, etc.), y en otras de localización dudosa e inespecífica y de descripción confusa por parte del paciente. Ya en 1959 Engel describió a un tipo de pacientes que él denominó «pain-pronepatients» y que, en muchos aspectos, su descripción caracterizaría a un grupo de afectados por el SAT. Según este autor, en estos pacientes el dolor se convierte en la principal forma de expresión de la vida emocional y de las relaciones interpersonales, llegando a constituir el eje en torno al cual gira su vida. Han sido varios los factores que han contribuido a crear esta situación clínica, siendo quizá los principales los siguientes:

a) La afectación somática provocada por el SAT (ver apartado 3) ha generado a nivel psicológico una actitud hipocondríaca sensibilizando en excesivo la atención de los enfermos a los fenómenos que ocurren en su cuerpo. Como han puesto de manifiesto Hall y Stride (citado de Melzack, 1961) en sus investigaciones sobre inducción y percepción del dolor en el laboratorio, cuando la atención de los sujetos se dirige hacia una experiencia dolorosa o potencialmente dolorosa tienden a percibir el dolor con más intensidad que lo harían normalmente.



b) En segundo lugar, y como ya hemos apuntado anteriormente, las Asociaciones de Afectados han resaltado continuamente las señas de identidad de ese colectivo como ENFERMOS en el sentido de que «somos en cuanto que somos enfermos». El dolor se convierte así en la manifestación interna y externa de esa identidad.

c) Como ha resaltado Engel (1959) los pacientes que se quejan de dolor crónico suelen presentar a menudo sentimientos de culpabilidad. En este sentido, el dolor, o las quejas que expresan dolor, pueden ser utilizadas como manifestación del propio castigo («yo también sufro con esta enfermedad») y servir así de alivio de los sentimientos de culpabilidad.

d) En relación con los puntos anteriores, hemos observado, además, en algunos núcleos familiares una dinámica que podríamos denominar de «competencia por el dolor» o «a ver quién se queja más». A menudo esta competencia, sutilmente expresada, se extiende también fuera del núcleo familiar, y forma parte importante de las interacciones vecinales, comunitarias, etcétera.

e) El dolor, independientemente del sustrato bioquímico y neurofisiológico, es una forma de conducta del sujeto y, como tal, está sujeta a las leyes del aprendizaje comportamental: condicionamiento clásico, operante y vicario. Así, en muchos casos las quejas que expresan dolor reciben un doble refuerzo que dificulta su extinción. Por una parte, refuerzo positivo (atención del medio familiar, etc.), y por otra, refuerzo negativo en el sentido de que así la persona evita el realizar una serie de actividades que son de su competencia (labores de casa, relaciones interpersonales, sexuales, etc.). Si a esta situación se añade el fenómeno bastante frecuente de la ausencia de refuerzo a conductas o expresiones de «estar bien» tenemos un cuadro de dolor crónico mantenido sólo y exclusivamente por factores ambientales (Fordyce, 1976; Fordyce y Steger, 1973).

f) No hay que olvidar, por último, que el dolor crónico se produce, en muchos casos, como consecuencia de una fase de dolor agudo ante el cual la respuesta terapéutica ha fracasado total o parcialmente, como es el caso de los afectados por el SAT.

## NOTAS

<sup>1</sup> «Es posible que alguna vez se despierte la conciencia de la sociedad y exhorte a que el pobre tenga el mismo derecho a asistencia psíquica como hoy en día lo tiene a asistencia quirúrgica en caso de que su vida esté en peligro»...

<sup>2</sup> En el transcurso de la enfermedad ha habido una especie de «guerra de cifras» con respecto al número de afectados y al número de fallecidos. Según las Asociaciones de Afectados, el número total de éstos sería superior a 24.000, además de la población de riesgo (familiares, etc.) expuesta al agente tóxico pero que no mostraron los síntomas-criterio para ser diagnosticados de SAT. La cifra de muertos a causa de la intoxicación oscilaría alrededor de los 500, según las mismas asociaciones.

<sup>3</sup> El número total de profesionales de salud mental contratados fue de 47 (24 psicólogos y 23 psiquiatras) (ver Mesa Redonda...), lo que supone un profesional por cada 450 afectados aproximadamente. Si tenemos en cuenta que fue alrededor del 30 por 100 los que necesitaron la intervención de un profesional (psicólogo o psiquiatra) tenemos una proporción de 1/140. Se puede, por tanto, afirmar que la Administración se preocupó realmente por cubrir la necesidad de demanda de asistencia psíquica que presentaba este colectivo, lo cual, por supuesto, contrasta con la situación global de la asistencia psicológica existente en el país. El autor desconoce los motivos que llevaron a la Administración a proceder de esta forma, aunque a modo de especulación, se podrían pensar en los siguientes:

a) La ya mencionada «conciencia de culpabilidad».

b) Las previsiones que se hacían sobre la evolución de la enfermedad que, aunque desconocida e incierta, se pensaba que, por una parte, provocaría más muertes, con la consiguiente necesidad de intervención psicológica tanto con el paciente agónico como con los familiares y, por otra, el posible deterioro de las funciones psíquicas superiores, lo que haría necesario una evaluación del menoscabo píquico provocado por el SAT.

<sup>4</sup> Aunque el cuadro psicopatológico más frecuente era el aquí descrito y que, de acuerdo con la CIE-9,<sup>4</sup> podríamos definir como reacción de adaptación con predominio de ansiedad o depresión (Trastornos adap-

tativos según el DSM-III), sin embargo no todos los pacientes se podían incluir en él. Por ejemplo, en una muestra de 150 pacientes vistos en la Unidad de Seguimiento de la Clínica Puerta de Hierro, los diagnósticos fueron:

	%
Reacción de adaptación con predominio de ansiedad .....	22
Reacción de adaptación con predominio de depresión .....	47
Reacción de adaptación con predominio de alteraciones de conducta .....	8
Estados de ansiedad .....	5
Trastornos obsesivo-compulsivos .....	3
Psicosis maniaco depresiva tipo depresivo .....	2
Hipocondriasis .....	4
Otros .....	9

<sup>5</sup> A este respecto, el colectivo de profesionales de salud mental ha elaborado un informe sobre las necesidades de asistencia psíquica que presentarán a medio y largo plazo los afectados por el SAT.

## Referencias

- BALLESTEROS RAMOS, S.: «Psicología Comunitaria: La importancia del contexto». Comunicación presentada en la mesa redonda organizada por el Servicio de Psiquiatría de la Clínica Puerta de Hierro con motivo del Congreso Internacional sobre Psiquiatría en el Hospital General. Madrid, 1982.
- BALLESTEROS RAMOS, S., y GARCÍA MARCOS, J. A.: «Psicología Comunitaria: Criterios valorativos de una experiencia desde el Hospital General». En: *Mesa redonda sobre aspectos de Salud Mental en el Síndrome Tóxico*. 43-46, Madrid, 1983.
- BERMEJO FRÍGOLA, V.: «La rotura de la presa de Tous y la asistencia psicológica en una catástrofe colectiva». *Papeles del Colegio*, 8, 1983.
- BERNSTEIN, B.: «Social structure, language and learning». *Educational Research*, 3, 163-176, 1961.
- BERNSTEIN, B.: «Social class, speech systems and psychotherapy». *British Journal of Sociology*, 15, 54-64, 1964.
- BUTCHER, J. N., y MAUDAL, G. R.: «Crisis interventions». En I. Weiner (Ed.). *Clinical Methods in Psychology*. Nueva York: Wiley, 1976.
- CAPLAN, G.: *Principles of preventive psychiatry*. Nueva York: Basic Books, 1964. (Existe traducción castellana en Paidós.)
- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE, 9.ª)*. Organización Mundial de la Salud, 1980.
- CROWN, S., y CRISP, A. H.: «A short clinical diagnostic self-rating scale for psychoneurotic patients: The Middlesex Hospital Questionnaire (M.H.Q.)». *British Journal of Psychiatry*, 116, 33-37, 1966.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. American Psychiatric Association, Washington, 1980. (Existe traducción castellana en Ed. Masson, 1983.)
- DUMONT, M.: *The absurd healer. Perspectives of a community psychiatric*. Nueva York: Science House, 1968.
- ENGEL, G.: «Psychogenic pain and the pain-prone patient». *American Journal of Medicine*, 26, 899-918, 1959.
- FORDYCE, W.: *Behavioral methods of chronic pain and illness*. San Louis: C. V. Mosby, 1976.
- FORDYCE, W., y STEGER, J. C.: *Chronic pain*. Washington, 1973.
- FREUD, S.: «Sobre psicoterapia». Conferencia pronunciada el 12-12-1904 en Viena (vol. 14, págs. 77-89 de edición castellana).
- GARCÍA MARCOS, J. A.: «Modelos operacionales en Psicología Comunitaria». Comunicación presentada en la Mesa redonda con motivo del I Congreso Internacional sobre Psiquiatría en el Hospital General. Madrid, 1982.
- GARCÍA MARCOS, J. A., y BALLESTEROS RAMOS, S.: «Resultados en la aplicación del cuestionario M.H.Q. en una muestra de afectados por el Síndrome Tóxico». En: *Mesa redonda sobre aspectos de salud mental en el Síndrome Tóxico*, 66-93, Madrid, 1983.
- GARCÍA PÁEZ, J. M., y otros: «El Síndrome Tóxico en la Clínica Puerta de Hierro». Comunicación presentada en el XX aniversario de la Clínica Puerta de Hierro, Madrid, 1984.
- GLEISS, I., SEIDEL, R., y ABHOLZ, H.: *Soziale Psychiatrie. Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung. Fisechr Taschenbuch*. Frankfurt: Verlag, 1973.
- GOLDSTEIN, A. P.: *Structured learning therapy. Toward a psychotherapy for the poor*. Nueva York: Academic Press, 1973.
- HAFEN, B. Q., y PETERSON, B.: *The crisis intervention handbook*. New Jersey: Prentice Hall, 1982.
- HOLLINGSHEAD, A. B., y REDLICH, F. C.: *Social class and mental illness*. Nueva York: Wiley, 1958.
- JONES, E.: «Social class and psychotherapy: A critical review of research». *Psychiatry*, 37, 307-320, 1974.

- KOHN, M. L.: «Social class and parent-child relationship: An interpretation». *American Journal of Sociology*, 68, 471-480, 1963.
- LANGNER, T. S., y MICHAEL, S. T.: *Life stress and mental health*. Nueva York, 1963.
- LINDEMANN, E.: «Symptomatology and management of acute grief». *American Journal of Psychiatry*, 101, 1944.
- LOBO, F.: «Las responsabilidades en el envenenamiento por aceite tóxico». En: *El País*, 20-11-1981 (págs. 42-43).
- LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J. J.: «Síndrome de adaptación tras una catástrofe: Un ejemplo del síndrome del aceite tóxico» (Mimeo).
- MASLACH, CH.: «Burn-out». *Human Behavior*, 17, 1976.
- MELZACK, R.: «La percepción del dolor». En: *Psicología Fisiológica. Selecciones del Scientific American*, 1961.
- MELTZOFF, J., y KORNREICH, M.: *Research in psychotherapy*. New York: Atherton Press, 1970.
- OMS: *El Síndrome del Aceite Tóxico. Intoxicación alimentaria masiva en España*. Madrid, 1984.
- QUARANTELLI, E. L., y DYNES, R. R.: «When disaster strikes». *Psychology Today*, 5, 66 y ss., 1972.
- SCHIEFELE, H.: *Lernmotivation und Motivlernen: Grudzüge einer erziehungswissenschaftlichen Motivationslehre*. Munich: Ehrenwirth, 1978. (Existe traducción castellana en Ed. Oriens, 1980.)
- SCHOFIELD, W.: *Psychotherapy, the purchase of friendship*. New Jersey: Englewood Prentice Hall, 1964.
- SERRANO-RÍOS, M., y FARO, V.: «Características clínicas y anatomopatológicas del SAT». En: *El Síndrome del aceite tóxico: Intoxicación alimentaria masiva en España*. OMS, Madrid, 1984.
- SMAIL, D.: «Psychotherapy and Psychology». En Pilgrim, D. (Ed.): *Psychology and Psychotherapy: Currents trends and Issues*. Londres: Routledge and Kegan Paul, 1983.
- SROLE, L. y otros: *Mental health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study*. New York, 1962.
- TABUENCA, J. M.: «Síndrome Tóxico: Situación actual». *El País*, 8-2-1983.
- VIGOTSKI, L. S.: *Thought and language*. Cambridge, 1962.
- VILLAR LIÉBANA, L., y SÁNCHEZ, M. A.: *¿La colza o qué?* Madrid: Popular, 1982.
- YAMAMOTO, J., y GOIN, M. K.: «Social class factors relevant for psychiatric treatment». *Journal of nervous mental diseases*, 142, 332-339, 1966.