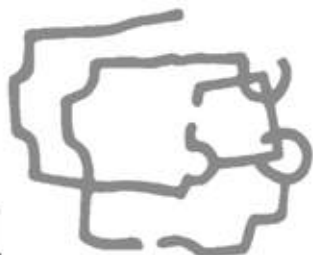


NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XII nº 48 Febrero 2014



“Una portada para Norte”. NORTE de salud mental, además de su labor de divulgación de conocimiento e intercambio asociativo, quiere cumplir otro papel añadido y que no por secundario deja de tener su importancia. Además del privilegio de contar en su cabecera con un diseño de Eduardo Chillida, desde sus portadas y páginas interiores ha venido apostando por la divulgación de la obra gráfica de jóvenes artistas de la Facultad de Bellas Artes de Leioa de la Universidad del País Vasco. El interés de esta colaboración informal motivó un intento de ampliación de la experiencia, enfocándola mas concretamente a la expresión artística específica de temas en relación con la salud-enfermedad mental. Nos dirigimos con este fin al colectivo de estudiantes de la asignatura “Diseño Gráfico Publicitario” del 4º Curso de Publicidad y Relaciones Públicas, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación (UPV-EHU, en el campus de Leioa). A través de su profesor, Iñaki Zaldumbide, se les propuso un proyecto de diseño e ideas para posibles portadas de Norte.

Autora: Goiatz Ugarte Cortaberria

La imagen de la bicicleta quiere transmitir el proceso de recuperación. Cuando nuestro objetivo es aprender a montar en bicicleta, somos conscientes de que aprenderemos intentándolo una y otra vez, sin perder la esperanza. Lo mismo ocurre con este proceso, podemos volver a caer, pero no hay que perder la esperanza de lograr el objetivo: la recuperación.

Volumen XI



Nº 45



Nº 46



Nº 47

Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

Volumen VIII



Nº 33



Nº 34



Nº 35

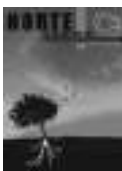
Volumen VII



Nº 27



Nº 28



Nº 29

Volumen VI



Nº 22



Nº 23



Nº 24

Volumen V



Nº 16



Nº 17



Nº 18

Volumen IV



Nº 11



Nº 12



Nº 13

Volumen XII



Nº 48

Volumen X



Nº 42



Nº 43



Nº 44



Nº 36



Nº 37



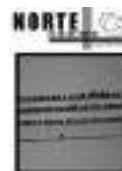
Nº 38



Nº 30



Nº 31



Nº 32



Nº 25



Nº 26



Nº 19



Nº 20



Nº 21



Nº 14



Nº 15

NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

Del Rio, Francisco
Estévez, Juan
García-Ordás, Alfonso
Gay, Eudoxia
Martínez, Ana
Martínez-Azumendi, Óscar
Redero, Jose María
Rodríguez Pulido, Francisco
Sánchez, Ana
Sierra, Deirdre
Sureda, Catalina

Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba	Escudero, Consuelo	Jimenez Estevez, Juan Fco.	Prego, Roque
Álamo, Cecilio	Esteban, M. Luz	Laespada, Teresa	Pradana, M ^a Luz
Albi, Inmaculada	Esteban, Ramón	Lamas, Santiago	Rendueles, Guillermo
Álvarez, José M ^a	Fernández Liria, Alberto	Lasa, Alberto	Retolaza, Ander
Angosto, Tiburcio	Ferrera, Beatriz	Lázaro, José	Rodríguez, Beatriz
Aparicio, Víctor	Filgueira, José	Levav, Isaac	Rotelli, Franco
Arana, Xabier	García Soriano, Maite	Marín, Mónica	Sagasti, Nekane
Arias, Paz	Gracia, Fernando	Marqués, M. José	Santander, Fernando
Ballesteros, Javier	Gil, Eugenia	Marquín, Fernando	Saraceno, Benedetto
Blas Fernández, Luis V.	Gómez, Chus	Mayoral, Fermín	Sepúlveda, Rafael
Berrios, Germán E.	Gómez-Beneyto, Manuel	Meana, Javier	Serrano, Javier
Bravo, Mari Fe	González Brito, Natalia	Medrano, Juan	Soler, M ^a del Mar
Caldas d'Almeida, José	González Pinto, Rodrigo	Meneses, Carmen	Susparregui, J. M ^a
Català, Laura	González Saiz, Francisco	Mezzich, Juan	Tarí, Antonio
Chicharro, Francisco	González Torres, Miguel Á.	Molina, Germán	Thornicroft, Graham
Colina, Fernando	Gracia, Fernando	Morchón, J.	Tizón, Jorge Luis
Collazos, Francisco	Guimón, José	Moreno, Ana	Uriarte, José Juan
Comelles, Josep M ^a	Gutiérrez Fraile, Miguel	Munarriz, Mikel	Villasante, Olga
De la Gandara, Jesús	Hernández, Mariano	Olabarría, Begoña	Ylla, Luis
De la Rica, José Antonio	Hernández Padilla, María	Palacios, Antonio J.	Zuazo, José Ignacio
De la Viña, Pilar	Hernanz, Margarita A.	Pérez, Fermín	
Desviat, Manuel	Huertas, Rafael	Pérez-S, Pau	
Escalante, Carlos A.	Irurzun, Juan Carlos	Polo, Cándido	

✓ Acceso disponible en: www.ome-aen.org/norte.htm • Correo-e: norte@ome-aen.org

✓ Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de NORTE de Salud Mental salvo que esté así especificado.

✓ Todos los artículos están accesibles de modo gratuito en la web: www.ome-aen.org

NORTE de Salud Mental es accesible también en el Servicio Bibliográfico y Accesos abiertos de:

- Anuario FEAP
- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco)
- DIALNET
- Dulcinea
- Directory Open Acces Journals (DOAJ)
- e-revist@s
- IME (Índice Médico Español)
- MEDicina en ESpañol (MEDES)
- psiquiatría.com
- Psiquiatría Sur
- RCS
- Repositori UJI
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental
Vol XII nº 48, Febrero 2014

www.ome-aen.org/norte.htm

Realización y Administración:

OME • C/Araba, 6 bajo (entrada por C/Burgos) • 48014 Deusto. Bilbao

norte@ome-aen.org

Autora de la portada: Goiatz Ugarte Cortaberria

Logo Norte de Salud Mental: Eduardo Chillida

Fotografías: Archivo OM Editorial y AEN

Publicación cuatrimestral no sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares. Ejemplar atrasado: 30 euros.

Tarifa anual: Profesionales 100 euros Instituciones 150 euros

Esta publicación ha contado para su edición con la subvención y colaboración de:



© Copyright 2014 NORTE de salud mental

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización del titular del Copyright.

ISSN: 1578-4940 • Depósito Legal: 1565/02

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L. • Imprime: Lankopi, S.A.



Norte de salud mental está bajo una licencia de Creative Commons.

Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciadore (pero no de una manera que sugiera que apoyan el uso que hace de su obra). No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original. Licencia completa: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/>

Sumario

NORTE de salud mental 48. Febrero 2014

Editorial	5
• Gamonal: con la salud no se especula. <i>Fernando Pérez del Río, Iñaki Markez.</i>	7
Originales y revisiones	11
• Bleuler y Freud: crónica de una escisión anunciada. <i>Nicolás Landriscini Marín.</i>	13
• Entre dos versiones de la demanda: diferencias entre desmedicalización y psicoanálisis. <i>Nicolás Vucinovich.</i>	19
• Análisis de algunas variables sociodemográficas en un grupo de personas transexuales. <i>María Fernández, Elena García-Vega.</i>	26
• Conducta suicida y crisis económica. <i>Sandra Muñoz Sánchez, Paula García Jorge, Sara García de Fernando García, Laura Portabales Barreiro, Laura Moreno Fernández, Antonio Ceverino Domínguez, Cristina Polo Usaola.</i>	36
• Las vivencias emocionales de las personas migrantes sin hogar. <i>Miguel Ángel Navarro Lashayas.</i>	44
• La salud mental en mujeres presas embarazadas y/o con hijas/os menores. <i>Maialen Martínez de Compañón Díaz.</i>	53
• Traducción al euskera y aplicación de los instrumentos de evaluación. De los pacientes con trastorno de personalidad: un estudio en la comunidad autónoma del País Vasco con criterios del DSM 5. <i>Naiara Ozamiz, Javier Escobar, Agurtzane Ortiz, José Guimón.</i>	57
Formación Continuada	67
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XVII). Psicofarmacología. Bases y Aplicación Clínica, 3ª parte. Ago-antago adrenérgicos II. <i>Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz.</i>	69
• Experiencias en salud mental y sordera: una perspectiva desde la puesta en marcha de una unidad. <i>Nora Olazabal Eizaguirre, Verónica Pousa Rodríguez, Eva Sesma Pardo, M. Aránzazu Fernández-Rivas, Miguel Ángel González-Torres.</i>	73
• Nota clínica. Síndrome de Ingesta Nocturna: A propósito de un caso. <i>María Suárez-Gómez, Juan A. Guisado-Macías, Francisco J. Vaz-Leal y Félix Suárez-González.</i>	79
Pre-Ocupaciones	83
• Hacia el final de la psiquiatría. <i>Enrique González Duro.</i>	85
• Posición de la Asociación Española de Neuropsiquiatría de profesionales de salud mental sobre el anteproyecto de la ley del aborto. <i>AEN.</i>	87
• Propuestas de un Modelo de Recuperación en Salud Mental. <i>J. Agustín Ozamiz, Iñaki Markez, Agurtzane Ortiz.</i>	89
Actualizaciones. M.E. Sigüenza, J.F. Artaloytia, M. Desviat, I. Markez.	95
Agenda	105

Summary

NORTE de salud mental 48. February 2014

Editorial	5
• Gamonal: We should not speculate with Health. <i>Fernando Pérez del Río, Iñaki Markez.</i>	7
Original and reviews articles	11
• Bleuler and Freud: chronicle of a spit foretold. <i>Nicolás Landriscini Marín.</i>	13
• Between two versions of demanding: differences between no-medicalization and psychoanalysis. <i>Nicolás Vucinovich.</i>	19
• An approach to socio-demographic reality of transsexuals. <i>María Fernández, Elena García-Vega.</i>	26
• Suicidal Behaviour and Economic Crisis. <i>Sandra Muñoz Sánchez, Paula García Jorge, Sara García de Fernando García, Laura Portabales Barreiro, Laura Moreno Fernández, Antonio Ceverino Domínguez, Cristina Polo Usaola.</i>	36
• Emotional experiences in homeless immigrants. <i>Miguel Ángel Navarro Lashayas.</i>	44
• Mental health in pregnant women prisoners and/or with underaged children. <i>Maialen Martínez de Compañón Díaz.</i>	53
• Basque translation and application of personality disorder evaluation instruments: a study in the basque region according to DSM 5 criteria. <i>Naiara Ozamiz, Javier Escobar, Agurtzane Ortiz, José Guimón.</i>	57
Continuing Education	67
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XVII). Psicofarmacología. Bases y Aplicación Clínica, 3ª parte. Ago-antago adrenérgicos II. <i>Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruíz.</i>	69
• Starting a new unit: first steps working in mental health and deafness. <i>Nora Olazabal Eizaguirre, Verónica Pousa Rodríguez, Eva Sesma Pardo, M. Aránzazu Fernández-Rivas, Miguel Ángel González-Torres.</i>	73
• Night Eating Disorder: Case Report. <i>María Suárez-Gómez, Juan A. Guisado-Macías, Francisco J. Vaz-Leal y Félix Suárez-González.</i>	79
Pre-Occupation	83
• Hacia el final de la psiquiatría. <i>Enrique González Duro.</i>	85
• Posición de la Asociación Española de Neuropsiquiatría de profesionales de salud mental sobre el anteproyecto de la ley del aborto. <i>AEN.</i>	87
• Propuestas de un Modelo de Recuperación en Salud Mental. <i>J. Agustín Ozamiz, Iñaki Markez, Agurtzane Ortiz.</i>	89
Book reviews. M.E. Sigüenza, J.F. Artaloytia, M. Desviat, I. Markez.	95
Calendar	105



EDITORIAL

Gamonal: con la salud no se especula.

Gamonal: We should not speculate with Health.

Cuenta una leyenda urbana que cierto día pasaron por Gamonal autocares llenos de hinchas del *Athletic de Bilbao* y que, al parecerles sus calles las de un barrio muy pobre y necesitado, arrojaron pan y pesetas a los viandantes. Al término del partido, algunos vecinos abordaron los autocares para exigir a sus ‘generosos’ ocupantes explicaciones de su conducta.

Hace aproximadamente veinticinco años se abrió en Gamonal un centro para tratar las drogodependencias. Durante más de un año los vecinos estuvieron manifestándose día tras día en contra de su apertura, llegando incluso a insultar a los trabajadores, obstruir las puertas del centro con silicona y realizar pintadas injuriantes, lo que hizo necesaria la presencia constante de la policía. El clima social de entonces, contrario a este tipo de centros, no facilitaba que psiquiatras y psicólogos aceptaran de buena gana trabajar en ellos, simplemente no querían, y menos todavía si se trataba del de Gamonal.

En otras partes también se puso de manifiesto de forma insistente y con notoria cerrazón esta repulsa generalizada. En la mayoría de los lugares donde se abrieron centros de drogodependencias no hubo protestas o, si las hubo, tan sólo fueron testimoniales. Es más, en ningún otro de los barrios de Burgos donde se ubicaron centros similares se produjo nunca ninguna muestra reseñable de descontento.

Algunos de los terapeutas que trabajaron en aquel centro recuerdan que no había manera humana de convencer a los vecinos de Gamonal de la conveniencia de su función. Que incluso de poco o nada sirvió el esfuerzo de conferenciantes invitados que durante un año trataron de explicar a un público desconfiado que un dispositivo para adictos no tenía por qué suponer forzosamente un problema para los buenos vecinos del barrio. “¡El ladrón no roba donde vive!”, llegaron a decir para apaciguar sus recelos. Y aunque aparecieron reiteradas e infructuosas aclaraciones al respecto

en la prensa local, sólo cuando el Tribunal Supremo rechazó las denuncias interpuestas por los vecinos, las protestas se vieron por fin silenciadas. Veinticinco años después, ha quedado demostrado que el centro para adictos de Gamonal no escondía nada “malo” y hoy día es un lugar muy querido y estimado por todos los burgaleses.

Los anglosajones ya estudiaron estos fenómenos que, aunque carentes de visión global, ocuparon una buena parte de los comentarios de café y tasca. Aparecen y se desarrollan en los períodos iniciales del desarrollo de cualquier iniciativa social o institucional orientada a la atención de subpoblaciones con mayor desarraigo, con menos recursos. Eso ha ocurrido con espacios y programas dedicados a los “sin techo”, drogodependientes, enfermos de sida sin recursos, emigrantes, mendigos, enfermos mentales, etc., etc. Lo llaman el síndrome “*nimby*” en alusión a las iniciales de *Not in my back yard*, no en mi patio trasero en su traducción literal. No en mi portal, no en mi barrio diríamos por aquí.

Son situaciones en las que un vecindario en principio no reaccionario, incluso favorable a que se atienda a personas con problemas, estalla ante la posibilidad de que se instale en su barrio un servicio que puede ‘darle mala nota’ o ‘atraer a gente conflictiva’. Alegan cuestiones de territorialidad (“sí, pero en otro lugar”), inseguridad (“habrá más delincuencia”) o medioambientales y de salud pública. Rebatir esas razones tan alejadas de la realidad resulta sencillo con el conocimiento de las experiencias en cientos de poblaciones. Aunque desde una perspectiva sanitarista se tiende a calificar estas actitudes de irracionales, lo cierto es que ese vecindario tiene sus razones cuando opinan que tampoco el político que impone esas decisiones querría tener un centro de ese tipo delante de su casa, probablemente en un barrio menos castigado.

Este movimiento *nimby*, localista y defensor de intereses económicos con pretendida argumentación



salubrista, se siente afectado. Su discurso se basa en consignas de rechazo y exclusión apoyándose, eso sí, en aspectos sociodemográficos de su barrio y en el temor a la mayor peligrosidad social o a la devaluación inmobiliaria. Poco importa que enfrente haya argumentos relacionados con la solidaridad, la responsabilidad social o simplemente miras más altas.

Los trabajos sociológicos y científicos señalan que, transcurrido un tiempo no prolongado, la actitud del vecindario y comerciantes cambia radicalmente ante la reducción de molestias y temores que casi siempre vinculaban al abandono de jeringas y uso de drogas en la vía pública, sin oposición grave por el vecindario.

En época más cercana, el 8 de agosto de 2005, fecha en la que dieron comienzo las obras de un aparcamiento subterráneo en Eladio Perlado, una concurrida avenida del barrio de Burgos. Se produjo entonces un violento enfrentamiento entre policías y críticos con el proyecto. La presión vecinal, encabezada por jóvenes encapuchados, consiguió que el Ayuntamiento desistiera del proyecto. Las razones en contra esgrimidas por los vecinos fueron varias y de distinta índole; la más relevante señalaba que el subsuelo del barrio era atravesado por las aguas subterráneas de un arroyo, cuyo caudal provocaría graves daños en los cimientos de las edificaciones del aparcamiento.

Gamonal de Río Pico fue un pueblo agregado como barrio al municipio de Burgos en el año 1955. En él fueron construidos durante las décadas de 1970 y 1980 múltiples bloques de viviendas que convirtieron el barrio en una zona con alta densidad de población. En 2006 el censo registró 60.000 habitantes. En la actualidad es un barrio estéticamente poco agraciado, víctima de un planteamiento urbanístico supeditado a la masificación donde apenas es posible encontrar unos pocos parques que sólo cabe calificar de bulliciosos. Una de sus características más notorias es su deficiente y confusa arteria circulatoria, donde, aunque suene un tanto extraño, nadie se expone a ser multado por aparcar en segunda o en tercera fila. Hay establecido un acuerdo implícito entre los vecinos para ir cambiando los coches de una fila a otra según el horario del día y así poder dejar el vehículo en algún lado.

Existe no obstante un curioso sentimiento de pertenencia y confraternidad entre los residentes de este barrio representado por sus bien organizadas asociaciones vecinales. Un barrio orgulloso y participativo, masificado y muy castigado por el desempleo juvenil, perteneciente a una ciudad, Burgos, con un presupuesto para 2014 de 189 millones de euros y, algo inexplicable, con una deuda acumulada de más de 600 millones. Una ciudad, conviene recordar, a cuyo Ayuntamiento se le prohibió acudir a nuevos créditos durante el año 2011, dado el alto nivel de endeudamiento con el que contaba y sigue contando.

Es cierto que tanto el partido político que hoy gobierna a los burgaleses elegido por mayoría absoluta, y el siguiente más votado en las últimas elecciones, tenían en su programa electoral realizar conjuntamente esa gran obra del bulevar de Gamonal. Pero no lo es menos que poco después se realizaron diferentes encuestas que reflejaban que hasta el 87% de los ciudadanos se oponían a la construcción de dicho bulevar. El 95,2% entendía que el barrio tiene pendientes actuaciones más necesarias y urgentes y un 72,5% argumentaba en contra irrefutables razones económicas y de orden técnico.

La guinda de todo el pastel y el detonante de los tumultos de enero pasado ha resultado ser que el promotor de las obras, un empresario ex convicto por corrupción urbanística en la década de los 90, es al mismo tiempo propietario del Diario de Burgos, perteneciente al grupo de comunicación Promecal. La pregunta que nos asalta inmediatamente es la siguiente: ¿caciquismo o búsqueda de un chivo expiatorio? Poco importa. Esta circunstancia ha derivado en que los manifestantes fueran día tras día a insultar y amenazar a los trabajadores del periódico en cuestión, los cuales tuvieron que poner en su sede música de Bruce Springsteen a todo volumen para evitar oír el griterío y seguir con su tarea.

Sin olvidar el nuevo Hospital de Burgos, adjudicado a un consorcio privado alegando que sería más barato, más rápido y que no aumentaría la deuda pública. Ninguno de estos compromisos se cumplió. Compromiso de inauguración para 2009 y no abrió hasta el año 2012; presupuesto en 242 millones de euros, lleva gastados más del doble, 528 millones a costa del erario público.

Todo esto nos lleva a pensar que quizá lo ocurrido en Gamonal, y apoyado por otras 55 manifestaciones solidarias en toda España, represente un punto de inflexión. Votar cada cuatro años no significa entregar un cheque en blanco al político de turno. Y episodios como el de Gamonal se sucedieron antes y se han sucedido después en otras muchas poblaciones con variada repercusión mediática que eso es otra historia, multiplicándose las ocupaciones del espacio público como expresión de malestar social.

Todo esto, suscita el debate de si las cuestiones relativas a la Salud -también la salud mental- deben ser asunto de carácter individual o colectivo. La respuesta de la psiquiatría y la psicología ante la crisis ha sido quejarse de los recortes que afectaban particularmente a cada uno de los profesionales del sector, gesto derivado de un discurso y una formación de corte individualista. También se han alzado muchas voces preocupadas por las repercusiones ya manifiestas con aumento de la demanda asistencial por deterioro en la salud debido a la crisis, por el empobrecimiento de la población y por la reducción presupuestaria gubernamental, los recortes.

Las recomendaciones de la propia sociedad para mejorar el cuidado de la salud están siempre dirigidas al individuo: use su inteligencia emocional y canalice y gestione sus propias emociones, cuide su alimentación, etc.; pero casi nunca involucran a los otros, al grupo de personas que nos rodea. Es en este punto donde se ponen a prueba las políticas sobre drogas y su calidad, no sólo como planteamientos 'técnicos', sino además como reflejos de la capacidad participativa del conjunto de la sociedad en procesos que afectan en diversos grados y formas a la ciudadanía.

No hace mucho, en estas mismas páginas se publicó un metaanálisis denominado *Desigualdad económica y enfermedad mental*. En sus líneas se llegaban a citar estudios que sostienen que la desconfianza generada en los ciudadanos por una clase política corrupta e irresponsable es indicador notable de su salud.

Estamos de acuerdo con el Nobel de Economía Amartya Sen (2002) cuando sostenía que el requisito fundamental para gozar de una mejor

salud mental tanto a nivel comunitario como particular es establecer un alto grado de justicia e igualdad sociales.

Desde muy antiguo sabemos que la pobreza afecta decisivamente a nuestra vida y a nuestra salud. Creemos por tanto que nuestro sector debe participar activamente en la labor de inclusión socio laboral de las personas, facilitando su acceso al alimento diario y a una vivienda digna, pero también contribuir en la participación democrática del paciente y reclamar por tanto unas políticas fiscales que redistribuyan la riqueza de modo más equitativo.

Pese a que las formas de manifestarse de algunos vecinos de Gamonal resulten discutibles e incluso condenables, la mayoría está de acuerdo en el contenido de sus protestas. El siglo XXI exige que las personas participen, hablen y sean escuchadas. Fomentar la participación no es un objetivo, es un derecho. Del mismo modo, los tiempos actuales reclaman un enfoque comunitario de las enfermedades mentales frente a caducos e inservibles modelos individualistas y deterministas. El caso del Gamonal es una muestra de que no basta con la calle, espacio que se logra como instrumento para otros logros y como bien necesario para mayor calidad de vida. En cualquier ciudad, todo es interdependiente, con su espacio público que genera un entorno de bienes y servicios para la población, pero primero hay que garantizar los medios para usarlos, trabajo, ingresos básicos, vivienda, transportes, atención a la salud, lo indispensable.

Vivimos en este mundo globalizado; pero por eso mismo hay que saber asumir los retos que plantean los problemas de nuestra sociedad. Ser valientes ante ellos y, sobre todo, dialogar puesto que todos nos necesitamos. Tener legítimas preocupaciones, y demandar las informaciones que faltan para solventar cualquier percepción de riesgo es algo frecuente en nuestra sociedad, y muy diferente es imponer visiones unilaterales sin dejar espacio al diálogo. Así podremos hablar de regenerar confianza en la ciudadanía.

Así pues, podemos llamar la atención sobre aspectos políticos que han de jugar un papel fundamental: el diálogo ciudadano, la participación,



la planificación en el ámbito de la salud mental, las adicciones o la salud pública, y la traducción en decisiones democráticas de lo que demuestran las evidencias científicas. A estas alturas, el conocimiento ha de tener más objetivos que los de reproducirse y retroalimentarse en espacios acotados, en el club privado de quienes creen controlar los saberes. Los productos y proyectos de la ciencia pierden su validez en sociedad si no se discute su pertinencia en un mundo real, necesariamente conflictivo, con quienes en él viven. Las intervenciones para reducción de

riesgos y daños en general, han de considerarse como ‘pruebas de fuego’ en las que lo que se testa es la preparación y madurez democrática de una sociedad y, más aún, la de sus dirigentes en primera instancia.

Fernando Pérez del Río
Psicólogo, trabaja en Gamonal.

Iñaki Markez
Psiquiatra.



ORIGINALES Y REVISIONES

Bleuler y Freud: crónica de una escisión anunciada.

Bleuler and Freud: chronicle of a spit foretold.

Nicolás Landriscini Marín

Psicoanalista, París.

Resumen: Este trabajo es una contribución a la historia de la categoría clínica de la esquizofrenia. En concreto, abordaremos aquí el momento de su bautizo por parte de Bleuler así como la controversia que tendrá lugar entre éste último, Jung y Freud acerca de su estatuto nosológico y de su causalidad.

Trataremos de mostrar que, a pesar de la inspiración que Bleuler encuentra en algunos de los textos de Freud, sus concepciones respectivas de la causalidad de la locura se oponen diametralmente: Bleuler sostiene una causalidad cognitiva y orgánica de la esquizofrenia, mientras que Freud subvierte el campo de la psicopatología al introducir la noción de un sujeto que está atravesado por un conflicto entre su libido y su yo.

Palabras clave: Bleuler, Freud, esquizofrenia, escisión.

Abstract: This work is a contribution to the history of the clinical category of schizophrenia. Specifically, here we will address the time of its baptism by Bleuler, and the controversy that took place between the latter, Jung and Freud about his nosological status and causality.

We will try to show that, despite Bleuler was inspired by some of Freud's texts, their respective conceptions on the causation of madness are diametrically opposed: Bleuler proposes a cognitive and organic causation of schizophrenia, while Freud subverts the field of psychopathology by introducing the notion of an individual that is going through a conflict between his libido and his ego.

Key words: Bleuler, Freud, schizophrenia, split.

En 1911, Eugen Bleuler, a la sazón director del mítico asilo suizo Burghölzli, publica una monografía titulada *Demencia precoz o grupo de las esquizofrenias*, libro que resultará determinante para la psiquiatría del siglo XX. Resultado de largos años de investigaciones en el ámbito de la clínica de las psicosis, Bleuler propone en dicho trabajo una revisión conceptual de la categoría kraepeliniana de demencia precoz a partir de sus presupuestos teóricos asociacionistas. El libro contiene asimismo una aplicación particular a la esquizofrenia de los mecanismos de formación del inconsciente, descubiertos por

Freud en la clínica de la neurosis y en la psicología del sueño.

Procedamos primero a precisar los presupuestos asociacionistas mencionados. Bleuler había sido alumno de Wundt, un teórico de la **psicología asociacionista** que, junto con Galton, había configurado un test de asociación de palabras cuyo objetivo era despejar las leyes que rigen los procesos de asociación de ideas. El procedimiento es el siguiente: se le presenta al sujeto una serie de palabras seleccionadas previamente y se le pide que responda con las palabras que le vienen



espontáneamente a la mente. A continuación, se analizan las respuestas en función de una serie de criterios preestablecidos y se sacan conclusiones acerca de su funcionamiento psíquico.

Bleuler incorpora este test al conjunto de investigaciones llevadas a cabo en su servicio sobre la demencia precoz. Será concretamente C. G. Jung, por entonces su ayudante, el que realizará el trabajo en cuestión. En un texto titulado *Psicología de la demencia precoz*, de 1907, Jung refiere las anomalías en las respuestas de los pacientes a la existencia de *complejos de representaciones cargados emocionalmente*, los cuales se manifiestan mediante cadenas de asociación fijas. Jung y Bleuler van a atribuir a dichos complejos un papel determinante en la expresión de cada síntoma. ¿Cómo van a abordar la cuestión? Pues bien, procediendo a una aplicación de los mecanismos freudianos de las formaciones del inconsciente: así, un neologismo constituye una condensación de varias significaciones complexuales; una respuesta inadaptada supone un desplazamiento con respecto la significación original; un delirio representa las necesidades afectivas o los temores del sujeto; etc.

Una vez captado el papel jugado por las asociaciones, podemos introducir la concepción bleuleriana de la esquizofrenia. Desde el punto de vista nosológico, e incluso podríamos decir etimológico, la introducción del término le permite a Bleuler desplazar los criterios de cronicidad, precocidad y debilitamiento inherentes a la demencia precoz kraepeliniana y remplazarlos por el interés colocado en la dinámica psíquica subyacente en estos casos: “Llamo a la demencia precoz esquizofrenia porque, como espero demostrarlo, la escisión de las funciones psíquicas más diversas es una de sus características más importantes” (Bleuler, 1911).

En lo que respecta al cuadro clínico, su descripción apenas difiere de la semiología kraepeliniana. Ahora bien, la categoría tomará con Bleuler una extensión nosográfica tal, que acabará fagocitando y/o ninguneando a gran parte de las otras categorías clínicas, hasta el punto de convertirse ella misma en paradigma de la enfermedad mental, cosa que por otra parte el mismo Bleuler había reprochado a la paranoia de haber sido hasta entonces.

Tratemos ahora de penetrar un poco más en la arquitectura de la teoría. Su punto neurálgico es pues la *spaltung*, traducido al español como *escisión*, *disociación* o *disgregación* de las funciones psíquicas, consecuencia de un debilitamiento o aflojamiento primario de las asociaciones.

La concepción bleuleriana de la mente, recordémoslo, se basa en el asociacionismo, doctrina que considera el funcionamiento psíquico normal a partir de una asociación de representaciones jerárquicamente subordinadas al logro de una representación-meta final. Por ejemplo, el escritor subordina la composición de su frase a la estructura del capítulo, el cual es a su vez compuesto teniendo en cuenta la arquitectura final del libro, etc. Pues bien, es esta misma función la que, con mayor o menor intensidad, está según Bleuler alterada en todos los casos de esquizofrenia. Resulta de ello una disociación generalizada del pensamiento, el lenguaje, las emociones y la voluntad que da lugar a la panoplia de las manifestaciones de la enfermedad.

Ahora bien, el estatuto de esta escisión es extremadamente equívoco y controvertido. ¿Por qué? Porque ella no es un fenómeno clínico observable, sino una suposición teórica deducida de las manifestaciones sintomáticas. He ahí todo el *quid* del asunto.

Antes de considerar el problema clínico en cuestión, hagamos una breve observación de carácter genealógico respecto a la *spaltung*.

La escisión es un concepto cuya historia es paralela al de la afasia. En 1874 C. Wernicke había propuesto el término de *sejunción* para explicar la sintomatología de las afasias. Es sabido que la afasia es una patología que provoca perturbaciones selectivas en el interior de la facultad del lenguaje, pudiendo por ejemplo afectar la función motora pero no la sensorial o viceversa. Wernicke pensaba poder referir las diversas disociaciones de la facultad del lenguaje a sendas lesiones particulares del cerebro. Propuso entonces la *sejunción* como mecanismo que provoca una ruptura de los vínculos asociativos, un debilitamiento de la arquitectura de la personalidad que puede ir hasta “una disociación del individuo, al punto de permitir, en un sujeto lúcido, la coexistencia de términos incompatibles

entre sí” (citado por Hulak, 2006). Dicho esto, Wernicke va a proceder a una pura y simple transposición de este modelo de las afasias al conjunto de la patología mental, transposición que será muy criticada entre otros por el mismo Freud, por ser considerada demasiado mecanicista e insuficiente para explicar la diversidad de los trastornos psiquiátricos.

El concepto de *spaltung*, que resultaría de un déficit primario que disgrega el proceso mental, fue forjado por Bleuler a partir de la *sejunción* de Wernicke.

Entonces, a partir de la consideración de la *spaltung* como núcleo estructural de la enfermedad, Bleuler va a proponer una descripción de la sintomatología declinada en dos series de oposiciones, cada una de las cuales tiene un estatuto teórico distinto.

La primera oposición, de raigambre más bien fenomenológica, tiene un objetivo diagnóstico: opone los **síntomas fundamentales**, que son específicos, permanentes y patognomónicos, a los **síntomas accesorios**, los cuales son inespecíficos y contingentes.

La segunda oposición, de orden más bien especulativo, tiene una razón de ser patogénica: opone los **síntomas** llamados **primarios**, que son necesarios y considerados como el indicio del proceso patológico orgánico, a los **síntomas secundarios**, los cuales, contingentes y psicógenos, constituyen una reacción de la mente del enfermo al proceso patológico, incluso un intento subjetivo de restitución.

La descripción de los síntomas accesorios, efectuada con todo lujo de detalles y ejemplos, retoma a *grosso modo* la semiología kraepeliniana: alucinaciones, ideas delirantes, trastornos del lenguaje y de la escritura, síntomas somáticos, catatónicos y otros síndromes agudos.

Por su parte, los síntomas fundamentales son cuatro: trastorno de las asociaciones y de la afectividad, ambivalencia y autismo, este último definido por Bleuler como la tendencia a replegarse en el mundo de la fantasía en oposición a la realidad. Señalemos solamente que exceptuando el trastorno de las asociaciones, los otros tres síntomas fundamentales no gozan de un

reconocimiento unánime en el mundo de la psiquiatría, al ser considerados como no exclusivos de la esquizofrenia.

En cuanto a las formas de la enfermedad, recordaremos sólo que Bleuler propone dos nuevas, que añade a las tres formas aisladas y descritas por Kraepelin, a saber: la esquizofrenia paranoide, la hebefrenia y la catatonía. Se trata de:

- 1) La esquizofrenia simple, caracterizada por una presencia exclusiva de síntomas fundamentales sin ningún accesorio (lo cual, hablando con propiedad, supone la ausencia de síntomas verificables).
- 2) La esquizofrenia latente, que no presenta ningún signo (ni siquiera un síntoma fundamental), agrupando más bien a las personalidades bizarras, caprichosas, irritables, solitarias, etc. Se trata en este caso de una categoría de naturaleza más bien sociológica o caractereológica.

Esta tipología bleuleriana está en el origen de una extensión ilimitada y monomaníaca de la esquizofrenia, y será progresivamente retomada, declinada y aderezada por autores posteriores, dando lugar a conceptos tan espurios como “reacción esquizofrénica”, “biotipo esquizofrénico”, “personalidad esquizoide”, etc., con los que ya no se sabe muy bien lo que se quiere designar.

Para terminar con Bleuler, abordemos la cuestión de la **causalidad de la enfermedad**, a la cual él nos introduce con la oposición entre los síntomas primarios y secundarios, la cual, como indicábamos más arriba, es de orden más especulativo que fenomenológico.

Los síntomas primarios emergen directamente del proceso patológico orgánico: son su indicio mismo. Ahora bien, “hoy en día no conocemos aún con certeza los síntomas primarios” (Bleuler, 1926). Con lo cual, la especificación del proceso patológico brilla evidentemente por su ausencia. Eso sí, se lo afirma con gran determinación. Como quiera que sea, el debilitamiento de las asociaciones, quintaesencia de la enfermedad, es citado por Bleuler como síntoma primario principal. Los trastornos afectivos, la ambivalencia y el autismo son, por su parte, secundarios, si bien fundamentales.



En cuanto a los síntomas secundarios, constituyen la reacción de la mente del enfermo a los acontecimientos externos e internos, y son por tanto psicógenos. En realidad, constituyen la mayor parte de la sintomatología: trastornos afectivos, autismo, ambivalencia, trastornos de la memoria y la orientación, ideas delirantes, alucinaciones. Al ser psicógenos, se les supone contener un sentido a descifrar, y esta es la parte más freudiana de la obra, en la que vemos a Bleuler aplicar los mecanismos de las formaciones del inconsciente al desciframiento de los síntomas esquizofrénicos. Sin embargo, como lo indica Alfredo Zenoni (2009), este interés por el desciframiento, lejos de estar en continuidad con las hipótesis freudianas sobre la causalidad libidinal de la locura, no era sino el reverso de un proyecto clínico cuya ambición era reconducir toda la sintomatología a un trastorno fundamental, de naturaleza al fin y al cabo cognitiva, mental o intelectual, a saber, la *spaltung* o trastorno de la asociación de ideas.

Pasemos ahora a Freud. Como veremos, él consideraba el fenómeno clínico de la disociación como el efecto de un proceso de eliminación activa al cual dio el nombre de defensa o represión, que era para él sinónimo de inconsciente. Para Freud el inconsciente es una instancia que cristaliza el conflicto entre dos fuerzas opuestas en el interior del sujeto, a saber, por un lado la pulsión y por el otro el yo.

En la correspondencia entre Freud y Jung, que se desarrolla entre 1906 y 1914, encontramos el taller de un arduo debate acerca del estatuto y las relaciones recíprocas de la paranoia y la demencia precoz. Leemos ahí a un Freud reticente a aceptar la validez de la demencia precoz, a la cual opone la preeminencia de la paranoia, considerada por él “un verdadero tipo clínico”, así como el paradigma de la psicosis. ¿Por qué? Pues bien, porque a diferencia de la demencia precoz, la paranoia obliga a tomar en consideración el hecho de que la ausencia de déficit o de demencia no impide a un ser humano estar loco. Dicho de otro modo, la paranoia pone perfectamente en evidencia según Freud que no es en el déficit de inteligencia o en la incapacidad de síntesis del yo, sino en los avatares y destinos de la libido que debemos buscar la causa de la locura.

En sus cartas a Jung, vemos a Freud abordar la demencia precoz siempre en relación a o por contraste con la paranoia.

Precisemos primero el lugar que ocupa el concepto de represión en la doctrina de Freud: consecuencia necesaria del conflicto permanente entre los intereses del yo y la meta pulsional, la represión es postulada al principio por Freud como un mecanismo de defensa inherente a la condición humana. Ahora bien, está la represión y está su reverso, a saber el retorno de lo reprimido, pues ninguna represión es lograda completamente. Una vez planteado esto, Freud construye la psicopatología psicoanalítica proponiendo, para cada una de las estructuras clínicas, un mecanismo psíquico específico que cristaliza y encauza el retorno de lo reprimido: por ejemplo la conversión en la histeria, el desplazamiento en la neurosis obsesiva o la proyección en la paranoia.

En su debate con Jung y Bleuler, Freud va a proponer una clínica diferencial de la paranoia y la demencia precoz a partir del funcionamiento diferente de la represión y del alcance distinto de la regresión en cada una de las dos entidades.

Proponemos aquí en dos fórmulas condensadas un bosquejo de las primeras teorizaciones de Freud al respecto.

En la paranoia, la libido es reprimida y retorna a continuación a nivel del estadio narcisista del desarrollo libidinal, en el cual la relación al objeto se mantiene. El sujeto paranoico testimonia de ello mediante la reconstrucción de una nueva relación con el objeto realizada gracias a la proyección y al delirio, que es el intento de curación que lo caracteriza.

En la demencia precoz, en cambio, la libido es reprimida y retorna a un nivel más precoz del desarrollo libidinal, en el cual la relación al objeto ha sido abolida, a saber: el autoerotismo. El intento de reconstrucción de un vínculo con el objeto tiene lugar en este caso mediante el mecanismo alucinatorio, pero el proceso resulta menos exitoso porque el registro especular del narcisismo no es operante en la esquizofrenia.

En lo que respecta a la controversia con Bleuler, hay un punto que quisiéramos destacar. Se

trata de las relaciones entre el **autoerotismo** y el **autismo**. Hemos visto que Bleuler propone al autismo como uno de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia. Lo define como un repliegue del sujeto en el mundo interno de su fantasía que lo aleja de la realidad. Se trata pues de un trastorno del pensamiento y, eventualmente, también del comportamiento. Por otra parte, Bleuler mismo explica haber forjado el concepto a partir del de autoerotismo de Freud, pero abstrayéndose de sus connotaciones sexuales, de las cuales él no quería saber nada. Recordemos aquí al pasar que Jung desarrollará más tarde su concepto de introversión a partir del autismo de Bleuler.

Este punto cristaliza efectivamente el abismo radical que hay entre Freud por un lado y Bleuler y Jung por el otro. ¿Por qué? Pues bien, porque el autoerotismo freudiano no es solamente un concepto de carácter eminentemente sexual, sino que también define un modo de goce que está *más acá* del registro de la fantasía o la introversión. Para Freud, el repliegue en el mundo de la fantasía o la introversión caracterizan a la relación de objeto mantenida por el neurótico tras la operación de la represión. El neurótico retira la investidura libidinal de los objetos en la realidad (reprime), pero la conserva en el mundo de la fantasía. En el caso de la esquizofrenia, la relación al objeto está abolida: el registro de la fantasía o la introversión no son operantes y son remplazados por el retorno del goce a nivel del cuerpo fragmentado. El autoerotismo es pues un estadio del desarrollo libidinal previo a la formación del yo y por tanto al funcionamiento de la fantasía.

Para terminar, vamos a evocar la última referencia significativa de Freud a la clínica de la esquizofrenia. Se trata de la noción de **lenguaje de órgano**, que será retomada por Lacan a partir de su concepto de discurso.

En su texto “Lo inconsciente”, Freud subraya el uso peculiar del lenguaje que presentan ciertos sujetos esquizofrénicos. Se detiene particularmente en un ejemplo, el caso Emma A., que toma prestado de Victor Tausk. Se trata de una joven paciente esquizofrénica que es internada en una clínica tras una fuerte disputa con su novio. Se queja de que sus “ojos no están dere-

chos, están torcidos (*verdrehen*)” reprochando a su novio no poder comprenderlo por mostrarse éste diferente cada vez: “es un hipócrita, un torcedor de ojos (*Augenverdrehen*, simulador), él le ha torcido los ojos, ahora ella tiene los ojos torcidos, esos ya no son más sus ojos, ella ve ahora el mundo con otros ojos”. En la ilación del pensamiento del esquizofrénico, domina un elemento cuyo contenido es una invención corporal, o, más precisamente, la sensación de ésta. Freud precisa que en este ejemplo “la relación con el órgano (con el ojo) se ha constituido en la subrogación de todo el contenido de su pensamiento. El dicho esquizofrénico tiene aquí un sesgo hipocondríaco, ha devenido *lenguaje de órgano*” (Freud, 1915).

El ejemplo ilustra asimismo cómo el sujeto esquizofrénico expresa a cielo abierto lo que el neurótico habría reprimido. Freud observa con gran agudeza clínica que un sujeto histérico en el mismo caso habría torcido real y convulsivamente los ojos, es decir que su cuerpo habría encarnado el contenido de la representación por mediación de la metáfora sin que el sujeto pudiera establecer conscientemente el vínculo en cuestión. Por el contrario, en el caso del esquizofrénico no es la cosa (el cuerpo) la que está *contaminada* por la palabra (eso es la conversión) sino la palabra la que está *contaminada* por la cosa (lenguaje de órgano).

En su comentario, Freud explica que el síntoma esquizofrénico muestra un predominio de la representación de palabra sobre la representación de cosa. La representación de palabra no logra reprimir la representación de cosa, la cual está investida libidinalmente. La cosa retorna entonces a nivel de la palabra, operando una intrusión a nivel de la palabra. En términos lacanianos, podríamos decir que el síntoma muestra que la combinación significativa no produce un significado nuevo (metáfora), sino que se transforma en lenguaje de órgano.

¿Cómo se produce esto? Recordemos que en la esquizofrenia la investidura libidinal del objeto (las cosas) ha fracasado. Sin embargo la investidura libidinal de la palabra es mantenida, y este mantenimiento constituye él mismo un intento de restablecimiento, un esfuerzo de restitución de la relación al objeto perdido. Sólo que el



sujeto no alcanza a captar más que el aspecto verbal del objeto. *Ha perdido las cosas, sólo le quedan las palabras*: ese es, a mi entender, el sentido de la célebre fórmula de Freud según la cual el esquizofrénico trata las palabras como cosas, fórmula que Lacan retomará y traducirá a

sus términos diciendo que para el esquizofrénico todo lo simbólico es real.

Nicolás Landriscini

París, diciembre 2013.

Contacto

Nicolás Landriscini Marín

11, rue de la Tour d’Auvergne • 75009 París • Francia

nicolandri@hotmail.com

Bibliografía

Álvarez, J.M.: “La invención de las enfermedades mentales”. Editorial Gredos, 2008.

Bleuler, E.: “Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias”. Editorial Horme Paidós. Buenos Aires 1993.

Bleuler, E. y Claude, H.: “La schizophrénie en débat”. Editorial l’Harmattan, París 2001.

Freud, S.:

- “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa” (1896).
- “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente (1912).

- “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico” (1914).

- “Introducción al narcisismo” (1914).

- “Lo inconsciente” (1915).

Obras Completas. Amorrortu editores. Buenos Aires, 1996.

Freud, S., Jung, C.G.: “Correspondencia”. Editorial Trotta S.A., Madrid 2012.

Zenoni, A.: “L’Autre pratique clinique”. Editorial Ères, París 2009.

Entre dos versiones de la demanda: diferencias entre desmedicalización y psicoanálisis.

Between two versions of demanding: differences between no-medicalization and psychoanalysis.

Nicolás Vucinovich

Psiquiatra, Unidad de Salud Mental Comunitaria “Oriente”.
Hospitales Universitarios “Virgen del Rocío”, Sevilla.

Resumen: Discusión teórica sobre dos posibles abordajes de la demanda, desde el paradigma psicoanalítico y desde la medicalización. Creemos necesario extendernos en este trabajo porque aborda algunas preguntas que nos hacemos en nuestro desempeño diario en los equipos de salud mental: ¿Cuál es nuestra posición frente a la demanda que se nos hace (de cura, de tratamiento, de reconocimiento de incapacidad)? ¿Cómo conceptualizamos esta demanda? Y por último ¿Qué tratamiento hacemos de esta demanda? Como se verá a lo largo del trabajo, confrontamos dos paradigmas, opuestos en su forma de entender la demanda: el psicoanalítico y el desmedicalizador. Pretendemos, mediante la radicalización de esta oposición, suscitar el debate en torno a la cuestión de la demanda, no desde el punto de vista de los gestores (cómo encarrilar la demanda para que no sature los dispositivos asistenciales), sino desde el lugar del clínico. Nuestra pregunta en definitiva es por un buen hacer, por una buena práctica, con la demanda.

Palabras clave: Psicoanálisis, medicalización, asistencia médica.

Abstract: We have thought necessary to extend this work because it addresses current issues related to the daily role we play in Mental Health System: What is our position in relation to the request we are demanding (cure, therapy, acknowledgement of the mental handicap)? How do conceptualize we this demand? And what kind of therapy can we do of this demand? As readers will realize through this work, we want to compare two different paradigms: the psychoanalytic and the de-medicalization paradigms. Through this radical position, we expect to cause a discussion about the demand, not from the point of view of politicians, but from practitioners. Our intention is to look for a good clinical practice in relation to the demand.

Key words: Psychoanalysis, medicalization, medical assistance.

Introducción

Desde los planes y programas de salud actuales se intentan protocolizar los carriles asistenciales en los servicios de atención primaria y salud mental para los pacientes que allí demandan atención por trastornos adaptativos, duelos,

trastornos de ansiedad y somatizaciones^{1,2,3}. Apoyándose en los principios de la “desmedicalización y la despsicologización” se propone una re-conducción de la demanda asistencial para aquellos sujetos que, por padecer cuadros leves o reacciones vivenciales no patológicas, no



requieran tratamiento. Esta nueva orientación de la demanda implicaría un pasaje desde la de ser curado de la enfermedad hacia una nueva significación de los síntomas, de la ansiedad o la tristeza como algo normal y esperable, sano en última instancia. Más que de una re-conducción, se trataría de una educación de la demanda: se debe solventar el pedido de asistencia enseñando al paciente a entender su sufrimiento como algo normal. El paciente debe entender que el duelo es algo por lo que debe pasar sin acompañamiento del especialista, o que la ansiedad es necesaria para la supervivencia, y que debe aprender, apoyándose en recursos propios, a convivir con sus síntomas para que estos no interfieran en su funcionamiento.

Frente a este tratamiento de la demanda asistencial, nuestra propuesta es permitir un despliegue de la demanda inicial, sin apresurarnos a ofrecer una respuesta educativa y por lo tanto general, sino facilitando una apertura singular de la demanda, apoyada en el descubrimiento psicoanalítico por el cual la demanda en el sujeto estaría atravesada por un deseo inconsciente. Por el hecho de estar articulada en palabras, la demanda está marcada por una falla: por la posibilidad de un sentido diferente en lo que se pide o en lo que se dice, que implica un “más allá” del querer decir. Se encuentra desbordada por el deseo que, desde el inconsciente, la anima. En su escrito “Psicoanálisis y medicina”, escrito al cual nos referiremos a lo largo de este trabajo porque precisa las particularidades de la nueva posición del médico en la era de la ciencia, Lacan dice: “Hay un deseo porque hay inconsciente, es decir lenguaje que escapa al sujeto en su estructura y sus efectos, y hay siempre en el lenguaje algo que está más allá de la conciencia, y es allí donde puede situarse la función del deseo”⁴ (pág. 95). Mediante la rectificación de la posición del sujeto en relación a su queja y a su sufrimiento, se abre una nueva dimensión de esta demanda inicial: la dimensión del deseo que la soporta, y la pregunta por este deseo.

De la medicalización a la desmedicalización

Analizaremos algunos aspectos de la desmedicalización y despsicologización (despsicopatologización para M.A. Moré¹ para luego confrontarlas

con lo que entendemos que es un tratamiento diferente de la demanda desde el psicoanálisis.

En su artículo “*Las no enfermedades*” y la *medicalización*⁵, Ignacio Pérez-Ciordia nos introduce en la necesidad de una desmedicalización: “*Ya va siendo hora de llevar a cabo una verdadera desmedicalización. Los objetivos de la política sanitaria corren el peligro de quedar subordinados a los objetivos de la industria farmacéutica*”. Algunos autores^{1,2,5,6} coinciden en señalar al empuje de la técnica y la penetración de la industria como una de las causas del desborde asistencial, y señalan la necesidad de formalizar una indicación de no- tratamiento^{2,7}, o la incorporación de un psicólogo no- clínico en atención primaria para atender a esta demanda (duelos, reacciones vivenciales, trastornos adaptativos, depresiones leves, somatizaciones)².

En estos trabajos se hace referencia, por lo tanto, a la necesidad de una normalización de la queja del paciente. Se debe trabajar con él empleando técnicas psicológicas (desde la óptica cognitivo conductual o constructivista en los trabajos revisados)^{1,2,7} para que entienda que el sufrimiento no supone siempre patología, y por lo tanto tampoco tratamiento médico ni psicológico: “*El abordaje de tales situaciones (indicación de no- tratamiento) precisa una resignificación de la demanda o del problema planteado, tratando que el paciente cambie la visión que tiene de sus quejas y que deje de entenderlas como algo patológico, para asumirlas como reacciones “normales”, que aunque se traduzcan en alteraciones emocionales, estas no tienen el carácter de algo anormal*”. De una forma respetuosa, ya que se escucha pacientemente su demanda (se la construye para luego deconstruirla⁷, el trabajo a realizar tiene una clara finalidad, una intención que precede a la mismísima demanda del sujeto: descongestionar los centros asistenciales, enseñando que no hay patología en su queja, ni razón para ser abordada desde ese mismo dispositivo donde se lo instruye.

Pero debemos preguntarnos cómo es que estos no- pacientes acuden a un psiquiatra o a un psicólogo. Es evidente que algo en el discurso moderno empuja a estos sujetos a consultar, y a la psicología y a la medicina a responder por este sufrimiento. Es un doble movimiento, dos

vectores confluyentes: por un lado el sujeto demanda su parte de salud mental que le corresponde por derecho, su cese de dolor y sufrimiento, exige un alivio que lo devuelva a su vida anterior, a su funcionamiento. No quiere interferencias: que el síntoma, la ansiedad, la apatía o el insomnio no detengan su carrera. En la otra dirección, tenemos a la psicología y al psicoanálisis explicando, comprendiendo, teorizando sobre el desarrollo, y desde siempre apoyándose en la patología para dar un pequeño salto a la normalidad, salto inevitable y honesto, neurotizando así la vida social: todos pasamos por el Edipo, todos soñamos, olvidamos y nos equivocamos, todos repetimos. Y en esta misma dirección tenemos al médico, animado por el desarrollo industrial de los antidepresivos y los hipnóticos, tendiendo la mano a los sujetos tristes e insomnes, abriendo las puertas de la consulta moderna al gran mercado de la depresión.

Esta doble tendencia, desde el sujeto hacia el ideal de salud y desde la psicología y la medicina hacia el sujeto, han dado consistencia al modelo de la salud mental para todos. La psicología y la medicina fueron masivamente investidas por el sujeto de la era científica: les supone un saber acerca suyo, les supone la capacidad para suturar su falta, y acuden para ello al dispensario, para reclamar su parte de salud que les corresponde.

La desmedicalización y la despseudologización implican una reacción, una resistencia a esta corriente previa. Esta resistencia, aunque motivada por razones económicas (no se puede atender a todos), se justifica en la no iatrogenia, en la no intromisión del discurso médico en la vida de los sanos, cuando desde todas partes (medios, colegios, trabajo) se opera en la dirección contraria. Desde su posición investida, desde la suposición de conocimiento que el sujeto moderno le concede, la autoridad sanitaria dice: “hay sufrimientos normales, por los que hay que pasar”. ¿Pero quién y cómo habrá de definirse esta “normalidad” que presupone esta corriente “normalizante”, para que no dependa en cada caso de la especificidad en juego entre el médico/ psicólogo y su paciente, de la empatía o la sensibilidad, de la experiencia del otro, en último término? Habrá que estar atentos a que esta normalización no implique un “para todos lo mismo”, borrando

la singularidad del caso, ya que ésta es la mala costumbre de algunos discursos que simulan apoyarse en la ciencia y la estadística.

Los sistemas de diagnóstico (DSM y CIE) son un ejemplo de cómo es definida la normalidad desde las nosografías. Estos sistemas delimitan el campo de lo patológico mediante un consenso que determina de forma negativa, dialéctica, nuestra idea de normalidad. Expandiendo el campo de lo patológico, se deja cada vez menos lugar a una comprimida salud que ya nadie se atreve a certificar. Este es el atoladero de la “normalización”: se administra desde el mismo discurso que define lo patológico, pudiéndose diagnosticar “salud” solo donde no se ha diagnosticado enfermedad. El British Medical Journal, por ejemplo, publicó en 2002 un artículo donde se enumeraban las principales “no-enfermedades”⁶. En este artículo se repite una encuesta ya realizada en los años 70, donde se pedía que se votara de una larga lista cuáles eran consideradas y cuáles no, enfermedades. Comparando ambas listas se observa que en estos casi 40 años el campo de las enfermedades se ha expandido y el de la salud contraído.

Demanda y psicoanálisis

Lacan, en su escrito “Psicoanálisis y medicina”, explica cómo la nueva posición del médico en relación a la ciencia condiciona la demanda que se le dirige, y cómo éste debe preservarse en la respuesta que da: *“El médico es requerido en la función del médico fisiologista, pero sufre también otros llamados: el mundo científico vuelca entre sus manos un número infinito de lo que puede producir como agentes terapéuticos nuevos, químicos o biológicos, que coloca a disposición del público, y le pide al médico cual si fuera un distribuidor, que los ponga a prueba. ¿Dónde está el límite en que el médico debe actuar y a qué debe responder? A algo que se llama la demanda. Este desarrollo científico inaugura y pone cada vez más en primer plano ese nuevo derecho del hombre a la salud, que existe y que se motiva ya en una organización mundial. En la medida en que el registro de la relación médica con la salud se modifica, donde esa suerte de poder generalizado que es el poder de la ciencia brinda a todos la posibilidad de ir a pedirle al médico su cuota de beneficios con un objetivo preciso*



*inmediato, vemos dibujarse la originalidad de una dimensión que llamo la demanda. Es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo donde está la posibilidad de supervivencia de la posición propiamente médica*⁴, pág. 90). Unas páginas más abajo vuelve sobre esto, agregando: “*Lo que indico al hablar de la posición que puede ocupar el psicoanalista, es que actualmente es la única desde donde el médico puede mantener la originalidad de siempre de su posición, es decir, la de aquel que tiene que responder a una demanda de saber, aunque solo se pueda hacerlo llevando al sujeto a dirigirse hacia el lado opuesto a las ideas que emite para presentar esa demanda. Si el inconsciente es lo que es (...) esta abertura solo puede servir al sujeto en su demanda de saber. Lo inesperado, es que el sujeto confiese él mismo su verdad, y que la confiese sin saberlo*”⁵ (pág. 97).

Hay otra salida entonces para preservar la “posición propiamente médica” (que no es la medicalizadora ni la desmedicalizadora) y es la que reconduce esta demanda inicial hacia el otro extremo, si es necesario, sabiendo que es otra verdad, la del deseo, la que la anima. El sujeto se presenta demandando ser curado o reconocido en su posición de enfermo, dirigiendo este pedido a quien le supone conocimiento para responder. Pero al verse invitado a desplegar esta demanda, a decir más sobre ella, al ofrecerle el espacio para que esta se desarrolle, el sujeto encuentra una dimensión nueva detrás de su queja. A este viraje se refiere Lacan en la última frase de la cita anterior: se abre el campo del inconsciente y con esto la demanda inicial se vuelve demanda de saber.

Demanda y deseo

Entendemos que la dialéctica entre la demanda y el deseo desde la infancia implica que la demanda que se dirige al Otro es interpretada por este Otro. Es la madre, por ejemplo, la que da significación al grito de su hijo. El objeto que se recibe de este es, desde entonces, símbolo de su amor, por lo que su demanda implicará siempre un más allá de la necesidad y será siempre una demanda de amor, insaciable, y que fundará el campo del deseo para el sujeto⁶. Por otro lado, por su condición de estar articulada en el lenguaje, por su propia estructura de palabra, la demanda

entraña una imposibilidad de decir: el canal del sentido que transmite la demanda en palabras, se desborda, y el sentido por fuera de este canal es el que baña el campo del deseo inconsciente. Hablamos de reconducir la demanda para que el sujeto la elabore y se vea sorprendido por lo inesperado de la emergencia de otra verdad, singular en todos los casos.

Creemos que la otra respuesta, la de la educación de la demanda a través de una enseñanza, defiende, sí, al facultativo de una demanda desbordada, pero a costa de ahogarla. Es importante que los clínicos pensemos también cómo posicionarnos frente a esta demanda de saber que se nos dirige. Si desconocemos la relación entre el deseo y la demanda, responderemos literalmente a esta, y es normal que lo hagamos compartiendo nuestro conocimiento, nuestro saber teórico, con el paciente. Es la salida psicoeducativa, la que nos empuja a responder con un objeto tapón de la demanda (educación-consejo-fármaco). En este punto, el discurso “medicalizador” y el “desmedicalizador” se emparentan: ambos atienden la demanda en su primera presentación, de queja.

Rectificación subjetiva y entrada en análisis

El momento llamado “entrada en análisis”, y concretamente el concepto de “rectificación subjetiva”¹⁰, pueden sernos útiles en la práctica en los equipos de salud mental para orientarnos en el manejo de la demanda.

En su escrito “La dirección de la cura y los principios de su poder”¹⁰, Lacan aísla tres momentos en la cura que deben ordenarse según un eje que va, desde la rectificación subjetiva (“la rectificación de las relaciones del sujeto con lo real” (pág. 580), a la interpretación, pasando por “el desarrollo de la transferencia” (pág. 578).

¿Qué es la rectificación subjetiva, primero de estos tres momentos? Con respecto al caso “El hombre de las ratas”, dice Lacan: “*Freud empieza por introducir al paciente a una primera ubicación de su posición en lo real*”. Y continúa acerca del caso Dora: “*Otro ejemplo notable: cuando obliga a Dora a comprobar que ese gran desorden del mundo de su padre, cuyos prejuicios son el objeto de su reclamación, ella misma*

*ha hecho más que participar en él, que se había convertido en su engranaje*¹⁰ (pág. 576). A partir de esta rectificación, de este señalamiento de la posición del sujeto en la escena y de la responsabilidad que lo compromete ahí, comienza el desarrollo de la transferencia, y la entrada en análisis: *“Pero aquí se detiene el camino que hay que recorrer con el otro. Porque ya la transferencia ha hecho su obra, mostrando que se trata de una cosa muy diferente de las relaciones del yo con el mundo”*⁹ (pág. 576).

Se trata de la relación del sujeto y el inconsciente, el Otro: *“A partir de ese momento ya no es al que está en su proximidad a quien se dirige, y esta es la razón por la que le niegue la entrevista cara a cara”*¹⁰, pág. 577). Este es el momento de la entrada en análisis, el momento en el cual se entiende que el problema no está entre el yo y el mundo, el yo y el semejante. En otro texto, Miller describe esta rectificación subjetiva: *“... lo que Lacan destaca en las entrevistas preliminares, esto es, la rectificación subjetiva preliminar al análisis. El sujeto entra en análisis quejándose de los demás, y esa rectificación -el ejemplo clásico es el análisis de Dora- le lleva a percibir que él tiene algo que ver con las cosas de las que se queja, es decir, que se trata también de su culpa”*¹³ (pág. 124).

Es un punto que en la clínica se manifiesta por dos efectos básicos: cierta pacificación en relación al entorno, al conflicto con el otro, a la queja que inicialmente se dirigía al semejante. El otro efecto es el de responsabilidad: surge idealmente en el paciente la pregunta por su posición allí, por su implicación en la escena, y se abre entonces tanto la dimensión del inconsciente como la del síntoma (en el lugar donde antes estaba la queja hacia el otro), la del paciente preguntándose a partir de aquí por lo que hace y por lo que dice, por un sentido Otro, que comienza a resonar de una manera nueva para él.

Estos dos efectos, que en un análisis estarían determinando el momento de la entrada del sujeto, del inicio de la transferencia, podríamos pensarlos como los efectos que propiciarían una salida distinta del dispositivo de salud mental. Es el momento lógico de una posible salida, ya que ésta emergencia del sujeto del inconsciente señalaría el punto en el cual la demanda inicial

pierde su fuerza para devenir una demanda de saber. En el siguiente punto ilustraremos esto con cuatro recortes clínicos. Desde el momento en que queda cuestionada como problema la relación del yo con el mundo (el jefe, la pareja, la suegra), el antes mencionado ideal de salud, de normalización, es implícitamente cuestionado. Lo que aparece es un sujeto dividido por el deseo, una demanda animada por otra verdad que rectifica, renueva, la posición del sujeto en relación a lo que dice. Si hasta ese momento la demanda hacia el médico era la de ser curado o reconocido como enfermo, enfermo por las relaciones y contingencias con el mundo y el otro, a partir de ahora su demanda toma otro rumbo: su cuestión, ahora, se ordena sobre el eje del deseo y del inconsciente.

Recortes clínicos

Un paciente consulta por ansiedad: la empresa familiar en la que trabaja, junto con el dueño y tres hijas de este, entra en declive, y el sujeto teme por su permanencia allí. Comienza a manifestar gran nerviosismo cuando está junto a su jefe, ansiedad, sensación de ser desplazado por éste, ideas intrusivas de despido inminente, y con irritabilidad que lo lleva a discutir con él. En dos entrevistas, y a partir de la pregunta acerca de qué es lo que él espera de su jefe, el sujeto habla de sus inicios en esta empresa “familiar”, que coinciden con la muerte de su propio padre. Descubre el desplazamiento que opera entre su jefe y su padre muerto, y cobra otro sentido, desde entonces, su vivencia de injusticia por el trato que este padre- jefe dispensa a sus otras “empleadas”.

Una mujer sufre una crisis de ansiedad mientras mantiene relaciones sexuales con su marido y demanda tratamiento para que esto “nunca más se repita”. En la primera entrevista, y a partir de los celos que la sujeto confiesa en relación a su suegra, surge para ella otra versión de su posición: siempre cuidó a su marido como a un hijo. Esta posición de madre en relación al marido, descubierta por la sujeto con gran sorpresa, explica los celos hacia su suegra y la crisis de ansiedad durante el coito con su hijo- marido.

Una mujer consulta por preocupación excesiva por su figura, que la lleva al gimnasio y a perder



algo de peso. Estas ideas en torno al peso se desencadenan a partir de un engaño del padre descubierto por la madre de la sujeto. Dice: “mi madre es muy delgada”, e inmediatamente: “mi madre es la mejor mujer del mundo: si a ella se la puede engañar, se la puede preferir a otra, ¿qué me espera a mí?”. La persona había comenzado, desde su pérdida de peso, a usar la ropa de su madre. Se sorprende por el efecto que ha tenido en ella el engaño del padre, el surgimiento del deseo de él en relación a otra mujer, y por su decir: “quiero ser como mi madre”.

A una paciente que demanda curarse de una depresión secundaria a una maternidad martirizada le pregunto: “¿Por qué dice que una madre tiene que sacrificarse?”, sin dar por bueno su dicho, sino cuestionándolo. Emerge entonces lo que anima su posición: “eso decía mi madre”. Se puede continuar cuestionando a partir de entonces el lugar de sacrificio de su madre y el deseo que le suponía la paciente a aquella. Señalamos al sujeto que repite como si fueran suyas frases que son de un Otro significativo para él, Otro a partir del cual ha intentado orientarse en el campo del deseo. En este punto hay que detenerse, porque es aquí donde se abre la brecha entre el dicho y el decir, donde el sujeto puede tomar cierta distancia de estos dichos. Dice Miller: *“Pero frecuentemente el sujeto no sabe que lo que dice es una cita del discurso del Otro, y que introduce esa escisión, esa ruptura, entre el dicho y el decir, introduciendo un elemento fundamental”*⁹ (pág. 47).

Estos ejemplos dan cuenta de un tratamiento diferente al psicoeducativo de la demanda. Emerge a partir del decir del paciente, de su demanda inicial, este nuevo sujeto dividido. Le señalamos al paciente su posición en relación a lo que dice, y el hecho de que el dicho puede ser una cita de Otro dicho (citas que ha recordado de entre los dichos del Otro), enunciados en los cuales está tomado, atrapado, con consecuencias para el sujeto. Detenerse en la encarnación del dicho es otra forma de señalar y por lo tanto rectificar la posición del sujeto allí, su responsabilidad en cuanto repetidor de un dicho. Esto también puede tener un efecto tranquilizador inmediato para el paciente, ya que le permite tomar distancia, separarse de su antigua posición.

Conclusión

La rectificación subjetiva, resumida de esta manera, sería entonces el momento en el cual el inconsciente, bajo la forma de una significación diferente, se hace notar para el paciente. Surge entonces la pregunta por este sentido nuevo: pierde fuerza la demanda antes dirigida al facultativo (“dígame lo que me pasa”) y se abre paso otra demanda, de saber (ahora sí podemos definirla así), en relación a este sentido novedoso: “¿por qué hago y repito esto?” Esta nueva pregunta ya no es la inicial dirigida al facultativo, resumible en un: “Usted que sabe, cúreme”.

Este cambio de rumbo de la demanda, en algunos casos, hace incompatible la continuidad del tratamiento en el equipo de salud mental. Su pedido inicial de ser curados por la ciencia o por un fármaco, o por un consejo de alguien que sí sabe, pierde fuerza al toparse con esta realidad otra: tanto la respuesta al enigma que el síntoma es para el paciente, como el saber y el trabajo que ésta exige, caen a partir de ahora del lado del sujeto. Entendemos que si en este momento preciso se produce la salida del dispositivo de salud mental, el sujeto que sale lo hace de otra forma en relación a la que entró, y su demanda, sin respuesta- tapón (desde Freud sabemos que no seremos nosotros los que respondamos dándole lo que pide¹¹, puede haber virado desde la demanda de reconocimiento de enfermedad o de cura hacia un deseo de saber.

La apuesta del terapeuta está, desde el comienzo y según nuestra propuesta, marcada por la ética del psicoanálisis. No respondemos a las demandas del paciente, como dice Freud en los consejos al joven médico¹², porque sólo podríamos hacerlo con subrogados y porque obturáramos así el campo del deseo. Lo que intentamos es preservar el punto por el cual el síntoma es un enigma para él mismo. Intentamos no responder únicamente desde el lugar del experto, para que pueda surgir una suposición de saber distinta a la científica: una suposición de saber del inconsciente.

Hemos intentado resaltar las diferencias entre dos tratamientos posibles de la demanda. Son dos abordajes marcados por dos concepciones diferentes de la misma, y con dos finalidades también distintas. La primera entiende a la

demanda en su literalidad, y responde a ésta con un objeto que la satura. Bajo esta modalidad encontramos tanto al discurso “medicalizador”, que ofrece por ejemplo un fármaco como respuesta, como al “desmedicalizador”, cuando ofrece su enseñanza, psicoeducación o consejo. En segundo lugar hemos intentado desarrollar el concepto de demanda entendida en su relación con el deseo, y por lo tanto bajo la suposición de ser tanto una demanda de Otra cosa, como de estar soportada por el campo del inconsciente. El despliegue de la demanda así entendida tendría por efecto un cambio en la demanda inicialmente articulada, que abriría el campo tanto a un deseo

de saber (entrada en análisis), como a una rectificación de las relaciones del sujeto con la realidad, y con los que la comparten (rectificación subjetiva).

¿Qué descubrimientos del psicoanálisis pueden orientarnos en nuestra consulta? El trabajo inicial del análisis, lo preliminar del análisis, con todas las garantías para el sujeto que implica su ética, eso es lo que pensamos, puede orientarnos en nuestro trabajo en los equipos de salud mental.

Contacto

Nicolás Vucínovich • Unidad de Salud Mental Comunitaria “Oriente”.
C/ Cueva de la Pileta s/n • 41020 Sevilla • (Área Hospitalaria Hospital Universitario Virgen del Rocío).
comansemichave@yahoo.com

Bibliografía

- (1) Moré Herrero, M. *Medicalización de la vida. Abordaje de su demanda en Salud Mental*, Madrid, Clínica Contemporánea. 2013,4, pp 45-54.
- (2) Pérez Álvarez, M. Fernández Hermida, J.M. *Más allá de la Salud Mental: la psicología en atención primaria*. Papeles del Psicólogo, 2008. 29 (3), pp. 251-270.
- (3) Díaz del Peral D. *Proceso Asistencial Integrado: Ansiedad, Depresión Somatización*. 2ª Edición. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2011.
- (4) Lacan, J. *Psicoanálisis y medicina*. Intervenciones y Textos 1. Manantial, Buenos Aires, 2010.
- (5) Pérez- Ciordia, I. *Las no- enfermedades y la medicalización*. *Jano*, Octubre 2011, pp. 73-77.
- (6) Smith, R. *In search of non- disease*. *BMJ*. Abril 2002, 13, pp. 883-885.
- (7) Ortiz Lobo A. Murcia García L. *La indicación de no-tratamiento. Aspectos psicoterapéuticos*. En: A. Retolaza, *Trastornos Mentales Comunes: manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. pp. 179-193.
- (8) Lacan, J. *Seminario Las formaciones del inconsciente*. Paidós. Buenos Aires, 1999
- (9) Miller, J-A. *Introducción al método psicoanalítico*. Paidós. Buenos Aires, 1997.
- (10) Lacan, J. *Dirección de la cura y los principios de su poder*. *Escritos 2. Siglo XXI*. Buenos Aires, 2002.
- (11) Freud, S: *Sobre la dinámica de la transferencia*. *Obras completas*, Tomo 12, Amorrortu. Buenos Aires, 2003.
- (12) Freud, S. *Consejos al joven médico*. *Obras completas*, Tomo 12, Amorrortu. Buenos Aires, 2003.
- (13) Miller, J-A. *Introducción a la clínica lacaniana*. ELP. Barcelona, 2006.

- Recibido: 04/11/2013.
- Aceptado: 04/01/2014.

Análisis de algunas variables sociodemográficas en un grupo de personas transexuales.

An approach to socio-demographic reality of transsexuals.

María Fernández^a y Elena García-Vega^b

^a Psicóloga clínica. Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (U.T.I.G.P.A.). Hospital San Agustín de Avilés y Centro de Salud Mental I “La Magdalena”.

^b Profesora titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo.

Resumen: La transexualidad es un fenómeno universal y natural consustancial a la condición humana que, sin embargo, ha sido tratado como una “enfermedad”. En este artículo pretendemos acercarnos un poco más al conocimiento de esta realidad. Específicamente analizamos algunas diferencias sociodemográficas entre 19 transexuales femeninas (TF) y 14 transexuales masculinos (TM) que han realizado una demanda por disforia de género en la Unidad del Principado de Asturias. Los resultados establecen que la razón por género sentido es de 1,36 a favor de las TF. La media de edad es superior en las TF. La mayoría de la muestra son españoles, tienen estudios primarios y realizan trabajos de baja cualificación. Mientras que ningún TM se dedicaba o se había dedicado a la prostitución, más de la mitad de las TF si lo habían hecho y por último, realizaron el cambio registral un 27,7%, correspondiéndole el mayor porcentaje a los TM (35,7%).

Palabras clave: Transexualismo, trastorno de la identidad de género, disforia de género.

Abstract: The transsexuality is a universal and natural phenomenon and inherent in the human condition. The purpose of this study is to analyze some socio-demographic variables of a sample of 19 female transsexuals (FT) and 14 male transsexuals (MT) who have made a claim for gender dysphoria at the Principado de Asturias Unit. The outcomes state that the felt gender ratio goes 1.36 in favor of FT. In spite of the mean age being superior in FT, both MT and FT pursue assistance from UTIGPA at early ages. They are mostly born in Spain, have attended primary school, and they actually work in low qualification jobs. Whereas no MT was involved or had ever involved in prostitution, more than half of our FT did. Finally, 27.7% of FT pursued and achieved registry sex change, being the highest change rate for MT (25.7%).

Key words: Transsexuality, Gender identity disorder, gender dysphoria.

Introducción

Si cada sociedad fuese el producto de cómo ha tratado a las personas con disforia de género, la nuestra quedaría bastante mal parada. Dentro del modelo biomédico occidental, la transexualidad es considerada como una “enfermedad”, en un paradigma sexo/género digital, que corresponde a categorías dimórficas y duales: hombre/mujer, normal/

desviado (1). Sólo recientemente este daño puede estar reparándose al ir permitiéndoles formar parte de nuestra sociedad como personas “dignas” y con plenos derechos y no como perversos o delincuentes objeto de persecución y rechazo. El desarrollo de las identidades de género se ve impactado por el sistema de creencias que predominan en una sociedad, aludiendo a la importancia que

cobra la cultura y el periodo histórico determinado (2). Ahora bien, el sistema sexo/género digital es manifiesto en las personas con disforia de género cuya máxima obsesión es adecuar su cuerpo al género con el que se identifican, perpetuando de este modo el dimorfismo sexual.

La transexualidad se manifiesta en ambos sexos. En la nomenclatura psiquiátrica y psicoanalítica tradicional se llama Transexual Masculino a una persona nacida biológicamente varón y Transexual Femenino a una persona nacida biológicamente mujer. Sin embargo en la presente investigación, nos hemos apropiado de las definiciones utilizadas por las propias asociaciones y colectivos de transexuales, como por ejemplo la Federación Estatal de Lesbianas, Gays y Transexuales (FELGT), que invierten totalmente los términos anteriores. Otros investigadores y estudiosos del tema contemporáneos tratan de evitar las posibles confusiones utilizando la terminología completa, transexual de hombre a mujer (HaM), para referirse a aquella persona que “es anatómicamente varón, pero interiormente se considera mujer” y transexual de mujer a hombre (MaH), a la persona que “es anatómicamente mujer pero muestra actitudes, conductas y aficiones típicamente masculinas” (3).

A lo largo de la investigación cuando hagamos referencia a los hombres transexuales los denominaremos Transexuales Masculinos (TM), refiriéndonos a una persona nacida biológicamente mujer (con genitales femeninos), pero que piensa, siente y actúa como un hombre. Su trato se hará en masculino como a los demás hombres. Igualmente cuando hagamos referencia a las mujeres transexuales, las denominaremos Transexuales Femeninas (TF), su trato se hará en femenino como a las demás mujeres.

No existen muchas investigaciones sobre las características sociodemográficas de este colectivo, exponemos a continuación algunas de ellas relacionadas con las variables estudiadas. Así, respecto de la razón de la demanda, en el Hospital Clinic de Barcelona (4) y en el Hospital Carlos Haya de Málaga (5), obtienen una razón de 2,5 y 2,4 respectivamente a favor de las TF y además, ambas coinciden con los datos obtenidos en Holanda (6). Datos de otras investigaciones tienden a disminuir e incluso igualar esta diferencia. Mientras que en países europeos, USA y Singapur, tam-

bién se mantiene la proporción entre dos o tres TF por cada TM (7, 8), otros estudios internacionales como las llevadas a cabo en Alemania, Bélgica y Canadá (7) demuestran que la predominancia de las TF sobre los TM es cada vez menor (1,2-1,7/1).

Estudios españoles (4, 5) obtienen que la edad media a la que solicitan consulta las personas transexuales es ligeramente mayor que en otros países europeos (9, 10, 11). Así, por ejemplo el estudio llevado a cabo en Barcelona (4) obtiene que la media a la que acuden por primera vez solicitando atención fue de 29,8 años para las TF y de 26,34 años para los TM, siendo la edad media de petición de consulta 28,07.

Datos españoles ponen de manifiesto porcentajes relevantes de personas transexuales procedentes de otros países (4), incrementándose estos valores, en investigaciones suecas u holandesas (12, 8, 13).

La formación académica y el desempeño posterior de un puesto de trabajo son pilares básicos de nuestra sociedad que alimentan la dignidad de la persona. La Constitución Española (1878) recoge en el artículo 27 y 35 respectivamente, el derecho a la educación y al trabajo sin que en ningún caso pueda hacerse discriminación por razón de sexo.

Utilizando el término de trastorno de la identidad de género en vez de transexualismo, el DSM-IV-TR (2000) (14), establece que “los adultos con trastorno de la identidad de género muestran el deseo de vivir como miembros del otro sexo”. De manera precisa estos son los cuatro criterios del DSM-IV-TR:

- Identificación acusada y persistente con el otro sexo.
- Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol.
- La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.
- La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Las investigaciones ponen de manifiesto que el nivel de estudios en la población transexual suele



ser menor que en la población general, obteniendo la mayoría de estas personas estudios medios (15). Estos resultados coinciden con las investigaciones llevadas a cabo en nuestro país (4, 16) donde concluyen que las personas transexuales alcanzan sobre todo estudios primarios y los primeros cursos de la enseñanza secundaria. Esto no nos sorprende debido a las dificultades que tienen las personas con disforia de género para integrarse en el ámbito escolar. Prácticamente todas los sujetos de nuestra muestra recuerdan su paso por la escuela como “un infierno”. Las actitudes no siempre comprensivas del profesorado junto con las burlas y los insultos de los propios compañeros, dificultan el aprendizaje y en ocasiones, provocan el abandono de los estudios. Una investigación llevada a cabo en Andalucía con adolescentes puso de manifiesto que el 35% había abandonado la escolarización (17).

Con un bajo nivel de escolaridad y en un contexto socio-laboral bastante tipificado sexualmente, las personas transexuales se enfrentan a situaciones duras de adaptación y exclusión social. Estudios españoles (4, 18) e internacionales (15) ponen de manifiesto que las personas transexuales mayoritariamente alcanzan empleos de baja cualificación laboral y que los TM alcanzan mayor nivel de cualificación laboral (4) y mejor integración socio-laboral que las TF (19, 11, 20). La situación de exclusión social que sufre este colectivo se manifiesta fundamentalmente en las TF. Investigaciones españolas establecen que el 33,3% de las TF han trabajado en el espectáculo sexual o en la prostitución (4) y otras de ámbito internacional también han concluido que un tercio de las personas transexuales declaran haber estado relacionadas (en el presente o pasado) con el negocio de la prostitución o comercio sexual (21).

Tanto las TF como los TM expresan las grandes dificultades que tienen para encontrar trabajo aunque sea de baja cualificación laboral, llegando incluso a no presentarse a una demanda de empleo por miedo a ser rechazados. Su imagen corporal, en muchas ocasiones ya no da cuenta del nombre que se le ha puesto al nacer, y el descubrimiento de esta disonancia no suele ser bien aceptada por los contratantes. La antropóloga Margaret Mead (1961) (22), nos recuerda que en todas las sociedades conocidas la humanidad ha

elaborado la división biológica del trabajo entre los dos sexos.

La “Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas” (23), reconoce el derecho de las personas transexuales a cambiar su sexo legal y que éste se corresponda con la identidad que reclaman como propia. Esto supone que en todos sus documentos oficiales va a constar un nombre, elegido por ellas y que se corresponde con el género sentido. Para llevar a cabo esta modificación deben cumplir unos requisitos (informes médicos y psicológicos), pero no es necesario que tengan realizada la cirugía genital.

El protocolo del proceso transexualizador que tiene más aceptación general entre los distintos equipos de tratamiento está basado en los estándares propuestos desde la década de los 80 por la Asociación Internacional de Disforia de Género “Harry Benjamin”, que recomienda la terapia triádica (psicológica, hormonal y quirúrgica), marcando criterios específicos de elegibilidad y adicionales de disposición de obligado cumplimiento tanto para la terapia hormonal como quirúrgica (24, 25).

Para aplicar la terapia hormonal y realizar la cirugía genital y mamaria en personas transexuales adultas, se contempla la realización de la experiencia de la vida real como uno de los criterios de elegibilidad. Para tener acceso a la terapia hormonal se da la opción de haber realizado un periodo de psicoterapia o documentar que realiza la experiencia de la vida real al menos tres meses antes de empezar con la administración de hormonas y para realizar la cirugía (genital o mamaria), establece el cumplimiento de doce meses de exitosa y continua experiencia de la vida real a tiempo total.

Hablamos de experiencia de la vida real para referirnos al hecho de que las personas transexuales adopten en la vida cotidiana los roles propios de la identidad de género con la que se identifican. Este movimiento suele tener consecuencias no deseables en los distintos ámbitos donde la persona se desenvuelve. Por tanto, la decisión de cuándo y cómo comenzar la experiencia de la vida real debe ser de la persona implicada pese a las recomendaciones de vivir de

acuerdo al género sentido como paso previo a la terapia hormonal y sobre todo a la quirúrgica.

El objetivo de esta investigación será analizar algunas variables socio-demográficas de una muestra de transexuales, y ver si existen diferencias en estas variables entre transexuales femeninas (TF) (de hombre a mujer) y transexuales masculinos (TM) (de mujer a hombre) que han realizado una demanda por disforia de género en la Unidad de Tratamiento de Identidad de género del Principado de Asturias (UTIGPA).

Método

Participantes

La muestra estudiada está compuesta por 19 Transexuales Femeninas (TF) y 14 Transexuales Masculinos (TM) que solicitan consulta en la UTIGPA por manifestar una identidad de género discordante con su sexo biológico y demandan iniciar o continuar (ya que algunos ya han iniciado tratamientos feminizantes o masculinizantes) un proceso de reasignación de sexo (CRS) como forma más adecuada de resolver su conflicto de identidad y mejorar su calidad de vida. La selección de los sujetos se realizó tras ser diagnosticados de transexualismo según los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV-TR y cumplir los estándares asistenciales de la Asociación Internacional de Disforia de Género "Harry Benjamin" (24, 25). Ninguna persona ha realizado cirugía de reasignación genital completa (sólo un caso ha realizado una orquiectomía) aunque varios de ellos están propuestos y en lista de espera para realizar una genitoplastia. El rango de edad estaba entre los 16 y los 79 años.

Instrumentos

Además de la entrevista clínica, dentro del protocolo de evaluación, se realizan dos entrevistas estructuradas (26) que tienen como finalidad la recopilación tanto de datos socio-demográficos como apoyo en el diagnóstico del trastorno de Identidad de género. Los datos relativos a las variables objeto de estudio han sido extraídos de dichos cuestionarios.

Procedimiento

La selección de los sujetos se realizará mediante muestreo consecutivo en los dos primeros años de funcionamiento de la UTIGPA. Son descarta-

dos otros trastornos de identidad de género o aquellas personas que, aún cumpliendo criterios diagnósticos, presenten comorbilidad psiquiátrica asociada grave.

Las entrevistas se llevaron a cabo en un contexto de consulta y durante las citas programadas como sesiones de evaluación diagnóstica.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 17.0. Se realizaron análisis descriptivos para obtener los porcentajes de la variable, tanto de la muestra total como de las submuestras. El tamaño de la muestra no permite la ejecución correcta de los estadísticos de prueba en muchas de las variables, cuando procedió se utilizó la prueba U de Mann Whitney y chi-cuadrado para comparación de grupos. El nivel de significación en estos casos fue $p < 0,05$.

Resultados

Del total de la muestra (N=33), 19 son Transexuales Femeninas (TF) (57,58%) y 14 son Transexuales Masculinos (TM) (42,42%). La razón por género sentido entre los dos grupos, TF/TM, es de 1,36 TF por cada TM (1,36/1).

El rango de edad está entre los 16 y los 79 años. La edad mínima en las TF es de 16 años y casi similar a la de los TM que es de 17 años. La edad máxima de las TF es de 79 años frente a los 45 como edad máxima de los TM.

La edad media para la muestra total es de 33,69 años (D.T.= 12,6). La edad media para las TF es de 38,42 años (D.T.=13,35) y para los TM es de 27,28 (D.T.=9,13). Hay diferencias significativas entre ambos grupos de edades (U de Mann Whitney = 62,500, $p = 0,010$).

La UTIGPA es centro de referencia para toda la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias y por lo tanto se supone que todas las personas viven en dicha comunidad. Nos ha parecido más interesante tener en cuenta su país de procedencia. Para ello hemos hecho tres grandes grupos: España, Latino América y Centro Europa.

La mayor parte de la muestra, es decir dieciseiete personas, son nativos de España (81,8%) (ver tabla 1).

**Tabla 1. Porcentajes de las variables tipo de transexualidad, país de procedencia y nivel de estudios**

Variables	TF		TM		Totales	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Tipo de Transexualidad	19	(57,58)	14	(42,42)	33	(100)
País de procedencia España	16	(84,2)	11	(78,6)	27	(81,8)
País de procedencia Latinoamérica	3	(15,8)	2	(14,3)	5	(15,2)
País de procedencia Centro Europa	0	(0)	1	(7,1)	1	(3,0)
Nivel de estudios Primarios	12	(63,2)	7	(50,0)	19	(57,6)
Nivel de estudios Secundarios	6	(31,6)	4	(28,6)	10	(30,3)
Nivel de estudios Universitarios	1	(5,3)	3	(21,4)	4	(12,1)

Tanto las TF (63%) como los TM (50%) han cursado prioritariamente Estudios Primarios (ver tabla 1). Para el análisis estadístico de esta variable, se ha aglutinado en dos categorías, por un lado Estudios Primarios y por otro lado, Estudios Secundarios y Universitarios. Aunque no se encontraron diferencias significativas (chi cuadrado= 0,571, g.l.= 1, $p= 0,450$), observamos que con respecto a los estudios universitarios, la tendencia apunta hacia un mayor nivel educativo en los TM.

El mayor porcentaje corresponde a personas con una baja cualificación laboral (39,4%), de las cuales el 47,4% corresponde a las TF y el 28,6% a los TM. Obtienen un porcentaje del 10,5% las TF y un 21,4% los TM en puestos de media cualificación, no encontrándose ninguna persona del grupo que esté desempeñando una actividad laboral considerada de alta cualificación. El análisis entre personas de baja cualificación y media no es es-

tadísticamente significativo (chi cuadrado= 1,298, g.l.= 1, $p= 0,255$). El número de personas que está en paro también es considerable (24,2%), siendo el 26,3% en las TF y el 21,4% en los TM. Los estudiantes son el 15,2%, por lo que es mayor el número de TM que estudian (28,6%), frente a solo el 5,3% de TF. Mientras que ningún TM está jubilado o es pensionista, el 10,5% de las TF está en esta situación laboral, aunque la tendencia es que los TM estén más en el circuito laboral o que aún tienen el estudio como trabajo, y que han conseguido trabajos algo más cualificados que las TF. El análisis de estas categorías no puede realizarse debido al tamaño de la muestra.

Hemos intentado evaluar su estado civil, considerando con quién conviven habitualmente, dado que esta es su principal red de apoyo social. Sólo un 24,2% de ellos viven en pareja, y en igual proporción el TF y el TM (tabla 2).

Tabla 2. Porcentajes de la variable convivencia

Variable Convivencia	TF		TM		Totales	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Pareja	4	(21,1)	4	(28,6)	8	(24,2)
Familia de origen	4	(21,1)	4	(28,6)	8	(24,2)
Familia extensa	1	(5,3)	2	(14,3)	3	(9,1)
Amigos/compañeros	0	(0)	2	(14,3)	2	(6,1)
Prisión	3	(15,8)	0	(0)	3	(9,1)
Solo	7	(36,8)	2	(14,3)	9	(27,3)

Un 30,3% manifiestan que se dedican o se han dedicado a la prostitución y la mayoría de las

personas transexuales no habían realizado el cambio registral (72,7%) (tabla 3).

Tabla 3. Porcentajes de las variables trabaja o ha trabajado en la prostitución y ha realizado cambio registral

Variables	TF		TM		Totales	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Prostitución SI	10	(52,6)	0	(0)	10	(30,3)
Prostitución NO	9	(47,4)	14	(100)	23	(69,7)
Realizó cambio registral SI	4	(21,1)	5	(35,7)	9	(27,3)
Realizó cambio registral NO	15	(78,9)	9	(64,3)	24	(72,7)

Discusión y conclusiones

En nuestro trabajo solamente una parte de la demanda que pidió consulta en la UTIGPA está siendo objeto de estudio, por lo tanto, la razón obtenida no será la razón de la demanda vista y diagnosticada de transexualismo. A pesar de esta importante limitación, podríamos permitirnos hacer alguna extrapolación respecto a la predominancia de un grupo sobre otro.

Mientras otras investigaciones de ámbito nacional e internacional (4-6) obtienen mayores diferencias, en nuestra muestra, la razón por género sentido es de 1,36 a favor de las TF. Nuestros resultados coinciden con otras investigaciones que obtienen una tendencia que iguala la proporción de TF y TM que piden consulta en las unidades especializadas (7, 8). Probablemente, que hubiera una proporción mayor a favor de las TF solo demostraría que acuden con más frecuencia a los centros de tratamiento y no que hubiese una población mayor de TF.

Posiblemente estemos entrando en una era donde la apertura y tolerancia social estén permitiendo por igual a las TF y a los TM pedir ayuda. La asequibilidad y proximidad de los recursos asistenciales favorece su utilización y aunque los TM parece que pasan más desapercibidos y en consecuencia tienen menos presión social y menos necesidad de adecuar su cuerpo al género sentido, no excluye, aunque sus demandas sean distintas, la conveniencia de ser atendidos en los centros especializados. Además, esta proporción puede estar igualándose porque cada vez más,

las TF están en el circuito asistencial y no producen esa eclosión de la demanda al ponerse en marcha una unidad de tratamiento.

La edad que hemos tenido en cuenta en nuestro análisis ha sido la que tenían las personas transexuales en los dos primeros años de funcionamiento de la UTIGPA, por este motivo, puede ser considerado también un índice aproximado de la edad en que solicitan consulta. En nuestro estudio la edad media de las TF (38,42 años) es significativamente superior a la de los TM (27,28 años). Estos resultados coinciden solo en parte con los obtenidos en el Hospital Clinic de Barcelona (4). Mientras que nuestro grupo de TM obtiene una media de edad parecida, las TF obtienen una media de edad superior, lo que hace ascender la media de edad para ambos grupos. Las hipótesis que tenemos al respecto son: en primer lugar, que con la puesta en marcha de la Unidad comenzaron a llegar un grupo de TF que necesitaban asistencia porque ya estaban siendo tratadas de forma aislada por distintos especialistas (fundamentalmente psicólogos, psiquiatras o endocrinos) o porque realizaban autotratamientos y además ya habían realizado algún tipo de cirugía o tratamiento estético feminizante. Esta población de más edad y con experiencia desde hacía años, nosotros las denominamos “históricas”. En segundo lugar, observamos que la edad máxima de las TF (79 años) es superior a los TM (45 años), si eliminamos a esta persona que se desvía de forma importante de la muestra, la media de edad sería para las TF, 36,16 (16-52 años) y se aproximarían



algo más a la edad de los TM, aunque sigue habiendo importantes diferencias.

Aunque la media de edad es superior en las TF, tanto TF como TM hacen uso de la UTIGPA a edades tempranas (16 y 17 años). La edad a la que acuden, posiblemente sea una de las variables que más se modifique en el futuro. Lo que sí parece coincidir es que tanto en los estudios nacionales (4, 5, 16), como en el nuestro, la edad media a la que solicitan consulta es ligeramente mayor que en otros países europeos (9-11). Posiblemente el motivo sea la escasez de recursos sanitarios. Cuando finalmente son atendidos y entran en las estadísticas ya tienen un largo recorrido y, en consecuencia más edad.

Nuestros datos revelan que la mayor parte de las personas transexuales son nativas de España y además, con porcentajes similares para el grupo de TF y de TM. Por el contrario, los estudios españoles realizados desde la perspectiva de análisis de la demanda, han obtenido porcentajes relevantes de personas transexuales procedentes de otros países (4), incrementándose estos valores, en investigaciones suecas u holandesas (8, 12, 13).

Aunque nuestra investigación no contempla un análisis de la demanda y además, no incluye a toda la población transexual que ha pedido consulta en la UTIGPA, hemos empezado a observar que se están incrementando el porcentaje de personas transexuales procedentes sobre todo de Latinoamérica.

En las evaluaciones se hace explícita la gran persecución y rechazo de la que son víctima en sus países de origen y que junto a la mala situación económica que padecen, les lleva a tomar la determinación de emigrar.

En nuestra investigación, aunque explícitamente no hemos tenido en cuenta el abandono de la escolarización, si observamos que tanto las TF (63%) como los TM (50%) han realizado prioritariamente estudios primarios. Estos resultados son equivalentes a otros llevados a cabo en nuestro país (4). Aunque nosotros hemos incluido los que estaban realizando estudios universitarios sin haberlos finalizado aún, nuestros datos son bastante similares a esta investigación nacional y a otras internacionales, que obtienen que la mayoría de

las personas transexuales tiene estudios medios (15), y que sólo un 9% de las TF y un 13% de los TM alcanzan estudios universitarios (12).

Al igual que en estudios nacionales (4, 16, 18) el mayor porcentaje de nuestra muestra corresponde a personas con una baja cualificación laboral, de los cuales el 47,4% corresponde a las TF y el 28,6% a los TM. El porcentaje total de personas que trabaja es de 54,6%, y se acerca bastante a otros estudios que sitúan la ocupación laboral entre el 60 y el 70% (12), siendo además de baja cualificación (15). Ninguna persona de nuestra muestra desempeña una actividad laboral de alta cualificación, al igual que en los datos del Hospital Clínic de Barcelona (4) donde el grupo de TM mantenía significativamente una cualificación profesional más elevada. Nosotros encontramos que los TM presentan ligeramente un mayor grado de cualificación laboral, que están menos en paro y además un número considerablemente mayor está estudiando, mientras que las TF están más en paro o jubiladas. Parece que son los TM los que se mantienen más en el circuito laboral y formativo. Con respecto a estos resultados, los distintos estudios se contradicen, mientras que en población holandesa, americana y china encuentran que la integración socio-laboral es mejor en los TM (19, 20) otros estudios belgas y suecos no encuentran estos resultados (12, 27).

El apoyo social es muy importante en el proceso de cambio de sexo, es uno de los mejores predictores de satisfacción postquirúrgica. En nuestra muestra los porcentajes de personas que conviven con pareja o que conviven con familia son similares para los TF y los TM, otros estudios señalan que hay el doble de TM que de TF que tienen pareja estable (61,5% frente a 30,8%) (28). La uniformidad de la muestra en nuestro caso puede deberse a diferentes causas, por una parte el tener pareja no implica convivir con ella, y por otra ninguna persona había realizado la genitoplastia, que parece ser un factor que influye en una mayor estabilidad en las relaciones de pareja (29). En todo caso, son los TF quienes muestran un porcentaje mayor de vivir solos, o estar en instituciones penitenciarias.

Mientras que ningún TM se dedicaba o se había dedicado a la prostitución, más de la mitad de las TF si lo habían hecho (52,6%). Cuando tenemos

en cuenta los resultados globales de los dos grupos (TF y TM) el porcentaje es del 30,3%, coincidente con otras investigaciones nacionales que obtuvieron que el 33,3% de las TF han trabajado en el espectáculo sexual o en la prostitución (4), o internacionales donde también un tercio de las personas transexuales declaran haber estado relacionadas (en el presente o pasado) con el negocio de la prostitución o comercio sexual (21).

Del 27,7% que si realizó el cambio registral, el mayor porcentaje le correspondió a los TM (35,7%) frente a un 21,1% de las TF. Probablemente esta diferencia se deba a que los TM llevaban más tiempo con tratamientos hormonales prescritos por algún facultativo, facilitando el cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley. El cambio registral favorece la experiencia de la vida real, por lo tanto, esta ley evita, en gran medida, la exclusión social en todos los ámbitos de su vida y muy especialmente en el mundo laboral. Hay pues algunas variables diferenciales, a saber, el bajo nivel de estudios y de cualificación laboral de las TF, junto con el rechazo y la falta de apoyo socio-familiar conlleva a estilos de vida cada vez más marginales y de mayor riesgo de exclusión social. Los TM socialmente pasan más desapercibidos y la actitud de rechazo por parte del entorno socio-familiar es mucho menor. Todo esto, junto con su mejor nivel formativo y laboral, amplía sus opciones para ganarse la vida sin tener que recurrir a la prostitución.

Las personas transexuales declaran que una de las situaciones que les producen más estrés es la presentación de documentos oficiales cuando

así lo requiere alguna situación como por ejemplo enseñar el D.N.I., el carnet de conducir o la tarjeta sanitaria. Esta disonancia entre la información que consta en los papeles y su apariencia física provoca gran sorpresa en el receptor y en las personas transexuales desencadena sentimientos de malestar e incluso de vergüenza. De nuevos son las TF las que menos se adecuan a esta variable.

Finalmente, en las entrevistas de evaluación y psicoterapéuticas queda constancia de que ninguna de las TF que se dedica (o se dedicó) a la prostitución ha sido como elección propia, por el contrario, se ven abocadas a ejercer esta actividad como único medio de subsistencia, que en ocasiones alternan con trabajos de baja cualificación y en malas condiciones laborales.

Dentro de las limitaciones del estudio cabe destacar que el reducido tamaño de la muestra no nos ha permitido realizar análisis estadísticos más específicos y además, al haber sido seleccionada por muestreo consecutivo y no de forma aleatoria, no se pueden generalizar los resultados a la población transexual.

Confiamos que en un futuro próximo, cuando se haga extensible en el territorio español la asistencia a las personas transexuales, el perfil tanto socio-demográfico como clínico se vea modificado contribuyendo a la disminución de la estigmatización y de la marginalidad y favoreciendo, por tanto, la normalización y la integración social de este colectivo.

Contacto

María Fernández Rodríguez
C/ Valdés Salas, nº 4 • 33400 Avilés • Asturias
maria.fernanezr@sespa.princast.es • Tel. 985 547 166

Elena García-Vega
Plaza Feijoo s/n • 33003 Oviedo • Asturias
elenagv@uniovi.es • Tel. 985 104 178

- Recibido: 17/12/2013.
- Aceptado: 15/01/2014.



Referencias bibliográficas

1. Gómez Suárez A. Los sistemas sexo/género en distintas sociedades: modelos analógicos y digitales. *Rev Esp Invest Sociol* 2010; 130, 61-96.
2. Rocha-Sánchez TE y Díaz-Loving R. Desarrollo de una escala para la evaluación multifactorial de la identidad de género en población mexicana. *Rev psicol Soc* 2011; 26(2), 191-206.
3. Gómez Gil E, Esteva I y Bergero T. La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto. En E. Gómez Gil e I. Esteva (eds.). *Ser transexual*. Barcelona: Glosa; 2006.
4. Gómez Gil E. La atención a la transexualidad por la unidad de salud mental del Hospital Clínic de Barcelona en los últimos años. *Cuad Med Psicosom Psiquiatr Enlace* 2006; 78, 55-64.
5. Esteva I, Giraldo F, Bergero T, Cano G, Crespillo C, Ruíz de Adana S, Rojo G y Soriguer F. Evaluación endocrinológica y tratamiento hormonal de la transexualidad en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía (Málaga). *Cir plast iberolatinoam* 2001; 27, 273-280.
6. Landen M, Walinder J y Lundström B. Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. *Acta Psychiatr Scan* 1996; 93, 221-223.
7. Garrels L, Kockott G, Michael N, Preuss W, Renter K, Schmidt G, Sigusch V y Windgassen K. Sex ratio of transsexuals in Germany: the development over three decades. *Acta Psychiatr Scan* 2000; 102, 445-448.
8. Olsson SE y Moller AR. On the incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden, 1972-2002. *Arch Sex Behav* 2003; 32, 381-386.
9. Rakic Z, Starcevic V, Maric J y Kelin K. The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patient of both sexes. *Arch Sex Behav* 1996; 25, 515-525.
10. Tsoi WF. Developmental profile of 200 male and 100 female transsexuals in Singapore. *Arch Sex Behav* 1990; 19, 595-605.
11. Tsoi WF. Male and female transsexuals: a comparison. *Singapore Med J* 1992; 33, 182-185.
12. Landen M, Walinder J y Lundström B. Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: a descriptive study. *Acta Psychiatr Scan* 1998; 97, 189-194.
13. Van Kesteren PJ, Gooren LJ y Megens JA. An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Arch Sex Behav* 1996; 25, 589-600.
14. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. rev. Washington, DC: APA; 2000. (trad. cast.: Barcelona, Masson; 2002).
15. Cole CM, O'Boyle M, Emory LE y Meyer W J. Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Arch Sex Behav* 1997; 26, 13-26.
16. Hurtado F, Gómez M y Donat F. Transexualismo y salud mental. *Rev Psicopatol Psicol Clín* 2007; 12(1), 43-57.
17. Esteva I, Gonzalo M, Yahyaoui R, Domínguez M, Bergero T, Giraldo F, Hernando V y Soriguer F. Epidemiología de la transexualidad en Andalucía, atención especial al grupo de adolescentes. *Cuad Med Psicosom Psiquiatr Enlace* 2006; 78, 65-70.
18. Bergero T, Cano G, Esteva I, Giraldo F, Gornemann I y Álvarez Ortega P. Evaluación diagnóstica y seguimiento psicológico en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía (Málaga). *Cir plast iberolatinoam* 2001; 27, 263-272.
19. Dixin JM, Maddever M, Van Maasdam J y Edwards PW. Psychosocial characteristics of applicants evaluated for surgical gender reassignment. *Arch Sex Behav* 1984; 13, 269-276.
20. Verschoor AM y Poortinga J. Psychosocial differences between dutch male and female transsexuals. *Arch SexBehav* 1988; 17, 173-178.
21. Sörensen T y Hertoft P. Sexmodifying operations on transsexuals in Denmark in the period 1950- 1977. *Acta Psychiatr Scan* 1980; 61, 56-66.

22. Mead M. El hombre y la mujer. Buenos Aires: Fabril; 1961.
23. Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Boletín Oficial del Estado 15 de marzo de 2007.
24. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association The standards of care for gender identity disorders (5^a version). Minneapolis: HBGDA; 1998.
25. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. The standards of care for gender identity disorders (6^a version). Minneapolis: HBGDA; 2001.
26. Cano C y Bergero T. Intervención psicológica en una unidad de trastornos de la identidad de género: un desafío sanitario. En Remor E, Arranz P y Ulla S (eds.). El psicólogo en el ámbito hospitalario. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2003, p. 729-745.
27. De Cuypere G, Janes C y Rubens R. Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 991, 180-184.
28. Hurtado F, Gómez M y Donat F. Transexualismo y sexualidad. *Cuad Med Psicosom Psiquiatr Enlace* 2005-2006; 76-77, 16-28.
29. Kockott G y Fahrner EM. Male to female and female to male transsexuals: a comparison. *Archi Sex Behav* 1988; 15, 187-210.

Conducta suicida y crisis económica.

Suicidal Behaviour and Economic Crisis.

Sandra Muñoz Sánchez (1), Paula García Jorge (2), Sara García de Fernando García (3), Laura Portabales Barreiro (4), Laura Moreno Fernández (2), Antonio Ceverino Domínguez (5), Cristina Polo Usaola (5)

(1) Médica Interno Residente Psiquiatría III H. Rodríguez Lafora (Madrid);

(2) Médica Interno Residente Psiquiatría II H.U. Ramón y Cajal (Madrid);

(3) Psicóloga Interna Residente II H. Rodríguez Lafora (Madrid);

(4) Psicóloga Interna Residente III H.U. Ramón y Cajal (Madrid);

(5) Médica Psiquiatra Servicios de Salud Mental de Hortaleza (Madrid).

Resumen: En este trabajo realizamos una revisión bibliográfica con el fin de estudiar si existe relación entre la crisis económica y las variaciones de la tasa de suicidio. Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos electrónicas PubMed y el análisis bibliográfico se complementó con la consulta manual de referencias extraídas de las revisiones sistemáticas incluidas. Diferentes estudios que hemos revisado apuntan a que el desempleo se relaciona con mayores tasas de suicidio. Sin embargo, en otros trabajos donde se analiza la situación política y económica de ciertos países no es posible establecer esta relación de manera tan directa, existiendo otros factores que pueden jugar un papel importante en el riesgo suicida de la población.

Palabras clave: crisis económica, suicidio, desempleo, salud mental.

Abstract: Through this paper we look over the literature in order to analyze the correlation between the economic crisis and the fluctuations of the suicide rate. The research carried out on the electronic databases of PubMed was supplemented by consulting the reference manual of the systematic reviews included. Several of the studies examined link a higher unemployment with rising suicide rates. However, in different studies on the economic and political situation of certain countries the former link seems weaker, glimpsing other factors as more influential in the performance of the suicide rate.

Key words: economic crisis, suicide, unemployment, mental health.

El suicidio se encuentra entre las primeras diez causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. Se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 1.110

personas y lo intentan cientos de miles, situándose de esta forma como uno de los problemas de salud más importantes a los que tenemos que enfrentarnos.

Agradecimiento a los compañeros/as del Centro de Salud Mental de Hortaleza que han colaborado en este trabajo con sus comentarios y en la recogida de muestra: Cristina Alonso Salgado, Marisa Alfaya Tomé, Antonio Diéguez Gómez, Carmen González de Vega y Marisa López Gironés.

Estas cifras ponen de manifiesto una paradoja, consistente en el hecho de que a pesar de los avances que se han producido en las últimas décadas en la comprensión y el tratamiento de muchos trastornos mentales, las tasas de suicidio se han mantenido relativamente estables, o su decrecimiento ha sido inferior al esperado. Esto refleja las dificultades para encontrar factores de riesgo sensibles y específicos que nos permitan predecir qué sujetos van a intentar suicidarse, y quiénes de estos lograrán finalmente consumir el suicidio. Esta pobreza de resultados y el escaso poder predictivo de los estudios sobre la conducta suicida se justifica por las debilidades metodológicas de los diseños de investigación, la dificultad para definir la conducta suicida de un modo "operativo" o el carácter multifactorial del comportamiento autolesivo.

Con respecto a esto último, se argumenta que el suicidio es una conducta compleja y multi-determinada: el resultado de la confluencia de un sinnúmero de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico de conductas autolesivas, que van desde la ideación suicida y el gesto autolesivo hasta el suicidio consumado. Los factores que influyen en el desencadenamiento de la conducta suicida son muchos según estos planteamientos. Algunos autores diferencian cinco dominios o esferas de vulnerabilidad: factores de personalidad (que involucran dimensiones psicopatológicas como la impulsividad, la agresividad, la desesperanza), trastornos psiquiátricos (fundamentalmente los trastornos afectivos, la esquizofrenia, los trastornos de personalidad y los trastornos por abuso de sustancias), factores biológicos (hormonales, enfermedades médicas, dolor, sistemas de neurotransmisión, etc.), factores familiares y genéticos (la historia familiar de conducta suicida es, junto con los antecedentes personales de conducta suicida, uno de los predictores más potentes) y, por último, factores psicosociales de riesgo suicida (de orden macro y microsocioal, del tipo de sexo masculino, edad avanzada, estado civil soltero/divorciado, vivir sólo, raza blanca, situación económica, laboral... y también inmigración, crisis económica y social, situaciones de anomia, etc.).

En relación con estos últimos factores, desde el año 2007 se ha producido a nivel planetario una

recesión económica, con zonas más castigadas por la crisis como el continente europeo y especialmente los países del sur de la zona euro, como Grecia, España y Portugal.

La literatura científica refiere un incremento de la prevalencia de trastornos afectivos, de ansiedad, y de trastornos por uso de sustancias en las fases de recesión del ciclo económico. Nos preguntamos, ¿aumentan también las conductas e ideas suicidas en relación con la crisis económica?

Metodo

Se llevó a cabo una búsqueda de la literatura en las bases de datos electrónicas PubMed en el periodo comprendido entre 2005 y 2013. Las palabras clave utilizadas fueron: crisis económica + suicidio + salud mental. Se obtuvo una primera búsqueda con un total de 402 artículos, incluyendo artículos en español e inglés. Posteriormente, tras una revisión de dichos artículos y teniendo en cuenta las variables de interés, seleccionamos un total de 42 artículos que han sido revisados y analizados. El análisis bibliográfico se complementó con la consulta manual de referencias extraídas de las revisiones sistemáticas incluidas.

Nuestro propósito era obtener información sobre el impacto subjetivo de la crisis económica actual y su efecto sobre la prevalencia de la ideación autolítica y los intentos de suicidio, tratando de determinar la existencia de una relación entre el aumento de las dificultades económicas en la ciudadanía y el incremento de la conducta suicida.

Resultados

A la hora de analizar los diferentes artículos obtenidos en la búsqueda bibliográfica nos hemos encontrado con diferentes enfoques en el estudio de la relación entre la crisis económica y la tasa de suicidio en España, así como en otros países europeos, Estados Unidos y algunos países asiáticos.

Desde que en 2009 la revista Lancet publicase una investigación con los datos obtenidos desde 1970 a 2007 en 26 países europeos, parece haberse despertado un gran interés por la posible



relación entre crisis económica y conducta suicida en diversos países¹.

En nuestro país se llevó a cabo un estudio publicado en junio de 2013 en la revista *European Journal of Public Health*, con el título “El efecto de la crisis financiera de finales de los 2000 en los suicidios en España: un análisis de series temporales interrumpidas”, donde se refiere, desde el comienzo de la crisis financiera, un aumento del 8% en las tasas de suicidio por encima de la tendencia subyacente². Sin embargo, estos datos son interpretados de forma distinta por otros autores. Algunos analistas consideran que las cifras del suicidio en España (provenientes del INE, con datos europeos de Eurostat) en general han ido disminuyendo a lo largo de la última década. Sin embargo, si se divide el periodo considerado (2005-2010) en dos etapas, con el límite entre ambas en 2008 (el inicio de la crisis), sí se aprecia un incremento en la incidencia de suicidio en los años que siguen al 2008, aunque en valores absolutos no llega a superar las tasas previas al 2005.

Nos preguntamos entonces por qué resultaba tan controvertido abordar dicha relación y se encontraban datos tan dispares en función de cómo se llevara a cabo el análisis de las cifras obtenidas.

Volviendo a la publicación antes citada de la revista *Lancet*, en el artículo “The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe” (Stuckler et al., 2009) se concluye que cada 1% de aumento de la tasa de desempleo se asocia a un incremento del 0,79% en las tasas de suicidio en edades menores a 65 años, y un aumento de 0,79% de homicidios, reforzando la idea de que los efectos del paro pueden mitigarse con políticas de protección social, como ha ocurrido en países como Finlandia y Suecia, que han sido capaces de prevenir el aumento de suicidios a pesar de la crisis.

En otros artículos³, se indica que España, Grecia y Portugal son los países con mayor afectación de la salud mental en relación con la crisis económica, y se enfatiza la idea de que la recesión económica tiene efectos sobre la salud, concluyéndose que la interacción entre austeridad fiscal, shock económico y débil protección social

incrementa dicho riesgo. En otros estudios en Grecia⁴, se ha observado que desde 2007 los suicidios han aumentado más del 60%.

Con el mismo interés se ha examinado la asociación del suicidio con los ciclos económicos que se han producido desde 1928 hasta 2007 en los Estados Unidos⁵.

El mayor aumento en el suicidio global ocurrió durante la Gran Depresión (1929-1933), cuando se elevaron las cifras de 18,0 a 22,1, aunque la tasa general de suicidios también se ha visto aumentada en otras tres graves recesiones: el final del New Deal (1937-1938), la crisis del petróleo (1973-1975) y la recesión de 1980-1982.

En el análisis de la variación de las tasas de suicidio durante los distintos ciclos económicos, se concluye que la tasa general de suicidios aumentó durante las recesiones y cayó durante las expansiones. Concretamente, se observó que la tasa de suicidio de los grupos de edad entre 25 a 34 años, 35 a 44 años, 45 a 54 años, y 55 a 64 años aumentó durante la recesión y disminuyó durante la expansión. No ocurre así, sin embargo, con las tasas de suicidio de los grupos de edades de 15 a 24 años, 65 a 74 años, y 75 años o más no mostraron este comportamiento. En conclusión: son las personas en edad de trabajar las más vulnerables a la recesión. Esto puede explicarse en parte por el hecho de que muchas de esas personas eran el sostén de la familia, y sus trabajos cubrían los gastos de hipoteca, seguros de salud, educación para niños, y otros gastos. Por lo tanto, la pérdida del empleo puede causar más dificultades a aquellas personas que a los demás.

Un estudio⁶ que evalúa la tendencia de la tasa de suicidio de los 50 estados de EE.UU. en relación con la crisis económica, encuentra resultados interesantes. Por ejemplo, en los años antes de la aparición de la crisis (de 1999 a 2007), la tasa de mortalidad por suicidio en los EE.UU. fue en aumento, y se incrementó aun más coincidiendo con el inicio de la recesión. El estudio analiza el efecto concreto del desempleo en la suicidalidad, refiriéndose que la tasa de desempleo entre 2007 y 2010 en los EE.UU. incrementó en un 3,8% la tasa de suicidios. En otras palabras, el aumento del desempleo podría explicar según los

autores, aproximadamente una cuarta parte del aumento de suicidios observado en los EE.UU. durante el periodo considerado.

En este artículo se recogen también datos concretos en EE.UU. entre 1999 y 2010 en relación al paro y la tasa de suicidio. Se obtuvieron datos que sostenían la idea de que cuando no hay políticas de protección laboral el aumento de la tasa de suicidio es mayor (0,99%-1,06%). Por tanto, se hace necesario implementar las políticas que aumenten la protección de la población en épocas de recesión: programas de soporte social para los desempleados, y nuevas políticas activas de empleo que estimulen la contratación (incluso a tiempo parcial), así como programas de prevención de la salud mental para mitigar los efectos de la recesión en la población. Los mismos autores afirmaron en otro trabajo previo (Stuckler et al., 2009) que por cada aumento de 10 dólares en programas sociales la tasa de suicidio se reduce en un 0,38%, y Karanikolos et al. (2013) afirman que aunque la recesión provocó consecuencias adversas sobre el estado de salud de la población, la interacción entre austeridad fiscal, shock económico y débil protección social aumenta el riesgo de efectos en salud.

Este y otros estudios (Reeves, 2012) sugieren que la tasa de suicidio en los EE.UU. ha aumentado desde 2007 en correlación directa con el incremento del desempleo causado por la recesión económica. Sin embargo, aunque esta correlación es fuerte, la interpretación sigue siendo problemática y, a pesar de la opinión generalizada de que el desempleo aumenta las tasas de suicidio, los datos no son concluyentes.

En posteriores trabajos⁷ se critica el artículo anterior cuestionándose que el incremento de las tasas de suicidio pueda explicarse únicamente por la recesión económica. En los países bálticos como Estonia, Lituania y Latvia, donde la crisis del 2008 fue devastadora, no se produjo un aumento de suicidios. Sin embargo, a comienzos de los 90, tras la caída del muro de Berlín y coincidiendo con la independencia de estos países, las cifras del suicidio aumentaron notablemente y no comenzaron a bajar hasta el 2006 (a pesar de que las tasas de paro habían ido creciendo en este periodo). Esto sugiere que la relación entre paro y suicidio es compleja y cambiante y que

hay factores aun no valorados que pueden jugar un importante papel.

En el artículo de Fountoulakis⁸ nuevamente se critica el artículo de Reeves. Los autores sostienen que la interpretación de la causa y el efecto es problemática, analizando dicha asociación en otros países como Argentina, Hungría o Ucrania, en los que se observa que las mayores tasas de suicidio se relacionan en mayor medida con etapas de crisis política más que con periodos de crisis económica. Sugieren por tanto evitar interpretaciones apresuradas.

Otras evidencias también informan de un aumento significativo de los suicidios en relación con la recesión económica en los países europeos. En nuestro país, alrededor de un tercio del riesgo global en la asistencia de la población consultante con trastornos de salud mental pueden ser atribuidos a los riesgos combinados de desempleo de los hogares y las dificultades en el pago de la hipoteca. Un estudio de las tasas de mortalidad en España encontró un incremento de los suicidios durante las recesiones (anticíclico), aunque las tasas globales de mortalidad tienden a aumentar durante los periodos de crecimiento económico y a disminuir durante la crisis (variación procíclica)⁹. Hay signos iniciales de que las tasas de suicidio entre los menores de 65 años han aumentado en España, del 5,16 por 100.000 habitantes en 2007 a 5,56 por 100.000 en 2008, lo que representa un paso atrás en las reducciones que habían tenido lugar desde la década de 2000¹⁰.

En Inglaterra, los estudios que se han llevado a cabo para analizar la asociación del suicidio con la crisis económica entre 2008 y 2010 han encontrado variaciones en las tasas de suicidio de hombres y mujeres en relación con las tendencias históricas. En varones se encontraron 846 suicidios más que los esperados, y 155 en las mujeres, a pesar de que, históricamente las fluctuaciones anuales en el desempleo se habían asociado con variaciones en el número de suicidios entre los hombres, y no en mujeres. Por otro lado, estos autores sugieren que alrededor del 40% del reciente aumento de los suicidios en los varones (329 suicidios) durante el periodo 2008-2010 se puede atribuir al aumento del desempleo. De hecho, son las regiones inglesas con



las mayores tasas de desempleo las que presentan el mayor aumento de suicidios, sobre todo en varones¹¹.

Por otro lado, la crisis económica de Asia produjo un fuerte aumento de la mortalidad por suicidio relacionado con el incremento del desempleo. Las tasas de suicidio en China por ejemplo, se han registrado de siempre como muy bajas. En los últimos años, sin embargo han aumentado de manera alarmante entre ciertos grupos de edad, en las zonas rurales y entre las mujeres jóvenes y hombres mayores de 60 años. Los datos revelan que el suicidio en China puede tener características únicas, asociadas con variables socio-culturales, como la cultura tradicional, la clase social, la posición económica, los niveles de atención de salud y los problemas interpersonales, demostrando que la falta de servicios de salud mental en determinadas zonas del país puede ser considerada una de las razones asociadas a la alta tasa de suicidios rural en China¹².

En otros lugares como Taiwán y Hong Kong, durante los años de alto desempleo, las tasas de suicidio aumentaron considerablemente, evolucionando de manera muy diferente cuando las condiciones de empleo mejoraron. Así, las tasas de suicidio bajaron en Hong Kong, pero sin embargo en Taiwán se mantuvo el índice de suicidios a pesar de la mejora en el empleo. En conclusión, la reducción del desempleo no produce de forma necesaria o inmediata una reducción de las tasas de suicidio¹³.

Discusión

La relación entre crisis económicas y tasas de suicidio es controvertida, sujeta a diferentes interpretaciones, y presenta diferencias significativas entre unos países y otros.

Por ejemplo, el aumento del PIB ajustado por paridad de poder adquisitivo (es decir, el aumento de riqueza por habitante cuando aumenta el PIB a nivel nacional) reduce las tasas de suicidio en los países europeos, y sin embargo las incrementa en los países latinoamericanos¹⁴. Esto podría explicarse por el desigual reparto de la riqueza que tiene lugar en las economías de países emergentes y por el hecho de que en Europa se cuenta con sistemas de protección social y sanitaria que

amortiguan las variaciones en el PIB, protegiendo a la población en momentos de crisis. Es el caso, por ejemplo, de los países escandinavos (Stuckler et al., 2009), como hemos visto anteriormente, en los que las tasas de suicidio siguen una tendencia descendente aún en periodos de recesión económica. De hecho, las tasas de suicidio han seguido una tendencia decreciente en países europeos hasta el año 2009, y, aunque desde entonces se observa una variación en dicha tendencia, de forma global no puede decirse que las tasas de suicidio hayan aumentado, sino que el descenso se ha ralentizado.

En los países en vías de desarrollo, por el contrario, al carecer de estos sistemas de protección social, las crisis económicas afectan más drásticamente a la población y el aumento de la incidencia de suicidio es un hecho incontestable. Esto mismo ha podido ser demostrado en países que han experimentado un rápido crecimiento en las últimas décadas, como Corea del Sur, donde a pesar del aumento de la esperanza de vida, también se ha observado un incremento de la mortalidad por suicidio, sobre todo entre varones de más de 30 años. En estos países, con débiles sistemas de protección social e incorporados a una economía capitalista globalizada y altamente competitiva, el suicidio podría ser el precio que se paga por la desigualdad y otras disfunciones sociales relacionados con la industrialización.

En este punto, y en lo que respecta a nuestro país, conviene recordar que el reciente Informe de Exclusión y Desarrollo Social de Cáritas y la Fundación Foessa¹⁵ sitúa a España a la cabeza de los países de la Unión Europea en cuanto a desigualdad social. También los datos de Eurostat documentan este hecho mediante el coeficiente o índice de Gini (que mide las desigualdades de un país, siendo mayores a medida que el número es más elevado). La comparación entre el grupo de países de la Unión Europea más desarrollados económicamente muestra que España es uno de los países que tiene un índice más alto (0,313 comparado con 0,292 que es el promedio de la UE-15). El resto de indicadores son igualmente desalentadores: el número de hogares con todos sus miembros en paro ya son casi dos millones (el 11% de los hogares), la tasa de pobreza ha crecido del 23.9% al 26.8% del 2006 al 2012 (aunque

paradójicamente la pobreza relativa descendió un poco en el 2012 porque, al definirse para el conjunto de la población, si todo el país se empobrece, el porcentaje de pobres puede estabilizarse o incluso descender levemente), aumenta en el mismo periodo del 6 al 21.4% el porcentaje de hogares con la persona principal en paro, se duplica (del 25 al 50%) el paro de larga duración, e incluso (como efecto de la precariedad laboral y la reforma del mercado laboral) aumenta incluso el porcentaje de trabajadores pobres (del 10.7 al 12.7%), (Fuente OCDE. Ministerio de Empleo y Seguridad Social). A esto se añade un deficiente desarrollo en nuestro país del sector público, con un estado del bienestar claramente subfinanciado y un gasto público social y un empleo público muy bajo.

Es por tanto el desarrollo de medidas para fortalecer los servicios de apoyo social para los que pierden empleos y hogares, así como el fortalecimiento de servicios comunitarios y medidas sanitarias, lo que puede permitir reducir las tasas de suicidio en mitad de la recesión económica.

En otros trabajos se sugiere que también factores como son la temporalidad y la inseguridad laboral han producido tantos efectos sobre la salud mental como el desempleo. En un estudio realizado en Australia se observó un incremento de los niveles de malestar psíquico durante el año 2008 (período de crisis económica) entre los trabajadores a tiempo parcial, pero una disminución en los trabajadores a tiempo completo. Se midieron además las tasas de estrés, siendo más bajas en los sujetos en paro que en las personas que sí tenían empleo. Pero al ser éste precario o parcial, tenían mayores tasas de distrés mostrando gran preocupación con el hecho de mantener su puesto de trabajo¹⁶.

Otros factores que se han observado en la asociación crisis-suicidio son la incorporación de la mujer al mundo laboral (con la desestabilización cultural de estructuras familiares establecidas) y el nivel educativo y estado civil. Paradójicamente los participantes no casados y con un nivel educativo inferior presentaron incrementos de prevalencia de suicidio menores que los sujetos casados y con estudios superiores, sobre todo en el caso de los varones. Los autores lo explican en base al miedo a perder su trabajo y ser en mu-

chos casos el sostén de la economía familiar, en una situación de crisis financiera e inseguridad laboral, donde situaciones tan trágicas como los desahucios son cada vez más frecuentes¹⁷.

Sugerencias

Nuestro grupo de trabajo se plantea una serie de sugerencias para analizar e interpretar la relación entre crisis económica y tasa de suicidio.

En primer lugar, tener en cuenta las diferentes definiciones que existen de suicidio desde el punto de vista psicopatológico (algunos se refieren a la conducta suicida, o la ideación, el suicidio consumado, los intentos de suicidio), que dificultan el análisis de los datos de manera global y las comparaciones.

Por otro lado, conviene distinguir entre el suicidio de causa psicosocial del suicidio psicopatológico, que es el vinculado de forma más directa a la enfermedad mental grave. La incidencia de este último tipo de suicidio no se ha visto modificada, encontrándose las mayores diferencias en el suicidio “psicosocial”.

Por otro lado, no conviene olvidar el inevitable sesgo ideológico que influye a la hora de interpretar los resultados de los diferentes estudios, así como la necesidad de tener en cuenta en contexto sociocultural a la hora de analizar las cifras.

Es importante ser cautos y no perder de vista el hecho de que existe un retraso temporal entre la aparición del periodo de recesión económica en un país y la variación de las tasas de suicidio.

Otra variable a considerar es la escasa fiabilidad de la notificación y la estadística del suicidio: Los suicidios consumados en individuos sin antecedentes de enfermedad mental no se registran o se contabilizan por el procedimiento habitual en personas con un diagnóstico psiquiátrico previo. Es difícil de valorar y demostrar la verdadera intención autolítica en los “suicidios sociales”.

El estigma social, las creencias locales y las consecuencias legales hacen que muchos suicidios sean etiquetados como muertes naturales o muertes accidentales. Las investigaciones cualitativas han documentado la creencia generalizada en la población de que el suicidio es



una opción posible cuando uno tiene que hacer frente a conflictos personales graves. Aunque los servicios psiquiátricos alivian la angustia y previenen el suicidio, su influencia sobre el suicidio de causa psicosocial es limitado, y no se traducirá en un decremento de las tasas de suicidio globales. Es necesario reducir el malestar

personal y social de los individuos y centrarse en otras causas subyacentes del sufrimiento humano, como la pobreza, la desigualdad económica y la falta de justicia social.

Contacto

Sandra Muñoz Sánchez • CSM HORTALEZA
C/Mar de Kara s/n • 28033 Madrid • sanmusan84@gmail.com

Bibliografía

1. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, Volume 374, Issue 9686, Pages 315 - 323, 25 July 2009.
2. López Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *Eur J Public Health*. 2013 Oct; 23(5): 732-6.
3. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity and health in Europe. *The Lancet*, Volume 381, Issue 9874, Pages 1323-1331, 13 April 2013.
4. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a greek tragedy. *The Lancet*, Volume 378, Issue 9801, Pages 1457 - 1458, 22 October 2011.
5. Luo F, Florence CS, Quispe-Agnoli M, Ouyang L, Crosby AE. Impact of business cycles on US suicide rates, 1928-2007. *Am J Public Health*. 2011 Jun; 101(6): 1139-46.
6. Reeves A, Stuckler D, McKee M, Gunnell D, Chang SS, Basu S. Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. Correspondence. *The Lancet*, Vol. 380, Issue 9856, Pages 1813 - 1814, 24 November 2012.
7. Stankunas M, Lindert J, Avery M, Sorensen R. Suicide, recession and unemployment. Correspondence. *The Lancet*, Vol. 381, Issue 9868, Page 721, 2 March 2013.
8. Fountoulakis KN, Koupidis SA, Siamouli M, Grammatikopoulos IA, Theodorakis PN. Suicide, recession and unemployment. Correspondence. *The Lancet*, Volume 381, Issue 9868, Pages 721-722, 2 March 2013.
9. Tapia-Granados J. Recessions and mortality in Spain, 1980-1997. *Eur J Popul* 2005; 21: 393-422.
10. World Health Organization. WHO European Health for All Database. January 2011.
11. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ* 2012; 345, 14 August 2012.
12. Wada K, Kondo N, Gilmour S, Ichida Y, Fujino Y, Satoh T, Shibuya K. Trends in cause specific mortality across occupations in Japanese men of working age during period of economic stagnation, 1980-2005: retrospective cohort study. *BMJ* 2012; 344.
13. Chen YY, Yip PS, Lee C, Fan HF, Fu KW. Economic fluctuations and suicide: a comparison of Taiwan and Hong Kong. *Soc Sci Med*. 2010 Dec; 71(12): 2083-90.

14. Navarro V. El mantenimiento o desmantelamiento del estado del bienestar. El desplazamiento de los poderes de decisión hacia los “mercados” y el debilitamiento de la política. XV Jornadas de Otono de Vigo. El derecho laboral en la crisis.
15. Fundación Foessa y Cáritas (2012). Informe de Exclusión y Desarrollo Social. Madrid, 2012.
16. Shi Z, Taylor AW, Goldney R, Winefield H, Gill TK, Tuckerman J, et al. The use of a surveillance system to measure changes in mental health in Australian adults during the global financial crisis. *Int J Public Health*. 2011 Aug; 56(4): 367-72.
17. Blasco-Fontecilla H, Pérez-Rodríguez MM, García-Nieto R, Fernández-Navarro P, Galfalvy H, De León J, et al. Worldwide impact of economic cycles on suicide trends over 3 decades: differences according to level of development. A mixed effect model study. *BMJ Open* 2012; 2: e000785.
18. Acevedo Navas, C. Does economic reality influence suicide? The case of Colombia. *Economía del Caribe*, 2010, ISSN-e 2011-2016, Nº 5.
19. Bamba C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiology Community Health*, 2010 Apr; 64(4): 284-91.
20. Gili M, Roca M, Basu S, Mckee M and Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Europe Journal of Public Health* 2013, 23, 103-108.
21. Mathieson JH, Ashton J. Local efforts are paramount in preventing suicide during recession. *BMJ* 2012; 345.
22. Pérez del Río F. Márgenes de la psiquiatría. Desigualdad económica y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 2013, vol. XI, 45: 66-74.
23. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 financial crisis on health: a first look at European data. *The Lancet*, 378: 124-5, 2011.

- Recibido: 27/10/2013.
- Aceptado: 16/12/2013.

Las vivencias emocionales de las personas migrantes sin hogar.

Emotional experiences in homeless immigrants.

Miguel Ángel Navarro Lashayas

Doctor en Migraciones internacionales contemporáneas.

Universidad Pontificia de Comillas, Madrid. Ekimen Elkarte.

Resumen: El artículo muestra las consecuencias emocionales de la falta de vivienda a través de los relatos de los afectados. Para ello se ha entrevistado a 107 personas migrantes que se encuentran durmiendo en la calle. Se exploran aspectos como las relaciones con los demás (incluidos familiares), salud mental, abuso de sustancias, emociones negativas y positivas, aprendizajes, cambios en la identidad personal, orientación hacia el futuro, sentimientos de deshumanización y estigma social. Los resultados muestran un impacto importante a medida que la situación social negativa se mantiene y avanza algunas claves psicosociales importantes a la hora de intervenir con colectivos en exclusión social.

Palabras clave: Problemas Sociales, Persona sin hogar, Migración Internacional, Impacto Psicosocial.

Abstract: The article shows the emotional consequences of homelessness through the stories of those affected. This has interviewed 107 migrants who are sleeping in the street. Aspects such as relationships with others (including family), mental health, substance abuse, negative and positive emotions, learning, changes in personal identity, orientation towards the future, feelings of dehumanization and social stigma are explored. The results show a significant impact as negative social situation continues and advances some important psychosocial keys when intervening with groups in social exclusion.

Key words: Social Problems, Homeless, Emigration and Immigration, Psychosocial Impact.

Introducción

La vivienda es una necesidad básica que cumple funciones como la de ser un espacio cerrado que nos protege del exterior y donde establecemos nuestra vida y referencias sociales. En él construimos nuestra intimidad y convivimos con el grupo familiar o afectivo más próximo y realizamos actividades sociales, convirtiéndose por tanto en un espacio de socialización. Además, para algunas personas es un lugar de trabajo y para la mayoría de nosotros es un lugar de crea-

ción personal en el que combinamos nuestros gustos y deseos. Un alojamiento digno y estable es un bien sin el cual resulta imposible satisfacer las necesidades enunciadas (1). La falta de vivienda genera una situación de inseguridad, desarraigo y falta de intimidad en la persona que le conduce a procesos de gran deterioro personal y de sus relaciones sociales. El acceso a una vivienda, como espacio propio abre la posibilidad de reconstruir la confianza en uno mismo, la generación de participación social (2) así como de construcción de identidad (3).

Sin embargo, el acceso a un alojamiento, lejos de estar garantizado, es una quimera para las miles de personas que en el Estado español duermen en la calle. La definición más extendida de persona sin hogar es la que propuso el European Observatory on Homelessness (FEANTSA) (4) según el cual son *“todas aquellas personas que no puedan acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma.”* Según los datos del INE, en el Estado español hay casi 23.000 personas sin hogar (5), aunque las cifras reales son más altas ya que tan solo se contabilizan aquellas que están haciendo uso de alguno de los recursos asistenciales disponibles.

Se presentan los resultados de 107 entrevistas realizadas a personas que se encuentran durmiendo en la calle o hacen uso de recursos para personas sin hogar. También se han incluido a personas que en la actualidad se encuentran en un alojamiento estable pero el año anterior han estado durmiendo por lo menos una semana en la calle. El perfil es el de una persona joven (media de 32 años), varón, procedente del Magreb que lleva de media 13 meses sin hogar.

Las relaciones sociales

Autores como Bahr (6) hablan de la importancia de la desafiliación y desarraigo en que viven las personas sin hogar que cuentan con vínculos muy tenuous con la familia y con pocos o ningún amigo. La falta de apoyo social junto con los problemas económicos son considerados los dos ejes de la exclusión social (7).

Las entrevistas muestran que muchas de las personas que llevan poco tiempo en la calle prefieren estar solas para evitar problemas, por lo que la soledad no estaría tan vinculada al tiempo de estancia en la calle como a las vivencias e incluso estrategias para salir de la misma.

“Hablo con mucha gente pero no tengo amigos, no quiero amigos, duermo yo solo en la chabola. Así menos problemas con la policía, si te ven hablando y eres argelino vienen y te

piden los papeles, la tarjeta de comedor y para menos problemas no hablo con nadie.” (Argelia, 25 años)

Sin embargo. Muchas veces el aislamiento no es una decisión personal. Es consecuencia de la vergüenza que supone el “fracaso”, que se tiende a esconder, tanto más si ese fracaso está asociado al estigma de ser un dependiente o un parásito social. De este modo desaparece “el colchón” que toda comunidad debiera suponer como factor amortiguador y protector frente a la ansiedad y el miedo que la lucha por la subsistencia genera. (8)

“Ya saben que estoy mal; uno para llamar pueden ser cuatro meses, tres meses sin llamar (...). Ellos no saben que yo duermo en la calle porque yo no puedo decirles a ellos eso (...). Cuando duermes en la calle también no vas a tener ganas de hablar y estar donde hay personas, te vas a quedar solo, aburrido porque tú te sientes solo.” (Angola, 45 años)

Cuando duermes en la calle no quieres saber nada, no quiero que sepan ni dónde estoy, ni mi familia ni mis amigos, perdí el contacto completo con todos (...). Alguna vez sí que me pasó por la cabeza el salir de allí e irme a Portugal otra vez con mis padres, pero no sabía cómo hacerlo, no tenía fuerzas, no encontraba la forma de poder volver con ellos porque me veía una persona incapaz de afrontar mi realidad (...). Es duro porque tú sabes que tienes una familia pero no puedes hablar con ellos porque tu vida la tienes toda estropeada.” (Cabo Verde, 42 años)

La mirada de la gente y las atribuciones que las personas hacen sobre las características de quienes duermen en la calle también tienen un fuerte impacto.

“Psicológicamente es peor porque... yo al principio pensaba que la gente que duerme en la calle es peligrosa, delincuente, drogadictos, y luego tú mismo te ves en esa situación, estás seguro que todo el mundo piensa de ti lo mismo, y una persona necesita sentir un poco de amor y que te valoran y si eso no lo sientes puedes hacer cosas muy malas.” (Mali, 34 años)

La dureza de la calle facilita el aislamiento social al incidir en la visión que se tiene de las relaciones



con los demás, lo que unido al estigma favorece la aparición de sentimientos de deshumanización.

“Te enfadas mucho, siempre estás mal con la cabeza y eso se nota cuando alguien te viene hablar (...). He perdido muchos amigos por dormir en la calle, ni siquiera quiero que la gente conozca que duermo en la calle porque si te ve la gente de tu barrio de Marruecos en la calle durmiendo mal, van a bajar a Marruecos y le van a decir a tu padre o a tu madre que estás perdido, que te han visto y no estás haciendo las cosas bien (...). Ahora me fío un poco menos de la gente por las hostias que te llevas, la gente es muy diferente, ahora cada uno quiere lo suyo (...). Sientes siempre que otras personas están mejor que tú. Siempre piensas por qué tú no estás viviendo como el que está en casa... bufff ojalá algún día llegue a eso (a estar en una casa) porque estoy muy cansado ya de la calle.” (Marruecos, 22 años)

Dignidad y deshumanización

Son numerosos los investigadores que apuntan a la dificultad de mantener una dignidad personal cuando no se tiene casa (9). Reconocer la dignidad de una persona es reconocer su valor como ser humano independientemente de su estatus o rol en la sociedad, es tener la capacidad de ser visto y verse como una persona valiosa (10). Hace referencia a lo que somos, no a lo que tenemos. La experiencia de dignidad es una interrelación de los individuos con su ambiente, depende tanto de cómo nos vemos nosotros mismos y cómo somos vistos y tratados por los demás.

El estigma social que acompaña a la situación sin hogar y las condiciones de degradación y deshumanización que conlleva pueden comprometer gravemente la dignidad de la persona que vive esa situación. La imagen que los demás proyectan de nosotros, junto con nuestra propia percepción de nuestro estado físico (suciedad, problemas físicos, etc.) y mental (la esperanza de poder salir de la situación en la que nos encontramos, el sentimiento de no importar a la sociedad, etc.), son variables que están influyendo en que algunas personas se vean a sí mismas deshumanizadas, más cerca de los animales que de las personas.

“Si tú duermes en la calle te sientes como un animal, tu primer sentimiento es que no eres un ser humano, eres un animal, ¿y que hace un animal? No tiene cerebro, puede hacer cualquier cosa, y si vives en la calle y te sientes como un animal, no como un ser humano, puedes hacer cualquier cosa porque te da igual, no tienes cerebro.” (Argelia, 31 años)

“Te sientes un poco animal cuando la gente te mira mal, o entras al metro y te das cuenta que hueles mal, y piensas, joe... cuatro días sin duchar y sin poder lavar la ropa y es cierto que pareces un poco animal.” (Marruecos, 27 años)

En algunos casos se da un extrañamiento de este mundo, casi una alienación, no siente que pertenezca a esta sociedad. Es quizá la imposibilidad de realizar una vida normalizada junto con el estigma de la propia situación lo que facilita la visión de la calle como un universo paralelo. A ello hay que añadir la propia situación de carencia extrema, la falta de oportunidades, las vivencias y las diferentes problemáticas personales que conviven en la calle, pero lo cierto es que muchos de los entrevistados ven la calle como un mundo paralelo al mundo de los “integrados” de las personas “normales”, provocando un cierto sentido de pertenencia a ese “submundo” de los excluidos. Dicha separación se ve agravada por el hecho de ser una persona extranjera, dificultando aún más el establecimiento de puentes entre los dos “mundos”.

“Yo me veía como una persona fuera de la sociedad, completamente fuera de la sociedad sin rumbo, casi como si fuera de otro mundo. Sientes que no tienes nadie ni nada, cuando llega la noche piensas dónde vas a dormir, te vas a un puente pasando frío, hambre, llueva o no llueva (...). Te ves completamente distinto, miraba la gente que tenía sus casas, sus coches y yo pensaba que podía tener esa vida porque no era distinto a ellos, es porque había hecho cosas malas y te machacas, te comes la cabeza... es que en la calle no encuentras a nadie que te escuche, contarle lo que te ha pasado, ver cómo salir... buff, es que es muy duro.” (Cabo Verde, 42 años)

“La calle también tiene un mundo paralelo, un mundo a veces de cariño, de compartir, aunque sea la droga, e incluso de confianza aunque sea sólo de su propio grupo.” (Marruecos, 42 años)

Emociones negativas

En un metanálisis realizado recientemente sobre los efectos psicológicos de la exclusión social (11), se llega a la conclusión de que genera aplanamiento afectivo o un estado de neutralidad emocional.

“En la calle, ¿cómo puedes dar cariño a nadie si tú no tienes cariño, si nadie te da cariño? Si no tienes las cosas importantes de la vida, las básicas no puedes dar cariño, ¿cómo puedes esperar cariño de un corazón que está fracasado?” (Marruecos, 42 años)

Sin embargo, las entrevistas muestran que dicho aplanamiento afectivo no se da en todas las personas, la mayoría muestra fuertes sentimientos de tristeza y frustración.

“Muy triste, la calle es muy dura, si en mi país sé lo que voy a pasar no voy a pasar en la calle, no vengo. No hay gente que te pueda ayudar o escuchar, ni a tu familia le dices qué te pasa, es muy duro.” (Argelia, 28 años)

“Uno se queda triste, no puedes hablar... otros se enfadan enseguida, es muy dura la calle, cada uno se lo toma de forma diferente. No sé... yo lloro mucho, cuando me levanto mis lágrimas caen siempre, te levantas y estás en la calle y piensas ¿dónde voy a ir ahora? No tienes nada.” (Congo, 45 años)

A la tristeza se le une el miedo y vergüenza por la situación que se está pasando.

“En el sitio donde duermo muy mal, mucha gente, siempre con miedo ¿sabes? Puedes estar durmiendo y viene alguien y te mata. También puede venir la policía te coge.” (Marruecos, 20 años)

“Llego a las 22:00 a dormir a la calle porque me da vergüenza, porque yo tengo valor ¿sabes? Yo tengo casa y tele y todas esas cosas en Marruecos y luego duermo en la calle ¿cómo voy a pensar? La gente no sabe que en verdad tú tienes una familia y una casa, y de todo.” (Marruecos, 50 años)

Diversos autores sostienen que la vida en la calle precipita la aparición de problemas de abuso de sustancias y de salud mental (12, 13). Tanto el alcohol como el resto de sustancias se usan como

vía de escape, como forma de olvidar, de evadirse de la realidad y en ocasiones también de relacionarse con otras personas que se encuentran en la misma situación.

“Bebía alcohol en la calle porque pensaba que me podía ayudar a superar las cosas, pero al final he visto que no es una solución. Cuando bebes piensas que te estás ayudando a pasar la situación que estás pasando pero no es cierto.” (Camerún, 35 años)

“Una persona que no se acepta a sí mismo para vivir en la calle jodidísimo, vas a estar todo el tiempo inconsciente, bebiendo, fumando para no verse a sí mismo.” (Sahara, 19 años)

La exposición a la violencia cuando se duerme en la calle se asocia a abuso de alcohol y gravedad en síntomas psicóticos (14). Son numerosas las referencias que vinculan la agresividad existente en la calle con la propia situación social que provoca que las personas se encuentren nerviosas, no puedan pensar bien y respondan de manera violenta a cualquier provocación.

“En la calle hay mucha gente que se pega porque cuando estás en la calle tu cabeza no está bien, tienes muchos problemas, piensas mucho y si una persona te habla una cosa que no está bien, directamente... puf (golpe)” (Camerún, 39 años)

Por último también se explicita un submundo, el de la calle, donde la violencia es una herramienta para hacerse respetar y ser reconocido.

“Es que en la calle hasta los diablos pueden aparecer. Yo me he peleado muchas veces en la calle... es que la calle tiene su forma, cada uno busca su vida y es difícil, tienes que defenderte, son formas de vida de la calle, es como un soldado que está dentro de la guerra.” (Mauritania, 31 años)

Identidad personal

Los cambios identitarios producidos por la situación sin hogar no han sido objeto de investigación a nivel nacional, aunque son diversas las investigaciones internacionales que han puesto su atención en ello, centrándose en la mayoría de los casos en la teoría de la identidad social (15) y las estrategias utilizadas por las personas



sin hogar para no tener una identidad social negativa (16, 17). En un trabajo clásico de estos últimos autores, muestran cómo las personas recientes sin hogar reportan una fuerte aversión hacia las personas sin hogar (mostrado en la investigación presente en la falta de contacto con otras personas sin hogar de aquellos que llevan poco tiempo en la situación), mientras que las que llevan mucho tiempo son más propensas a adoptar concepciones de sí mismas vinculadas a la imagen de sin hogar. Otros autores dejan de lado la teoría de la identidad personal y se centran en la forma en que la calle hace perder el sentido de autoestima, autoeficacia y finalmente, identidad de las personas (9) o los efectos en la personalidad de la despersonalización (no tener documento de identidad) y la estigmatización (estar o parecer sucio), encontrando una afectación importante en la autoestima y personalidad (18).

La influencia del paso del tiempo en la situación sin hogar en cómo la persona se ve a sí misma y se concibe en relación con los demás debe ser objeto de mayor atención en la investigación en el futuro. Algunos autores (19) sostienen que la exclusión social es, ante todo, un proceso de despersonalización, de pérdida de identidad personal y de intimidad. Los cambios en la identidad producidos por las condiciones de vida son lo que llevan a algunos autores a asegurar que la calle tiene un alto potencial traumático en las personas (12).

“Cuando estás en la calle pierdes las condiciones, pierdes las amistades, estás un poco sucio, la gente sabe que estás en la calle, te cambia tu personalidad, estás más opaco, sin sonrisa, más sucio, eso te machaca un poco, y para no mostrar a la gente que estás en la calle te quedas ahí en la cueva y vas perdiendo la personalidad, yo he ido perdiendo mi personalidad, antes no era tan seco, era más abierto, yo no soy el mismo, a medida que he pasado más tiempo en la calle me he ido hundiendo y cambiando.” (Colombia, 52 años)

“La calle te cambia como persona, si no tienes referencias la calle te puede cambiar completamente (...). Soy totalmente diferente antes de dormir la calle que después de dormir la calle, no bueno, yo soy el mismo,

lo que cambias la manera de ver la vida, la manera de ver la gente y la manera de pensar, porque te das cuenta que te faltan cosas, te das cuenta que tú no puedes hacer cosas porque te falta un lugar, es muy duro.” (Congo Brazzaville, 39 años)

Control de la vida y perspectiva de futuro

La motivación para establecer metas y formular planes de futuro está relacionada con la creencia que cada uno tiene en las posibilidades de controlar los acontecimientos que suceden en su vida. Aquellas personas orientadas hacia el futuro están menos tiempo en la situación de sinhogarismo mientras que los orientados al presente tienen estrategias de afrontamiento más evasivas (20). El 49% de los sujetos entrevistados cree que no puede controlar su vida cuando duerme en la calle, por lo que será difícil que establezcan una estrategia para salir de la misma.

“No puedes controlar tu vida porque tu cabeza no está bien, estás muy lejos, no entiendes nada no puedes tener nada, no entiendes nada, cuando dormía en el edificio los chicos me hablaban y no entendía nada, me decían, vamos conseguir una tarjeta para el comedor, y yo ¿una tarjeta de qué? No entiendo nada, no es vida, te levantas ¿a qué hora?, ¿para qué? Es todo un problema.” (Camerún, 32 años)

Aquellas que sí consideran que pueden controlar su vida hacen referencia a la responsabilidad personal, la esperanza de que un día las cosas van a cambiar y a la importancia de organizar la rutina diaria y no dejarse llevar por la anomia.

“Depende de ti, dices, mañana me tengo que despertar a las 7 tengo que... por ejemplo, yo estuve 15 días haciendo el curso durmiendo en la calle. Me levantaba a las 7 y sin desayunar ni poder ducharme iba el curso hasta la 13:30. Luego iba al comedor a las 14:00, y era la primera vez en todo el día que comía algo, bebes agua para engañar a la tripa.” (Marruecos, 27 años)

La recuperación del control sobre la propia vida es uno de los elementos claves en las intervenciones psicosociales, formando parte nuclear de muchas teorías. En palabras de Bandura “el ser

humano ha luchado siempre por controlar los eventos que afectan a su vida” [citado en (21)] por lo que los servicios e intervenciones realizados con las personas sin hogar debieran ir encaminados a la recuperación o refuerzo del control sobre su propia vida.

El control sobre la propia vida está relacionado con las atribuciones de causalidad sobre los acontecimientos (22). Esta atribución determinará el grado de satisfacción o frustración de la persona con el acontecimiento y, con toda seguridad, condicionará su comportamiento futuro, por eso se dice que las atribuciones se relacionan con la motivación (23). En el caso de las personas sin hogar se ha remarcado su falta de motivación para el futuro, su falta de expectativas debido al fuerte condicionamiento del entorno social, lo que lleva a considerar a algunos autores la indefensión aprendida en las personas sin hogar (24). Víktor Frankl, en su obra “El hombre en busca de sentido”, nos dice: “*el hombre que no podía ver el fin de su “existencia provisional” tampoco podía aspirar a una meta última en la vida, cesaba de vivir para el futuro... El obrero parado, por ejemplo, está en una posición similar*”.

“No piensas como los demás, piensas a tu manera porque no tienes fuerza, no puedes planificar tu futuro, vives día a día, ves las cosas de otra manera, te sientes inútil, imbécil. Si yo tenía un techo aunque voy a comer patatas todas las semanas vas a ver las cosas de otra manera.” (Congo, 39 años)

Sin embargo, las entrevistas muestran que la mayoría de las personas sigue considerando que puede salir de la situación en la que se encuentran, para ello es fundamental la ayuda de las asociaciones. Otras personas consideran la ayuda de las asociaciones fundamental pero le añaden una pizca de suerte, saber moverse y aguantar hasta que te llega tu oportunidad.

“Sí, con la ayuda del centro, no hay nada más, si hay trabajo bien, pero sino sólo centros, la mayoría de las personas no tenemos permiso de trabajo y no puedes tener dinero, sólo puedes salir si te ayudan los centros.” (Marruecos, 21 años)

“Hay gente que no se mueve, que no tiene objetivos, no busca la manera de salir de la calle,

hay que pensar en largo plazo, es como una escalera hasta que consigues el objetivo. Yo cuando dormía en la calle me marcaba objetivo, primero centro de acogida, segundo curso, tercero, buscar trabajo, así vas buscando lo bueno.” (Marruecos, 24 años)

Sin embargo, no todas las personas tienen igual de claro que se pueda salir de la calle. Pocas muestran una desesperanza total pero sí se deja ver una cierta desilusión. Es el momento de quiebre total y abandono personal, se asume la condición y se deja de luchar por cambiar las condiciones que le rodean. La cronificación de la situación de sinhogarismo llega a modificar la identidad personal de quien la sufre, al perder toda esperanza de cambio (25).

“Día a día en la calle te cambias, al principio vergüenza, eso no es mío... pero luego poquito a poquito te metes sin darte cuenta, si te falta un zapato al final vas a buscar hasta en la basura por si encuentras algo (...). Yo ahora por ejemplo bebo vino pero lo escondo en una botella para que no se note, bebo vino pero no se ve, pero yo creo que con el tiempo ya te da igual, te sientas en el suelo y tomas sin que te importe nada.” (Marruecos, 37 años)

“Dormir en la calle me ha dado un sentimiento de angustia; de vivir sin hacer nada me olvidaba de todo, pasaba de todo el mundo, no quería saber nada porque no veía nada.... había cosas pero era como si no hubiera porque mi mente no estaba concentrada, no podía hacer un plan, mi vida estaba acabada, era un indigente, hasta cuando te llaman indigente te miran... “mira que pintas lleva!” y tú sabes cómo eras antes y te metes en un mundo que todo lo que has tenido lo has perdido, ya te dan ganas de quedarte así toda tu vida... las circunstancias te pueden llevar, pero hay algo, un indicio que te dice que tienes muchas cosas por hacer y los educadores, los trabajadores sociales, son los que te dicen que hay una oportunidad, algo para hacer diferente, algo para luchar para tener una vida digna como todo el mundo.” (Cabo Verde, 42 años)

El intento de dar un sentido a lo que se está viviendo junto con la búsqueda de salidas es lo que provoca que se dé continuamente vueltas a la cabeza.



La rumiación de la propia situación está muy presente en las personas entrevistadas.

“Se le pasan por la cabeza a uno tantas cosas que al final no sabe distinguir lo bueno de lo malo. Sólo piensas en buscar un sitio bien abrigado y listo, conseguir cartones, abrigarse bien y listo.” (Colombia, 45 años)

“Incluso durmiendo aquí muchas noches me levanto porque estoy todo el tiempo pensando, por qué yo estoy así, cómo puedo solucionar lo de mi pasaporte, etc.” (Congo, 43 años)

Sin embargo no todo es negativo. Las personas también rescatan vivencias positivas, aprendizajes, momentos de solidaridad y de esperanza de cara al futuro.

“Es un recuerdo que te queda cuando te cambia la vida. Sabes lo que es la calle te hace mejor persona, si tú pasas una situación como esta el recuerdo se te queda para toda la vida y te hace otra persona, no vuelves a cometer el mismo error seguro, sabes también como vive otra gente, ves a alguien en la calle y dices... eso lo pasé yo también.” (Maruecos, 57 años)

“Algunos vecinos son majos y señoras mayores que viven allí nos bajan comida, hay gente buena también, incluso me han dado dinero.” (Sáhara, 32 años)

“Todo el sufrimiento que he vivido me ha dado mucho coraje para seguir luchando, para tener lo que estoy buscando, eso sí, esa parte me ha ayudado.” (Camerún, 29 años)

Conclusiones

La ausencia de un techo es una situación de importante de inseguridad que puede producir en las personas miedo, desarraigo y falta de intimidad, que en caso de prolongarse en el tiempo provoca un importante deterioro personal. Algunas de las consecuencias de la estancia en la calle descritas en la investigación son, un deterioro de los vínculos sociales, vergüenza de dormir en la calle, sentimientos de fracaso del proyecto migratorio, estigma social, sentimientos de

deshumanización, pensamientos de no ser una persona digna en la sociedad, un ser servible para la sociedad, alienación, tristeza, pensamientos recurrentes y rumiación de la situación, irascibilidad, cambios en la identidad personal, falta de control sobre la propia vida, perspectiva temporal de inmediatez, anomia y en algunos casos desesperanza.

Sin embargo, no todas las vivencias en la calle son negativas. Las personas también describen cambios positivos y estrategias para salir de la situación. Además, la mitad de las personas creen que pueden hacer pequeñas acciones que les permiten controlar su vida, la mayoría cree que va a salir de la situación en la que se encuentran y también son narrados aprendizajes y experiencias positivas de solidaridad en la calle.

Todo ello nos debe llevar a incluir en el futuro perspectivas más integradoras que la psicopatología a la hora de acercarnos a los problemas de las personas sin hogar desde la psicología, sean o no extranjeras. También resulta conveniente el incluir la narrativa de estas personas en relación a cómo viven la situación por la que están pasando, ya que nos permite un acercamiento más realista que el que nos dan los meros datos estadísticos y en muchos casos nos permitirá comprender los mismos.

Por último, los resultados permiten concretar algunas claves psicosociales importantes a la hora de intervenir con colectivos en exclusión social como son la recuperación del control sobre la propia vida, la vinculación social con personas fuera del ámbito de la exclusión, la creación de rutinas que doten de sentido la existencia de las personas, el establecimiento de objetivos personales a medio-largo plazo y la intervención en la propia sociedad para evitar la estigmatización del colectivo.

Contacto

Miguel Ángel Navarro Lashayas
 m.lashayas@gmail.com
 Víctor Chavarri 16, 3^oIzda. Portugalete (Bizkaia)

Bibliografía

- (1) Ubero, R., Oliver, J., Gallardo, G., & Sánchez, A. Los inmigrantes y sus dificultades para acceder a una vivienda ¿abrimos puertas a la integración? *Ofrim Suplementos*, 2000, 7; 11–26.
- (2) FEANTSA. The role of housing in pathways into and out of homelessness. Bruselas. 2008.
- (3) Menéndez, F., Markez, I., Gay, E., Armañanzas, G., et al. Suicidios, desahucios y más recortes. *Norte de salud mental*, 2013, Vol. XI, nº 45: 7-9.
- (4) Avramov, D. Homelessness in the European Union: Social and Legal Context of Housing Exclusion in the 1990s: Fourth Research Report of the European Observatory on Homelessness. FEANTSA.1995.
- (5) INE. Encuesta sobre las personas sin hogar (personas). Madrid: Instituto Nacional de Estadística. 2012.
- (6) Bahr, H. M. *Skid Row: An Introduction to Disaffiliation*. New York: Oxford University Press. 1973.
- (7) Castel, R. La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del asalariado. Buenos Aires: Paidós. 1997.
- (8) Sennett, R. La corrosión del carácter. Barcelona: Anagrama. Colección Argumentos, 2010.
- (9) Buckner, J. C., Bassuk, E. L., & Zima, B. T. Mental health issues affecting homeless women: implications for intervention. *The American journal of orthopsychiatry*. 1993, Vol.63(3): 385–399.
- (10) Miller, A. B., & Keys, C. B. Understanding dignity in the lives of homeless persons. *American journal of community psychology*. 2001 Vol.29(2): 331–54.
- (11) Blackhart, G. C., Nelson, B. C., Knowles, M. L., & Baumeister, R. F. Rejection elicits emotional reactions but neither causes immediate distress nor lowers self-esteem: a meta-analytic review of 192 studies on social exclusion. *Personality and social psychology review an official journal of the Society for Personality and Social Psychology Inc*, 2009 Vol.13(4): 269–309.
- (12) Goodman, L., Saxe, L., & Harvey, M. Homelessness as psychological trauma. Broadening perspectives. *American Psychologist*. 1991. Vol.46(11): 1219–1225.
- (13) Thornicroft, G., & Tansella, M. The mental Health Matrix. A manual to improve services. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
- (14) Lam, J. A., & Rosenheck, R. The effect of victimization on clinical outcomes of homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*. 1998 Vol.49(5): 678–683.
- (15) Tajfel, H., & Turner, J. C. The social identity theory of intergroup behavior. In S. Worchel & W. G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations*. Nelson-Hall. 1986.
- (16) Farrington, A., & Robinson, W. P. Homelessness and strategies of identity maintenance: a participant observation study. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 1999, Vol. 9(3): 175–194.
- (17) Snow, D. A., & Anderson, L. Identity Work Among the Homeless: The Verbal Construction and Avowal of Personal Identities. *American Journal of Sociology*. 1987, Vol. 92(6): 1336–1371.
- (18) Taylor, C. On the Conduct of Homelessness Research: Lessons from A Qualitative Study



- of Women Diagnosed with Chronic Mental Illness. *Issues in Mental Health Nursing*. 1993 Vol.14: 432–453.
- (19) Valverde, J. Apuntes sobre el diálogo terapéutico en la intervención sobre personas en situación de exclusión social. In I. Markez, A. Fernández, & P. Pérez-Sales (Eds.), *Violencia y Salud Mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2009.
- (20) Epel, E. S., Bandura, A., & Zimbardo, P. G. (1999). Escaping homelessness: The influences of self-efficacy and time perspective on coping with homelessness. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(3), 575–596.
- (21) Blanco, A., & Díaz, D. El rostro bifronte del fatalismo: fatalismo colectivista y fatalismo individualista. *Psicothema*. 2007 Vol.19 (4): 552–558.
- (22) Heider, F. The psychology of interpersonal relations. (F Heider, Ed.) *The psychology of interpersonal relations* New York. Wiley. 1958.
- (23) Weiner, B. *Theories of motivation: From mechanism to cognition*. Oxford: Markham. 1972.
- (24) Burn, S. M. Loss of Control, Attributions, and Helplessness in the Homeless. *Journal of Applied Social Psychology*. 1992 Vol. 22(15): 1161–1174.
- (25) Navarro, M. A. Análisis psicosocial de la exclusión residencial extrema en la población migrante. Madrid. Universidad Pontificia de Comillas; 2013.

La salud mental en mujeres presas embarazadas y/o con hijas/os menores.

Mental health in pregnant women prisoners and/or with underaged children.

Maialen Martínez de Compañón Díaz

Trabajadora Social, Mediadora Familiar y Experta en Violencia de Género.

Resumen: Se reflexiona sobre los factores que influyen en la salud mental de la población reclusa femenina en estado de gestación o con hijas/os menores. Se pretende, así mismo, visibilizar los problemas psicosociales a los que se enfrentan estas mujeres, además de darles una salida mediante un posible tratamiento de acción integral.

Palabras clave: mujer, prisión, desigualdad, género, criaturas, psicosocial, sentimiento, integral.

Abstract: This is a reflection on the factors influencing the mental health of women prisoners who are pregnant or have underaged children. At the same time, we are trying to see the psychosocial issues these women face, as well as provide them with an outlet by means of a possible comprehensive action treatment.

Key words: woman, prison, inequality, gender, children, psychosocial, feeling, comprehensive.

Hablar de salud mental sin centrarlo en el ámbito psicológico o psiquiátrico puede parecer extraño o, incluso complicado. Con este trabajo, pues, se pretende ahondar en la salud mental de mujeres reclusas embarazadas o con hijos/as desde el punto de vista social. Lejos de ser un objetivo antagónico, se pretende alcanzar una labor complementaria para lograr así una visión multidisciplinar.

El contenido de los testimonios de las mujeres reclusas obtenido a partir de este trabajo permite reflexionar sobre la situación que muchas mujeres viven en prisión, puesto que se trata de argumentos que evidencian las diferencias de género en la forma de experimentar el encarcelamiento.

No sólo testimonios de mujeres reclusas hacen referencia a la desigualdad de género en prisión sino también la misma administración peniten-

ciaria, que ya en 1996 afirmaba *“La situación de las mujeres dentro de las prisiones estatales es peor que la de los hombres, porque están más hacinadas, tienen menor formación cultural y, más problemas por sus condiciones de marginación”*. Con esta declaración podemos hacernos una idea de la discriminación y desigualdad real que las mujeres presas en España sufren respecto a los hombres encarcelados.

Evidentemente, nos encontramos ante una realidad que evidencia la construcción androcéntrica de la mayoría de prisiones estatales, en cuanto a normas y roles. Se puede decir que la cárcel ha sido diseñada por y para hombres, y que, en ningún caso, se tiene en cuenta la situación de madre a la hora de cumplir condena. Puede afirmarse, entonces, que nuestra sociedad no cuenta con una política criminal que diferencie la delicada situación de las mujeres que son madres o están



embarazadas en tanto que dura su cautiverio; no obstante, si existe esa política que esconde las carencias y/o problemas de estas madres detrás de una supuesta igualdad.

En cuanto a la opinión de las mujeres reclusas con las que he contactado a lo largo de mi experiencia en prisión, podría afirmarse que determinan el hecho de ser madres la característica que mayores diferencias les supone respecto a los varones en prisión. Afirman que a los idénticos problemas que deben hacer frente tanto hombres como mujeres, a ellas se les añade, además, aquellos que les afectan por cuestión de género. Una simple característica, pero no pocas consecuencias.

No obstante, no pretendo cargar únicamente a la mujer con el cuidado y la consiguiente responsabilidad hacia los hijos, y por ello el sufrimiento al distanciarse de sus hijas/os. No trato de reproducir roles de género, pero pretendo reproducir la realidad en prisión. Y es que esa realidad incluye a la mayoría de madres reclusas como madres, padres, cuidadoras, enfermeras, educadoras, y un largo etcétera. La mayoría de mujeres reclusas con las que he mantenido conversaciones o no tienen apoyo de ningún tipo del padre de las criaturas, o las que lo tienen es esencialmente económico. Escasas son las realidades de mujeres presas cuyas parejas o padres de los y las menores apoyan desde fuera a la madre del modo que a ellas les gustaría.

Una vez la mujer ha entrado en prisión, y dejando de lado sus necesidades materiales, pueden citarse determinadas carencias que pueden estar frenando su proceso de rehabilitación. Me refiero a carencias afectivas, emocionales y sociales que repercuten de manera directa en la salud mental de la mujer reclusa que es, o está a punto de ser, madre.

La mayoría de mujeres reclusas que han sido madres, han decidido apartar al recién nacido/a de su vida en prisión para concederle la oportunidad de crecer libre y rodeado del ambiente familiar que nunca hubiera tenido en el presidio. Estas mujeres, por lo general, deciden separarse de sus descendientes por el simple hecho de hacer cumplir su derecho de crecer y desarrollarse adecuadamente en el seno de su propia familia. Haciendo un recorrido por las prisiones estatales, escaso es el número de mujeres que deciden

dar a luz y criar a su descendiente en prisión hasta los tres años¹ ya que, además de lo que supondría para el/la menor crecer en prisión, tanto la madre como el menor serían trasladados a una prisión en la que los hijos e hijas fuesen aceptados². Este traslado, en la mayoría de los casos conlleva a un alejamiento de la mujer de su familia de origen, y por lo tanto, aumenta el desarraigo familiar que, evidentemente, influye en el estado mental de la mujer.

Pero en el caso de las mujeres que han sido madres y no han ingresado en prisión con la criatura, el desarraigo familiar también está muy presente ya que se separa hasta el fin de la condena de su hijo o hija, y un cúmulo de sensaciones invade sus mentes.

De un lado, estas madres sufren la dolorosa separación de los pequeños. Los sentimientos de culpa invaden a muchas de las reclusas, que no dan tregua al hostigamiento de su propia reflexión. En la mayoría de los casos, sufren la pérdida temporal de los hijos/as como una desvinculación familiar que supone para ellas una merma tanto de apoyo, como de afecto. Así mismo, hacen referencia a la terrible situación que se da en su hogar debido a su ausencia, ya que temen enormemente la angustia y desorientación de los suyos debido a su falta. Esta disociación parcial con el ambiente familiar puede evidenciar, en muchos casos, determinados trastornos mentales que impiden la normal marcha de estas mujeres. Numerosos son los trastornos mentales y del comportamiento que muchas madres en prisión pueden llegar a sufrir debido al consumo de múltiples drogas o sustancias psicótropas que, en algunas ocasiones, es probable que sea derivado del distanciamiento de sus hijas. Sin olvidar, por supuesto, los trastornos afectivos y del humor que muchas madres reclusas llegan a sufrir debido a situaciones traumáticas que han vivido junto con el alejamiento de los menores.

De otro lado, estas mujeres se sienten atemorizadas por el reemplazamiento que pueden llegar a sufrir como madres. Y es que, en estos casos, el rol de madre es asignado a la persona cuidadora de las hijas e hijos, lo que supone la pérdida

¹ Tres años es el período máximo que por ley el o la menor puede acompañar a la madre en prisión.

² Coloquialmente "prisiones maternas".

de control de la vida de los mismos. Las reclusas se sienten humilladas por el hecho de que sus propios hijos, en muchas ocasiones, y la familia en general, en otras muchas, no le conciben a ellas con el rol de madre por estar reclusas. Esta situación es muy complicada, en la mayoría de los casos, ya que estas mujeres, se sienten totalmente desplazadas de la dinámica familiar de la que hasta hace poco formaba parte, lo que conlleva una serie de sentimientos de culpa e inferioridad que afectan enormemente a su día a día en prisión. No sólo esta realidad, sino también la sensación de aislamiento y soledad hacen que la mujer se vea cada día más afectada y más débil mentalmente para soportar el tiempo restante hasta el final de la condena o, incluso una vez finalizado este, hasta la normalización, si acaso se da, de la situación materno-filial.

Y es que, dejando de lado los posibles trastornos mentales consecuencia de las situaciones desencadenadas por el ingreso en el centro penitenciario de algunas madres, intento hacer visibles los aspectos de la salud mental que el ámbito social nos ofrece. Parto, pues, de la idea de que dificultades en salud mental no es únicamente sinónimo de trastornos o enfermedades mentales, sino que también se equivale a problemas psicológicos.

Cuando hago, pues, referencia a los sentimientos y/o sensaciones que muchas madres reclusas advierten tras la ruptura temporo-espacial para con sus hijas/os, no hago más que relacionarlos con problemas psíquicos a los que, desde instancias penitenciarias, deberían prestar más atención. Estoy hablando de los sentimientos de vacío, desazón, desarraigo, repugnancia y soledad; de las emociones de miedo, tristeza y angustia; y de las sensaciones de inutilidad, desplazamiento, desorientación y ansiedad que la mayoría de las madres entrevistadas para este trabajo padecen desde la ruptura de la relación madre-hijo/a.

Algunas de las madres en prisión dicen sentirse malas madres y malas esposas debido al abandono que ha sufrido su familia desde su ingreso en el centro penitenciario. Es una sensación de culpa bastante extendida que, en realidad, sintetiza todos los sentimientos, emociones y sensaciones anteriormente citadas. ¿No cumplen, a caso, estas madres de manera suficiente su condena como para, además, tener que hacerles car-

gar con esta errónea impresión? Quizá, pues, sea este el momento adecuado para hacer visible la delicada situación por la que atraviesan muchas madres en prisión, y reivindicar una atención, no sólo psiquiátrica, sino también psicosocial centrada en la escucha empática y que tantos beneficios aportaría.

Desde mi humilde parecer, uno de los posibles tratamientos a seguir en estos casos, desde el mismo centro penitenciario, debería de contar con pilares básicos como la escucha empática, la formación en igualdad de género y el trabajo de la autoestima junto con habilidades sociales de las propias mujeres que les permitan afrontar sus situaciones desde puntos de vista realistas alejados de sentimientos que dificulten su desarrollo como madres, como mujeres pero, ante todo, como personas.

Desarrollando este enfoque de atención de casos de problemas psicológicos que da relevancia a lo social, lo humano y a la palabra, las hipótesis de trabajo serían las siguientes:

1. Las mujeres reclusas que han sido separadas de sus descendientes debido a su condena sentirán el apoyo de un/a profesional que les hará ver más allá de su problemática situación y les guiará en el camino hacia las oportunidades a las que acogerse.
2. Estas madres verán aumentar su autoestima a medida que son conscientes de sus propias fortalezas como mujeres y como personas.
3. Cada mujer será consciente y tendrá una visión realista de su situación personal, a la que será capaz de hacer frente gracias a la interiorización de diversas habilidades sociales.
4. Cada una de las mujeres reclusas comprenderá, a partir de la teoría sexo-género, que su figura como madre no debería conllevar más responsabilidades que el rol de padre y, por lo tanto, disminuirá su sentimiento de culpabilidad debido al erróneamente nombrado "abandono".

Al fin y al cabo, no intento más que reproducir una posible perspectiva de actuación frente a situaciones difícilmente abordables únicamente desde el punto de vista psiquiátrico y necesitadas de un aporte psicológico y social para lograr así una atención integral y transversal. Por supuesto, estamos ante un camino por descubrir



en el que cualquier aportación desde disciplinas como la Psicología, la Psiquiatría, la Sociología, el Trabajo Social, y cualquier otra, será objeto de estudio e investigación para establecer criterios, cada vez más fidedignos y concretos, de acción. No olvidemos, por supuesto, que el objetivo

último es lograr el desarrollo integral de estas madres como mujeres pero sobre todo, como personas; personas que luchen, no sólo por el bienestar de su familia, sino además, y sobre todo, por el suyo propio.

Contacto

Maialen Martínez de Compañón
maialen_58@hotmail.com
<http://es.linkedin.com/in/maialentrabajosocial/>

Bibliografía

Arbelaitz, M., Bengoetxea, E., Méijome, A., Ruiz, M. y Vara, L. 2011. *Mujeres ex-presas, vulnerabilidad y autonomía*. Emakunde.

Arostegui, E., Fernández, A., García del Moral, N. y Urbano, A. 2008. *Prisión y género. Efectos del encarcelamiento en mujeres y hombres presos y en su entorno familiar*.

Manzanos, C. y Balmaseda, J. 2003. *Situación de las mujeres en las cárceles del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

- Recibido: 25/11/2013.
- Aceptado: 08/01/2014.

Traducción al euskera y aplicación de los instrumentos de evaluación. De los pacientes con trastorno de personalidad: un estudio en la comunidad autónoma del País Vasco con criterios del DSM 5.

Basque translation and application of personality disorder evaluation instruments: a study in the basque region according to DSM 5 criteria.

Naiara Ozamiz (1), Javier Escobar (2), Agurtzane Ortiz (3), José Guimón(4)

(1) Profesora asociada de la Facultad de Medicina y Odontología de la UPV/EHU.

(2) Catedrático de la UMDNS-Robertwood Johnson Medical School. New Jersey.

(3) Profesora agregada de Psiquiatría de la UPV/EHU. Psiquiatra.

(4) Catedrático emérito de Psiquiatría la UPV/EHU.

Resumen: En mayo de 2013 la APA, (American Psychological Association), publicó el “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)”. El año 2013 el grupo de Trabajo de Personalidad y Trastornos de Personalidad del DSM 5 recomendó una reformulación significativa en el abordaje de la evaluación y el diagnóstico de la psicopatología de la personalidad. En esta nueva propuesta se incluyeron una nueva definición sobre los trastornos de personalidad, y unas nuevas escalas para evaluar los rasgos de personalidad, una serie limitada de tipos de personalidad, y la gravedad global de la disfunción de la personalidad.

Mediante la presente investigación se han querido validar estos nuevos instrumentos en una muestra recogida en el País Vasco.

El País Vasco tiene la peculiaridad de ser un país bilingüe por lo que se vio la importancia de traducir estas escalas e instrumentos al euskera, para los evaluadores y pacientes que tengan el euskera como lengua materna.

Se utilizó una muestra de pacientes vasco-parlantes y se midió la validez de contenido aplicándoles los instrumentos en una primera entrevista y en otra un mes más tarde (fiabilidad intraevaluadora). Así se comprobó que los criterios que se propusieron en 2010 son válidos en la muestra recogida en el País Vasco.

Palabras clave: DSM 5, trastornos de la personalidad, rasgos de personalidad, tipos de personalidad, gravedad global.

Abstract: In May 2013 the APA, (American Psychological Association), published the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). In this same year the Personality and Personality Disorder Task Group of the DSM-5 recommended a significant



reformulation of the evaluation and diagnosis of personality psychopathology. This new proposal included a new definition of personality disorders, and new scales to evaluate personality traits, a limited number of personality types and overall severity of personality dysfunction.

The present investigation intends to validate these new instruments in a sample of the Basque Country.

Due to the fact that this region has the peculiarity of being bilingual the importance of translating the instruments into the basque language (euskera) was recognized in order to include evaluators and patients whose mother tongue was basque.

We used a sample of basque speaking patients and measured content validity applying the instruments on a first interview, and one month later (intra-evaluator reliability). In this way we demonstrated that the criteria proposed in 2010 was valid for the sample gathered in the Basque region.

Key words: DSM 5, Personality Disorder, personality traits, personality types, overall severity.

Introducción

Comprender el contexto cultural de experiencias de enfermedad es esencial para la evaluación del diagnóstico eficaz y diagnóstico clínico. “Cultura” significa aquí los sistemas de conocimiento, conceptos, reglas y prácticas que son aprendidas y transmitidas a través de generaciones. La cultura incluye la lengua, la religión y la espiritualidad, las estructuras familiares, los estados del ciclo vital, los rituales ceremoniales y las costumbres así como los sistemas legales y morales.

El grupo de Trabajo de Personalidad y Trastornos de Personalidad del DSM 5 ha recomendado una reformulación significativa en el abordaje de la evaluación y el diagnóstico de la psicopatología de la personalidad (1,2).

En esta nueva propuesta se incluye una nueva definición sobre los trastornos de personalidad, y unas nuevas escalas para evaluar los rasgos de personalidad (3), una serie limitada de tipos de personalidad, y la gravedad global de la disfunción de la personalidad (4,5). Es importante validar estas escalas e instrumentos en diferentes ámbitos, poblaciones y culturas (6).

Mediante la presente investigación hemos querido validar estos nuevos instrumentos en una muestra recogida en el País Vasco. El País Vasco tiene la peculiaridad de ser un país bilingüe por lo que hemos visto la importancia de traducir estas

escalas e instrumentos al euskera, para los evaluadores y pacientes que tengan el euskera como lengua materna. Hemos utilizado una muestra de pacientes vasco-parlantes y hemos medido la validez de contenido aplicándoles los instrumentos en una primera entrevista y en otra un mes más tarde (fiabilidad intraevaluadora). Así se ha comprobado si los nuevos criterios del DSM-5 son válidos en la muestra recogida en el País Vasco.

Objetivos del presente estudio

Para medir la validez de contenido de los nuevos instrumentos del DSM 5, es importante hacer pruebas de campo en diferentes países del mundo (6). La comunidad autónoma vasca tiene la peculiaridad de ser un territorio bilingüe, por lo que vimos la importancia de traducir los instrumentos al euskera, para poder comprobar estos instrumentos en pacientes que tienen el euskera como lengua materna. Por ello, los mayores objetivos de este estudio, fueron

- Traducir al euskera los instrumentos de evaluación de los trastornos de personalidad propuestos por la APA para el DSM 5 en 2010.
- Probar la utilidad y comprensión de estos instrumentos, tanto en pacientes, como en evaluadores.
- Medir la validez de contenido de estos instrumentos mediante una primera entrevista

y otra un mes más tarde (fiabilidad intraevaluadora), en una muestra recogida en la Comunidad Autónoma Vasca.

- Comparar los diagnósticos del DSM IV con los del DSM 5 (versión 2010).

Hipótesis

Teniendo en cuenta la calidad de las traducciones mediante la metodología back translation (7) y entendiendo que el nuevo enfoque dimensional, los niveles de funcionamiento, y los tipos y rasgos miden de manera más eficaz los trastornos de personalidad, las hipótesis de nuestro estudio fueron las siguientes:

- Los instrumentos traducidos al euskera, tienen el mismo significado que los originales en inglés.
- Estos nuevos instrumentos son de fácil utilidad y comprensión para los evaluadores.
- Estos nuevos instrumentos son de fácil utilidad y comprensión para los pacientes.
- Los instrumentos tendrán validez de contenido para medir los trastornos de la personalidad.
 - Los 5 niveles de funcionamiento de la personalidad miden los déficit del funcionamiento personal.
 - Los 5 tipos de trastornos de la personalidad miden los trastornos de la personalidad de manera adecuada.
 - Los 6 campos de personalidad definen de manera adecuada los rasgos de personalidad.
- Los cuestionarios de corte cruzado tienen validez de contenido.
- Los tipos y rasgos no presentan una variación significativa entre la primera y la segunda entrevista.
- Los instrumentos del DSM 5 son más específicos que los del DSM IV, y por lo tanto, hay menos solapamiento de diagnóstico.

Pacientes, material y métodos

Los criterios para la participación de los pacientes en este estudio fueron que tuviesen

diagnóstico de trastorno de personalidad en el DSM IV, que fuesen pacientes con el euskera como lengua materna y que fuesen mayores de 18 años.

La selección de la muestra se hizo en diferentes centros de la Comunidad Autónoma Vasca: El hospital psiquiátrico de San Juan de Dios de Santurce, los centros de día de AMSA en Elkano y Manuel Allende en Bilbao, el Hospital Psiquiátrico de Basurto, el centro de salud mental de Gernika, el centro de salud Mental de Bermeo, Centro de drogodependencias Bitarte en San Sebastián y el Centro de drogodependencias Bitarte en Irún. Participaron 32 pacientes en el estudio de campo.

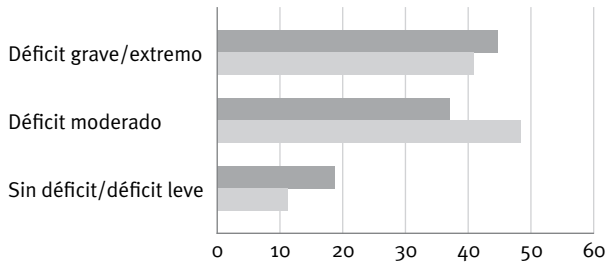
Los instrumentos que se utilizaron para el estudio fueron: un cuestionario de los datos socio demográficos, el test de medición de corte cruzado y los formatos de evaluación heteroaplicados de los trastornos de personalidad en el DSM 5. Para la aplicación de los instrumentos se utilizó la metodología test-retest, dejando un mes de intervalo entre las dos entrevistas.

En cuanto a la metodología para la traducción de los instrumentos, se utilizó el método de traducción back-translation para obtener una mayor calidad en la traducción. Así, traducimos los instrumentos para medir los trastornos de la personalidad en el DSM5 y los instrumentos de corte cruzado originales al euskera. El método back-translation consiste en traducir los textos originales a otro idioma, y que un segundo traductor, que no conozca los textos originales, lo vuelva a traducir otra vez al idioma de los textos originales. Un tercer traductor, compara el texto original, con el texto que se ha traducido otra vez al idioma de origen, para verificar que los dos textos tienen el mismo significado (7).

Resultados

A continuación, se muestran los resultados más significativos de este estudio. Para empezar, como se puede observar en el gráfico 1, la mayoría de los pacientes de la muestra, tenían un déficit grave/extremo en lo que al nivel de funcionamiento se refiere. Esto puede ser debido a los centros en los que se localizó a los pacientes, donde acuden pacientes graves.

Gráfico 1. Nivel de funcionamiento de la personalidad. 1ª y 2ª entrevista (8) (%)

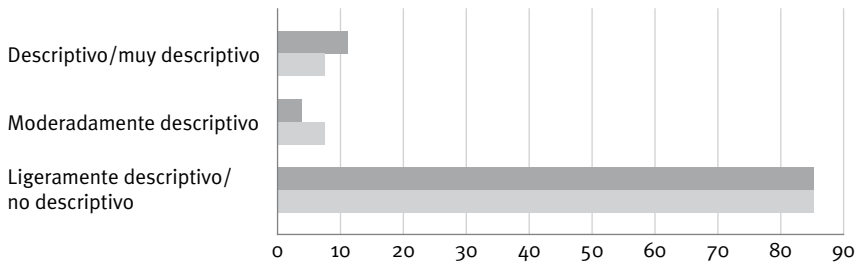


	Sin déficit/ déficit leve	Déficit moderado	Déficit grave/ extremo
■ TEST	18,5	37,0	44,5
■ RETEST	11,1	48,2	40,7

En lo que a los tipos de trastornos de personalidad se refiere, hay pocos pacientes que se adecuaban al trastorno antisocial de personalidad,

tanto en la primera entrevista como en la segunda. (Gráfico 2).

Gráfico 2. Adecuación al tipo antisocial, cambios de la primera a la segunda entrevista (%)

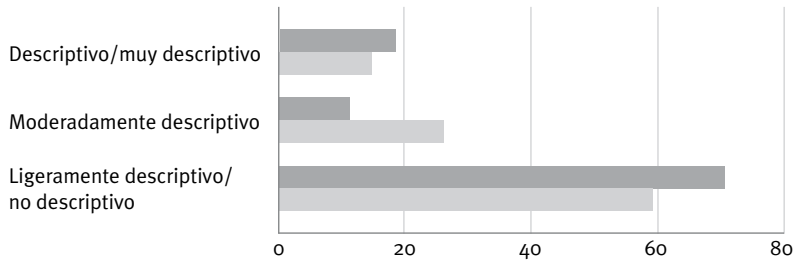


	Ligeramente descriptivo/ no descriptivo	Moderadamente descriptivo	Descriptivo/muy descriptivo
■ TEST	85,2	3,7	11,1
■ RETEST	85,2	7,4	7,4

El coeficiente kappa de la adecuación al tipo antisocial realizado entre la primera y la segunda entrevista tiene una puntuación de 0,8, lo que refleja un buen acuerdo, casi perfecto entre las

dos entrevistas (9). Es decir, se puntuó de una manera casi similar en las dos entrevistas. Esto refleja la validez de los instrumentos.

Gráfico 3. Adecuación al tipo evitativo, cambios de la primera a la segunda entrevista (%)



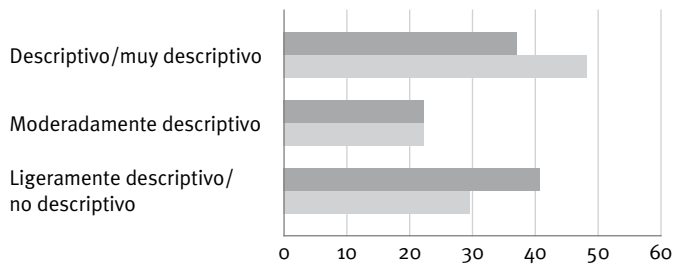
	Ligeramente descriptivo/ no descriptivo	Moderadamente descriptivo	Descriptivo/muy descriptivo
■ TEST	70,4	11,1	18,5
■ RETEST	59,3	25,9	14,8

Como se puede observar en el gráfico tres, en la segunda entrevista se ha puntuado un poco más alto en el perfil de trastorno evitativo de la personalidad.

acuerdo entre las dos entrevistas (9). Es decir, aunque las puntuaciones hayan variado un poco, el acuerdo sigue siendo bueno.

El coeficiente kappa entre las dos evaluaciones ha sido de 0,6, por lo que se concluye un buen

Gráfico 4. Adecuación al tipo borderline, cambios de la primera a la segunda entrevista (%)

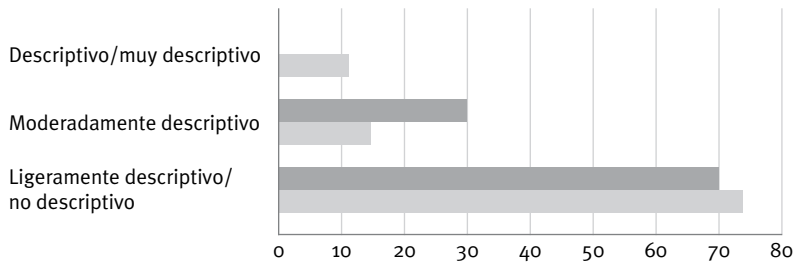


	Ligeramente descriptivo/ no descriptivo	Moderadamente descriptivo	Descriptivo/muy descriptivo
■ TEST	40,7	22,2	37,1
■ RETEST	29,6	22,2	48,2

Como se puede observar en el gráfico cuatro, han puntuado más alto en la segunda entrevista. Aun así el coeficiente kappa ha dado la puntuación de

0,5 que refleja un acuerdo moderado (9). Hay que tener en cuenta que un coeficiente kappa de 0,5 es aceptable en lo que a estas pruebas se refiere.

Gráfico 5. Adecuación al tipo obsesivo-compulsivo, cambios de la primera a la segunda entrevista (%)



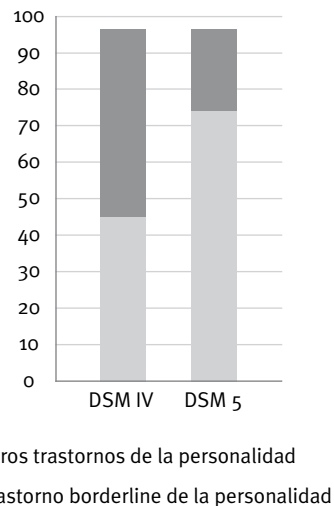
	Ligeramente descriptivo/ no descriptivo	Moderadamente descriptivo	Descriptivo/muy descriptivo
■ TEST	70,3	29,7	0,0
■ RETEST	74,0	14,8	11,2

Como se puede observar en el gráfico cinco, ha habido pocos los pacientes con perfil obsesivo compulsivo. Sin embargo el bajo coeficiente kappa (0,3) refleja un bajo acuerdo entre la primera y la segunda entrevista (9). Este no es un buen resultado en lo que a la medición del trastorno de la personalidad tipo obsesivo-compulsivo se refiere.

El gráfico 6 refleja la comparación entre los diagnósticos del DSM IV y el DSM 5. En este, se puede observar que la mayoría de los pacientes que han sido diagnosticados como trastornos borderline de la personalidad en el DSM IV, también obtienen puntuaciones más altas en el tipo borderline en el DSM 5.

Además, pacientes con otros trastornos de la personalidad en el DSM IV, puntúan alto en el tipo trastorno borderline de la personalidad en el DSM5.

Gráfico 6. Diagnósticos del DSM IV y DSM 5



Para validar los instrumentos de medición de los campos de la personalidad, se han realizado las pruebas bilaterales de Wilcoxon, comparando la distribución de las muestras del test y del retest.

Como se puede observar en la tabla 1, si en todos los casos aceptamos la hipótesis nula de que la distribución de las dos entrevistas es la misma.

Es decir, las puntuaciones en las dos entrevistas han sido muy parecidas en lo que a los rasgos de la personalidad se refiere.

Tabla 1. Prueba de Wilcoxon/Prueba bilateral:

Campos	V	Esperanza	Varianza (V)	p-valor (bilateral)	Alfa
Antagonismo	21,000	45,500	159,250	0,057	0,05
Desinhibición	10,500	10,500	18,375	1,000	0,05
Emocionalidad negativa	4,000	3,000	3,000	0,773	0,05
Introversión	12,000	14,000	28,000	0,777	0,05
Esquizotipia	12,000	14,000	28,000	0,777	0,05
Compulsividad	4,000	3,000	3,000	0,773	0,05

La sintomatología de los pacientes se ha medido en las dos entrevistas mediante el Cuestionario de corte cruzado. En la tabla 2 se observa que en la mayoría de los casos ha bajado la sintomatología de la depresión, ira, ansiedad, y también en las limitaciones en las actividades cotidianas. El peligro autolítico, la escala de psicosis, el uso de sustancias y los trastornos de memoria/orientación, se ha mantenido al mismo nivel en la mayoría de los casos.

Tabla 2. Cambios en la sintomatología test-retest

Sintomatología	Sube (%)	Se mantiene (%)	Baja (%)
Depresión	37,00	14,80	48,20
Ira	22,20	29,60	48,20
Ansiedad	40,70	11,10	48,20
Peligro autolítico	11,10	70,40	18,50
Escala de psicosis	0,00	81,48	18,50
Abuso de sustancias	7,4	70,37	22,2
Trastornos del sueño	25,90	40,74	33,40
Trastornos de memoria/orientación	3,70	66,70	29,60
Limitación en las actividades cotidianas	29,60	11,10	59,30

Para finalizar, las medias de tiempo han sido 37 y 30 minutos en las dos entrevistas. El tiempo máximo ha sido de 60 minutos, y el mínimo de 20.

Conclusiones

Tras analizar los resultados estadísticos y responder a unos cuestionarios de satisfacción se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Los instrumentos del DSM 5, traducidos al euskera, tienen el mismo significado que los originales. Esto se ha conseguido gracias a la metodología de traducción back-translation.
- Estos nuevos instrumentos han resultado de fácil utilidad y comprensión para los evaluadores.
- Estos nuevos instrumentos han resultado de fácil utilidad y comprensión para los pacientes.
- En cuanto a la validez de contenido de los instrumentos:
 - La escala de funcionamiento de la personalidad mide, de manera adecuada, los déficit del funcionamiento personal.
 - Los 5 tipos de trastornos de la personalidad no miden los trastornos de la personalidad de manera adecuada. Por lo que en el nuevo borrador del DSM 5 publicado en



junio del 2010 añadieron el trastorno narcisista de la personalidad y el trastorno de personalidad de rasgo especificado.

- Los campos y rasgos de personalidad definen de manera adecuada los rasgos de personalidad.
- Los cuestionarios de corte cruzado tienen validez de contenido, y la sintomatología se reduce de la primera a la segunda entrevista.
- Los tipos y rasgos no presentan una variación significativa entre la primera y la segunda entrevista.

Para terminar, concluimos que los instrumentos del DSM 5 son más específicos que los del DSM IV ya que creemos que mediante diagnósticos dimensionales se obtiene mayor precisión para diagnosticar a los trastornos de personalidad.

La posición del NIMH y la propuesta de la APA en su congreso de mayo del 2013

La presente investigación se realizó con los datos que se obtuvieron sobre el avance que el DSM 5 había hecho en relación con los trastornos de personalidad en el año 2010. Muy recientemente, sin embargo, han surgido importantes críticas hacia la adecuación del DSM5 en la práctica clínica. En ese sentido, en NIMH, las críticas de Thomas R. Insel (Presidente del NIMH) fueron hace unos días comentadas en la revista *“Psychology today”*. En resumen, se hace eco de estos comentarios críticos que aseguró que esa importante institución estatal norteamericana, la que más fondos de investigación ofrece en el mundo, dejará de ofertar las propuestas de becas redactadas sobre la base del mencionando DSM 5 porque las considera no fiables.

Por su parte, David Kupfer, Presidente de la American Psychiatric Association, en la revista *“Psychiatric news”* de la APA, con fecha de 3 de mayo del 2013 señala que el DSM ofrece a los clínicos un manual diagnóstico con un lenguaje común para asegurar la mejor atención personal

al paciente y que es el sistema más sólido actualmente para clasificar a los trastorno. Respondía así a las críticas de Insel, que decía que el DSM usa clasificaciones diagnósticas fiables pero no válidas, porque el diagnóstico está basado en el consenso acerca de conjuntos de síntomas clínicos y no en ninguna medida objetiva de laboratorio, tal como se hace en los diagnósticos en otros campos de la Medicina.

Kupfer reconoce que “los esfuerzos como el del Instituto Nacional de la salud Mental según RESEARCH DOMAIN CRITERIA (Rdoc) son vitales para el progreso continuo de las enfermedades mentales”. Continúa diciendo que, sin embargo, la visión de Insel de un sistema basado de marcadores biológicos y genéticos “sigue estando lamentablemente distantes” y “no nos pueden servir aquí y ahora”. Simplemente “otorga al paciente una nota prometedora de que algo puede ocurrir en algún momento. Cada día los psiquiatras tienen que responder a pacientes que están sufriendo. Nuestros pacientes tienen derecho a ello”.

El doctor Insel dice que su proyecto federal llamado “Research Domain Criteria RdoC” permitirá al NIMH va a reorientar su investigación fuera de las categorías del DSM. Su comentario ha levantado tormentas en la comunidad de la salud mental. El doctor Insel dice que su motivación no es despreñar al DSM como un instrumento clínico, sino animar a los investigadores y a los revisores de peticiones de investigación de su agencia en relación con las categorías del DSM tras investigar las bases biológicas de los trastornos.

Finalmente, la clasificación de los trastornos de personalidad propuesta en 2010 y reformulada en 2011, ha quedado reflejada en la sección 3 del DSM5 que se publicó en mayo del 2013, donde están las entidades sobre las cuales hay que hacer más investigación antes de depurarlas y que se admitan en la sección principal (Sección 2) por lo que nuestras investigaciones actualmente en curso, seguirán contribuyendo al proyecto.

Contacto

Naiara Ozamiz Etxebarria • naiara.ozamiz@ehu.es

Bibliografía

Andrew E. Skodol, M.D. Revision of Personality Disorder Model for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*. 2011; 168: 97-97.

Moran M. DSM-5 Developers Propose New System for Diagnosing Personality Disorders. *Psychiatric News*. 2011; 46 (18): 1-18.

APA American Psychiatric Association. Brief Rationale and Status of the Development of a Trait Dimensional Diagnostic System for Personality Disorder in DSM-5. 2010.

Andrew E. Skodol, MD, Donna S. Bender, PhD, Leslie C. Morey, PhD, Lee Anna Clark, PhD, John M. Oldham, MD, Renato D. Alarcon, MD, Robert F. Krueger, PhD, Roel Verheul, PhD, Carl C. Bell, MD, and Larry J. Siever, MD. Personality Disorder Types Proposed for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*. 2011; 25(2): 136-169.

Asnaani A., Chelminski I., Young, D., Zimmerman, M. Heterogeneity of borderline personality disorder: do the number of criteria met make a difference? *Journal of Personality Disorders*. 2007; 21(6): 615-625.

Kraemer H, Kupfer, D, Narrow W, Clarke. D., Regier.D. Moving Toward DSM-5: The Field Trials, *American Journal of Psychiatry*. 2010: 167: 1158-1160.

Andriesen S., Benefiting from back-translations. *Clinical Trial Management*. 2008.

Bender DS, Morey LC, Skodol AE. Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, Part I: a review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*. 2011; 93: 332-346.

Kraemer H, Periyakoil V, Noda A. Kappa coefficients in medical research. *Statistics in Medicine*. 2002: 21: 2109-2129.

- Recibido: 27/10/2013.
- Aceptado: 16/12/2013.



FORMACIÓN CONTINUADA

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XVII).

Psicofarmacología. Bases y Aplicación Clínica, 3ª parte. Ago-antago adrenérgicos II.

Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz.

Presentación

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada es una sección que de modo permanente aparece en *NORTE de salud mental*. Se pretende que la persona que lo desee pueda autoevaluarse en áreas clave siguiendo un formato de pregunta tipo MIR en los que cada ítem es comentado y soportado bibliográficamente.

Los avances en psicofarmacología clínica están en continuo proceso de expansión. Nuevos conocimientos clínicamente fundados o no y exuberante información neurocientífica se acumulan a diario. Conocimientos científicos, aparentemente desordenados a veces, van tomando cuerpo a medida que la investigación madura y crece consolidando hipótesis previas. El futuro es prometedor para los clínicos y promisorio para los pacientes porque nuevos y potentes psicofármacos se irán incorporando al arsenal químico que clínicos de todo el mundo utilizarán en su práctica médica habitual.

Tres números de *NORTE de salud mental*, y este es el 3º, han versado sobre grupos concretos de principios activos de fármacos de uso cotidiano o de manejo menos frecuente pero igualmente importantes.

Con esta 3ª entrega damos por terminado el repaso a los antagonistas del receptor de la adenosina, inhibidores de la acetil colinesterasa, ago-antagonistas adrenérgicos e inhibidores de la aldehído deshidrogenasa. En próximos números de *NORTE de salud mental* serán abordados

los aspectos concretos de diferentes grupos de fármacos.

Esperamos que nuestros lectores estén disfrutando al trabajar los ítems publicados, poniendo en práctica sus habilidades cognitivas y académicas, y nos conformaríamos si el material elaborado sirve para lo que fue propuesto: mantener la puesta al día en aspectos relevantes en psiquiatría y áreas afines así como ser un valioso material de autoevaluación para psiquiatras, MIRes y PIRes.

Preguntas

Pregunta 139: La Clonidina es un agonista α_2 -adrenérgico, prescrito históricamente para el tratamiento de

- a. TDAH
- b. síndrome de abstinencia por opiáceos
- c. síndrome de abstinencia por alcohol
- c. hipertensión
- e. migraña

Pregunta 140: ¿Cual de las siguientes afirmaciones respecto al propranolol es falsa?

- a. es un antagonista β -adrenérgico
- b. tiene una afinidad mayor por los receptores β_1
- c. es más lipofílico que la mayoría de los bloqueantes β
- c. el asma grave es una contraindicación absoluta a su empleo
- e. puede alterar los resultados de las pruebas tiroideas



Pregunta 141: El Pindolol está contraindicado en las siguientes patologías, a excepción de:

- a. asma bronquial
- b. bloqueo auriculoventricular de segundo a tercer grado
- c. bradicardia grave
- d. insuficiencia cardiaca congestiva
- e. insuficiencia hepática

Pregunta 142: ¿Cuál de los siguientes psicoestimulantes ha sido retirado del mercado?

- a. metilfenidato
- b. dextroanfetamina
- c. pemolina
- d. modafinilo
- e. armodafinilo

Pregunta 143: El modafinilo es una droga sintética que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de:

- a. somnolencia diurna
- b. cataplejía
- c. alucinaciones hipnagógicas
- d. parálisis del sueño
- e. todas

Pregunta 144: El tratamiento del TDAH en niños con metilfenidato se ha asociado a:

- a. menor peso en la edad adulta
- b. menor talla en la edad adulta
- c. incremento del umbral convulsivo
- d. disminución de tics
- e. disminución de la presión ocular

Inhibidores aldehído deshidrogenasa

Pregunta 145: ¿Cuál es el mínimo tiempo que debe pasar, desde el último consumo de alcohol, para poder iniciar un tratamiento con disulfiram?

- a. 6 horas
- b. 12 horas
- c. 24 horas
- d. 48 horas
- e. 72 horas

Pregunta 146: ¿Hasta cuánto tiempo después de haberse suministrado la última dosis de disulfiram pueden producirse reacciones tóxicas al alcohol?

- a. 24 horas
- b. 48 horas
- c. 72 horas
- d. 5 días
- e. Una o dos semanas

Respuestas

Pregunta nº139, Respuesta correcta: D

Comentario: El uso principal de esta medicación es el tratamiento de la hipertensión. Actúa estimulando ciertos receptores cerebrales (de tipo alfa-adrenérgico) que a su vez relajan los vasos sanguíneos de otras partes del cuerpo, haciendo que se vasodilaten. Tiene especificidad por los receptores presinápticos α_2 en el Centro Vasomotor del SNC. Disminuye la actividad simpática, predominando la actividad parasimpática.

Fuera del uso aprobado por la FDA, esta medicación también se puede emplear, para paliar los síntomas del síndrome de abstinencia asociados al uso crónico de narcóticos, el alcohol y nicotina. Además, la clonidina también se ha usado para los dolores de cabeza migrañosos, sofocos asociados con la menopausia y déficit de atención por hiperactividad. La Clonidina se prescribe regularmente a los adictos a opiáceos para paliar los síntomas de su síndrome de abstinencia. Se usa principalmente para combatir la respuesta del sistema nervioso central a la abstinencia de opiáceos, esto es taquicardia e hipertensión en los primeros dos días de abstinencia. Ayuda también a eliminar el sudor, sofocos e inquietud general.

Bibliografía: Gutiérrez Casares J. R, Fernández Rivas A, Galán Moreno F, Busto Arena F.J. Clonidina. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág 292-295.

Pregunta nº140, Respuesta correcta: B

Comentario: El propranolol es un antagonista β -adrenérgico. Cinco de estos agentes se han empleado en afecciones psiquiátricas: propa-

nolol, metoprolol, nadolol, atenolol y pindolol. El propanolol tiene una afinidad similar por los receptores β 1 y β 2, es decir, no es selectivo. El propanolol y el metoprolol son los más lipofílicos, atraviesan mejor la barrera hematoencefálica y tienen potentes acciones centrales y periféricas. El asma grave y la bradicardia sintomática son dos de las contraindicaciones absolutas. El propanolol puede alterar los resultados de las pruebas tiroideas, incrementando la tiroxina (T_4) y la triyodotironina inversa (rT_3), así como reduciendo las determinaciones de la triyodotironina (T_3).

Bibliografía: Mingo Idoyaga A. Antagonistas β -adrenérgicos. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág 285-292.

Pregunta nº141, Respuesta correcta: D

Comentario: El pindolol es un bloqueante β con actividad simpaticomimética intrínseca que a diferencia del propanolol causa leve o nula disminución del ritmo cardiaco. En psiquiatría se ha empleado para tratar el temblor inducido por litio, la acatisia inducida por neurolepticos, las manifestaciones somáticas de la ansiedad y también para potenciar el efecto de los antidepresivos debido a que es el antagonista 5-HT_{1A} más potente de todos los β -bloqueantes. Está contraindicado en pacientes con asma bronquial, bloqueo auriculoventricular de segundo o tercer grado, bradicardia grave, shock cardiogénico, e insuficiencia cardiaca congestiva. Se estima que el 7% de los pacientes que reciben tratamiento con pindolol presentan ligeros pero persistentes incrementos de niveles séricos de alanina aminotransferasa (ALT) y aspartatoaminotransferasa (AST). Si los pacientes presentan insuficiencia hepática, es necesario ajustar la dosis y la frecuencia de administración de acuerdo con el grado de afectación.

Bibliografía: Alvarez de Eulate Unibaso S, Bustamante Madariaga S. Pindolol. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág 309-311.

Pregunta nº142, Respuesta correcta: C

Comentario: La pemolina estaba indicada en pacientes con TDAH que no respondían al metilfenidato ni a las anfetaminas, así como otros tratamientos de segunda línea. Su uso se ha asociado con daño hepático severo, siendo mayor el riesgo que el beneficio aportado por lo que en el año 2005, la FDA decidió retirarlo del mercado. En España no está disponible para esta indicación. Los psicoestimulantes son sustancias que aumenta los niveles de actividad motriz y cognitiva, refuerza la vigilia, el estado de alerta y la atención. Su efecto se ejerce, principalmente, actuando a nivel receptorial modificando los niveles de neurotransmisores. En el caso de los tres primeros parece ser que mediante el incremento del nivel de dopamina. Los dos últimos, se cree, actúan como estimulantes de los receptores adrenérgicos centrales y, secundariamente, como inhibidores de la recaptación de dopamina.

Bibliografía: Fernández Rivas A, Gutiérrez Casares J. R., Pérez Cabeza L. Dextroanfetamina, Metilfenidato y Pemolina-Mg. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág 297-304.

Pregunta nº143, Respuesta correcta: A

Comentario: La indicación del modafinilo (Modiodal R) es el tratamiento de la somnolencia diurna asociada a la narcolepsia. El modafinilo es eficaz sólo para tratar la somnolencia diurna, mientras que los demás síntomas de la narcolepsia no responden a este fármaco y deben tratarse con antidepresivos o oxibato cálcico (Xyrem R).

Es oportuno señalar que, a pesar de conseguir una mejoría significativa de la somnolencia diurna, no la resuelve completamente.

También se ha utilizado para tratar la somnolencia diurna excesiva asociada a diversos trastornos neuropsiquiátricos y médicos, como la somnolencia diurna asociada al síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).

Bibliografía: Huete Antón B, Gil López P. Modafinilo. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág 304-307.



Pregunta nº144, Respuesta correcta: A

Comentario: estudios de seguimiento hasta la edad adulta de niños tratados con metilfenidato en la infancia, muestran que el tratamiento con dosis altas de este fármaco se relaciona con un menor peso en la edad adulta, no menor talla. Sin embargo se detecta correlación entre una menor talla que la esperada en la edad adulta en los niños que experimentaron náuseas y vómitos como efectos secundarios del metilfenidato. El metilfenidato puede disminuir el umbral convulsivo, exacerbar los tics y producir incrementos en la presión ocular.

Bibliografía: Fernández Rivas A, Gutiérrez Casares J. R., Pérez Cabeza L. Dextroanfetamina, Metilfenidato y Pemolina-Mg. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág 297-304.

Pregunta nº145, Respuesta correcta: B

Comentario: El disulfiram (Antabus R), junto con la cianamina cálcica (Colme R) son conocidos como *agentes aversivos* debido a que si se ingiere alcohol cuando se está en tratamiento con estas sustancias, se produce una serie de efectos adversos muy desagradables que pueden llegar a ser graves e incluso mortales. El disulfiram inhibe la enzima aldehído-deshidrogenasa y

aumenta los niveles de acetoaldehído en sangre entre 5 y 10 veces, siendo esta acumulación la causa de la reacción disulfiram-alcohol. Nunca debe iniciarse un tratamiento con disulfiram hasta que hayan pasado por lo menos 12 horas desde el último consumo alcohólico.

Bibliografía: Otegui Rotaèche A. Disulfiram En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág 316-321.

Pregunta nº146, Respuesta correcta: E

Comentario: Estudios con radioisótopos han demostrado que más del 20% de la dosis de disulfiram absorbida permanece en el organismo más de 6 días después de una dosis única de 2 gramos, por lo que debería tenerse en cuenta la posibilidad de efectos acumulativos. Esto supone que pueden producirse reacciones tóxicas al alcohol incluso 1 ó 2 semanas después de la administración de la última dosis de disulfiram.

Bibliografía: Otegui Rotaèche A. Disulfiram En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág 316-321.

Experiencias en salud mental y sordera: una perspectiva desde la puesta en marcha de una unidad.

Starting a new unit: first steps working in mental health and deafness.

Nora Olazabal Eizaguirre ^{a,c}, Verónica Pousa Rodríguez^b, Eva Sesma Pardo^a, M. Aránzazu Fernández-Rivas^{a,c}, Miguel Ángel González-Torres^{a,c}.

^a Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

^b Psicóloga Interna Residente. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

^c Departamento de Neurociencias. Universidad del País Vasco.

Resumen: La atención a la salud mental de las personas con discapacidad auditiva es un área en desarrollo en nuestro medio. En este contexto se inició en 2011 en el Hospital de Basurto un proyecto para atender a las necesidades específicas de este colectivo en el área de Bizkaia. En estos tres años han sido 31 los pacientes atendidos con un total de 187 consultas.

En este escrito presentamos el contexto actual en la atención de pacientes sordos y las especificidades generales que han de ser tomadas en cuenta a la hora de evaluar su psicopatología. Nos centraremos en especial en los pacientes sordos prelocutivos que utilizan la Lengua de Signos (LSE).

Palabras clave: sordera, salud mental, lengua de signos, adultos, menores.

Abstract: The attention to the mental health of people with hearing impairment is a developing area in our country. In this context, we started a project at Basurto Hospital to attend the specific needs of this group in the area of Bizkaia. 31 patients, with a total number of 187 consultations, have been assessed and treated in these three years.

In this paper we present the current context in the care of deaf patients and general specificities that must be taken into account when assessing psychopathology in these patients. We will focus specifically on prelocutive and signant deaf patients.

Key words: deafness, mental health, sign language, adults, infants.

Introducción

La atención a la enfermedad mental en personas sordas es un aspecto por el que la comunidad científica internacional está desarrollando un interés creciente. Esta inquietud de los profesionales, sin embargo, no se correlaciona con la cantidad de recursos existentes en este ámbito, sobre todo

si atendemos al estado español. Antes de iniciar nuestra andadura, solo existía una única unidad dedicada a estos pacientes en el estado, la Unidad de Salud Mental y Sordera (USMS) del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM).

En el ámbito de la salud mental existen sociedades dedicadas exclusivamente al estudio de



los pacientes con discapacidad auditiva, en especial a los sordos prelocutivos que se expresan en lengua de signos. Un ejemplo notable es la ESMHD (*European Society for Mental Health and Deafness*) (www.esmhd.org), Sociedad Europea en la que psicólogos, psiquiatras, enfermeros y trabajadores sociales con interés en este área desarrollan una actividad científica que, en el año 2011, se vio reforzada con la publicación de la primera revista europea dedicada a este ámbito, la *International Journal on Mental Health and Deafness* (<http://www.ijmhd.org>). A fin de fomentar en diálogo y colaboración entre los profesionales europeos, la ESMHD organiza anualmente encuentros de interés clínico y científico, donde se comparten conocimientos y experiencias.

En este contexto, en el año 2011, tomamos la decisión de iniciar en la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Basurto una experiencia con personas sordas y con discapacidad auditiva de cualquier grado. Este artículo nace del interés de dar a conocer esta actividad asistencial realizada en los últimos años, que, partiendo del estudio de las características de la población sorda y en especial aquella que sufre patología mental, nos ha llevado a atender pacientes de la provincia de Bizkaia. Pretendemos mediante este texto establecer las generalidades básicas para trabajar con pacientes sordos, en especial con los sordos prelocutivos, y finalmente presentaremos, a modo de ejemplo, dos casos que ilustran la labor clínica.

Características generales del paciente sordo

Las personas con discapacidad auditiva pueden presentar competencias de comunicación muy dispares. Algunos nacieron ya con una sordera congénita, otros la adquirieron en la infancia o en la edad adulta. Por tanto, se distinguirá entre aquellos que pudieron aprender a hablar y conocieron el sonido antes de adquirir la sordera (sordera postlocutiva) y aquellos que no (sordera prelocutiva). Las formas de comunicación preferidas por el paciente sordo son diferentes, pudiendo comunicarse en lengua oral, mediante lectura labial o mediante la Lengua de Signos. Además, muchos sordos utilizan ayudas para la audición, como pueden ser audífonos o implantes cocleares. (1)

La lengua de signos propia de nuestro país se denomina Lengua de Signos Española, y fue reconocida en el año 2007, tras largos años de lucha del colectivo sordo, como lengua oficial del estado español por el Congreso de los Diputados (Ley 27/2007 del 23 de octubre de 2007) (2). La lengua de signos no es universal, es diferente para cada uno de los países y presenta dialectos según las regiones. De esta manera, son propios de otros países el British Sign Language (BSL), el American Sign Language (AMESLAN), etc.

En cuanto a la educación recibida, la mayoría de pacientes sordos prelocutivos que atendemos han sido escolarizados en colegios en los que sus características especiales son atendidas en mayor o menor medida, por lo que su alfabetización básica está garantizada. No ocurre lo mismo en el acceso a estudios superiores, en los que la presencia continua de un Intérprete en Lengua de Signos es requerida, y dada la escasez de recursos económicos, no se garantiza. Esto hace que la existencia de profesionales sordos de salud mental (psicólogos, trabajadores sociales, etc.) sea escasa en nuestro medio.

El paciente sordo, como portador de una peculiaridad que lo distingue del resto de la sociedad, difiere de la misma en algunas vivencias vitales. Éstas no deben ser consideradas patológicas 'per sé' y por tanto, se debe evitar la relación directa entre la sordera y la enfermedad mental. Los individuos sordos sufren dificultades de adaptación y aislamiento en una sociedad mayoritariamente oyente. Es el propio aislamiento el que se ha identificado como generador de enfermedad mental en estos pacientes. Nos enfrentamos, pues, a una forma 'transcultural' de la práctica clínica, ya que la persona que acude a consulta presentará valores, costumbres y lenguaje propios y una manera de pensar idiosincrásica de la comunidad sorda.

Situación del colectivo de personas sordas en salud mental: prevalencia de patología mental y posibles causas

Los datos de las recientes investigaciones sobre la salud mental en adultos sordos prelocutivos muestran que este colectivo tiene una mayor probabilidad de ser diagnosticado de trastornos de personalidad, trastornos adaptativos o de

comportamiento y trastornos de somatización. Contrariamente a lo sugerido en las primeras investigaciones, presentan la misma probabilidad de sufrir esquizofrenia, trastorno de personalidad paranoide y depresión (3).

Entre las posibles causas de psicopatología en las personas sordas, la literatura menciona una serie de características cognitivas y emocionales propias, que inciden desde su nacimiento y que pueden influir en su mayor vulnerabilidad a padecer una enfermedad mental. Entre ellas encontramos (4):

1. *Carencias en el vínculo padres-hijo/a.* Muchas de las dificultades emocionales y comportamentales pueden derivarse de un vínculo en padres-hijo/a. El 90% de las personas sordas nacen de padres oyentes. Se aprecia, pues, que la primera vivencia de aislamiento ocurre en la propia familia de origen.
2. *Dificultades de interacción:* Las dificultades pueden ampliarse también a las interacciones del niño sordo con el resto de la familia y entorno social. En este caso la barrera comunicativa juega un papel crucial. El desarrollo de habilidades de socialización se verá, por tanto, comprometido desde temprana edad.
3. *Desarrollo social y emocional:* La privación conversacional de los niños sordos tendrá implicaciones en el desarrollo de una adecuada competencia cognitiva-social. Los estudios al respecto muestran que en comparación con los oyentes, las personas sordas tienen un retraso en la alfabetización emocional y el desarrollo de la teoría de la mente de tres-cuatro años (5). Esta alteración se traduce en dificultades para situarse en la perspectiva de los demás y darse cuenta de los estados psicológicos y de las intenciones de los otros.

Para entender el escaso input referido a lenguaje emocional y mentalista que encontramos en algunos sordos, es importante tener en cuenta que el desarrollo de esta facultad requiere poseer un instrumento lingüístico de calidad en términos semánticos y sintácticos. Sin embargo, en un mundo mayoritariamente oyente, el niño sordo se encontrará con un vocabulario muy restringido para expresar conceptos emocionales, para dar nombre a los

sentimientos y emociones, así como para relacionarlos verbalmente con sus antecedentes y consecuentes (6).

Un segundo elemento clave en el desarrollo socio-emocional es la participación en la etapa infantil, tanto de forma directa como indirecta, de situaciones de interacción social en las que haya referencias significativas a estados mentales y emocionales asociados con ciertas conductas. En este sentido, las barreras comunicacionales presentes desde el nacimiento y las dificultades en las interacciones sociales que ello conllevan afectarán a la habilidad para comprender los estados mentales de los otros (Perner et al.,1994; Ruffman et al.,1998) (6), (7), (8).

En consecuencia, las personas sordas pueden tener dificultades para desarrollar una buena competencia social, que pueden incluir, entre otros: Dificultades para controlar sus impulsos, para desarrollar un adecuado concepto y autoestima, incapacidad para reconocer y expresar emociones y sentimientos, para desarrollar empatía, para evaluar afectos o emociones que resultan de ciertos actos, e incluso, para establecer procesos de atribución de causa entre ciertos acontecimientos (8).

4. *Sobreprotección parental o "sobrecontrol comportamental":* La falta de percepción objetiva por parte de la familia de las posibilidades reales de su hijo o hija induce a limitar su autonomía y, por tanto, dificulta su desarrollo. Se han señalado diversas actitudes sobreprotectoras, especialmente por parte de familias oyentes, tales como: Limitaciones para realizar actividades, bajo nivel de exigencia académica, poco rigor en la aplicación de normas, etc. De hecho, diversos estudios han puesto de manifiesto que los niños sordos reciben en general menos explicaciones de su familia respecto a la razón de sus acciones y sus consecuencias, estados de ánimo, etc., que las personas oyentes de su misma edad. Ambas tendencias de conducta, tanto la sobreprotección como la escasez de explicaciones, pueden relacionarse con algunos de los rasgos frecuentemente descritos como característicos de la personalidad de los sordos: falta de autonomía e independencia, y por otra parte,



carácter impulsivo, acciones poco meditadas y no planificadas, en contraposición a estilos reflexivos (4), (8).

5. *Errores de diagnóstico*: La exploración psicopatológica debe ser realizada en el registro de comunicación habitual del paciente. Por tanto, en pacientes signantes la entrevista se realizará en Lengua de Signos. Las personas sordas singantes operan con un sistema de representaciones psíquicas distintas de las de los oyentes, lo que da lugar a un sistema de pensamiento y una cultura propias. Correlativamente, la forma de expresar sus problemas psicopatológicos es también diferente, debido a la distinta estructuración del lenguaje. Los problemas de comunicación o la ausencia de comunicación directa entre el paciente y el profesional se correlaciona tanto con infra-diagnóstico como con sobrediagnóstico (4).

Además de utilizar el mismo registro de comunicación, será necesario el conocimiento de las características culturales propias de los sordos y de su comunidad. De no ser así, el profesional podría considerar como patológicas algunas peculiaridades que no lo son para la comunidad sorda (1).

Realizar la entrevista clínica en LSE y tratar con pacientes con diferencias culturales claras nos obliga a trabajar de una forma más pausada. Por otra parte, no contamos con test psicométricos adaptados y validados en población sorda, lo cual dificulta la evaluación neuropsicológica.

Exploración psicopatológica: entrevista clínica

La entrevista clínica no difiere sustancialmente respecto a los pacientes oyentes. Los aspectos diferenciales del paciente sordo tendrán que ser tenidos en cuenta longitudinalmente durante el desarrollo de la exploración. Por ello, en la entrevista psiquiátrica realizada al paciente sordo en salud mental, será importante recoger específicamente los siguientes aspectos de la historia clínica (1):

- a) La etiología de la sordera. Se interrogará sobre si es una sordera por enfermedad infecciosa materna durante la gestación, debido a daño

hipóxico perinatal, traumático, etc. Además nos interesaremos por la edad de la detección y el modo en el que se diagnosticó la deficiencia auditiva.

- b) El grado de pérdida auditiva. Se recogerán los resultados de las audiometrías realizadas y la funcionalidad del resto auditivo. Se establece que es una sordera profunda cuando el paciente escucha estímulos de a partir de 80-120 Decibelios.
- c) Discapacidades asociadas. Algunas causas congénitas de sordera (Sd. Pendred, Sd. Alport, etc.) afectan a otros sistemas además de la audición. Estas dificultades asociadas requerirán de una atención específica.
- d) Historia de crianza e historia educativa. ¿Cómo reaccionaron los padres al conocer la sordera? Recoger el tipo de escolarización (colegio para sordos, de integración, etc) y si acudió a un centro donde sus requerimientos especiales eran atendidos. Muchos pacientes viven los primeros sentimientos de aislamiento desde la edad escolar.
- e) Nivel de aceptación de la sordera: El grado de aceptación de la sordera del propio paciente y actitud del entorno respecto a las peculiaridades del paciente.
- f) Participación en la comunidad sorda: Si el paciente participa en la actividades de las asociaciones de sordos locales o si se relaciona con otros sordos. Los sentimientos de colectividad se han revelado protectores para la enfermedad mental.
- g) Patrón de comunicación familiar: Se deberá interrogar sobre el modo de comunicación y sobre si ésta es efectiva, lo es parcialmente o no permite al paciente la comunicación con su entorno próximo.

Datos sobre la actividad

Los datos recogidos en la actividad clínica en el periodo 2011-2013 muestran una actividad moderada. Se debe recordar que la oferta asistencial se debe al hecho cualitativo de la atención especializada y no al cuantitativo. Durante este periodo se atendieron 21 adultos y 10 menores, sumando en total 187 consultas individuales.

Las hospitalizaciones de pacientes con déficit auditivo fueron tres en total, siendo todos los pacientes adultos. La estancia media en Unidad de Agudos fue de 13 días para estos tres ingresos.

Casos clínicos

Hemos tratado de describir las características específicas de la atención a personas sordas en salud mental. Trataremos de ejemplificar mediante dos casos clínicos el abordaje práctico del paciente sordo.

Caso 1: *Se trata de una mujer de 40 años, con sordera congénita neurosensorial que acude a consulta refiriendo malestar general y nerviosismo. Es derivada desde su Centro de Salud Mental de zona, acompañada de una tía que refiere episodio de heteroagresividad de la paciente contra su propia madre, enferma neurológica e impedida físicamente. Se realiza una primera entrevista en LSE en la que se evidencia estado de angustia e intenso malestar, así como sensación de incompreensión de eventos del medio y sentimientos de escasa valía. El diagnóstico de sospecha es Trastorno de Ansiedad Generalizada. Se introducen benzodiazepinas a altas dosis y se mantiene tratamiento antidepresivo previo. La respuesta a tratamiento es satisfactoria, reduciendo la angustia y permitiendo a la paciente verbalizar que no comprende los cambios de actitud de su madre. Se le explica la enfermedad neurológica de ésta y se confrontan las falsas creencias de la paciente. Se retiran progresivamente las benzodiazepinas. La paciente mejora de forma importante en dos meses de seguimiento, asume parte del cuidado de su madre sin más incidentes, tras lo cual se establecen consultas de seguimiento con retirada posterior del antidepresivo.*

Los trastornos de ansiedad y los trastornos somatomorfos presentarían mayor prevalencia en pacientes sordos según la bibliografía existente

y se debe considerar el riesgo de infradiagnóstico o diagnóstico erróneo. Estos estudios hacen referencia principalmente a sordos prelocutivos, por la dificultad en la expresión de sentimientos y el aislamiento social que padecen (3). En esta paciente observamos que la falta de información de los eventos recientes mediatizaban su estado de angustia, que se redujo al ofrecerle información comprensible en Lengua de Signos.

Caso 2: *Se trata de una mujer que ingresa por alteración de conducta con fuga del domicilio sin saberse de su paradero durante 48 horas. La paciente habla lengua de signos de forma fluida. Al ingreso, se muestra temerosa con el entorno y refiere miedo a extraños e ideación de tipo autorreferencial con alucinaciones de tipo cenestésico. Se diagnostica de episodio psicótico y se inicia tratamiento con risperidona hasta 6mg/día con buena respuesta pasando posteriormente a risperidona inyectable de larga duración. Se realiza seguimiento posterior en consultas hasta la fecha sin reingresos ni reaparición de síntomas psicóticos. La paciente presenta una funcionalidad similar a la previa con actividades de ocio y vida familiar habitual.*

Los trastornos mentales como la psicosis no cuentan con estudios concluyentes en esta población, como tampoco existen estudios sobre la prevalencia de trastornos de la personalidad. La suspicacia congruente con el déficit sensorial, es como los profesionales de éste área han denominado a la tendencia a desconfiar del entorno que tienen los pacientes con uno o más deficiencias sensoriales y que parece más adaptativo que patológico (1), (3). En este caso la paciente presentaba síntomas psicóticos con autorreferencialidad y alucinaciones cenestésicas, más frecuentes en pacientes con sordera.

Contacto

Nora Olazabal Eizaguirre • Tel.: 944 006 137 / Fax: 944 006 213
Pabellón Eskuzka, Hospital Basurto • Avda. Montevideo 18 • 48013 Bilbao
nora.olazabaleizaguirre@osakidetza.net



Bibliografía

- 1) Hindley, P.; Kitson, N. (1999). *Mental Health and Deafness*. Ed. Wiley (1 edition).
- 2) <http://www.boe.es/boe/dias/2007/10/24/pdfs/A43251-43259.pdf> Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas (Ley LLSS-MACO).
- 3) Ohre B., Von Tetzchner S., Falkum E. (2011) *Deaf adults and mental health: a review of recent research on the prevalence and distribution of psychiatric symptoms and disorders in the prelingually deaf adult population*. International Journal on mental health and deafness. Vol 1, no 1.
- 4) Muñoz Bravo J. (2006). *Sordera y salud mental: la psicología frente a la deficiencia auditiva*. INFOCOP on-line.
- 5) González Cuenca, A. M.; Barajas Esteban, C.; Linero Zamorano, M. J.; Quintana García I. (2008). *Deficiencia auditiva y teoría de la mente. Datos para la reflexión y la intervención*. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, Vol. 28, No. 2, 99-116.
- 6) Clemente, R.A., Sánchez P., González M.A. (1993). *Estilo materno y adquisición lingüística infantil. El caso particular del niño sordo*. Revista Comunicación, Lenguaje y Educación, Vol.19-20, (183-192).
- 7) Valmaseda, M. (2009). *La alfabetización emocional de los alumnos sordos*. Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva, 3(1), 147-163.
- 8) Perner, J., Ruffman, T., y Leekam, S. (1994). *Theory of mind is contagious: you catch it from your sibs*. *Child development*, 65, 1228-1238
- 9) Corvera J., González F (2000). *Psicodinamia de la Sordera*. Gaceta Médica de México. Vol 136, No2.

Nota clínica.

Síndrome de Ingesta Nocturna: A propósito de un caso.

Night Eating Disorder: Case Report.

María Suárez-Gómez, Juan A. Guisado-Macías,
Francisco J. Vaz-Leal y Félix Suárez-González

Servicio de Psiquiatría del Hospital Infanta Cristina de Badajoz.

Resumen: Exponemos el caso clínico de una paciente de 44 años, con obesidad I, derivada a una unidad especializada para el control del patrón de ingesta. La literatura muestra que los sujetos con obesidad extrema muestran una historia de peso diferente de las personas con obesidad I-II, ya que la predisposición genética es mayor en los obesos mórbidos. Las pacientes candidatas a cirugía bariátrica suelen tener un inicio de obesidad más precoz que aquéllas con obesidad grado I-II. La obesidad I presenta ya un riesgo alto de comorbilidades que exige tratamiento, siendo la cirugía bariátrica el único recurso en muchos obesos mórbidos. Sujetos con alteraciones de la conducta alimentaria tienen resultados peores tras la cirugía de la obesidad, sobre todo, cuando existen rasgos de personalidad, por continuar con un patrón alterado de la ingesta. Es recomendable controlar la conducta alimentaria para prevenir complicaciones en relación al grado de obesidad.

Palabras clave: Obesidad, Síndrome de Ingesta Nocturna, conducta alimentaria.

Abstract: We report the clinical case of a 44-year-old obese I, derived to a specialized unit for controlling intake pattern. The literature shows that extremely obese subjects show a different weight history of persons with obesity I-II, and that genetic predisposition is greater in the morbidly obese. The candidates for bariatric surgery patients tend to have earlier onset of obesity than those with grade I-II obesity. I presented Obesity and a high risk of comorbidities requiring treatment, bariatric surgery remains the only recourse in many morbidly obese. Subjects with eating behavior disorders have worse outcomes after surgery for obesity, especially when there are personality traits, to continue with an altered pattern of intake. It is recommended to control eating behavior to prevent complications related to the degree of obesity.

Key words: Obesity, Night Eating Disorder, eating behavior.

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial, fruto de la interacción entre genotipo y ambiente. En países desarrollados afecta a un gran porcentaje de la población, en todas las edades, condiciones sociales y ambos sexos.

Dada la elevada prevalencia de obesidad descrita en infancia y juventud, unida al impacto socioeconómico en el Sistema de Salud Español, se propone la prevención primaria como estrategia. El médico de atención primaria debe

Este artículo es un texto original que no se ha publicado nunca ni se encuentra en proceso de evaluación por otra revista. Cumple las normas éticas del comité de investigación y de los ensayos clínicos de la declaración de Helsinki vigente. Todos los autores, pertenecientes al Servicio de Psiquiatría del Hospital Infanta Cristina de Badajoz, presentan conformidad en cuanto a los criterios de autoría. No existen conflictos de interés al respecto.



completar la anamnesis referenciando antecedentes personales de enfermedades somáticas, antecedentes familiares de obesidad, hábitos tóxicos, hábitos dietéticos, ejercicio físico, comorbilidades, auscultación cardiopulmonar, electrocardiograma y estudio analítico que incluya: Glucemia, perfil lipídico, ácido úrico y transaminasas.

Los trastornos y conductas alimentarias anómalas son elementos comunes en pacientes obesos. Se ha descrito una mayor tasa de trastorno por atracón, bulimia nerviosa, síndrome de ingesta nocturna, exceso de ingesta hídrica, insatisfacción corporal y comportamiento alimentario desestructurado. Estos sujetos estarían en riesgo de tener una ganancia de peso importante tras la cirugía. También se ha descrito que los pacientes que demandan tratamiento quirúrgico presentan una conducta alimentaria más desestructurada con desinhibición y sensación de hambre continua, que hacen que soliciten el tratamiento con más probabilidad¹.

El Síndrome de Ingesta Nocturna (NES) fue descrito por primera vez en obesos que precisaban perder peso². Se define como sobreingesta con despertares nocturnos para comer³. Este síndrome no está incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría⁴. La prevalencia es más alta en obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica, y varía desde el 8 al 27%^{5,6}. Éste se consideraría parcial si la conducta es de hiperfagia sólo, lo que supone la ingesta del 25% de las calorías diarias tras la comida de la noche; también se trata de un cuadro incompleto cuando tres o más días por semana los sujetos se despiertan y realizan ingestas nocturnas. En cambio, cuando se da la combinación de hiperfagia e ingestas nocturnas, hablamos de NES completo⁷.

Los trastornos alimentarios, como el trastorno por atracón (binge eating disorder), la Bulimia nerviosa y el Síndrome de Ingesta Nocturna, por su severidad o por la asociación además a trastornos graves de la personalidad (inestable, impulsiva) van a tener mayor número de complicaciones, peor evolución con técnicas restrictivas, o poca pérdida de peso, por lo que pacientes obesos en esta situación tendrían más limitados los criterios para cirugía bariátrica.

La derivación a una unidad especializada para proponer cirugía bariátrica, debe cumplir los siguientes criterios:

- 1º) Tener un IMC entre 35 y 39 Kg/m² con comorbilidades mayores asociadas.
- 2º) Tener un IMC igual o mayor de 40 kg/m², incluso SIN comorbilidades, si el peso afecta negativamente a la vida.
- 3º) Fracaso en el intento de conseguir controlar el peso por debajo de 40 kg/m² mediante otras terapéuticas realizadas de forma adecuada.

Definimos la comorbilidad como las enfermedades asociadas y dependientes de la obesidad y, clásicamente, las clasificamos en *mayores* (como HTA, DM2, SAOS, enfermedad cardiovascular y osteoartropatías) y *menores* (como infertilidad, dislipemia, varices colelitiasis, incontinencia urinaria, alteraciones menstruales, hipertensión intracraneal idiopática, reflujo gastroesofágico y esteatosis hepática).

Los grados no severos de obesidad se podrán tratar de forma conjunta en primaria y especializada en caso de no ser propuestos para cirugía bariátrica.

Caso clínico

Este caso clínico que presentamos corresponde a una mujer de 44 años, que realiza seguimiento en la Consulta de Obesidad.

Como antecedentes personales presenta obesidad grado I sin Factores de Riesgo Cardiovasculares. El inicio de la obesidad coincide con los partos (hace 13 y 20 años, respectivamente), y en consulta refiere descontrol alimentario desde hace un año asociado a problemas en la relación con su marido. La paciente se encuentra en situación actual de desempleo y tiene estudios primarios.

No presenta antecedentes familiares de obesidad.

Comienza seguimiento en la Consulta de Obesidad para valoración del patrón de ingestas nocturnas, consistente en la ingesta de alimentos hipercalóricos durante la cena, con despertares nocturnos para comer. Pesa 81 kg, y mide 1,56 m (IMC 33,33).

Realizaba tratamiento por Atención Primaria con dieta hipocalórica, ejercicio y Fluoxetina (20 mg al día) desde hace 1 año; pese a ello, continuaba con dificultades para el control alimentario. La analítica general era normal.

Se modificó el tratamiento, pautándose Fluoxetina (40mg/día) y Zonisamida (100mg/día), intentando mejorar el patrón alimentario. Se descartó a la paciente como candidata a cirugía bariátrica y se remitió a las consultas de Atención Primaria para seguimiento.

Nuestra paciente presenta obesidad grado I y trastorno del comportamiento alimentario coincidente con la definición de NES completo.

Los resultados de la literatura muestran que las personas con obesidad extrema muestran una historia de peso diferente de las personas con obesidad grado I-II.

En 2006, Canice E. Crerand y col⁸ realizan un estudio en el que confirman que los pacientes con obesidad mórbida tienen más indicadores de predisposición genética a la obesidad en comparación con los pacientes menos obesos. Además, los padres de las personas con obesidad extrema tenían un IMC mayor que los padres de las personas con obesidad grado I-II. En nuestro caso, la paciente no tenía antecedentes familiares de obesidad, lo que concuerda con la menor predisposición genética encontrada en anteriores estudios en los casos de obesidad no severos, como ocurre con nuestra paciente, que presenta un grado I. A favor de la menor predisposición genética podemos indicar también que el inicio de la obesidad no es en la infancia ni durante los primeros años de vida, sino que coincide con el primer embarazo.

Este mismo grupo, observó que en cuanto a las características demográficas, se percibía un porcentaje significativamente menor de mujeres casadas entre las que tenían obesidad extrema respecto a aquéllas con grado I-II. A su vez, el grado de educación era significativamente menor en las mujeres con obesidad extrema y se les asociaba más veces con la raza no caucásica. Y en cuanto al curso de la obesidad, la ganancia de peso con los años era más pronunciada en el grupo con obesidad III. La paciente del caso

clínico es una mujer casada, de raza caucásica, lo que coincide con estudios previos. En cambio, el nivel de educación corresponde a estudios primarios. Quedaría estudiar la ganancia de peso con los años para analizar si es menor que en los grados más severos de obesidad.

En 1995, Hunt y col⁹ observaron que las pacientes candidatas a cirugía bariátrica tenían un inicio de la obesidad significativamente más precoz que aquéllas con obesidad I-II. Las pacientes con obesidad extrema tenían una ganancia ponderal mayor durante el primer embarazo que aquéllas con grados menores. Sin embargo, no se detectaron diferencias significativas en el segundo embarazo ni en el posparto. El comienzo de la obesidad en nuestra paciente es en el primer embarazo, detectándose ganancia ponderal en el segundo embarazo también, aunque no se cuantificó en ninguno de los casos.

La obesidad I presenta un riesgo alto de comorbilidad. La dieta hipocalórica y el ejercicio físico deben complementarse con el tratamiento de las comorbilidades, que, pese a mejorar con la pérdida de peso, podrán precisar de fármacos. Los antiepilépticos como Topiramato y zonisamida ayudan a perder más peso que placebo. Debido a su capacidad inhibitoria de la anhidrasa carbónica han demostrado eficacia en la pérdida y mantenimiento del peso¹⁰.

El objetivo es reducir el peso al menos un 10% para disminuir el riesgo cardiovascular. El mantenimiento de la pérdida será otro objetivo fundamental.

Por esto, se recomienda a los profesionales estar atentos a la detección de factores de riesgo para controlar la conducta alimentaria como prevención de complicaciones en relación al grado de obesidad.



Contacto

María Suárez Gómez • Servicio de Psiquiatría del Hospital Infanta Cristina de Badajoz
Avenida de Elvas s/n • 06021 Badajoz. • maria.suarez.gmez@gmail.com

Bibliografía

1. Karlsson J, Sjöström L, and Sullivan M. Swedish obese subjects (SOS)-an intervention study of obesity. Two-year follow-up of health related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *International Journal of Obesity* 1998; 22: 113-126.
2. Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. *Psychiatr Q.* 1959; 33: 284-94.
3. Allison KC, Stunkard AJ. Obesity and eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2005; 28:55-67.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
5. Adami GF, Meneghelli A, Scopinaro N. Night eating and binge eating disorder in obese patients. *Int J Eat Disord.* 1999; 25: 335-8.
6. Rand CSW, Macgregor AMC, Stunkard AJ. The night eating syndrome in the general population and among postoperative obesity surgery patients. *Int J Eat Disord.* 1986; 5: 143-8.
7. Allison KC, Thomas A. Wadden, David B. Sarwer, Antony N. Fabricatore, Canice E. Cerrand, Lauren M. Gibbons et al. Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. *Obesity.* 2006; 14 (Suppl 2): 77S-82S.
8. Cerrand, Canice E., Thomas A. Wadden, David B. Sarwer, Anthony N. Fabricatore, Robert H. Kuehnel, Lauren M. Gibbons et al. A comparison of weight histories in women with class III vs. class I-II obesity. *Obesity.* 2006; 14 (Suppl 2): 63S-69S.
9. Hunt SC, Daines MM, Adams TD, et al. Pregnancy weight retention in morbid obesity. *Obes Res.* 1995;3: 121-30.
10. Morandé, G. El tratamiento de los TCA. Ed. Panamericana. Madrid, 2012 (en prensa).



PRE-OCUPACIONES

Hacia el final de la psiquiatría.

El proceso privatizador en el que las actuales autoridades sanitarias están fervientemente empujadas podría acelerar el final de la psiquiatría como pretendida ciencia médica, algo previsible desde hacía algún tiempo: esa psiquiatría parece diluirse en una evanescente “salud mental”, que si por un lado implica una desmesurada medicalización farmacológica de los conflictos psíquicos, por el otro se distribuye un tanto caóticamente en los múltiples gabinetes de psicología cognitivo-conductual que atienden privadamente cualquier caso de sufrimiento psicológico; en las prédicas voluntaristas de la Escuela Positiva Americana -isé positivo, aunque estés en el pozo de la pobreza!-; en los rituales de grupos de autoayuda; en las adivinanzas de infinidad de videntes, etc. Persiste, ciertamente, el psicoanálisis, aunque cada vez menos accesible a los bolsillos de los pocos pudientes: el análisis interminable apenas puede competir con la invasiva oferta de los psicofármacos, que si bien no curan, alivian cronificando y normalizan conductas desordenadas.

Así pues, las enfermedades mentales, antes claramente conceptualizadas, han sido sustituidas por innumerables y difusos desórdenes o trastornos mentales, entre los que cualquiera puede ser incluido de un modo más o menos invalidante y para casi toda la vida: depresivos, bipolares, obsesivo-compulsivos, personalidades límite, psicóticos, niños hiperactivos, etc. De modo que los locos, a los que todo el mundo podía identificar, ahora parecen no existir, pues se muestran socialmente domesticados, fácilmente controlables y contenidos con cierta eficacia por los familiares. En casos especialmente descontrolados, los pacientes son ingresados en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales -con estancias forzosamente abreviadas por la sobremedicación-, que se crearon sobre todo en la época de gobernanza socialista, al tiempo que se desinstitucionalizaron “salvajemente” la mayoría de los internados en los grandes manicomios del franquismo. Puestos de manera apresurada en la calle, fueron atendidos de vez en

cuando en los también recién creados y pronto sobresaturados centros de salud mental, a los que además acudían los pacientes ambulatorios y los “agudos” deshospitalizados. Para los crónicos se crearon centros privados de rehabilitación psicosocial, concertados con los servicios sociales públicos.

Siempre la oferta existencial, aún habiéndose aumentado, era insuficiente e inadecuada para la creciente demanda social de salud mental. Y sin embargo, actualmente se está recortando sin parar la oferta pública, al tiempo que se promociona la oferta concertada o privada. No es algo tan loco como pueda parecer, y parece que la reducción de la oferta pública pone en riesgo la llamada paz social, al devolver a la circulación social enfermos mal curados y reacios a la toma perpetua de la necesaria medicación. Este problema se solucionó hace tiempo en Estados Unidos sometiendo a estos sujetos a tratamiento ambulatorio forzoso por mandato judicial, o deteniéndolos si habían cometido una falta o un pequeño delito y enviándolos a la cárcel. A eso mismo parece encaminarse el ministro Gallardón, obligando a los “trastornados” díscolos a tratarse medicamente o enviándolos a prisión. La tranquilidad de la mayoría silenciosa justificaría la merma de los derechos civiles de los ciudadanos rebeldes.

En España y paralelamente a la “burbuja del ladrillo”, se estaba produciendo la “burbuja de la salud mental”, cuyo estallido no era difícil de prever, aunque nadie lo viera. En la Comunidad Autónoma madrileña el gobierno del partido popular sentaba subrepticiamente las bases para el cambio del modelo sanitario, encauzándolo hacia la privatización o externalización. Aunque en 2009, cuando la crisis económica era ya irreversible, el consejero Güemes presentó el Plan Estratégico de Salud Mental, que debería ser desarrollado entre 2010 y 2014. Era un plan expansionista, con la mejora y ampliación de los servicios y de las prestaciones, pero sin la necesaria dotación presupuestaria. Inopinadamente, ese

mismo año de 2010 dimitió Güemes, para dedicarse a los negocios privados en el campo sanitario, y el cacareado Plan Estratégico fue cayendo en el olvido. Le sucedió el inefable burócrata Lasquety, que en 2012, con el apoyo del gobierno central del PP, anunciaba reformas fundamentales en el modelo de gestión de la sanidad pública, contempladas en el Plan de Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público, como presunta respuesta a los fuertes recortes de los presupuestos económicos. El nuevo plan orientaba a la gestión privada de siete hospitales generales, seis de los cuales ya estaban funcionando y debían ser adjudicados a grupos financieros con capital de riesgo: Hospital del Sureste (Arganda del Rey), Hospital del Tajo (Aranjuez), Hospital Infanta Leonor (Vallecas), Hospital del Henares (Coslada), Hospital del Norte (San Sebastián de los Reyes). A los que debía añadirse el Hospital de Collado-Villalba, ya construido pero aún sin funcionar; el Hospital Infanta Elena (Valdemoro), etc. Paralelamente, se iniciaba la progresiva descapitalización de los hospitales públicos ya existentes, con los consiguientes recortes, reducción de servicios, externalizaciones, etc.

Fue también el inicio de la “marea blanca”, que se opuso frontalmente a la privatización de la sanidad pública y que, de momento, ha logrado la paralización judicial de la prevista adjudicación de los seis hospitales citados a determinadas empresas privadas. Esos seis hospitales cuentan con un número variable de camas psiquiátricas; diversos “puestos” de hospital de día, que en la mayoría de los casos los trastornados mentales han de compartir con enfermos de otras especialidades; consultas externas de psiquiatría; psicólogos distribuidos por los distintos servicios hospitalarios, y urgencias psiquiátricas de presencia física. Los hospitales se constituían como puntos de referencia de los centros de atención primaria, reforzados por un psiquiatra y conjuntamente con las consultas externas hospitalarias, asumirán la asistencia ambulatoria de los enfermos psíquicos del sector de población correspondiente. En consecuencia, cabe pensar que se pretende recortar o hacer desaparecer los centros de salud mental: gran parte de los enfermos allí atendidos deberán orientarse a las llamadas sociedades del seguro libre.

De la lectura del “Pliego de Principios Técnicos para la Contratación de la Gestión, por concesión, del Servicio Público de la Atención Sanitaria Especializada correspondientes a los hospitales...”, publicado por la Comunidad Autónoma de Madrid, cabe pensar en otra nefasta consecuencia de la privatización de la Salud Mental: el abandono de los enfermos crónicos, de los que no se hacen mención alguna. Bastaría con la rescisión del concierto establecido por la Consejería de Servicios Sociales con los centros privados de rehabilitación psicosocial. Con ello estos enfermos quedarían a cargo de la propia familia o a su propia suerte, engrosando el creciente número de los “sin techo”. Esto era algo que incluso se había previsto en la pseudoprogresista y burocratizada Reforma Psiquiátrica decretada en 1985 por el Ministerio socialista de Sanidad.

En una sociedad como la actual, en persistente crisis económica, cabe pensar que aumentará considerablemente el número de “trastornados” crónicos, que vagarán por las ciudades junto a otras personas sin hogar. Como, según ha afirmado la alcaldesa Botella, esta gente ensucia la ciudad y deteriora la “marca España”, por lo que habrá que tomar medidas: ¿Alojamientos provisionales o campos de refugiados en los márgenes de la ciudad? Algo de ello ha insinuado al respecto el ministro Gallardón. No es previsible la vuelta a los grandes manicomios del franquismo: sería demasiado caro, además de ineficiente e indigno. Concretamente, en Galicia se han cerrado tres de los cuatro manicomios que quedaban (Pontevedra, Orense y Lugo); los enfermos institucionalizados en ellos están siendo trasladados, como en los viejos y horribles tiempos, al manicomio de Conxo (Santiago de Compostela), reubicados en sus familias o alojados en infradotadas residencias geriátricas que se estaban quedando sin clientes. Los demás, a la calle... A no ser que, entre todos, lo evitemos.

Enrique González Duro

Psiquiatra, Madrid.

Posición de la Asociación Española de Neuropsiquiatría de profesionales de salud mental sobre el anteproyecto de la ley del aborto.

Un reciente informe de la OMS¹ constata que “La evidencia acumulada demuestra que la eliminación de las restricciones sobre el aborto produce una reducción de la mortalidad materna causada por el aborto inseguro y, en consecuencia, una disminución en el nivel global de mortalidad materna”. Como sanitarios, socialmente encargados de la salud de la población, esto es lo primero que nos preocupa del Anteproyecto de Ley del Aborto. El cambio de la Ley de Plazos, vigente en la actualidad, por otra de Supuestos, lejos de disminuir el número de abortos, se constituye como un factor de riesgo para la vida y la salud de las mujeres, produciendo un aumento de morbilidad y mortalidad de las mujeres.

Esta ley, en el caso de aprobarse, supondrá un retraso en la realización de las interrupciones voluntarias de embarazo, sumiendo a la mujer en un verdadero laberinto administrativo, con el consiguiente aumento del sufrimiento innecesario que esta demora conlleva, en algunos casos para muchas personas (pareja, familia, amigos), en otras solo para la mujer. También traerá ineludiblemente un aumento de la demanda a las clínicas privadas, de los viajes a nuestro entorno próximo (Francia, Portugal) para interrumpir el embarazo en condiciones más civilizadas e interrupciones voluntarias del embarazo en condiciones lamentables para las mujeres más pobres y peor informadas.

Además con la mal llamada “Ley Orgánica de la Protección de la Vida del no nacido y de los Derechos de la Mujer Embarazada” se consagra la minoría de edad de la mujer, retirándosele su derecho a decidir sobre su propio cuerpo y sobre el devenir de su vida, para ponerlo en manos de los psiquiatras. Tan incompetente se la considera, que no es ni jurídicamente punible, en caso de infringir esta Ley (¿quiere decir la Ley que la mujer es penalmente incapaz?).

¹ Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para el sistema de salud. Organización Mundial de la Salud. OMS, 2012.

Una mujer puede querer abortar por múltiples motivos que no tengan que ver ni con la enfermedad mental, ni con el riesgo psíquico, y que solo a ella conciernen. La mujer que aborta no es una enferma mental. No hay ninguna razón que pueda ligar la enfermedad mental al aborto: se trata de una decisión libre del ámbito de la vida sexual y reproductiva de la mujer.

Por otra parte el supuesto de enfermedad psíquica de las mujeres, con el estigma existente, hace que las mujeres para poder abortar, tengan que ser definidas como enfermas mentales “persistente en el tiempo”, lo que puede hacer que en otra circunstancia vital, por ejemplo en caso de conflicto posterior respecto a la custodia de los hijos, pueda volverse en su contra, cerrando un círculo infernal contra la mujer.

Es bien sabido que no existen predictores clínicos, en relación con cualquier circunstancia vital, con suficiente evidencia científica de lo “importante” del daño, ni de su permanencia en el tiempo, porque dependen de factores individuales, de la red de apoyo familiar y social que tenga la mujer, y de sus condiciones económicas entre otros.

Sin embargo, sí existen datos que nos orientan sobre el papel de los psiquiatras en legislaciones españolas anteriores concernientes a la interrupción voluntaria del embarazo. Desde la aplicación de la ley de 1985 (Ley de supuestos), hasta la promulgación de la nueva en 2010 (Ley de Plazos), un 96,77% de mujeres que abortaban lo hacían por el supuesto de riesgo psíquico para la madre constatado por un informe emitido por un psiquiatra.²

Tras la ley orgánica 2/2010 (Ley de Salud sexual y reproductiva y la interrupción voluntaria del embarazo) que permitía abortar en las primeras 14 semanas sin que fuera necesario que la mujer

² Las intervenciones se realizaron en más de 97% de los casos en clínicas privadas salvo en 2012 que fue en un 93%. En estadísticas del 2012 un 68% de IVE se produjeron dentro de las primeras 8 semanas. Fuente: Ministerio de Sanidad.

argumentara motivos, el 89,58 % de mujeres lo hicieron por decisión propia y sólo en un 7,3% se argumentó riesgo para su salud.

En caso de que se aprobara la ley tal como está configurada, el argumento de “enfermedad mental” -ni siquiera a de riesgo psíquico- aparecerá como causa mayoritaria de las interrupciones del embarazo.

En este Anteproyecto, a los profesionales se nos confiere el papel de tutores de la voluntad de las mujeres, porque coloca a la mujer embarazada en la posición de ceder el control de su cuerpo a terceros, otorgándonos a los psiquiatras un poder que no queremos: Tutelar en una decisión de relevancia biográfica crucial a personas adultas y competentes, por el simple hecho de ser mujeres. Se produce así una instrumentalización de los psiquiatras para intentar revestir de una pátina científica la ideología de algunas personas.

La AEN de Profesionales de Salud Mental, considera que no tiene sentido situar a los psiquiatras en un lugar central de la toma de decisión respecto al deseo de una mujer de no seguir con su embarazo. Los psiquiatras en la decisión de que la mujer aborte o no, no tenemos nada que decir. Podemos intervenir si la mujer nos lo demanda, para aliviar, consolar, apoyarla ante la decisión que ha tomado, sea cual sea ésta. Pero

no podemos inclinar la balanza hacia un lado o hacia otro.

Los profesionales de la salud mental no debemos hacer valoraciones morales, aunque se nos haya utilizado a veces para ello. Nosotros no somos ni podemos ser vigilantes de la moral, y menos aún de la moral dominante, la protección del patriarcado, que es lo que subyace detrás de todo esto.³ Los psiquiatras no queremos tener derecho a decidir sobre úteros ajenos, porque nuestra profesión nos avala para proteger, cuidar e integrar socialmente a los enfermos mentales, pero no para despojar de derechos a las mujeres.

Además este Anteproyecto nos pone en el dilema ético de tener que objetar y abandonar a la mujer en un trance vital estresante o hacer algo que no se ajusta a los criterios éticos de la práctica de la psiquiatría: reconocer un problema mental que no existe para que una mujer pueda abortar.

Por todos estos motivos nos oponemos radicalmente a este Anteproyecto, y abogamos porque continúe vigente la actual ley de Plazos.

AEN, Enero 2014

³ Ver declaraciones de Eudoxia Gay en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/12/27/actualidad/1388177385_228409.html

Propuestas de un Modelo de Recuperación en Salud Mental.

J. Agustín Ozamiz, Iñaki Markez, Agurtzane Ortiz.

El llamado Estado de bienestar no está preparado para subsistir en una sociedad donde las necesidades y preferencias individuales no se armonicen con el deber social y la responsabilidad personal. La insistencia en los derechos individuales a la protección del Estado, sin apelar a la vez a la responsabilidad personal y a las obligaciones correspondientes, se ha convertido en una trampa que erosiona el Estado de bienestar, industrializa y medicaliza el tratamiento de la enfermedad y, aunque la combate con eficacia, deja con demasiada frecuencia en una extrema soledad a la persona enferma.

Sistema de Recuperación

La atención a la salud a través de un servicio con alto nivel de cobertura pública, junto con la educación, las pensiones y la ayuda social, constituye hoy una experiencia ya consolidada a la que las sociedades europeas no quieren renunciar. Un eficiente sistema de Salud Pública es el factor de seguridad y de redistribución que produce una mayor satisfacción y cohesión social en las sociedades modernas.

Sin embargo este sistema, con las estructuras y servicios que se han ido conformando en función de los conocimientos médicos y de las técnicas organizativas de cada momento, es hoy difícilmente financiable (representa el 8% del PIB y va a casi doblarse en próximos años). Con las estructuras actuales, el equilibrio de las cuentas públicas es y será insostenible, debido precisamente a las exigencias sanitarias del alargamiento de la vida junto con el envejecimiento de la población, sobre todo, por el elevado coste de los tratamientos médicos por la enorme cuantía de los medicamentos y los procedimientos diagnósticos.

La estructura sanitaria pública, universal y gratuita en nuestro entorno, se soporta hoy en Hospitales, Residencias y ayudas económicas a la dependencia. Este sistema ha ido mostrando algunas debilidades: i) coste inasumible, ii) ineficiente asignación de recursos humanos y económicos,

iii) incertidumbre y soledad creciente de los enfermos y sus familias, y iv) falta de equidad.

Ante estos problemas, diferentes países Norteamericanos y Europeos han desarrollado un sistema, en colaboración de entes públicos y privados, basado en el concepto de recuperación, con el que desde hace 40 años vienen tratando de subsanar las debilidades antes señaladas. El método se basa en una concepción holística de la "persona en sociedad", centrando la atención en el enfermo y no sólo en la enfermedad, y tratando de aprovechar mejor los recursos conjuntos de los profesionales sanitarios, de las familias y del entorno social comunitario. Esto se concreta en:

1. Aceptación de que no se trata de luchar con enfermedades sino de cuidar personas enfermas y por lo tanto es preciso afrontar vivencias diferentes de las mismas enfermedades, las cuales, a su vez, son únicas e irrepetibles.
2. Integración de la persona en sus círculos y redes sociales, sin apartarla (aparcarla) espacial y socialmente.
3. Dedicación mayor del tiempo del personal sanitario a las tareas específicas para las que están cualificados.
4. Utilización masiva de los nuevos sistemas de información y comunicación.

Tradicionalmente los servicios de salud mental se han focalizado en la provisión de servicios de alto nivel por profesionales bien cualificados. La mayoría de estos servicios se brindaban principalmente en el hospital por psiquiatras y sus equipos, con una minoría de servicios basados en la comunidad. Estos servicios eran principalmente para pacientes graves, pacientes en rehabilitación o pacientes externos con problemas de salud mental de larga evolución.

En la década de los 80 se cuestionó seriamente si este sistema respondía adecuadamente en la atención a los pacientes en las siguientes áreas:



- *Derechos humanos* – las personas con problemas de salud mental asistidos por muchos profesionales y sus familias, cuestionaron la falta de servicios disponibles en la comunidad, que les permitiera vivir una vida “normal”. Se cuestionaba el poder de los médicos sobre sus vidas.
- *Coste* – los costes crecientes para proveer estos servicios estaban volviéndose insostenibles. En algunas áreas la gente era incapaz de acceder a los servicios.
- *Efectividad* – Muchos profesionales reconocieron que sus intervenciones estaban sufriendo de una falta de soporte en el seguimiento e intervenciones de menor nivel. El resultado fue el a menudo citado “síndrome de la puerta giratoria”.

En muchos países, particularmente los más desarrollados se tomaron decisiones en los 80 para vaciar las enormes instituciones creadas por una política de hospitalización, e invertir en el cuidado en la comunidad. En países del sur de Europa la necesidad de cambio fue reconocida pero lograrlo ha tenido un proceso más lento.

Cuidados gestionados en la comunidad

La clave para el éxito en la nueva aproximación fue el desarrollo dentro de la atención primaria de los servicios socio-sanitarios para personas con problemas mentales y el desplazar recursos de atención especializada, para lograrlo.

El cuidado en la comunidad como era llamado en UK o la gestión del cuidado en U.S. eran gestionados por los gobiernos con el interés de disminuir el coste del cuidado de la salud mental al tiempo que mejorar su efectividad. Muchos de los cuidados suministrados previamente por organizaciones sanitarias fueron redefinidos y asignados como servicios de atención social.

La financiación del cuidado de la salud se combinó con el de los servicios sociales a partir de su ubicación en los servicios comunitarios.

Los servicios del ámbito de la sanidad incluían:

- Medicamentos e intervenciones como psicoterapias.

- Intervenciones de atención en crisis en la comunidad.
- Acceso a profesionales y soporte de salud mental.
- Servicios de prevención y salud pública que ayudan a la gente a cuidar y prevenir problemas de salud mental.

La atención social normalmente cubre asuntos como:

- Gestión monetaria y elaboración de presupuestos.
- Trabajo de casa – cocina, limpieza, etc.
- Cuidado personal.
- Gestión de las relaciones.
- Uso de servicios existentes -empleo, auto ayuda, de viaje, uso de tecnologías y servicios telefónicos, actividades en grupos, etc.-
- Acceso y estancia en el trabajo, formación, etc.
- Ayuda a establecer citas para la organización de las subvenciones, de la seguridad social,... etc.

La gestión de la ayuda trajo consigo la necesidad de gestionar e informar a las organizaciones de financiación en el suministro de servicios dentro de estas áreas. Los estándares de cuidados y los indicadores del desempeño de estas funciones, fueron fijados y el suministro de servicios fue evaluado a partir de estos estándares.

Esto inspiró el desarrollo del paquete software Carista, que la Fundación UZTAI está desarrollando con ayuda de la Diputación Foral de Bizkaia. Estas áreas son monitorizadas dentro del sistema de la gestión de cuidados e implementadas dentro de planes individualizados (también contenidos en el paquete software).

La des-institucionalización en salud mental planteó implementar diversos asuntos para esos planes.

- La necesidad de servicios de calidad en la comunidad, requiriendo no solo nuevos modelos de provisión de servicios sino la creación de vías de cuidado para asegurar la continuidad de cuidados incluyendo intervenciones

de profesionales de alto nivel y redes de organizaciones que trabajarían en colaboración para suministrarlos. Los pacientes tienen una amplia variedad de necesidades, desde aquellos que han sido hospitalizados durante muchos años o que tienen unos más altos niveles de necesidad de ayuda, a aquellos que necesitan ayuda limitada. Gran número de personas fueron trasladadas de las salas de rehabilitación a la comunidad. Los sistemas de gestión de cuidados fueron implementados para coordinar programas individuales.

- En la actualidad el gobierno de Bizkaia (cubre 1,2 millones de personas) planea mover varios cientos de personas de las salas de rehabilitación a la comunidad.
- **Necesidad de crear un sistema para gestionar los contratos.** Necesitaban asegurar la calidad del servicio, la eficacia del coste y que los servicios suministrados continuaran dando respuesta a las distintas y cambiantes necesidades.
- **Gestionar el cambio de los recursos** (humanos e infraestructuras) de la asistencia hospitalaria. Esto no solo concierne a la creación de nuevos flujos de financiación sino el volver a dotar de nuevas habilidades y cometidos a las plantillas de profesionales, el cambio de uso de las propiedades e infraestructuras, la investigación en nuevas tecnologías, etc.
- Coordinación de financiación entre departamentos. Por ejemplo la vivienda y el empleo son tan importantes para la gente con problemas mentales de larga duración como lo son para los demás, en la sociedad. Era importante que la financiación para servicios de esas áreas fueran lo suficientemente flexibles para encontrar respuestas a nuevas demandas. Había la necesidad de coordinar una economía mixta de la asistencia.

Todas estas áreas impactaron significativamente en las organizaciones de salud mental, tanto gubernamentales como dentro de la comunidad. Para algunas, los servicios que suministraban tendrían menos demanda, particularmente los servicios orientados a la salud como rehabilitación y enfermería donde la necesidad de finan-

ciación y modernización era grande y creciente. Para otros, que estaban acostumbrado/as a recibir subvenciones sin necesidad de suministrar informes para los financiadores, los requerimientos de ganar y mantener contratos en un mercado competitivo, pondrían en cuestión distintos aspectos de su organización.

Partiendo de las nuevas necesidades para una diferente aproximación a la provisión de servicios de salud mental, se consideró la adopción de un “modelo de recuperación” en la asistencia.

Modelo de recuperación

No hay una única definición del concepto de **recuperación** para gente con problemas de salud mental. Se centra en las vías de adaptación de las personas con problemas mentales y les ayuda a tener el control de sus vidas, a pesar de tener una seria enfermedad mental. La recuperación aporta una visión holística del individuo y se centra en la persona, no solo en sus síntomas. Es visto como un trayecto, no un destino y para lograrlo una persona con problemas mentales necesita la ayuda de amigos, familia y profesionales, usando nuevas e innovadoras estrategias. Promueve el que la gente avance en sus vidas, desarrollando metas y relaciones que le den sentido. Las personas enfermas pueden no tener un control total de sus síntomas, pero pueden tener un control de sus vidas. Así se trata de mantener por ejemplo:

- Buenas relaciones.
- Seguridad financiera.
- Trabajo satisfactorio.
- Crecimiento personal.
- Un buen ambiente en la vida.
- Desarrollar las perspectivas personales culturales y espirituales.
- Desarrollar resistencia a la adversidad o estrés ante el futuro inmediato.

La tarea asistencial clave en el modelo de recuperación, es ayudar a la gente a recobrar su sitio en las comunidades donde viven y tomar parte en actividades convencionales junto al respeto del mundo que les rodea. Hay una creciente evidencia de que el tomar parte en oportunidades sociales, educativas, formación, de voluntariado y el empleo, pueden contribuir al proceso de recuperación. Para



algunas personas esas intervenciones tienen grandes limitaciones, pero una mayoría de aquellos que habían sido hospitalizados estuvieron exitosamente integrados en la comunidad con el uso de modelos de acomodación y disposiciones transitorias.

Los retos

Los retos de las personas con problemas mentales y los profesionales trabajando con ellos en España, reflejan cuestiones similares a las confrontadas por similar población internacionalmente. En nuestro entorno ya se ha comenzado a abordar estas cuestiones, liderados por Uztai, una organización de salud mental sin ánimo de lucro, colaborando con la Universidad de Deusto y diversas organizaciones, y proponiendo una aproximación innovadora, aprendiendo de la experiencia internacional así como de la nuestra propia, que desarrolla la recuperación basada en este tipo de intervenciones (ejemplo del Club House). Su foco es el bienestar y ayuda a la integración de personas con problemas mentales en la comunidad en la que viven. Los principales retos identificados han sido:

- La falta de servicios para personas con problemas mentales de larga evolución, en sus comunidades.
- Los servicios, en su mayoría, no están centrados en la persona. La provisión está determinada por las necesidades del servicio y no por la gente con necesidad. Los servicios efectivos deben de estar centrados en la persona. La gente necesita el buen servicio, en el lugar adecuado y en el momento adecuado.
- Los servicios son aleatorios y no están encaminados al cuidado, lo que permitiría a la gente un mayor control de sus vidas y el promover una aproximación integrada al bienestar.
- Los servicios no son accesibles para todo el mundo. En áreas que no sean de grandes capitales, la accesibilidad a las unidades locales de salud mental es más limitada, y muchas personas con problemas mentales duraderos, no disponen de servicios de atención basados en la comunidad.
- La asistencia generalmente, solo puede ser obtenida por el mucho menos efectivo y más costoso camino de la hospitalización.

- Los hospitales tienen muy pocas plazas para derivar a la gente, lo que crea largas listas de espera. Al mismo tiempo según las circunstancias económicas actuales los gobiernos están reduciendo su soporte financiero, creando una significativa presión económica para los hospitales.

Sistema del cuello de botella

- Es ampliamente reconocido que los pacientes mentales hospitalizados, que están listos para vivir en la comunidad tienen que esperar una media de dos años hasta tener un sitio disponible.
- Esto lleva al bloqueo de camas en las salas de recuperación con el contratiempo obvio que ello supone en la disponibilidad de camas de crisis.
- La gente sin una ayuda bien organizada en la comunidad tendrá más necesidad de ser admitida en situaciones de crisis en un hospital y hará más uso de las instalaciones psiquiátricas.
- Esto significa que deberíamos planear la provisión de servicios que hagan decrecer el índice de pacientes derivados a instalaciones psiquiátricas, y también diseñar estrategias de hospitalización que sean sólidas y rápidas.
- Además, no todas las crisis requieren hospitalización pero con la falta de otras instalaciones en la comunidad los internamientos serán admitidos en todos los casos. En US y UK por ejemplo, hay servicios de crisis en la comunidad proporcionando intervenciones, soporte y ayuda profesional dentro de las comunidades.

El coste del sistema actual es insostenible.

- En el País Vasco habrá cerca de 22.000 personas con problemas mentales severos y duraderos y muchos más con necesidad de ayuda psiquiátrica.
- La hospitalización de personas con problemas mentales en algunos hospitales psiquiátricos públicos, cuesta entre 300-500 euros por día. La asistencia y reintegración de gente en la comunidad, usando un pro-

grama de recuperación planeado y responsable costará alrededor de 80 Euros para una plaza íntegramente financiada en un hotel de recuperación.

- El coste del cuidado de crisis en espacios de camas en hospitales en UK es alrededor de £13.000 por año. El coste del cuidado de crisis en la comunidad es de un promedio de menos de £3.000. No todo el mundo en crisis necesita hospitalización.
- La ayuda a la gente en sus casas ofreciendo intervenciones centradas en el uso de nuevas tecnologías y nuevas formas de trabajar ayudarán a la gente a mantener el control de sus vidas y supone mayor eficiencia que la dependencia de profesionales de la salud sobrecualificados. Reducir la demanda de este tipo de profesionales en hospitales permite usar sus habilidades de forma más apropiada.

Cuidado centrado en la persona

El modelo de recuperación y cuidado de la salud en casa se focaliza en proveer servicios centrados en la persona que ayudarán a los individuos a alcanzar las meta de un mejor control de sus propias vidas. Es ampliamente reconocido que no solo es la hospitalización, siempre, una cara e inapropiada intervención, sino que también aparta al individuo de su ambiente. Muchos usuarios del servicio lo consideran el reto más difícil. Adicionalmente algunos usuarios del servicio que han sido hospitalizados por un período prolongado de tiempo, no tienen un lugar apropiado para volver y cuentan con pocas habilidades que les ayuden a salir adelante.

El modelo de Recuperación reconoce que el viaje al que se enfrentan los usuarios de servicios, para volver a integrarse en la comunidad, es diferente para cada persona.

En momentos particulares de la vida, algunas personas necesitan mayor ayuda y asistencia. Algunas personas pueden necesitar este apoyo y ayuda durante más tiempo que otros, principalmente por las siguientes razones:

- Han sido hospitalizados durante largos períodos de tiempo y la institucionalización les deja con una falta de habilidades personales, sociales y vitales.

- No han desarrollado las habilidades para salir adelante con las exigencias de una vida independiente y tienen crisis regulares en sus hogares (si pueden conservar su hogar).
- Una situación de crisis requiere ayuda e intervenciones que pueden ser mejor suministradas desde sus domicilios o a través de residencia para estancias de corto plazo, o intervenciones de cuidado diario.
- Después de una admisión hospitalaria necesitan un período de ayuda incrementada y estabilidad mientras planean su futuro y desarrollan sus habilidades, así como la confianza necesaria para vivir tan independientemente como sean capaces.
- Han sido aislados y están preocupados porque su situación mental se está deteriorando.
- Algunos cuidadores necesitan ayuda a través del acceso a instalaciones de descanso, que alivien la dependencia de los pacientes de ellos.

Hay necesidad de mover a gente de los hospitales de forma más eficiente y rápida. Esto significa que debe haber más instalaciones apropiadas en la comunidad si los hospitales van a trabajar de forma más eficaz. No siempre es apropiado mover personas a pisos si no han desarrollado aún las habilidades necesarias con lo que conlleva sus problemas de salud mental. La gente necesita que se le ofrezca un plan de ayuda personalizada, que sea organizado en conjunto con ellos y no solo ofrecerles la única opción disponible. Ello conlleva un período de aumento de ayuda.

También hay una necesidad de asegurar que la comunidad tiene las instalaciones para ofrecer una mayor ayuda y entrenamiento para gente cuya salud mental pueda estar en peligro de llegar a una situación crítica.

Aunque la meta última es suministrar un plan de ayuda personalizado socio-sanitario para gente en el hogar, reconocemos que esto solo puede ser logrado si hay un camino del cuidado que sea holístico y entendido por el individuo. En el meollo de esto está la necesidad de ofrecer un mayor soporte sin hospitalización (está claro que algunos casos necesitarán hospitalización pero no todos).

Hemos propuesto un modelo global que se sostiene en los siguientes puntos: El clubhouse, el



hotel de recuperación, la asistencia domiciliaria monitorizada, y la organización de un voluntariado estructurado. En todo el sistema se establece un modelo de evaluación continua, que pretende el aprendizaje y la formación continua en base a la monitorización de los resultados y su evaluación, con información computarizada.

El Clubhouse: Un modelo para la inclusión de personas con problemas mentales. Nuestra actividad con el mismo se enmarca dentro del Proyecto EMPAD (*) cuyo principal objetivo es la promoción de la metodología Clubhouse. Esta metodología, promovida por la Unión Europea, se centra en que las personas con problemas mentales de larga evolución y que sufren en mayor o menor medida exclusión social aprendan a manejar su enfermedad y a reinsertarse en el mundo laboral, educacional, familiar y social.

El Modelo Clubhouse se fundamenta en la Rehabilitación Basada en la Comunidad (CBR) y hace hincapié en la orientación hacia la recuperación, las oportunidades de aprendizaje y la integración en el mercado laboral de personas con alguna enfermedad mental. Para ello integra en sus centros, también denominados Clubhouses, una filosofía que los hace sentirse integrados y útiles, fomenta el aprendizaje gradual de herramientas sociales y laborales, así como la incorporación paulatina al ámbito laboral. Este modelo tiene como eje una organización internacional que establece los estándares de calidad y vela por su cumplimiento con una comisión auditora que emite informes periódicos sobre cada club house.

Sobre el hotel de recuperación hemos presentado diversos documentos a municipios, Diputación, Osakidetza y otras instituciones públicas o privadas. Pensamos que es un modelo que incluyendo una estrategia basada en la evidencia para la recuperación de personas con trastornos mentales de larga evolución, resulta eficaz y ostensiblemente más eficiente que las estrategias

que se están desarrollando con las residencias de ancianos. Al tiempo, se desarrolla la discusión de documentos diversos sobre la organización de los cuidados domiciliarios, con más de una decena de organizaciones en Bizkaia.

La Resistencia al Cambio

En cualquier cambio de organizaciones de cierta envergadura como lo pueden ser nuestros sistemas de salud y servicios sociales, todas las actividades que no sean meramente incrementalistas, sufren de importantes resistencias por parte de diferentes componentes del sistema que a veces se convierten en grupos de presión o simplemente en una especie de clubs de autoayuda.

Es frecuente, en todo caso, que propuestas innovadoras cobren incluso visibilidad por su introducción en programas públicos, pero al no ser operativizados en estrategias con objetivos y acciones con presupuesto, quedan en papel mojado. En los años sesenta, fue un claro ejemplo, casi caricaturesco de lo que estamos diciendo, el programa de salud mental que el Doctor Metresanz desarrolló en el ministerio de Sanidad (entonces subsecretaría que dependía del ministerio de Interior. Pero esto mismo está sucediendo con frecuencia en la actualidad y nos tememos que suceda con lo que al respecto dice el recientemente presentado plan de salud del gobierno vasco. Anhelamos que nuestros temores sean convertidos en esperanzas, pero no son infundados.

Se necesita de una visión clara, programas explícitos, apoyo de profesionales y agentes implicados, además de liderazgo, para que los cambios se den. Más que un problema de presupuestos es un problema de dinámica social. La falta de organización adecuada, y de previsión es lo más caro que existe. Cuestiones clave de lo que se ha venido en denominar capital social como son la confianza en las instituciones y entre las personas, el diálogo, la información, los datos, la discusión técnica, son cuestiones esenciales para que se den estos cambios. Este proyecto pretende ser una contribución en este sentido.

(*) Proyecto EMPAD, Proyecto europeo para capacitar a personas adultas con enfermedad mental para el aprendizaje y la inclusión social.



ACTUALIZACIONES



Olvido y Reparación.

Autor: José Guimón • Bilbao, 2013
Editan: OM Editorial y Core Academic
ISBN: 978-84-941387-3 • 118 págs.

La diferencia entre las vivencias de los traumas de la Antigüedad de los que se desarrollan en los últimos decenios es que actualmente las imágenes de las violencias están presentes casi instantáneamente en los medios de comunicación de masas, no sólo en la prensa, sino también en la televisión y a través de las diversas tecnologías de Internet. Falsear la información u adornarla es hoy como hemos comentado, difícil y el espíritu crítico de las generaciones actuales desvela fácilmente las distorsiones. Frente al inseguro olvido, el perdón y la reparación son actitudes personales e intransferibles pero que debían permitir disminuir el monto de estas catástrofes en los años a venir.

En un momento en el que se está revisando la Historia no sólo de la guerra y la postguerra en Euskadi, sino también en España y en muchos lugares de Europa, José Guimón aporta sus modestas reflexiones. Hay una conciencia dudosa de si hay que recordar u olvidar, y si es posible perdonar y reparar. En el caso de Euskadi se complejiza la situación debido al trágico fenómeno del terrorismo que ha teñido los últimos 40 años con un saldo de muertes y violencia y además de miedo, deseos de venganza y deterioro moral, personal e institucional.

Como dice el autor *no he sido muy activo en las numerosas asociaciones y sociedades científicas o académicas a las que pertenezco y en las que he rehuido desempeñar cargos directivos. He pasado desapercibido en la vida pública y admiro a las personas que se han comprometido por causas nobles más allá de desempeñar su actividad habitual y que cuentan por ello con autoridad moral para opinar sobre la vida pública, pero también es cierto que en mi vida profesional como psiquiatra me ha tocado contactar con miles de pacientes individualmente, en grupo, con sus familias o en instituciones y que me han dado una información privilegiada y diferente a la de las anteriores personalidades que puedo intentar aportar aquí.*

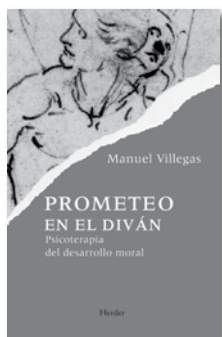


Controversias en la clasificación de los trastornos mentales.

Autor: José Guimón • Bilbao, 2014
Editan: OM Editorial y Core Academic
ISBN: 978-84-941387-4-4 • 104 págs.

El autor de esta monografía, José Guimón Ugartechea, catedrático de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco y de la Universidad de Ginebra y Adjunct Clinical Professor de la New York University. Como miembro del cuadro de expertos de la OMS, dirigió el Centro Colaborador para la Investigación y Docencia de Ginebra. Es autor de diversas investigaciones y publicaciones sobre el Diagnóstico y la Clasificación de los trastornos psiquiátricos, como autor único y con otros ilustres como G. Berríos, J. Mezzich, W. Fischer, N. Sartorius, etc. Considera que el diagnóstico es uno de los problemas clave en Psiquiatría, fuente frecuente de estigma para quien lo padece y condición necesaria para quien intenta combatir la condición que lo sustenta, ha sido un caballo de batalla para los profesionales relacionados con la salud mental desde que la locura transitó en su viaje a partir de la brujería a la Medicina.

El conocimiento de la enorme prevalencia de los trastornos mentales los han convertido en un problema socio-político de primera magnitud y los gobernantes, los profesionales y los medios de comunicación han convertido en fuente de preocupación universal lo que antes era considerado un problema marginal cercano a la demoniología. Los avances en el diagnóstico y las clasificaciones de los trastornos mentales que se discuten en estas páginas permitirán progresos insospechados a medio plazo.

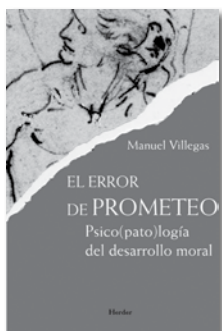


Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral.

Autor: Manuel Villegas

Herder Editorial • Barcelona, 2013 • 690 págs.

ISBN: 978-84-254-3234-7



El error de Prometeo. Psicopatología del desarrollo moral.

Autor: Manuel Villegas

Herder Editorial • Barcelona, 2011 • 486 págs.

ISBN: 978-84-254-2763-3

Prometeo consiguió arrebatar el fuego y la técnica a los dioses para dárselo a los hombres pero se le olvidó dotarlos de un sistema de regulación que les permitiera vivir en paz y armonía consigo mismos y sus semejantes. Tuvo que ser el propio Zeus -nos cuenta Platón en el Protágoras- quien subsanara este error, dotándoles de conciencia moral para el cumplimiento de esta función. Hoy podemos afirmar que la aparición de la conciencia moral no es el resultado de un don divino sino que sigue un proceso evolutivo de construcción a través de las diferentes etapas del desarrollo psicológico. Este proceso implica un coste en términos psicológicos, dado que combinar los intereses propios con los de los demás no se hace sin generar una cierta tensión estructural en el sistema de regulación moral, cuyos efectos pueden dar lugar a trastornos de personalidad o ansioso-depresivos”.

Tenemos un texto dirigido a psicólogos, psiquiatras y psicoterapeutas. Asimismo, por su claridad conceptual y expositiva, resultara accesible a todo tipo de público, tanto por razones profesionales como personales.

Manuel Villegas presenta la segunda parte de la psicoterapia del desarrollo moral que expuso en

su obra *El error de Prometeo* publicado en 2011, donde ya presentó las vicisitudes del psiquismo humano desde la perspectiva evolutiva y estructural del desarrollo moral. En este segundo volumen que Herder Editorial publica, *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*, representa la aplicación práctica de este modelo.

Si en el primer volumen se presentaba la psicopatología como resultado de las vicisitudes del psiquismo humano desde la perspectiva evolutiva y estructural del desarrollo moral, en este segundo se despliegan las bases para su transformación en práctica terapéutica.

Contiene dos partes. La primera, dedicada al *procedimiento* terapéutico, asumible por cualquier terapeuta con independencia de su adscripción teórica. La segunda, está directamente ligada al *proceso* de (re)construcción o integración de los diversos subsistemas de regulación moral, característicos del modelo. Se describen en detalle las técnicas o recursos de que dispone el terapeuta, desde la fase de acogida hasta el momento de resolución o cierre de la psicoterapia, y se ilustran con abundantes demostraciones aplicadas y casos clínicos.



La primera vez que no te quiero.

Autora: Lola López Mondéjar

Edita: Siruela • 2013

“La vida es un largo combate por el que se llega a ser uno mismo, esas es la tarea más elevada e ineludible de todo ser humano.”

Estas palabras de la filósofa, escritora y feminista Simone de Beauvoir vertebran la historia que teje Lola López Mondéjar en “La primera vez que no te quiero”.

Una novela que nos atrapa desde la primera línea con una frase impactante y nos sumerge sin contemplaciones en el arduo proceso de aprendizaje que inicia la protagonista: una mujer que intenta tomar las riendas de su vida y levantar su autoestima teniendo como meta las palabras de Simone de Bouvoir; autora fundamental para entender el siglo XX y varias veces citada en el libro.

La historia de Julia, la protagonista, se alza como un certero retrato psicológico de una mujer que empieza a conquistar su libertad durante los años de la transición, unos años que fueron decisivos para la historia de nuestro país; y una etapa que representó un estallido de sueños de modernidad y de progreso, en una España que tenía por delante la complicada tarea de reconstruirse después de 40 años de dictadura.

La autora utiliza aquellos años y los que los precedieron como espléndido telón de fondo para su relato. Y, a través de la experiencia de su protagonista, analiza la revolución política y sexual, el ambiente universitario en los albores de la democracia -especialmente en una disciplina, la psicología, que también era todo un descubrimiento en aquella época-, y, como no podía ser de otra manera, los cambios que empezaron a producirse en el seno de las familias.

Porque una generación, que había sufrido las penurias de la posguerra y el ambiente represivo

de la dictadura, se vio abocada a no entenderse con sus hijos e hijas; unos jóvenes que, de pronto, tenían todo un mundo de posibilidades a su alcance.

Para contarnos la peripecia existencial de la protagonista e ilustrar la profunda brecha que se abrió entre una generación y la inmediatamente posterior, la autora emplea el recuso narrativo de la alternancia y la fragmentación. Y en primera persona, como si hablara en voz alta, Julia nos va relatando su vida, dando saltos en el tiempo, retrocediendo y avanzando, siguiendo los latidos del recuerdo y el fluir del pensamiento. Conjugando acción e introspección, y alternando las imágenes de una infancia represiva y pueblerina con las de una juventud universitaria, viajera y liberadora. Y ese ir y venir en el tiempo y en el espacio resalta los contrastes haciéndonos entender de forma inmediata el abismo que separó a los dos mundos.

En este contexto, la protagonista se cuestiona, indaga en su pasado, reflexiona sobre la personalidad de sus padres y la relación de amor-odio que mantenía con ellos. Intenta descubrir de dónde procede su rebeldía, para poner nombre al profundo malestar que la embarga y encontrar el origen de su inestabilidad emocional y de su falta de autoestima. La autora nos describe a Julia como una mujer vitalista: “(...) Temía ser algo concreto porque ser algo me limitaba”, nos dice en una de las páginas del libro. Como una mujer llena de curiosidad y de pasión por la vida que no teme quedar convertida en estatua de sal cuando decide enfrentarse a su pasado. Más bien al contrario, ese mirar hacia atrás es un desafío



para ella, una batalla que tiene que emprender para liberarse de un sentimiento de culpa y de inferioridad que, aun sin poder nombrar, comienza a percibir tempranamente: (...) Ya entonces sospechaba que ser mujer era un defecto imperdonable que me impediría abandonar mis orígenes para buscar la aventura”, escribe en otro clarificador pasaje.

Y esa curiosidad innata de la protagonista, esa osadía para enfrentarse a los prejuicios sociales y a sus propios miedos, la emparenta con las heroínas inmortales de la literatura, aquellas que configuraron lo que se ha venido a llamar la épica de lo femenino.

Y es que la gran literatura, la que escribieron figuras tan dispares como las hermanas Brontë, Gustave Flaubert, León Tolstoi, Marguerite Duras o la recientemente fallecida Doris Lessing, sigue siendo inspiradora, entre otras cosas, por haber creado personajes femeninos inolvidables; mujeres que no aceptaban las servidumbres a las que eran condenadas por el mero hecho de ser mujer.

La indagación de Julia en su pasado, el psicoanálisis al que se somete para intentar comprenderse y liberarse se convierte en la novela en una especie de alegoría de lo que supuso el feminismo para las mujeres y la llegada de la democracia para España. Porque tanto las mujeres como el país iniciaban un proceso de descubrimiento y de construcción, de búsqueda de identidad y de emancipación. Y ambos tuvieron que exorcizar un pasado de represión y aislamiento y enfrentarse a los desafíos de la libertad sin aprendizajes previos.

La novela finalmente nos invita también a hacer balance, sutilmente nos induce a plantearnos algunas preguntas: ¿qué queda de aquellos años

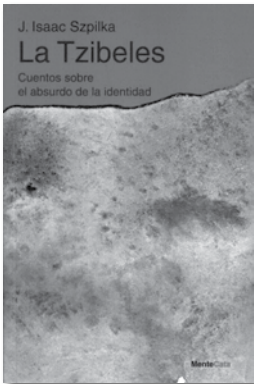
de efervescencia política y cultural y de sueños de futuro? ¿Qué grado de libertad, de igualdad real han alcanzado los hombres y las mujeres en la España actual? ¿Hemos debatido constructivamente sobre nuestro pasado? ¿Hemos realizado la imprescindible autocrítica, el necesario psicoanálisis para llegar a comprendernos?

Después de la lectura del libro, la historia de Julia no nos abandona fácilmente, más bien nos deja con ganas de saber cómo le iría en la actualidad. Empatizados con el personaje, quisiéramos saber qué le deparó el futuro. Un futuro que con su elección final la protagonista empieza a vislumbrar como obra suya; pero también como un proceso de conquista que sabe no ha hecho más que comenzar.

Y no resulta baladí que la autora empiece y termine su historia usando la metáfora de la maternidad, un asunto clave en la vida de las mujeres, y que al igual que el tema de su sexualidad sigue siendo moneda de cambio en una sociedad todavía regida por las leyes del patriarcado. Por eso resulta apropiado terminar con otra reflexión inspirada en Simone de Beauvoir, cuya obra sigue plenamente vigente, y que resume, a mi entender, el espíritu del libro: la mujer no alcanzará su máxima expresión hasta que no pueda elegir cómo experimentar su feminidad sin estar sujeta a prejuicios sociales o culturales que atenten contra su individualidad. Hasta que no pueda vivir por ella y para ella.

M^a Engracia Sigüenza Pacheco

(diciembre, 2013)



La Tzibeles. Cuentos sobre el absurdo.

Autor: J. Isaac Szpilka
 Edita: Mentecata • 2013 • 176 págs.
 ISBN: 978-84-941144-0-3

Es siempre un placer leer a un autor inteligente y divertido. En cinco cuentos nos podemos encontrar con mucho ingenio, con relatos cuyo sentido anterior solo va adviniendo en lo venidero y que en cualquier caso nos confrontan con nuestro propio absurdo y el de nuestra identidad, el máspreciado y quizá el más escurridizo de nuestros valores. De la mano de una pluma ágil y elegante recorreremos hacia delante y hacia atrás, y en saltos entre unos cuentos y otros, los vericuetos identitarios que podrían ser los de cualquiera. No es un libro psicoanalítico, pero al tiempo podría ser el más psicoanalítico de los libros.

Vale detenerse en unas pocas pinceladas biográficas del autor. Nació cerca de Varsovia poco antes del estallido de la Segunda Guerra Mundial. En una intuición genial, su padre decidió malvender sus pertenencias y consiguieron salir de lo que se convertiría en un infierno en el último barco que zarpó del báltico polaco, el Asturias. Se crió como niño judío en un barrio de Buenos Aires y pronto se convirtió en un joven inteligente, primero médico, luego psiquiatra y por fin psicoanalista, titular y con función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina mediada la treintenta, llegando a presidirla antes de la cuarentena. Como en una repetición demoníaca, también tuvo que salir con lo puesto de Argentina en los años de plomo, por el simple hecho de pensar diferente, de pensar. Como anécdota cuenta que bajo las amenazas de muerte, dormía con ropa de calle, por temor a que lo arrancasen indignamente de su cama y de los suyos. Ya en Madrid, ha llegado a vicepresidir la Asociación Psicoanalítica de Madrid, publicando numerosos

artículos y libros en el ámbito nacional e internacional y, especialmente, ha formado a muchos psicoanalistas. Forma parte del recientemente surgido grupo internacional de Lacan en la IPA (International Psychoanalytical Association), fundada por Freud.

Ante una pregunta que alguien le formulaba sobre el posible carácter autobiográfico de algunos de los cuentos, el autor respondía con elegancia que no cree que haya ningún escrito que pueda verdaderamente contar la verdad de una biografía o de una historia, y que lo suyo son simplemente mentiras que solo desde ahí pueden desvelar algo de una verdad, contraponiendo su posición a la de quienes a través de pretendidas verdades, no pueden sin embargo y sin saberlo, dejar de mentir.

El primer cuento gira en torno a un reloj, calificado despectivamente de tzibeles (cebolla), pero que sin embargo está siempre en el centro, con las agujas que controlan el tiempo-cronos y sus manecillas y esferas radiantes. ¿Somos lo que aspiramos a tener? ¿Podremos controlar el tiempo a través del mejor de los relojes?

El segundo cuento, fantástico, de la muy terrible mala suerte del Dr. Perelman, a través de un sueño sobre una pierna gangrenada, nos introduce en el abismo de lo prohibido, y cómo en busca de lo peor, se encuentra paradójicamente uno en lo mejor que termina por resultar el peor de los peores. Barbitúricos y Don Pérignon salpimentan la historia. ¿Encontraremos lo que buscamos a la vuelta del no?



El tercer cuento gira en torno a un smoking y nos introduce en el sinsentido de lo que somos y parecemos. Todos los ropajes del mundo, ¿no tratan sino de vestir a un vacío y a un sinsentido?

El cuarto cuento tiene lugar en una plaza en la que se viven diferentes momentos de una historia, con el héroe patrio como testigo de la absurdidad de una nada del entonces y del ahora.

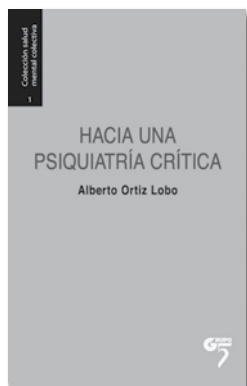
Finalmente, en el quinto cuento, se nos relata la historia de una extraña consulta. Cuando alguien por fin consigue no sentirse ya un impostor ni tener miedo de que nadie lo descubra, sin la menor angustia de la vida. Cuando por fin puede decir

sudaca de mierda. En ese mismo momento, deja de soñar.

Hay muchas preguntas y reflexiones que los cuentos van dejando en el aire. Y algo nos penetra de la historia. Quien los lea, que asuma de antemano que ya no podrá mirar un reloj ni vestir un smoking con inocencia, que ya no podrá desear a la persona prohibida, ni encararse al héroe patrio de modo ingenuo, y que ya no podrá dejar de pensar si es que no será que está dejando de soñar.

Juan Francisco Artaloytia

Doctor en Medicina-Psiquiatra-Psicoanalista IPA



Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en salud mental.

Autor: Alberto Ortiz Lobo

Edita: Editorial Grupo 5 • Colección Salud mental colectiva nº 1

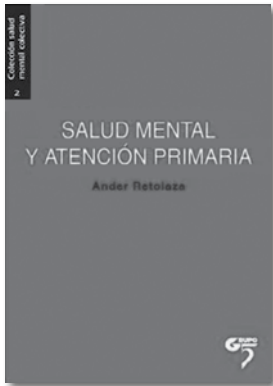
Madrid, 2013 • 346 págs.

ISBN: 978-84-941428-0-2

La expansión de la psiquiatría y la psicología en los últimos decenios, la hegemonía del modelo biomédico en salud mental y la transformación de la atención sanitaria en un mercado extraordinariamente rentable, son algunos de los factores que favorecen que se dañe a los pacientes. Todo ello amparado en una autoridad que muchas veces está basada en conocimientos pseudocientíficos, y que ejerce su poder imponiendo una única forma de entender los problemas mentales y transgrediendo en muchas ocasiones los derechos humanos de los pacientes. Desde una actitud crítica y escéptica con la psiquiatría oficial biomédica, se buscan alternativas que reequilibren el poder entre el profesional y el paciente, del que se busca y se precisa su participación activa en todo el proceso de su recuperación

Desarrollados por diferentes autores (Juan Ger-vás, Vicente Ibáñez Rojo, Iván de la Mata, Eva María Muñoz Giner) bajo el empuje y coordinación

de Alberto Ortiz Lobo, nos presentan unos interesantes contenidos muy volcados a la reflexión y a la mirada crítica en torno a lo que acontece en el ámbito de la salud mental. La psiquiatría hoy y la mirada crítica, centrada en las personas, atendiendo a los daños que produce la psiquiatría, los aspectos coercitivos de la psiquiatría, el tratamiento de las personas sanas, los riesgos y limitaciones de la prevención, las consecuencias negativas de producir diagnósticos categoriales DSM o CIE, la iatrogenia de los tratamientos psicofarmacológicos, los tratamientos psicológicos y sus efectos adversos, *Primum non nocere* desde la también en rehabilitación, las narrativas y formulación de casos fuera del modelo biomédico, la indicación de no-tratamiento, la prescripción juiciosa de los psicofármacos, las Alternativas y modelos asistenciales desmedicalizadores o, sin ir más lejos, la perspectiva de los derechos humanos en salud mental.



Salud mental y Atención Primaria: entender el malestar.

Autor: Ander Retolaza

Edita: Editorial Grupo 5 • Colección Salud mental colectiva nº 2

Madrid, 2013 • 285 págs.

ISBN: 978-84-941428-1-9

Este libro, como dice el autor, trata sobre los trastornos mentales menos graves y más frecuentes. Indaga sobre sus conexiones con procesos psicológicos, sociales y también biológicos. Describe cuáles son los determinantes de la demanda de ayuda, cómo se organiza su atención en el sistema público de salud y qué podría hacerse para mejorarla. Asimismo, discute diferentes formas de conceptualizar y clasificar este malestar psicológico y cuáles son las intervenciones que tienen demostrada una mayor eficacia. El libro concluye haciendo ver la importancia de los aspectos éticos de toda intervención terapéutica.

Y como señala el director de la colección, Manuel Desviat, *es aquí, en esta encrucijada en la que nos instala con urgencia el debate sobre el tipo de sanidad del futuro, donde surge la iniciativa de esta colección. Hacer frente al reto que supone mantener, en estos tiempos pragmáticos y sin valores, un modelo comunitario que haga posible una atención integral, equitativa y eficiente*

significa una opción política y una opción ciudadana, pero también una responsabilidad de los profesionales de la salud mental. Significa la imperiosa necesidad de adecuar nuestras técnicas, nuestros programas, a una realidad vertiginosamente cambiante. La viabilidad de un modelo público, colectivo, sostenible, implica hacerlo creíble a la población para que lo incluya entre sus prioridades reivindicativas; pero para ello tenemos que avanzar en nuestros programas, en la clínica, en el conocimiento. Tenemos que romper la brecha entre acción y conocimiento para, desde la propia práctica, construir una nueva clínica y una nueva psicopatología hecha desde el cuidado y el respeto a la autonomía de las personas con problemas de salud mental.

Los textos de esta colección quieren contribuir a esta tarea.



Fernando Sasiain Brau, alcalde republicano de San Sebastián: el olvido histórico

Autores: Iñaki Markez y Xabier Urmeneta.

Edita: Ekimen Edit. • 2013 • 247 pág.

ISBN: 978-84-616-3658-7

Fernando Sasiain es un personaje atrayente para cualquiera que se le acerque. Los autores llegaron a él como “enfermo mental, desde la sección de Historia de OME-AEN, y acabaron descubriendo una gran persona y un gran político, a uno de los artífices de la IIª República y de la Autonomía Vasca, injustamente olvidado. Es ese personaje histórico, que resulta entrañable, y que han querido llevar al conocimiento de sus conciudadanos difundiendo su figura y situarla de nuevo en la Memoria Histórica colectiva, como justo reconocimiento institucional y social.

Fernando Sasiain, quien fuera alcalde de Donostia durante la II República en los años 30, es un

personaje histórico a recuperar. Fue una de esas personas ilustres que tuvo la mala suerte de vivir en el momento equivocado o quizá de encontrarse en unas circunstancias históricas que no correspondían a un hombre dialogante y de talante negociador. Luchó por un ideal –la República– que quedó pronto olvidado. Ni las instituciones públicas ni las agrupaciones políticas y sociales que impulsó tuvieron continuidad, coincidiendo un doble motivo para el olvido: ser un repesaliado político y “enfermo mental”. Este texto pretende en este momento reivindicar tanto su figura histórica como personal.



Distribución de libros

Una nueva oferta para socios y socias de la AEN para la venta de sus libros a través de la web.

Cualquier socio interesado que quiera vender sus libros, puede consultar las condiciones en un módulo con esa información la pantalla de inicio de www.tienda-aen.es

Esperemos que sea un nuevo motivo de valor añadido, y que contribuya a la mejor imagen profesional y humana de nuestra asociación.

Agenda

- 28 de febrero y 1 de marzo • Bilbao
Taller de actualización: *Aspectos jurídicos en la práctica de la atención a la salud. De la atención primaria a la salud mental pasando o no por el hospital.*
Organizan OME-AEN, Osalde y UNED.
- 26 marzo • Bilbao
Taller de *Actualización clínica sobre Ansiedad y Depresión.*
Organizan OME-AEN y la SVNPN.
- 1 de abril • Santander
Taller de *Actualización clínica sobre Ansiedad y Depresión.*
Organiza la ASMC-AEN.
- 2, 3, 4 de abril • Valencia
Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal: *Tráfico, Daño Psíquico y Ley.*
www.psiquiatrialegal2014.org

14 al 18 de septiembre • Madrid

XVI World Congress of Psychiatry: Focusing on access, quality and humane care.
Organiza: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y la Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM).
www.wpamadri2014.com

Normas de publicación

La Revista NORTE de Salud Mental considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella.

En general no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para su publicación en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los “Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas” (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores previa a su publicación. El primer autor podrá recibir tres ejemplares de la revista, cuando desee recibir un mayor número lo comunicará con antelación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de NORTE de Salud Mental y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

Requisitos de los trabajos a publicar

Se enviarán al Consejo Editorial de NORTE de Salud Mental: norte@ome-aen.org, o bien al Apdo. 12, 48950 Erandio. Bizkaia.

Primera página. Incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos de los autores, indicando el título profesional,

centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página. Figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo en castellano e inglés. El resumen, no superior a 150 palabras, incluirá objetivos, metodología, resultados y conclusiones más destacadas. Se incluirán de 3 a 6 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los Originales deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas incluidas hasta 6 figuras o tablas. Las Notas clínicas no superarán las 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las Revisiones podrán contener un máximo de 15 páginas.

Referencias bibliográficas. Se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una “comunicación personal”.

Las tablas y gráficos se enviarán en documento aparte, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de “Normas de Vancouver”).

Artículos de revistas

- Artículo normal

Se mencionan hasta los seis primeros autores y se agrega la expresión "et al." si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencias, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

- Autor institucional

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.

- Sin nombre del Autor

Cancer in South Africa (Editorial), *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

Libros y otras monografías

- Indicación de autores personales

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*, 2ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- Indicadores de directores de edición o compiladores como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

- Indicación de una organización como autor editor

Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the Medicaid program*. Washington (DC): The Institute; 1992.

- Capítulo de un libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh Jh, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*. 2ª ed. New York: Raven Press; 1995 p. 465-78.

- Actas de congresos

Kimura J, Shibasaki H, editores. *Recent advances in clinical neurophysiology*. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

- Original presentado en un congreso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores.

MEDINFO 92. *Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics*; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561- 5.

- Tesis doctoral

Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and utilización*. St Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Otros trabajos publicados:

- Artículo de periódico

Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

- Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future (videocasette). ST. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

- Diccionario y obra de consulta semejantes

Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 19995. *Apraxia*; p. 119-20.

Trabajos inéditos

- En prensa

Leshner Al. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1997.

Material electrónico

- Artículo de revista en formato electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1 (1): (24 pantallas). Accesible en:

URL: www.cdc.govncidod/EID/eid.htm.

Solicitud de Ingreso

Para ser miembro de una asociación autonómica, se solicita al tiempo la incorporación a la AEN. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios y Socias que siga a su recepción.

La cuota anual será de 100 euros (profesionales en formación 50%). Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la Revista NORTE de salud mental, libros, Cuadernos Técnicos y otras publicaciones de la AEN, descuentos en Jornadas, Congresos y otras actividades formativas, además de todos los otros derechos que corresponden a los socios y socias de las Asociaciones en sus respectivas Autonomías.

Envíe el formulario a:

Asociación Española Neuropsiquiatría. Magallanes, 1 sótano 2. 28015 Madrid.

Tel.: 636 725 599 / Fax: 91 847 31 82.

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA (AEN) y en la respectiva Asociación de su Autonomía.

D./Dña profesional de la Salud Mental,

con título de

que desempeña en (Centro de trabajo)

y domicilio en Población

C.P. Provincia Teléfono Correo electrónico

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Autonómica para lo cual es propuesto por los miembros:

D./Dña.

D./Dña.

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado o asociada.

Nombre Dirección

Banco/Caja de ahorros Sucursal

Cuenta nº Población

Ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

En el de 20

Firma:

Revista de:



ASOCIACIÓN DE
SALUD MENTAL
Y PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA



S.A.S.M.



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental

Asociación Castellano Manchega
de Neuropsiquiatría
y Salud Mental

Associació Valenciana
de Neuropsiquiatría
(AEN-PV)

Asociación Extremeña
de Neuropsiquiatría
(AExN)



ABSMB

ASSOCIACIÓ BALEAR
DE SALUT MENTAL

